

ANALYSE D'IMPACT RÉGLEMENTAIRE

Lois favorisant l'accès à des services de médecine de famille et de médecine spécialisée

Ministère de la Santé et des Services sociaux

10 octobre 2014



SOMMAIRE EXÉCUTIF

La problématique de l'accès à un médecin de famille a souvent été au cœur du débat public et a été une priorité gouvernementale sans cesse renouvelée. Pourtant, plus de 2,8 millions de Québécois ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille, et il s'ajoute aussi une diminution globale de la productivité des médecins de famille.

En corollaire, l'accessibilité aux consultations spécialisées pour les patients non admis en milieu hospitalier est aussi problématique. De plus, les médecins spécialistes ont peu à peu délaissé les activités de prise en charge d'usagers admis en milieu hospitalier pour concentrer leur pratique vers la consultation et les expertises ponctuelles.

Face à ces lacunes d'accessibilité à ces deux services de médecine, les activités médicales particulières (AMP) constituent un levier de changement pertinent afin de favoriser une productivité accrue des médecins de famille ainsi qu'une plus grande cohésion entre les pratiques de ces derniers et des autres médecins spécialistes.

La solution proposée consiste à introduire une obligation qui serait faite à tout médecin de famille, participant au régime public d'assurance maladie, de satisfaire à deux obligations complémentaires :

- assurer le suivi d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients;
- exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales parmi celles déterminées par l'agence de la santé et des services sociaux de la région où il pratique.

La solution proposée consiste aussi à obliger tout médecin spécialiste participant au régime d'assurance maladie, et dont la spécialité serait visée par un règlement du ministre, dans le cadre de sa pratique, à recevoir en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, un nombre minimal de patients qui ne sont pas des usagers admis dans un centre exploité par un établissement. De plus, les dispositions législatives proposées obligerait également tout médecin spécialiste qui détient des privilèges dans un établissement, et à la demande de ce dernier, à :

- assurer, à titre de médecin traitant, la prise en charge et le suivi médical de certains usagers admis dans un centre exploité par cet établissement;
- dispenser tout service médical spécialisé jugé prioritaire.

Certaines conditions de rémunération applicables aux médecins ne sont pas toujours optimales pour favoriser l'accroissement de l'offre de services et l'adaptation des services aux besoins de la population. En conséquence, pour une période de temps limitée, des modifications doivent être apportées aux modalités de rémunération des médecins, dans le cadre d'un processus de négociation efficace. Enfin, lorsqu'un service fourni par un médecin cesse d'être un service assuré, la somme prévue pour le financement de la rémunération du médecin est actuellement intégrée à l'enveloppe budgétaire globale, ce qui est pour le moins difficile à justifier.

1. DÉFINITION DU PROBLÈME

a) Accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée

Depuis le début des années 2000, la problématique de l'accès à un médecin de famille a souvent été au cœur du débat public et a été une priorité gouvernementale sans cesse renouvelée.

Créée en juin 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a eu pour mandat de proposer des recommandations, après la tenue d'une consultation publique, sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. Résultant des travaux de cette commission, le rapport Clair a mis en exergue le problème de l'accès aux médecins de famille vécu par un grand nombre de citoyens. Ce rapport recommandait que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux.

Au cours des quinze dernières années, plusieurs initiatives gouvernementales ont tenté de régler les difficultés d'accès aux services de première ligne, notamment par :

- l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) débutée en 2002;
- l'introduction de forfaits d'inscription et de suivi de patients dans la rémunération des médecins de famille;
- la valorisation de la carrière de médecin de famille;
- l'accroissement des cohortes de formation des étudiants en médecine de famille.

Les enjeux de l'accessibilité aux soins et de la productivité

Malgré les avancées importantes qu'ont permises les différentes actions gouvernementales en matière d'accessibilité, plus de 2,8 millions de Québécois, soit presque 35 % de la population, ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille¹. Bien que certains considèrent ne pas en avoir besoin, et que d'autres n'en ont simplement pas cherché, il est estimé qu'environ 800 000 personnes cherchent activement un médecin de famille sans parvenir à en trouver un².

