

ENTENTE DE PRINCIPE INTERVENUE ENTRE LA FMOQ ET LE MSSS AFIN D'ACCROÎTRE ET D'AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

CONSIDÉRANT les réels problèmes d'accessibilité aux services médicaux de première ligne au Québec;

CONSIDÉRANT la volonté de la FMOQ de régler cette problématique de façon satisfaisante pour tous les Québécois;

CONSIDÉRANT l'objectif partagé par les deux parties d'augmenter la prestation moyenne des médecins de manière à répondre aux besoins de la population;

CONSIDÉRANT 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*, actuellement sous étude par les membres de l'Assemblée nationale du Québec;

CONSIDÉRANT que cette entente de principe n'a pas pour effet de limiter les privilèges des membres de l'Assemblée nationale du Québec dans le cadre de 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*;

CONSIDÉRANT que l'objet 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*, vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé dans le but d'améliorer notamment l'accès aux services de médecine de famille;

CONSIDÉRANT que la FMOQ considère que 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*, n'est pas la solution appropriée pour corriger les problèmes d'accessibilité;

CONSIDÉRANT qu'il est impératif pour les Québécois que la FMOQ et le MSSS travaillent de concert pour atteindre l'objectif d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, et ce, dans un climat harmonieux;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de convenir d'une entente concernant l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, laquelle aurait pour effet, advenant que 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*, actuellement sous étude par les membres de l'Assemblée nationale du Québec soit sanctionné, de surseoir à son application et de permettre son abrogation ultérieure, dans la mesure où les cibles d'accès aux services médicaux de première ligne sont atteintes;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Objet de l'entente

1. La présente entente vise l'atteinte de quatre objectifs :
 - Avoir son médecin de famille et y avoir accès en temps opportun;
 - Avoir accès à un médecin de famille en temps opportun;
 - Promouvoir et encourager le travail dans les milieux de dispensation de soins médicaux en première ligne;
 - Soutenir et favoriser l'interprofessionnalisme.

Encadrement de la pratique médicale

➤ Activités médicales particulières

2. L'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières est revue et modifiée afin d'y reconnaître que la prestation de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèles se situe au même niveau que les autres secteurs de pratique admissibles aux fins des activités médicales particulières, à l'exception d'un service d'urgence d'un établissement qui demeure le niveau prioritaire.

La participation à toute autre activité prioritaire approuvée par le ministre demeure, quant à elle, admissible aux activités médicales particulières, dans la mesure où les autres secteurs sont suffisamment comblés.

3. Un nombre minimal de patients inscrits est requis afin que soient reconnues les activités médicales particulières liées à l'inscription et au suivi des clientèles, et ce, selon le nombre d'heures à être effectué. Les parties conviennent de préciser ultérieurement les modalités applicables quant au nombre requis de patients devant être inscrits par un médecin, et ce, en tenant compte du nombre d'années de pratique du médecin ainsi que du nombre d'heures à effectuer. Les parties s'engagent aussi à modifier l'entente particulière en conséquence.
4. La répartition des heures à être effectuées aux fins des activités médicales particulières est la même que celle établie au sous-paragraphe 4.3 de l'entente particulière.
5. Le DRMG continue de s'assurer du respect de l'entente particulière et il voit à préserver un équilibre entre les différents secteurs de pratique, et ce, tout en favorisant l'augmentation de l'inscription et du suivi des clientèles sur son territoire.
6. Le comité paritaire, assisté des DRMG, effectue un suivi des activités médicales particulières. Au terme de l'écoulement de 12 mois d'application de la nouvelle entente particulière, le comité évalue l'état de la situation et s'il juge que celui-ci est adéquat, notamment considérant la satisfaction des besoins de chaque secteur de pratique relatif aux activités médicales particulières, il recommande aux parties de modifier l'entente particulière pour éliminer les activités médicales particulières de façon progressive.

L'élimination se fait par tranche de cinq années de pratique en commençant par le plus grand nombre d'années. Le même scénario se répète après l'écoulement de chaque 12 mois supplémentaires, jusqu'à l'élimination complète des activités médicales particulières et, par le fait même, l'abrogation de l'entente particulière. S'il y a lieu, les parties, selon l'état de la situation, peuvent revoir ces modalités.

7. Il est entendu que les parties identifient un nombre d'indicateurs précis, tels que notamment le taux de comblement des besoins d'établissement en médecine de famille, le taux d'inscription des personnes auprès d'un médecin de famille, dans les réseaux locaux de services, le taux de comblement des besoins ainsi que des activités d'établissement par la médecine spécialisée afin de permettre au comité paritaire d'effectuer un juste suivi des activités médicales particulières.

➤ Plans d'effectifs médicaux

8. Les plans d'effectifs médicaux doivent être revus en établissement pour s'assurer d'une détermination adéquate des besoins, des heures et des activités effectuées par les médecins de famille.

