

**Orientations réglementaires concernant l'application de la Loi favorisant
l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée**

18 mars 2015

Le projet de règlement comportera, tant à l'égard des médecins de famille que des médecins spécialistes, des dispositions qui quantifient les obligations qui leur sont respectivement imposées par le projet de loi n° 20. De plus, il prévoira notamment les cas d'exemptions de ces obligations et les modalités de réduction de la rémunération.

SECTION MÉDECINE DE FAMILLE

1- Obligations générales applicables à tous les médecins de famille

Tel que décrit à l'article 3 du projet de loi n° 20, tous les médecins de famille devront satisfaire aux obligations suivantes :

- assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients (obligation nommée ci-après « suivi de patients inscrits »);
- exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées (obligation nommée ci-après « activités d'établissements »).

Les obligations à satisfaire par les médecins de famille âgés de moins de 62 ans sont modulées selon le nombre d'années de pratique. Ainsi, à moins d'exemptions ou d'ajustements autorisés par le département régional de médecine générale (DRMG), tous les médecins de famille doivent remplir leurs obligations selon les paramètres présentés au tableau 1.

Tableau 1 : Obligations en fonction des années de pratique

Obligations / années de pratique	0-4 ans	5-14 Ans	15-24 ans	25-34 ans	35 ans et +
Suivi de patients inscrits* (nombre de patients inscrits)	0	1008	1260	1512	0
Activités d'établissements (heures par semaine)	12 h	12 h	6 h	0 h	0 h

* Les médecins de famille doivent également respecter un taux d'assiduité de leur clientèle inscrite à leur lieu principal d'inscription d'au moins 80 % (voir section 3).

Les exemptions ou ajustements autorisés par le DRMG peuvent permettre à un médecin de famille de moduler sa pratique entre le suivi de patients inscrits et les activités d'établissements. Par conséquent, les modulations des deux types d'obligations sont réalisées selon le principe des vases communicants, entre le suivi de patients inscrits et les activités d'établissements, tel que présenté dans le tableau 2. En ce sens, sur une base annuelle, une heure d'activités d'établissements équivaut au suivi d'un patient inscrit.

Tableau 2 : Paramètres de modulation des obligations

Suivi de patients inscrits (nombre de patients inscrits)	Activités d'établissements (heures par semaine)
1 512	0
1 260	6
1 008	12
756	18
504	24
252	30
0	36

Enfin, il est important de préciser que des exemptions liées à des situations particulières (déménagement, congés parentaux, maladies, etc.) peuvent suspendre temporairement les obligations à satisfaire par les médecins de famille (voir section 5).

2- Modulation du nombre minimal de patients à inscrire

2-1. Pondérations de patients inscrits

Afin de compenser adéquatement le temps requis pour effectuer certains types de pratique ou encore pour reconnaître la complexité du suivi de patients, différents facteurs de pondération de la clientèle inscrite sont introduits (voir tableau 3). Concrètement, ces facteurs de pondération viendront reconnaître le niveau de difficulté que représente le suivi de certains patients..

Tableau 3 :
Facteurs de pondération des patients inscrits aux médecins de famille