Par ailleurs, l'accessibilité signifie également la possibilité de voir son médecin en temps opportun. Or, 40 % des patients inscrits auprès d'un médecin de famille subissent un délai d'attente supérieur à un mois pour obtenir un rendez-vous³.

Cela démontre qu'il existe un problème important quant à l'accès aux médecins de famille. Le Québec se place au dernier rang des provinces canadiennes

¹ RAMQ (2014), *Rapport 6 – Répartition des personnes inscrites selon leur territoire de résidence*.

² ISQ (2013), *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

³ *Ibidem*.

dans ce domaine, avec des conséquences néfastes connues, notamment sur l'engorgement des urgences. Environ 50 % des consultations faites aux urgences le sont pour des affections qui auraient pu être traitées par un médecin de famille⁴.

À cette première lacune, le manque d'accessibilité, se superpose une seconde : une diminution de la productivité des médecins de famille. L'évolution de la tendance montre que le temps de travail des médecins connaît une diminution globale depuis plusieurs années⁵ :

- les jours travaillés par les médecins de famille ont baissé de 10 % depuis 1998-1999;
- 59 % des médecins de famille travaillent moins de 175 jours/an. Ainsi ce groupe de 5200 médecins de famille travaillent en moyenne 117 jours par an;
- le nombre d'heures travaillées par un médecin de famille québécois est inférieur à celui de son homologue de l'Ontario et à celui de la moyenne des médecins de famille du Canada.

Tout ceci a eu pour conséquence de diminuer de 12 % le nombre de contacts entre les patients et les médecins de famille, et ce, malgré une augmentation, entre 2000 et 2013, d'environ 80 % de l'investissement financier destiné à la rémunération des médecins de famille⁶. Par conséquent, l'accès aux médecins de famille demeure une préoccupation majeure des citoyens du Québec.

Par ailleurs, il faut souligner que l'accessibilité aux consultations spécialisées électives est aussi problématique. En effet, plus de 60 % des médecins de famille mentionnent que leurs patients rencontrent des difficultés importantes pour obtenir des examens diagnostiques spécialisés. Or, il est démontré que la fluidité des services et la collaboration entre les médecins de famille et les médecins spécialistes sont des facteurs importants pour faciliter le dépistage, améliorer le traitement ainsi que pour obtenir de meilleurs résultats de soins⁷.

Enfin, l'évolution de la tendance montre également que le temps de travail des médecins spécialistes connaît aussi certaines dégradations :

- En 2010-2011, les médecins en spécialités médicales travaillent en moyenne 194 jours, et de ce nombre, il y en a 175 avec patients.
- Entre 2005-2006 et 2010-2011, on observe une baisse de 9 % des journées avec patients dans les spécialités médicales.
- En 2010-2011, les médecins en spécialités chirurgicales travaillent en moyenne 208 jours, et de ce nombre, il y en a 187 avec patients.

⁴ Commissaire à la santé et au bien-être (2013), *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012*.

⁵ MSSS (2013), *Constats concernant la pratique médicale des omnipraticiens (présentation de la DGPRM)*.

⁶ MSSS (2014), *Mesure de la performance : FMOQ (présentation de la DGPRM)*. Les 12 % présentés ici correspondent à la diminution du nombre moyen de contacts patients par médecin entre 2006-2007 et 2010-2011.

⁷ Mitchell G, Del Mar C, Francis D. (2002) *Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review*. Br J Gen Pract. 2002;52(484):934-9

- Entre 2005-2006 et 2010-2011, on observe une baisse de 12,1 % des journées avec patients dans les spécialités chirurgicales.

L'ensemble de ces enjeux d'accessibilité et de productivité impose une action d'envergure, avec des résultats rapides et tangibles.