9. Pour ce faire, le DSP d'un CISSS/CIUSSS/CHU/Instituts, assisté du DRMG, propose au ministre le plan d'effectifs médicaux de son établissement en médecine de famille. La proposition est discutée en comité de gestion des effectifs médicaux (COGEM) pour recommandation au ministre.
10. Après consultation du COGEM, le ministre détermine et effectue un suivi des plans d'effectifs médicaux en établissement. Le COGEM fait également les recommandations pertinentes au ministre pour que soient apportés les correctifs jugés nécessaires.

Il est entendu que le COGEM est institué en vertu de la lettre d'entente n° 158 concernant le comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale.

11. Des plans d'effectifs médicaux en médecine de famille hors établissement sont aussi établis par la présente entente. À cette fin, après consultation de la FMOQ et des DRMG, le ministère détermine la répartition des GMF existants et à venir pour répondre aux besoins d'inscriptions et de suivi de clientèles et font les recommandations pertinentes au ministre.

Sur recommandation du DRMG et du COGEM, le ministre accorde un avis de conformité aux médecins de famille de sa région pratiquant dans un GMF existant ou en devenir, en conformité avec le PEM hors établissement et les priorités qu'il identifie. Il en va ainsi pour les médecins de famille hors GMF déjà en pratique.

Tout nouveau médecin de famille obtenant un nouvel avis de conformité au PREM, après le 30 juin 2016, doit obtenir un tel avis de conformité. À défaut d'obtenir cet avis, les dispositions du paragraphe 6.00 de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux s'appliquent au médecin en faisant les adaptations nécessaires. Il est entendu que le DMRG et le COGEM peuvent recommander au ministre toutes exceptions qu'ils jugent pertinentes dont notamment pour certaines zones rurales.

12. En conséquence de ce qui précède, l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux doit être revue afin d'y apporter les modifications nécessaires. Toutes les autres règles de cette entente particulière demeurent en vigueur et continuent de s'appliquer.

Inscription des clientèles

13. Au 31 décembre 2017, la cible d'inscription générale de la population du Québec auprès d'un médecin de famille devra être de 85 %.

Les parties identifient un indicateur, soit le délai d'attente au guichet d'accès, afin de permettre au comité paritaire d'effectuer un suivi de l'évolution de la cible d'inscription générale. Le pourcentage d'inscription générale pourrait ainsi être ajusté (hausse ou baisse) selon la confirmation ou non que le délai d'attente pour l'inscription via le guichet d'accès est inférieur à 30 jours pour tout patient vulnérable et d'une moyenne de 30 jours, sur un délai d'attente maximal de 90 jours, pour tout patient non vulnérable.

Les termes « inscription générale » visent tout patient vulnérable ou non provenant d'un milieu de pratique en GMF ou non.

14. Afin d'atteindre la cible déterminée, la FMOQ s'engage à être proactive et à déployer tous les efforts nécessaires pour inciter les médecins de famille à inscrire de nouveaux patients.

15. L'Entente générale est également modifiée afin que la tarification des actes de la nouvelle nomenclature en cabinet privé, qui entrera en vigueur le 1^{er} avril 2016, et certains actes de cette nouvelle nomenclature, ne soient accessibles qu'aux médecins ayant atteint un seuil initial de 500 patients inscrits à leur nom, au 31 décembre d'une année d'application. Ce seuil initial peut être ajusté si les parties le jugent nécessaire, notamment en raison du niveau d'atteinte des cibles intermédiaires.
16. Les adaptations nécessaires sont effectuées aux ententes visant les milieux de pratique en CLSC et en UMF (GMF-U) afin que le seuil fixé de patients s'applique.
17. Les médecins qui ne peuvent atteindre le seuil fixé de patients du fait de leur pratique, laquelle vise une clientèle particulière, pourront saisir le comité paritaire de leur situation pour décision quant à leur admissibilité à la nouvelle nomenclature.

Pour chaque secteur d'activité visé, le comité paritaire définit un nombre de visites à atteindre quotidiennement sur la base d'un nombre de jours travaillés annuellement. Il définit également un nombre maximal de médecins pouvant profiter de telles exceptions au-delà duquel les demandes au comité paritaire ne seront pas retenues.

18. Nonobstant le paragraphe 3.00 de l'entente particulière relativement aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, tout médecin qui décide d'inscrire et de suivre le seuil minimalement fixé de patients provenant de la clientèle délaissée par un autre médecin pour des raisons de déménagement ou de cessation d'activités, est considéré comme ayant inscrit ces patients à son nom dès la manifestation de son intention en ce sens selon des modalités à être convenues entre les parties et il bénéficie immédiatement des avantages de la nouvelle nomenclature.

L'Entente générale et l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle sont modifiées en conséquence.