Types de clientèle	Facteurs de pondération	Exemples (en fonction d'une cible d'inscrits de 1008 patients)
Personne non-vulnérable (tout patient qui n'est pas visé par les autres catégories du présent tableau)	0,8 : 1	200 personnes non-vulnérables = 160 patients pondérés Le médecin suit 1260 personnes, qui comptent pour 1008 patients pondérés
Personne vulnérable (tout patient reconnu vulnérable en vertu de l'E.P. 40 et qui n'est pas visé par les autres catégories du présent tableau)	1 : 1	200 personnes vulnérables = 200 patients pondérés Le médecin suit 1008 personnes, qui comptent pour 1008 patients pondérés
Personne particulièrement défavorisée socialement et sur le plan matériel	2 : 1 (max. 252 patients par MF)	200 personnes particulièrement défavorisées = 400 patients pondérés 400 (200 X 2) + 608 autres patients = 1008 Le médecin suit 808 personnes, qui comptent pour 1008 patients pondérés
Personne vulnérable aux prises avec les problématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Toxicomanie / alcoolisme • VIH / SIDA, Hépatite C • Troubles dépressifs majeurs récidivants • Douleur chronique 	2 : 1 (max. 252 patients par MF)	200 personnes vulnérables = 400 patients pondérés 400 (200 X 2) + 608 autres patients = 1008 Le médecin suit 808 personnes, qui comptent pour 1008 patients pondérés
Femme enceinte (suivi de grossesse)	2 : 1	200 patientes enceintes = 400 patientes pondérées 400 (200 X 2) + 608 autres patients = 1008 Le médecin suit 808 personnes, qui comptent pour 1008 patients pondérés

Personne inscrite à un médecin de famille via un étudiant ou un résident en médecine familiale	2 : 1 (max. de 25 % du total de la cible d'inscriptions du médecin)	200 personnes inscrites via un résident = 400 patients pondérés 400 (200 X 2) + 608 autres patients = 1008 Le médecin suit 808 personnes, qui comptent pour 1008 patients pondérés
Personne avec des besoins complexes et en perte d'autonomie sévère suivie à domicile	12 : 1 (max. 100 patients par MF)	33 personnes avec besoins complexes / perte d'autonomie sévère suivis à domicile = 400 patients pondérés 400 (33 X 12) + 608 autres patients = 1008 Le médecin suit 641 personnes, qui comptent pour 1008 patients pondérés
Personne recevant des soins palliatifs à domicile	25 : 1 (max. 40 patients par MF)	20 personnes recevant des soins palliatifs à domicile = 500 patients pondérés 500 (20 X 25) + 508 autres patients = 1008 Le médecin suit 528 personnes, qui comptent pour 1008 patients pondérés

Personnes non vulnérables

Tout patient inscrit exempt de conditions visées au tableau ci-haut.

Personnes vulnérables

Toute personne reconnue vulnérable en vertu de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (E.P. 40) qui n'est pas visé par les autres catégories du tableau ci-haut.

Personnes défavorisées

L'indice de défavorisation sociale permet d'identifier la présence d'inégalités sur les plans social et matériel en fonction du lieu de résidence. La pondération s'applique automatiquement par l'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) d'un patient avec un code postal identifié comme étant très défavorisé selon l'indice retenu.

Clientèles vulnérables

La pondération s'applique automatiquement par l'inscription à la RAMQ d'un patient avec les codes de vulnérabilité suivants :

- 06 (toxicomanie ou alcoolisme);
- 07 (VIH / SIDA, hépatite C);
- 11 (troubles dépressifs majeurs récidivants);
- 17 (douleur chronique).

Femmes enceintes

La pondération s'applique de manière spécifique au suivi de grossesse. Afin d'être comptabilisée pour la pondération, le médecin doit effectuer quatre visites de suivi de grossesse pour une même patiente, incluant la visite initiale (examen de prise en charge de la grossesse).

Inscription d'un patient via un étudiant ou un résident en médecine de famille

La pondération s'applique automatiquement par l'inscription à la RAMQ d'un patient avec un code spécifiant que ce dernier est inscrit auprès d'un médecin de famille par l'intermédiaire d'un étudiant ou d'un résident en médecine familiale.

Patients en soutien à domicile

Pour être reconnus comme pondérables, les patients suivis à domicile doivent avoir des besoins complexes ou une perte d'autonomie sévère et doivent être inscrits au programme de suivi à domicile d'un établissement. En outre, la pondération s'applique lorsque le médecin facture un acte spécifique qui répond à l'ensemble des conditions énumérées précédemment.

Patients recevant des soins palliatifs à domicile

Pour être reconnus comme pondérables, les patients recevant des soins palliatifs doivent les recevoir à domicile et être inscrits au programme de soins palliatifs d'un établissement. En outre, la pondération s'applique lorsque le médecin facture un acte spécifique qui répond à l'ensemble des conditions énumérées précédemment.