Les activités médicales particulières⁸ (AMP) comme levier de changement

Les médecins de famille ont l'obligation de faire un minimum d'AMP, principalement en milieu hospitalier. Cette obligation a été mise en œuvre à partir de 1993 afin de favoriser une meilleure répartition des effectifs médicaux entre les différents secteurs d'activités d'une région. En 2002, ces dispositions législatives ont été modifiées afin de prioriser certaines AMP, notamment les services médicaux dispensés aux services d'urgence d'un établissement du réseau, afin de répondre aux besoins du moment. À défaut par le médecin de respecter cette obligation, sa rémunération pour des services rendus en cabinet était réduite de 30 % par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Les modifications apportées par la loi de 2002 ont également introduit dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) l'obligation, pour tout médecin spécialiste n'ayant pas de privilège dans un établissement qui exploite un centre hospitalier et dont la spécialité est visée dans une entente conclue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29), d'effectuer une partie de sa pratique dans les activités médicales particulières. Il faut toutefois noter que, contrairement à ce qui prévaut pour les médecins de famille, cette nouvelle obligation n'a jamais fait l'objet d'une entente entre le ministre et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) afin de prévoir les modulations relatives à la nature des activités et au niveau de participation des médecins spécialistes à ces activités.

En ce qui a trait aux médecins de famille, dans leur forme actuelle, les mesures, tant législatives que celles contenues dans l'entente particulière conclue avec la Fédération des médecins omnipraticiens de Québec (FMOQ) et ayant pour objet les AMP, régulent principalement :

- le nombre d'heures à effectuer selon les années de pratique des médecins de famille;
- les activités qui peuvent être pratiquées, selon une hiérarchie à six niveaux;
- la réduction de la rémunération d'un médecin de famille en cas de non-respect par ce dernier de son obligation d'exercer des AMP.

Cependant, bien qu'un guide de gestion des AMP propose une certaine quantification du volume d'activités attendu, ses paramètres restent parfois arbitraires et, surtout, sont appliqués avec une rigueur inégale. Cela conduit donc à de grandes disparités dans la pratique des AMP au sein d'établissements comparables.

⁸ Les activités médicales particulières sont des activités considérées prioritaires par le législateur. Ces activités visent tous les médecins de famille qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie et elles sont définies actuellement aux articles 360 à 366,1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Par ailleurs, les enjeux d'accessibilité ont passablement évolué au cours des dix dernières années. Au début des années 2000, les médecins de famille rendaient un faible volume de services hospitaliers dans le cadre de leur pratique et la majeure partie des problèmes d'accès se situait aux services d'urgence et ailleurs en milieu hospitalier. Aujourd'hui, les médecins de famille, surtout ceux en début de carrière, adoptent une pratique axée presque exclusivement sur les services hospitaliers, au détriment du suivi de patients en première ligne, exacerbant le problème récurrent d'accès aux médecins de famille dans la communauté.

En corollaire, les médecins spécialistes ont peu à peu délaissé les activités de prise en charge d'usagers admis en milieu hospitalier, à titre de médecin traitant, pour concentrer leur pratique vers la consultation et les expertises ponctuelles. Ce changement de pratique a paradoxalement conduit les médecins spécialistes vers un travail en mode consultant et moins en mode médecin traitant responsable de la prise en charge de clientèles hospitalisées. Cette situation a fait en sorte que les médecins de famille ont accru leurs activités en hospitalisation et diminué leurs activités en première ligne, notamment en prise en charge de nouvelles clientèles.

À l'heure actuelle, les AMP incarnent le meilleur moyen pour encadrer la pratique de la médecine de famille et de la médecine spécialisée. Pour la première, ces balises viseraient à établir un juste équilibre entre la pratique de suivi de patients en première ligne et celle dans les établissements du réseau, pour apporter ainsi une solution structurante aux problèmes d'accès aux médecins de famille. Pour la seconde, les balises proposées mèneraient à une réorientation des activités à la faveur d'une disponibilité accrue pour offrir des consultations aux patients référés par des médecins de famille ainsi que vers une plus grande prise en charge des usagers admis en milieu hospitalier, à titre de médecin traitant.

