

## Lettre ouverte du ministre Gaétan Barrette aux médecins concernant le PL 20

La présentation du projet de loi n° 20 a suscité de nombreuses réactions dans le monde médical. Évidemment, la présentation ayant été sommaire, il est normal que sa compréhension l'ait été tout autant. Il convient donc de préciser nos intentions afin d'en favoriser une juste compréhension.

L'accès aux médecins de famille demeure une problématique indéniable. Il est tout aussi indéniable que la multitude de solutions tentées jusqu'à maintenant n'ait pas donné les résultats escomptés.

Nous croyons fermement que le régime actuel d'activités médicales particulières (AMP) doit être révisé. Tout comme nous croyons fermement que le corpus médical actuel a la capacité de modifier ses façons de faire pour prendre en charge la population du Québec et aussi lui assurer un accès approprié aux services médicaux. En fait, si cela était déjà le cas, il n'y aurait tout simplement pas de projet de loi n° 20.

### Hôpital vs cabinet

Nous convenons qu'il y a actuellement un net déséquilibre en faveur de la pratique en hôpital. Le PL 20 envoie un signal clair. Il ne s'agit pas d'abandonner pratique hospitalière, mais bien de rétablir l'équilibre entre celle-ci et le travail en cabinet.

C'est ainsi que vous devez lire la proposition exprimée dans le tableau suivant.

D'abord, vous constatez qu'il vise un équilibre entre l'hôpital et le cabinet, mais aussi que cet équilibre exige une prise en charge de patients. C'est à ce titre qu'une obligation de suivi d'un

Activités de première ligne (inscription et suivi de patients)	Activités en établissement (heures par semaine)
1 500	0
1 250	6
1 000	12
750	18
500	24
250	30
0	36

nombre minimal de patients est proposée. Comme vous le voyez, il ne s'agit pas simplement d'ajouter quoi que ce soit à des tâches hospitalières, mais bien d'obtenir un équilibre dans lequel il y a obligatoirement une activité de prise en charge extrahospitalière. Et, vous les constaterez, les deux extrêmes sont possibles. Les vases communiquent!

Qui plus est, le projet de loi n° 20 ne vise pas à soumettre les médecins de famille du Québec aux travaux forcés à 50 ou 60 heures par semaine. Loin de là.

Il est par contre vrai, car c'est absolument là que le bât blesse, que la base des mesures proposées s'articule sur une semaine de travail à temps plein, 42 semaines par année! Plus simplement, on ne

demande pas aux médecins de changer leur rythme quotidien de travail, on leur demande simplement de maintenir ce rythme cinq jours par semaine.

De plus, afin de respecter les tendances observées dans la pratique des médecins de famille, l'équilibre entre la pratique hospitalière et le suivi de patients serait modulé selon le nombre d'années de pratique, tel qu'il est présenté dans le tableau suivant.

Obligations en AMF par semaine/années de pratique	0-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35 ans et plus
AMF : Activités de première ligne (inscription et suivi de patients)	0	1 000	1 250	1 500	0
AMF : Activités en établissement (heures/semaine) – section B	12 h	12 h	6 h	0 h	0 h

Des modèles de pratique permettent d'explicitier simplement l'objectif d'équilibre sur 36 heures de travail hebdomadaire, tel qu'il est proposé dans le PL 20. Ainsi, un médecin de famille de 10 ans de pratique qui effectuerait 18 heures d'activités hospitalières attendues plutôt que les 12 heures attendues (par choix ou en raison des besoins du territoire) n'aurait pas à assurer l'inscription et le suivi de 1 000 patients, mais bien de 750 patients. De la même manière, si ce même médecin souhaitait limiter ses activités en hôpital à 6 heures, il devrait alors suivre 1 250 patients. Dans tous les cas, ces dérogations seraient octroyées sur recommandation du chef du département régional de médecine générale sur la base des besoins prioritaires de la population d'un territoire donné.

Les mesures proposées par le projet de loi n° 20 visent aussi une plus grande rigueur et une équité dans la gestion des tâches hospitalières. L'attribution actuelle des AMP est trop souvent disparate. Pour des hôpitaux comparables, comptant un même nombre de lits pris en charge par des médecins de famille, le nombre d'heures d'AMP reconnues aux médecins de famille peut passer du simple au triple! Ce deux poids deux mesures est clairement inéquitable pour les médecins de famille et les patients qu'ils desservent.

Pis encore, cet actuel système de gestion peu rigoureux et inéquitable des ressources médicales hospitalières alimente une consommation toujours plus grande de médecins à l'hôpital. Or, cette consommation est nourrie notamment par l'absence conséquente des mêmes médecins de famille en première ligne! Ce cercle vicieux doit être stoppé afin de mettre un terme aux vieux réflexes de vouloir tout centrer sur l'hôpital. Cette philosophie vétuste est contre-productive et nous n'avons pas les moyens de poursuivre dans cette voie, d'autant que tous conviennent que le patient préférera voir son médecin de famille à la clinique plutôt que de devoir attendre à l'urgence de l'hôpital.

Par ailleurs, ce nouvel équilibre de la pratique des médecins de famille au profit de l'inscription et du suivi de patients ne pourra pas se réaliser sans un changement analogue des autres médecins spécialistes. Ces derniers devront également rééquilibrer leur pratique, quant à eux, au profit des activités de prise en charge hospitalière. Il est donc faux de prétendre que le projet de loi n° 20 ne « vise » que les médecins de famille : c'est la contribution de l'ensemble de la profession médicale qui est demandée.