2-2. Réduction de la cible de patients inscrits pour reconnaissance d'activités cliniques

Le nombre minimal de patients à inscrire par un médecin de famille peut être réduit en fonction de la réalisation, par ce même médecin, de certaines activités cliniques majoritairement réalisées hors des établissements, mais pour lesquelles l'inscription de patients n'est pas possible (voir tableau 4).

En tel cas, le médecin doit déposer une demande d'exemption au DRMG de la région où il exerce la majeure partie de sa pratique. Le DRMG répond à toute demande dans les 15 jours de sa réception et informe la RAMQ de toute décision ayant trait à une réduction du nombre minimal de patients à inscrire en lien avec ces activités.

Tableau 4 :

Réduction des cibles de patients inscrits par la reconnaissance d'activités cliniques spécifiques

Activités cliniques	Équivalences	Exemples (en fonction d'une obligation de suivi pour 1008 patients)
252 heures / an de travail : <ul style="list-style-type: none">réserve autochtonemilieu carcéralclinique de réfugiés / d'itinérancehôpitaux de jour (gériatrie)centres jeunessecentres de réadaptationautre (à déterminer par règlement)	252 patients inscrits (reconnaissance max.: 1008 patients)	Un médecin de famille qui travaillerait en moyenne six heures par semaine, 42 semaines par année, verrait sa cible de 1008 inscrits réduite de 252 patients. Ce médecin respecterait donc sa cible avec 756 inscrits.
252 heures / an de travail : <ul style="list-style-type: none">GMF-R et GMF-R+ (super-cliniques)mécanisme de dépannageautre (à déterminer par règlement)	252 patients inscrits (reconnaissance max.: 504 patients)	Un médecin de famille qui travaillerait en moyenne six heures par semaine, 42 semaines par année, verrait sa cible de 1008 inscrits réduite de 252 patients. Ce médecin respecterait donc sa cible avec 756 inscrits.

Une heure d'enseignement formel dans une faculté de médecine (incluant la préparation de cours)	1 patient inscrit (reconnaissance max. : 504 patients)	Un médecin qui offrirait en moyenne six heures d'enseignement par semaine (incluant la préparation de cours) dans une faculté de médecine, à raison de 30 semaines par année (deux trimestres universitaires), verrait sa cible de 1008 inscrits réduite de 180 patients. Ce médecin respecterait donc sa cible avec 828 inscrits.
Une heure de recherche au sein d'une faculté de médecine ou dans un centre ou un institut visé aux articles 88 à 91 de la LSSSS	1 patient inscrit (reconnaissance max.: 504 patients)	Un médecin qui effectuerait en moyenne six heures de recherche par semaine, à raison de 42 semaines par année, verrait sa cible de 1008 inscrits réduite de 252 patients. Ce médecin respecterait donc sa cible avec 756 inscrits.
Une interruption volontaire de grossesse (IVG)	1 patient inscrit (reconnaissance max. : 504 patients)	Un médecin qui pratiquerait 150 IVG au cours d'une année verrait sa cible de 1008 inscrits réduite de 150 patients. Ce médecin respecterait donc sa cible avec 858 inscrits.

3- Le taux d'assiduité

Le taux d'assiduité a pour objectif de mesurer l'accessibilité réelle des patients inscrits auprès de leur médecin de famille. Il témoigne de la capacité du médecin à répondre, en temps opportun, aux besoins en consultations médicales de première ligne du groupe de patients qu'il a inscrit à son nom.

Le médecin de famille doit donc se rendre disponible auprès de ses patients inscrits de manière à ce qu'ils lui soient assidus selon un taux minimal de 80 %. Ce taux d'assiduité est le pourcentage que représente le nombre de visites effectuées par ces patients inscrits auprès de ce médecin ou auprès d'un autre médecin du groupe au sein duquel il pratique par rapport à la somme des visites médicales effectuées par ces patients inscrits auprès de tout médecin de famille (voir figure A).