Pour preuve de l'efficacité du levier des AMP, les mesures législatives sur les AMP adoptées pour la médecine de famille en 1991 et en 2002 ont rapidement donné des résultats. Ainsi, dans les années qui ont suivi l'adoption de ces mesures, les cas de ruptures de services médicaux dans les urgences et en hospitalisation ont diminué drastiquement, devenant de rares cas d'exception, et ce, même dans les régions éloignées. Il est maintenant temps de favoriser le retour du balancier.

Les AMP peuvent également être utilisées comme levier pour accroître la productivité de l'ensemble des médecins de famille. Accroître cette productivité signifie actuellement augmenter le nombre de patients inscrits par médecin de famille et leur disponibilité par rapport aux suivis de leurs patients inscrits, tout en maintenant dans leur pratique une prestation de services hospitaliers.

Globalement, les AMP devraient donc être réformées pour mieux orienter et encadrer, de façon concomitante, la pratique des médecins de famille et des

médecins spécialistes pour la prise en charge des usagers admis en milieu hospitalier, la consultation spécialisée et le suivi de patients de première ligne.

Ainsi, la réforme des AMP apparaît être une des clés importantes pour améliorer l'accès global aux services médicaux en assurant une répartition optimale des tâches médicales entre les médecins de famille et les médecins spécialistes, et ce, sans investissement ni mesures incitatives supplémentaires et pour le bénéfice de la population.

b) Conditions et modalités de rémunération des médecins

Il appert que certaines conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins dans le cadre de la prestation de services assurés ne sont pas toujours optimales en ce sens qu'elles ne favorisent pas nécessairement l'accroissement de l'offre de services et l'adaptation des services aux besoins de la population. Sur une période de temps limitée, des modifications doivent être apportées aux conditions et aux modalités de rémunération des médecins et cela dans le cadre d'un processus de négociation efficace.

c) Affectation de la somme prévue pour le financement d'un service qui cesse d'être assuré

Actuellement, lorsqu'un service fourni par un professionnel de la santé cesse d'être un service assuré, la somme prévue pour le financement de la rémunération du professionnel à l'égard d'un tel service est intégrée à l'enveloppe budgétaire globale et conséquemment réaffectée aux priorités convenues par les parties négociantes. Cette façon de faire est pour le moins difficile à justifier.

2. PROPOSITION DU PROJET

a) Accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée

Le manque d'accessibilité aux services de première ligne et la productivité déclinante des médecins de famille associée à un accès limité aux médecins spécialistes démontrent l'urgence de la situation et la nécessité d'y apporter rapidement une solution intégrée. La solution proposée viserait à optimiser la disponibilité et la continuité en regard de l'amélioration globale de l'accès aux services médicaux.

Pour parvenir à cette fin, la solution consisterait à abroger les dispositions actuelles des articles 360 à 366.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) qui, lues en conjonction avec le cinquième alinéa de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29), obligent tout médecin participant au régime d'assurance maladie à s'engager à adhérer à l'entente conclue entre le ministre et les fédérations médicales relativement aux

modalités d'application des activités particulières prévues dans la LSSSS, sous peine d'une sanction pécuniaire prévue à cette entente.

Contrairement aux dispositions légales actuelles, les nouvelles dispositions ne qualifieraient pas les activités médicales de « particulières » en ce que celles-ci sont jugées inséparables du bon exercice de la profession de médecin.

Le rôle des agences, des établissements et de la RAMQ dans la gestion des nouvelles obligations faites aux médecins est précisé dans le projet de loi, tant pour l'autorisation d'exercice d'activités médicales que pour le suivi du respect des obligations des médecins. Il est à noter que les nouvelles fonctions qui seraient confiées aux agences ou aux établissements seraient, à la suite de l'adoption éventuelle du projet de loi numéro 10, assumées par les établissements régionaux.

Médecine de famille

Les dispositions législatives proposées obligerait tout médecin de famille participant au régime d'assurance maladie, dans le cadre de sa pratique et dans la mesure prévue par règlement du ministre, à satisfaire à deux obligations complémentaires :

- assurer le suivi d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients;
- exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales parmi celles déterminées par l'agence de la santé et des services sociaux de la région où il pratique.

Les modalités d'application de ces obligations sont notamment précisées dans le projet de loi.