### **Qualité des soins**

Par ailleurs, de nombreuses inquiétudes ont été soulevées quant aux possibles impacts du projet de loi sur la qualité des soins. Est-il vrai que toutes les consultations médicales devront se limiter à dix

petites minutes? Non! Les nombres minimums de patients à inscrire ont été déterminés en se basant sur le portrait des visites des patients québécois réalisées en 2013. Ces nombres de patients à inscrire sont aussi solidement ancrés aux données et aux modèles proposés conjointement par le MSSS et la FMOQ dans le cadre des formations sur l'Accès adapté, un modèle d'organisation de la pratique de première ligne exemplaire et probant.

Nous voulons que les choses soient claires : si le corps médical d'aujourd'hui appliquait le principe de l'Accès adapté, tel qu'il est préconisé par la FMOQ, sur une base de 42 semaines à temps plein, il n'y aurait aucun citoyen non inscrit et tous et toutes auraient accès à leur médecin de famille en temps opportun. La profession n'en sortirait que gagnante. Ce virage est-il possible aujourd'hui?

À titre d'exemple, un médecin qui inscrirait 1 000 patients et qui consacrerait trois journées de huit heures par semaine au suivi de ses patients proposerait à ceux-ci des consultations de 20 à 25 minutes chacune plutôt que les 10 minutes avancées par plusieurs. Ces calculs incluent même 90 minutes dans la journée pour rappeler des patients ou compléter des dossiers. Rien de surhumain ou de propice à nuire à la qualité des soins aux patients. D'ailleurs, ces calculs et démonstrations ont été élaborés avec la FMOQ et perfectionnés depuis 2009 sur la base des expériences terrain de plus d'une centaine de médecins de famille québécois.

Évidemment, pour arriver à ce résultat, plusieurs médecins devront réorganiser leur pratique. Recourir davantage au travail interdisciplinaire. Est-il normal, en 2014, que des médecins de famille procèdent encore à la vaccination des bébés? À la mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle? Est-il efficace, en 2014, que des médecins de famille ne travaillent toujours pas conjointement avec des infirmières pour le suivi des malades chroniques alors que la loi instituant les ordonnances collectives date de plus d'une décennie? Les réponses sont toutes NON. Il est temps de tirer profit de tous les leviers disponibles pour assurer accessibilité ET qualité des soins.

### **Patients vulnérables**

Plusieurs estiment que les patients les plus vulnérables seront les laissés pour compte en raison du changement proposé. C'est encore faux. Aujourd'hui les patients dits vulnérables sont en grande majorité déjà inscrits à un médecin de famille. Par exemple, plus de 90 % des personnes âgées de plus de 70 ans ont un médecin de famille. Aujourd'hui, les véritables orphelins sont les personnes avec des problèmes de santé mentale sévères, de toxicomanie et de dépendance. Ce sont ces personnes qui attendent des mois, voire des années, pour avoir la chance d'être suivies par un médecin de famille. C'est inacceptable.

Par conséquent, ces patients particulièrement vulnérables seront pondérés favorablement lorsqu'ils seront inscrits auprès d'un médecin de famille. Il en va de même pour les patients qui doivent être suivis à domicile ou ceux qui sont malheureusement en soins palliatifs ou de fin de vie. Ce sont ces patients qui sont actuellement les véritables orphelins de soins. Pour ces personnes, comment peut-on parler de qualité des soins alors qu'elles sont privées de soins? Le projet de loi n° 20 vise à combler ces vides qui sont lourds de conséquences pour toutes ces personnes démunies.

Par ailleurs, de nombreuses autres pondérations seront considérées pour bien refléter la mosaïque de pratiques propres à la médecine de famille. Par exemple, l'enseignement médical et le temps consacré à la supervision des résidents seront notamment reconnus, en réduisant les cibles d'inscriptions minimales attendues des médecins.

Des discussions avec un ensemble d'experts médicaux et la FMOQ permettront de statuer sur des bases de pondération représentatives de ce souhait.

Mais aussi... Tout ceci ne peut se faire seul. Notamment en ce qui a trait aux plateaux techniques et à la consultation auprès des médecins spécialistes, et c'est la raison pour laquelle le PL 20 s'y adresse en imposant des règles qui garantiront de tels accès. Il est clair que les médecins spécialistes doivent être partie prenante de la solution qui réglera la situation de l'accès à la première ligne.

### **Conclusion**

Comme je l'ai dit à plusieurs reprises, tant en campagne électorale que depuis le début de mon mandat, nous avons, d'une part, la capacité, ensemble, de régler cette problématique. D'autre part, regardez autour de vous, la population ne tolérera pas le *statu quo*. Je le répète également, le PL 20 n'est que la conséquence d'une série de tentatives infructueuses pour corriger cette situation. Par contre, je crois fermement à la capacité de la profession médicale, tout incluse, de s'adapter à cette situation et de mettre en place les façons de faire, d'exercer, de s'organiser pour régler une fois pour toute la problématique de l'accès à la première ligne. Je vous encourage donc à prendre connaissance plus en détail des propositions qui sont faites, car je crois qu'il en va de notre intérêt à tous et à toutes.

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Gaétan Barrette  
Ministre de la Santé et des Services sociaux