Figure A : Calcul du taux d'assiduité

$$\frac{\text{Visites auprès du MF}^* + \text{Visites auprès des autres MF du groupe}}{\text{Visites auprès du MF} + \text{Visites aux urgences} + \text{Visites ailleurs en 1ère ligne}}$$

* MF = médecin de famille

Par ailleurs, certaines visites ne sont pas comptabilisées au taux d'assiduité, soit pour refléter la nécessité de consulter, par exemple, à l'urgence, soit pour reconnaître le réseautage qui peut s'établir entre différents prestataires de services de 1^{re} ligne au sein d'une communauté. Les visites suivantes sont donc exclues du calcul :

- Visites au médecin inscripteur lorsqu'elles se produisent dans un autre lieu que sur le site d'inscriptions (ex. : à l'urgence ou dans une autre clinique médicale);

- Visites effectuées dans un GMF affilié par entente au GMF d'inscription;
- Visites triées de catégories P1, P2 ou P3 à l'urgence;
- Visites triées de catégories P4 ou P5 à l'urgence qui sont suivies d'une hospitalisation ou pour lesquelles l'utilisateur a été référé par un médecin.

4- Équivalences liées aux activités d'établissements

Pour se voir reconnaître des activités d'établissements, un médecin de famille doit effectuer un volume de services dans quatre secteurs. Le nombre d'heures d'activités d'établissements à effectuer suit différentes règles selon le type d'établissement dans lequel ces dernières sont réalisées (voir tableau 5).

**Tableau 5 :
Quantification des activités d'établissements**

Types d'activités d'établissements*	Équivalence annuelle pour une reconnaissance de 252 h (6 h / sem.) d'activités d'établissements
Urgences	210 heures de garde
Patients admis en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	5 semaines de garde ou 35 jours
Obstétrique	30 accouchements et suivi médical
Soins de longue durée : <ul style="list-style-type: none"> • Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) • Centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) • Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (réadaptation) • Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) • Soins palliatifs (CHSGS, CHSLD et maison de soins palliatifs) 	Suivi en tant que médecin traitant d'un minimum de 25 patients ou lits pondérés et participation à un système de garde en disponibilité

* Les activités d'établissements sont priorisées selon leur ordre d'apparition dans le tableau.

Urgences

Ce sont les heures de garde sur place au service d'urgence d'un établissement qui sont comptabilisées. Une heure de garde sur place équivaut à 1,2 heure d'activités médicales.

Patients admis en CHSGS

Ce sont les journées de garde auprès de patients admis en CHSGS qui sont comptabilisées. Ces journées correspondent à de la garde sur place de 8 h à 16 h et de la garde en disponibilité de 16 h à 8 h le lendemain. Ce type de journée est applicable autant pour les jours de semaine, de fin de semaine ou lors de journées fériées. Au cours de ces journées, le médecin doit s'occuper d'utilisateurs admis occupant au moins 20 lits.

Obstétrique

Un médecin de famille doit réaliser au moins 30 accouchements et assurer le suivi médical de la mère et du nourrisson (au moins jusqu'à 28 jours de vie). Lorsque le médecin œuvre au sein d'un réseau local de services de

santé et de services sociaux (RLS) où sont réalisés annuellement moins de 150 accouchements, ce médecin doit réaliser minimalement 20 % du nombre total d'accouchements de ce RLS.

Patients en soins longue durée en CHSLD, CHSP, CHSGS (réadaptation), URFI et soins palliatifs

C'est le suivi, à titre de médecin traitant, de 25 lits ou patients pondérés qui est comptabilisé. Ces lits ou patients pondérés correspondent aux caractéristiques suivantes :

- 1 lit dans un CHSLD, dans un CHSP ou en réadaptation dans un CHSGS = 1 lit pondéré;
- 1 lit dans une URFI d'un centre de réadaptation = 2,5 lits pondérés;
- 1 usager qui reçoit des soins palliatifs dans un CHSGS, dans un CHSLD ou dans une maison de soins palliatifs = 5 patients pondérés.