Médecine spécialisée

Les dispositions législatives proposées obligerait tout médecin spécialiste participant au régime d'assurance maladie, dans le cadre de sa pratique, à recevoir en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, un nombre minimal de patients qui ne sont pas des usagers admis dans un centre exploité par un établissement. Il est important de préciser que cette disposition s'appliquerait seulement pour les médecins spécialistes dont la spécialité serait visée par un règlement du ministre à cet effet.

Les dispositions législatives proposées obligerait également tout médecin spécialiste qui détient des privilèges dans un établissement et à la demande de ce dernier à :

- assurer, à titre de médecin traitant, la prise en charge et le suivi médical de certains usagers admis dans un centre exploité par cet établissement;
- dispenser tout service médical spécialisé jugé prioritaire.

En vue de l'application de ces deux dernières obligations, le ministre ferait connaître aux établissements, par directive le cas échéant, les modalités suivantes :

- les spécialités visées et les règles relatives à l'application de la première obligation concernant la prise en charge et le suivi médical d'usagers admis en établissement;
- les services que les établissements doivent rendre prioritaires ou les règles que ces derniers doivent suivre pour rendre prioritaires des services.

Pouvoir réglementaire du ministre

La teneur de ces nouvelles obligations et leurs modalités d'application seraient précisées par règlement du ministre. Ce règlement porterait notamment sur :

- les modalités de suivi de la clientèle d'un médecin de famille;
- le nombre minimal de patients devant être suivis par un médecin de famille;
- le taux d'assiduité de la clientèle qu'un médecin de famille ou un groupe de tels médecins doit maintenir (indicateur de résultat mesurant l'accessibilité réelle des patients inscrits à leur médecin de famille ou à d'autres médecins pratiquant au sein du même groupe de médecine familiale);
- le nombre minimal de patients devant être reçus en consultation par un médecin spécialiste et la partie de ce nombre qui doit être dirigée au médecin spécialiste par un médecin famille;
- le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées par un médecin famille;
- les cas et les conditions selon lesquels un médecin n'est pas assujéti aux obligations qui lui incombent ou selon lesquels il peut en être temporairement exempté, en tout ou en partie;
- toute autre condition ou modalité qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations;
- les conditions et modalités selon lesquelles la Régie de l'assurance maladie du Québec peut réduire la rémunération d'un médecin.

Application des nouvelles dispositions législatives

La mise en application des nouvelles dispositions législatives serait effective à la date de la sanction de la loi. Toutefois, afin de permettre aux médecins visés d'adapter leur pratique, les réductions de rémunération n'entreraient en vigueur que le 1er janvier 2017. Ce délai faciliterait aussi la transition à plusieurs niveaux, notamment :

- la définition des listes d'activités médicales particulières dans l'ensemble des régions, conformément aux nouvelles dispositions législatives et réglementaires;
- l'obtention des autorisations requises pour l'exercice des activités médicales;
- l'atteinte des seuils d'inscriptions et de taux d'assiduité minimaux pour les médecins de famille;
- l'atteinte du taux de consultations, notamment de consultations effectuées, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, par un médecin spécialiste auprès de patients qui ne sont pas admis dans un centre exploité par un établissement à la demande d'un médecin de famille.

b) Conditions et modalités de rémunération des médecins

Afin de favoriser l'accessibilité aux services assurés, le projet de loi précise, malgré l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* et toute disposition d'une entente visée à cet article, que, pour une période de temps limité, soit pour une période maximale de quatre ans à compter du 1^{er} avril 2015, le ministre puisse, lorsqu'il est d'avis que certaines modifications aux conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins permettraient d'améliorer l'accessibilité aux services assurés au sens de cette loi et qu'il considère que ces modifications ne peuvent être convenues avec l'organisme représentatif concerné dans un délai qu'il estime acceptable, apporter ces modifications, avec l'approbation du Conseil du trésor.

c) Affectation de la somme prévue pour le financement d'un service qui cesse d'être assuré

Malgré toute disposition à l'effet contraire prévue dans les diverses ententes convenues avec les médecins, le projet de loi précise que lorsqu'un service fourni par un professionnel de la santé cesse d'être un service assuré, toute somme prévue pour le financement de la rémunération d'un tel service soit dorénavant exclue de la rémunération convenue avec l'organisme représentatif concerné et versée au fonds consolidé du revenu.