De façon complémentaire au suivi médical de ces patients ou de ces lits, le médecin de famille doit également participer à un système de garde en disponibilité (le soir, la nuit, la fin de semaine et le jour, pour répondre aux urgences lorsque le médecin traitant est absent) pour un groupe de 250 à 500 patients ou lits de longue durée au sein d'un RLS.

Lorsque le médecin exerce sa pratique au sein d'un RLS où l'ensemble d'usagers ou de lits est de moins de 250, ce médecin est responsable d'assurer le suivi médical des usagers occupant au moins 10 % des lits du RLS.

Enfin, le médecin de famille ne peut pas obtenir une autorisation d'exercer au-delà de 1008 heures de cette activité d'établissements.

Autres activités

D'autres activités d'établissements peuvent être rendues disponibles. En tel cas, les règles applicables à un médecin de famille pour faire reconnaître ce type d'activités dépendront des paramètres établis conformément à la Loi.

5- Exemptions

Dans certains cas et conditions, un médecin peut demander un ajustement pour une partie ou pour l'ensemble de ses obligations de base. Cet ajustement peut se faire sous la forme d'une exemption totale ou partielle de ses obligations (voir tableau 6).

Tableau 6 : Description des exemptions potentielles

Types d'exemption	Description
Raison touchant à la vie familiale ou personnelle, ou à l'état de santé : maternité, adoption, maladie ou d'invalidité, absence pour œuvrer dans une organisation internationale non gouvernementale.	Exemption totale possible pour la durée du congé ou de l'absence.
Exercice de charges ou fonctions de nature politique (ex. : député, sénateur, sous-ministre, maire) ou administrative (ex. : commissaire à la santé et au bien-être, président-directeur général du Collège des médecins).	Exemption totale dans le cas d'un député, sénateur, sous-ministre, président d'organisme, président-directeur général du Collège des médecins ou d'un établissement de santé ou maire d'une municipalité de plus de 100 000 habitants ou plus.

Dans les autres cas, l'exemption s'applique au prorata des heures effectuées.

1 heure = 1 patient inscrit.

Si exemption partielle, les obligations de suivi de patients sont réduites en premier lieu, ensuite sont réduites celles liées aux activités d'établissements.

Exercice d'autres charges ou fonctions administratives ou conseil, par exemple :

- personne nommée à une fonction par l'Assemblée nationale ou le gouvernement;
- fonction administrative ou de conseil au sein d'un ministère ou d'un organisme gouvernemental, d'un tribunal administratif ou du Collège des médecins;
- maire d'une municipalité de moins de 100 000 habitants;
- directeur des services professionnels d'un établissement de santé;
- chef de département clinique, président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, directeur d'une unité de médecine familiale (exemption maximale équivalente à 504 heures annuellement).
- chef de département ou directeur de programme d'une faculté de médecine (exemption maximale équivalente à 1008 heures annuellement).
- fonction administrative ou de conseil au sein d'une fédération ou association médicale nommée par règlement (exemption maximale équivalente à 504 heures annuellement);
- fonction administrative ou conseil au sein d'une entreprise privée autre qu'un cabinet privé de professionnel (exemption maximale équivalente à 504 heures annuellement).

Au prorata des heures effectuées.

1 heure = 1 patient inscrit.

Jusqu'à concurrence du nombre d'heures déterminées et sous réserve, le cas échéant, de limites prévues au règlement.

Les obligations de suivi de patients sont réduites en premier lieu, ensuite sont réduites celles liées aux activités en établissement.

Le médecin de famille qui a perdu en tout ou en partie sa clientèle en raison du fait qu'il a bénéficié d'une exemption ou parce qu'il a déménagé à plus de 100 km de son lieu principal d'inscription de patients, doit accroître sa clientèle de 250 patients inscrits par année et ce, jusqu'à ce qu'il ait atteint son nombre minimal de patients à inscrire.

Par ailleurs, des exemptions sont également prévues pour les médecins de famille qui travaillent dans les régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James, du Nord-du-Québec ainsi que dans certains établissements de la Côte-Nord. En fonction du nombre d'heures travaillées dans ces territoires, les médecins de famille pourront être exemptés progressivement de faire des activités médicales autorisées ou de voir réduit leur nombre de patients à inscrire et à suivre.

6- Réduction de la rémunération

Une pénalité progressive est imputée à la rémunération du médecin de famille qui ne se conforme pas aux obligations prescrites par l'article 3 du projet de loi 20. La pénalité s'applique à l'ensemble de la rémunération du médecin de famille dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec et selon les modalités présentées au tableau 7.

Tableau 7 :
Modulation des pénalités pour le non-respect des obligations selon les exigences prévues au projet de règlement

Pénalités en % de la rémunération	Respect en % de la cible d'inscriptions	Valeur en % du taux d'assiduité	Respect des activités d'établissements
0 %	100 %	80 % et plus	Respect des obligations
10 %	95 à 99 %	75 à 79 %	N.A.
15 %	90 à 94 %	N.A.	
20 %	85 à 89 %	70 à 74 %	
25 %	80 à 84 %	N.A.	
30 %	79 % et moins	69 % et moins	

Si plus d'une exigence n'est pas respectée, seul le plus haut pourcentage de réduction doit être retenu. La pénalité est appliquée par trimestre et le montant est récupéré au cours des trimestres qui suivent le constat de non-respect des obligations.

SECTION MÉDECINE SPÉCIALISÉE

1- Obligations applicables pour les médecins spécialistes

Pour chacune des quatre obligations imposées aux médecins spécialistes par le projet de loi, le projet de règlement proposera une cible à atteindre.

1-1. Accès aux consultations spécialisées

Depuis plusieurs années, les médecins de famille réclament un accès aux consultations spécialisées selon la condition clinique de leurs patients. Ce manque d'accessibilité les oblige à référer certains de leurs patients vers l'urgence, et ce, même s'il s'agit de personnes ambulantes, alors que l'évaluation clinique a été réalisée et que les consultations spécialisées ont été identifiées.

Pour améliorer cette situation, le projet de loi propose que le médecin spécialiste qui pratique tant en cabinet privé qu'en établissement se rende disponible pour des patients qui lui seront dirigés par le mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) mis en place par le ministre. Le projet de règlement prévoira que 90 % de ces consultations devront être réalisées selon le délai associé à toute priorité clinique attribuée par le mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés.

Les spécialités visées seront les suivantes : cardiologie, chirurgie générale, chirurgie générale pédiatrique, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, dermatologie, endocrinologie et métabolisme, gastroentérologie, génétique médicale, gériatrie, hématologie, hématologie/oncologie pédiatrique, immunologie clinique et allergie, maladies infectieuses, médecine de l'adolescence, médecine interne, médecine maternelle et fœtale, médecine physique et réadaptation, microbiologie médicale et infectiologie, néphrologie, neurologie, obstétrique et gynécologie, oncologie médicale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, rhumatologie et urologie.

1-2. Prise en charge et suivi médical d'usagers en centre hospitalier

On constate qu'en centre hospitalier, la croissance des effectifs en médecine spécialisée a été beaucoup plus importante que celle des médecins de famille. Malgré ce constat, la prise en charge des patients hospitalisés demeure, dans plusieurs établissements, peu assurée par les médecins spécialistes.

Le projet de loi propose de rééquilibrer la prise en charge des patients hospitalisés entre les médecins de famille et les médecins spécialistes. À cette fin, le projet de règlement prévoira que dans les centres hospitaliers où l'on retrouve au moins quatre médecins d'une même spécialité, le groupe doit assurer la prise en charge d'un certain nombre de lits qui sera déterminé en multipliant le nombre de médecins faisant partie du groupe par quatre, jusqu'à concurrence du nombre de lits disponibles pour leur spécialité.