3. ANALYSE DES OPTIONS NON RÉGLEMENTAIRES

La voie de la négociation de nouvelles modalités de rémunération pour les médecins de famille a également été envisagée dans le but d'accroître l'accessibilité des citoyens aux médecins de famille et d'augmenter la productivité de ces derniers.

Toutefois, cette option n'apparaît pas être la plus adéquate dans le contexte actuel. En effet, les problèmes d'accessibilité aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée perdurent, et ce, malgré les importants incitatifs financiers qui ont déjà été négociés. Le problème d'accès aux services médicaux cause de nombreux désagréments pour un trop grand nombre de citoyens québécois.

Dans cette perspective, la problématique actuelle d'accessibilité dans le système de santé, par sa récurrence, son importance et ses effets néfastes pour la population, nécessite des changements rapides et significatifs ne pouvant être réalisés rapidement qu'avec des mesures de nature réglementaire.

4. ÉVALUATION DES IMPACTS

4.1 Description des secteurs touchés

Le projet de loi touche les médecins de famille participant au régime québécois d'assurance maladie, qu'ils travaillent seuls ou en groupe, en cabinet privé ou en établissement. Actuellement, il y a 8 765 médecins de famille qui pratiquent et participent au régime québécois d'assurance maladie.

Le projet de loi touche également les médecins spécialistes participant au régime québécois d'assurance maladie dont la spécialité serait visée par un règlement ou une directive du ministre.

4.2 Coûts pour les entreprises

La solution proposée n'implique aucun coût direct pour les médecins concernant une mise à niveau administrative ou d'autres modifications liées à des formalités administratives. Aucune modification à leur pratique de facturation n'est exigée.

Le seul impact financier potentiel pour les médecins de famille et les autres spécialistes serait une conséquence du non-respect des obligations introduites par la solution réglementaire. Pour les médecins de famille, cette réduction de rémunération est déjà en vigueur actuellement dans les modalités liées aux AMP. La solution proposée vient renforcer et étendre cette application ainsi que moduler différemment les obligations faites aux médecins de famille et aux médecins spécialistes.

4.3 Avantages du projet

a) Accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée

Les mesures proposées ont pour finalité l'accroissement de l'accessibilité des services de première ligne et des services de médecine spécialisée et de la productivité globale des médecins de famille. Ainsi, en bout de ligne, et parce qu'elle sous-tend une vision centrée sur les patients plutôt que sur les médecins, la solution proposée aura plusieurs effets bénéfiques pour l'ensemble des Québécois :

- une augmentation significative du nombre de patients inscrits à un médecin de famille;
- un accroissement de la disponibilité des médecins de famille pour les patients qu'ils ont inscrits;
- une hausse de la productivité des médecins de famille, principalement en suivi des patients inscrits;
- un accroissement de la disponibilité des médecins spécialistes pour les patients référés par les médecins de famille;

- une augmentation de la prise en charge de patients admis en établissement par les médecins spécialistes.

Concrètement, la solution proposée vient donc étendre à une vaste portion de la population la possibilité d'avoir son propre médecin de famille et de le voir en temps opportun, sans devoir recourir aux urgences pour des raisons qui ne nécessitent pas ce type de service. Parallèlement, les médecins de famille qui n'auraient pas ce souci professionnel de se rendre disponibles pour leurs patients seraient sanctionnés de manière significative par une réduction substantielle de leur rémunération.

L'adoption de ces nouvelles mesures législatives et réglementaires permettrait également de mettre en œuvre rapidement des solutions concrètes aux problèmes d'accès aux médecins de famille qui perdurent depuis trop longtemps. La voie législative permet en outre de contrôler les échéanciers pour la mise en application des mesures proposées.