Les spécialités visées seront les suivantes : cardiologie, chirurgie cardiaque, chirurgie générale, chirurgie générale pédiatrique, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, gastroentérologie, gériatrie, hématologie, hématologie/oncologie pédiatrique, maladies infectieuses, médecine de l'adolescence, médecine interne, médecine maternelle et fœtale, médecine néonatale et périnatale, microbiologie médicale et infectiologie, néphrologie, neurochirurgie, neurologie, obstétrique et gynécologie, oncologie médicale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie et urologie.

1-3. Demande en provenance du service d'urgence d'un centre hospitalier

Les délais moyens de séjour à l'urgence sont tributaires du temps de réponse des demandes de consultations adressées aux médecins spécialistes. Dans l'objectif de réduire la durée moyenne de séjour à l'urgence, le projet de loi propose d'assurer un suivi rapide des demandes de consultations pour un patient de l'urgence. Ainsi, le règlement prévoira qu'un médecin spécialiste doit assurer au service d'urgence d'un centre hospitalier le suivi des demandes de consultations qu'il reçoit entre 8 h et 16 h dans un délai médian de 2 heures et à l'intérieur de 4 heures pour 75 % des demandes.

L'ensemble des spécialités pour lesquelles des consultations à l'urgence sont sollicitées seront visées par cette obligation.

1-4. Services spécialisés ou surspécialisés à des usagers en attente-chirurgie

Le mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie existe depuis le 1er juin 2007. Malgré le fait que 93 % des patients sont opérés à l'intérieur de 6 mois, on retrouve toujours environ 7 000 patients qui sont en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an. Ces patients sont répartis auprès de 570 médecins. De ce nombre, 499 (88 %) ont moins de 20 patients en attente depuis plus d'un an.

Pour permettre à ces 7 000 patients d'obtenir leur intervention chirurgicale le plus rapidement possible, le projet de règlement proposera l'application d'une règle de calcul qui assurera qu'à indication chirurgicale équivalente, le patient en attente depuis plus d'un an sera priorisé.

La règle de calcul sera la suivante : le pourcentage de patients hors délai opérés par un médecin au cours d'une année doit être supérieur ou égal au pourcentage de patients hors délai inscrits à son nom sur la liste d'accès en vue d'une chirurgie.

Ces pourcentages seront calculés de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre de patients opérés hors délais}}{\text{Nombre total de patients opérés}}$$

$$\frac{\text{Nombre de patients en attente hors délais}}{\text{Nombre total de patients en attente}}$$

Le règlement prévoira qu'un patient hors délai est un patient qui est en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an.

2- Les exemptions pour les médecins spécialistes

Puisque le projet de loi n° 20 et son règlement proposent des obligations qui, pour la plupart, n'affectent qu'une partie de la pratique des médecins spécialistes et de manière qualitative plutôt que quantitative, les exemptions dont peuvent bénéficier ces médecins reflètent cette réalité. Ainsi, seule l'obligation de prise en charge des patients hospitalisés pourra faire l'objet d'une exemption.

Ces exemptions seront liées aux situations suivantes :

- maternité, adoption, maladie ou invalidité totale;
- absence pour œuvrer pour une organisation internationale non gouvernementale;
- invalidité partielle.

3- La réduction de la rémunération pour les médecins spécialistes

La rémunération d'un médecin spécialiste sera réduite de 10 % pour le défaut de respecter l'une ou l'autre des quatre obligations prévues au projet de loi, et ce, jusqu'à un maximum de réduction de 30 % de la rémunération totale d'un médecin spécialiste. La période de rémunération qui sera considérée pour la réduction sera d'un an pour l'obligation relative aux interventions chirurgicales et de 3 mois pour les autres obligations.

DOCUMENT DE TRAVAIL