Par ailleurs, la possibilité pour le ministre de déterminer des activités ou des volumes pour les spécialités visées par règlement permettrait d'appuyer les médecins de famille en cohérence avec les nouvelles exigences pour la médecine de famille, tout en assurant un partage équitable des tâches en établissement et, ultimement, une meilleure organisation ainsi qu'un accès amélioré aux services médicaux pour la population.

La mise en œuvre planifiée selon des échéanciers déterminés ouvre la voie à une transition harmonieuse dans l'application des nouvelles mesures.

Enfin, à court terme et dans le contexte actuel de réduction des dépenses publiques, cette solution a l'avantage, pour la collectivité, de ne pas nécessiter l'investissement de fonds publics supplémentaires en mesures incitatives de rémunération.

b) Conditions et modalités de rémunération des médecins

En raison du contexte budgétaire, cette mesure donne un levier important au ministre lui permettant de déterminer les conditions et modalités de rémunération des médecins advenant une impasse dans le cadre de la négociation avec les organismes qui les représentent.

Il s'agit d'une mesure d'une durée temporaire qui entrerait en vigueur le 1^{er} avril 2015 et cesserait d'avoir effet à la date fixée par le gouvernement ou, au plus tard, le 1^{er} avril 2019.

Le pouvoir de déterminer les conditions et modalités de rémunération ne porte pas atteinte de façon substantielle au processus de négociation de bonne foi puisque le pouvoir conféré au ministre n'élimine pas l'obligation du ministre prévue à l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29) de conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de

professionnels de la santé, toute entente pour l'application de la *Loi sur l'assurance maladie*.

Cette mesure ne porte pas atteinte de façon substantielle au processus de négociation dans la mesure où le ministre continue de négocier de bonne foi et que ce n'est qu'en cas d'impasse dans les négociations qu'il peut déterminer les conditions et modalités de rémunération des médecins.

La solution proposée maintient l'obligation du ministre prévue à l'article 19 de *Loi sur l'assurance maladie* d'obtenir l'approbation du Conseil du trésor, pour conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé, toute entente pour l'application de la *Loi sur l'assurance maladie*.

Cette mesure assurera un traitement plus équitable entre les médecins œuvrant dans différents secteurs d'activités et permettra de favoriser la mise en place de mesures permettant des gains de productivité. De plus, elle facilitera une meilleure planification des variables nécessaires à l'introduction d'un mode de financement à l'activité, puisqu'une meilleure connaissance de la réalité de la pratique médicale deviendra accessible.

c) Affection de la somme prévue pour le financement d'un service qui cesse d'être assuré

Dorénavant, malgré les ententes avec les professionnels de la santé, le gouvernement pourra récupérer les sommes découlant d'une marge de manœuvre résultant de la baisse de couverture des services assurés.

4.4 Impact sur l'emploi

Les mesures envisagées n'auront pas d'impact sur l'emploi à court et moyen terme.

5. ADAPTATION DES EXIGENCES AUX PME

Les exigences demandées ne sont pas modulées en fonction de la taille de l'entreprise, puisque les médecins sont des travailleurs autonomes et comptent, intrinsèquement, pour une personne unique. De plus, les mesures prévues doivent s'appliquer aux médecins directement, et non aux regroupements de médecins.

Par ailleurs et tel qu'indiqué à la section 2 du présent document, le règlement du ministre prévoira les dérogations, exemptions et ajustements possibles que les médecins pourront se prévaloir en fonction des différentes situations particulières.

6. COMPÉTITIVITÉ DES EXIGENCES ET IMPACT SUR LE COMMERCE AVEC LES PARTENAIRES ÉCONOMIQUES DU QUÉBEC

Les exigences prévues améliorent la compétitivité des médecins de famille et des médecins spécialistes québécois. En effet, de par les objectifs poursuivis, elles amélioreront le rang des médecins québécois quant à l'accessibilité et la productivité par rapport à leurs confrères d'autres provinces ou pays.

À l'heure actuelle, comparativement aux autres provinces canadiennes, le Québec se classe dernier en matière d'accès à un médecin de famille alors qu'on y dénombre plus de médecins de famille par habitant que la plupart d'entre elles. En effet, en 2012, le Québec comptait 115 médecins de famille pour 100 000 habitants, alors qu'il y en avait 109 pour l'ensemble du Canada, et 100 pour l'Ontario⁹. De plus, le nombre moyen de patients par médecin de famille est également le moins élevé du Canada. En 2012, il s'élevait à 1 081, contre 1 468 dans l'ensemble du Canada et 2 105 aux États-Unis¹⁰.

Par ailleurs, en matière de productivité des médecins de famille, le retard du Québec est aussi significatif. La semaine de travail d'un médecin de famille y est en moyenne la plus courte, avec 34,9 heures travaillées (et 32,7 heures chez les plus jeunes), contre 43 heures en Ontario et 42,1 heures pour l'ensemble du Canada. Ce sont 15 heures de moins que pour le Manitoba et la Saskatchewan, ainsi que pour plusieurs pays industrialisés, tels que la France ou les États-Unis¹¹.

L'accès aux consultations spécialisées semble aussi moins bon que dans les autres provinces canadiennes ou les autres pays occidentaux. En effet, 61 % des médecins de famille mentionnent que leurs patients ont souvent de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés. C'est le résultat le plus élevé de l'ensemble des pays comparés. Au Canada, ce pourcentage est de 38 % et, dans certains pays, il est inférieur à 10 % (Pays-Bas et Suisse)¹².

Par contre, aucune mesure similaire aux activités médicales particulières ne semble avoir déjà été adoptée dans les autres provinces canadiennes. À cet effet, il est important de rappeler que seuls les médecins de famille du Québec ont une part aussi importante de services médicaux hospitaliers dans leur pratique, à savoir environ le tiers de leurs activités.

Enfin, la solution projetée n'entraînera aucun effet sur la libre circulation des personnes, des biens, des services et des investissements entre le Québec et ses partenaires économiques.

⁹ FORGET, Claude E. (2014). *Le Mystère des médecins québécois « évanouis » : comment améliorer l'accès aux soins*.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² Commissaire à la santé et au bien-être (2013). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012*.

Quant aux conditions et aux modalités de rémunération des médecins et à l'affectation de la somme prévue pour un service qui cesse d'être assuré, aucune analyse comparative n'est faite, compte tenu de la spécificité de la problématique discutée.

7. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Afin que les médecins puissent le plus aisément se conformer aux nouvelles exigences, un règlement ou, le cas échéant, une directive du ministre viendra préciser les différentes modalités d'application des nouvelles mesures législatives.

De plus, la période de transition prévue d'une durée de deux ans entre l'entrée en vigueur des nouvelles modalités et la mise en application de la réduction de rémunération permettra aux établissements et aux agences de procéder à la gestion des activités médicales sur leur territoire et pour les médecins de modifier en conséquence leur pratique.

Enfin, un outil, actuellement en élaboration à la RAMQ, permettra aux médecins de famille d'obtenir un portrait complet de leur pratique de suivi de clientèle en première ligne.

Pour tout questionnement relatif aux nouvelles mesures, les agences de la santé et des services sociaux, notamment par le biais de leur chef de Département régional de médecine générale, ainsi que les établissements, notamment par le biais du directeur des services professionnels, seront les interlocuteurs privilégiés des médecins. Le ministère de la Santé et des Services sociaux accompagnera ces derniers.

8. CONCLUSION

La récurrence des désagréments pour la population et des impacts financiers liés à l'accès difficile aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, la baisse de productivité globale des médecins de famille et le contexte actuel des finances publiques constituent un ensemble de facteurs exigeant une intervention rapide et déterminée.

En ce sens, la solution proposée permettra d'atteindre, à court terme, les bénéfices escomptés sur les plans de l'accessibilité aux services médicaux et de la productivité globale des médecins de famille.

9. PERSONNE(S) RESSOURCE(S)

Docteur Antoine Groulx
Directeur de l'organisation des services de première ligne intégrés
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
antoine.groulx@msss.gouv.qc.ca