Environnement favorable

19. Il est entendu que le MSSS et la FMOQ s'engagent à déployer tous les efforts pour répondre aux différents volets liés à l'environnement favorable qui relève de leurs responsabilités conjointes et respectives.
20. Tout en respectant son cadre financier, le MSSS convient de déployer tous les efforts nécessaires pour que l'environnement des médecins favorise l'inscription et le suivi des clientèles, et ce, peu importe le milieu de pratique.
21. L'environnement du médecin est favorisé par le travail concerté des parties notamment par les points suivants :
 - Révision du soutien technique et administratif en CLSC et en UMF (GMF-U);
 - Accès à un dossier médical électronique (DME) en établissement;
 - Accès efficace aux consultations spécialisées et aux plateaux techniques;
 - Implication pertinente des autres spécialités dans les établissements de santé;

- Révision de la notion du « lui-même » et le travail interprofessionnel en lien avec la participation d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin dans le cadre de la prestation d'un acte, le tout en conformité de la lettre d'entente n° 242 concernant l'intégration de professionnels de la santé dans les milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi;
 - Révision des demandes administratives (uniformisation et simplification des documents requis utilisés) dont la liste est à déterminer ultérieurement entre les parties;
 - Adaptation des ententes pour refléter les données probantes qui découlent de la littérature médicale en lien avec les bonnes pratiques et simplification des ententes;
 - Tout autre sujet convenu entre les parties.
22. Il est entendu que le MSSS s'engage de bonne foi, à la hauteur de ses capacités et responsabilités, à contribuer à l'amélioration de l'environnement de pratique des médecins de famille.

Lettres d'entente n° 245 et 246

23. La lettre d'entente n° 245 concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille, sur référence ou non du guichet d'accès, est abrogée sans effet rétroactif.

Il en va ainsi de la lettre d'entente n° 246 concernant le suivi et le financement de la mesure relative à la prise en charge du patient sans médecin de famille, sur référence ou non du guichet d'accès.

24. Les sommes qui étaient dévolues à la lettre d'entente n° 245 sont réaffectées à la création de deux nouvelles mesures favorisant l'inscription de la clientèle.

La première mesure vise à payer au médecin un supplément pour la première visite associée à une inscription de tout nouveau patient orphelin provenant ou non d'une référence du guichet d'accès.

La seconde mesure permet au coordonnateur médical local, lorsque le patient orphelin était inscrit au guichet d'accès, de majorer selon les balises convenues par les parties, le supplément octroyé.

Les modalités de ces mesures seront définies ultérieurement par les parties et une lettre d'entente sera rédigée en ce sens.

Accès adapté et taux d'assiduité

25. Afin d'améliorer l'accès à son médecin de famille, la FMOQ s'engage, par tous les moyens, à poursuivre la promotion de l'accès adapté, à former les médecins pour qu'ils adhèrent à cette méthode de travail et à leur apporter tout le soutien nécessaire pour faciliter leur transition vers cette nouvelle pratique.

26. Le taux d'assiduité étant un concept qui peut être influencé par certaines variables hors du contrôle du médecin, tels que le comportement d'un patient ou le travail interprofessionnel, le comité paritaire suit étroitement l'assiduité des médecins auprès de leurs clientèles.

À l'échéance de chaque trimestre, le comité paritaire fait rapport aux parties et émet toutes les recommandations qu'il juge pertinentes.

27. Les parties conviennent de fixer pour les fins de la présente entente, un taux d'assiduité national conforme à l'annexe I pour mesurer l'assiduité générale des clientèles auprès de leurs médecins. Le comité paritaire en assure le suivi et fait rapport aux parties.

Il est entendu que le calcul et le suivi de ce taux d'assiduité s'effectuent selon les paramètres définis dans le nouveau cadre de gestion des GMF.

Les parties conviennent également de modifier le sous-paragraphe 15.06 de l'entente particulière relativement aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, afin que le calcul du taux de prise en charge soit remplacé par le taux d'assiduité, tel que défini dans le nouveau cadre de gestion des GMF.

Filet de sécurité

28. Tous les efforts sont déployés par les parties pour favoriser la création de nouveaux GMF et GMF-R selon une répartition adéquate élaborée après consultation de la FMOQ et des DRMG. Les parties s'engagent également à en être des promoteurs actifs.

Afin de faciliter ce déploiement, des plans d'effectifs médicaux hors établissement doivent être déterminés conformément à l'article 10 de la présente, et l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux doit être revue. Le COGEM, assisté des DRMG et des DSP, recommande au ministre, la répartition des effectifs dans ces milieux de pratique.

29. Les parties conviennent aussi d'instaurer conjointement, dans un court délai, un système électronique permettant de faciliter l'obtention d'un rendez-vous auprès d'un médecin de famille, et ce, pour tous les milieux de pratique.

La participation du médecin à ce système électronique est volontaire.

Comité paritaire

30. Un comité paritaire est constitué pour assurer le suivi de la présente entente. Il est formé du nombre de membres jugé pertinent par les parties et il peut s'adjoindre occasionnellement un ou plusieurs experts ou conseillers.
31. Outre les fonctions et les responsabilités qui lui sont dévolues au paragraphe 32.00 de l'Entente générale ou mentionnées spécifiquement dans la présente entente, le comité paritaire évalue, sur une base régulière, la situation de l'accessibilité aux services médicaux de première ligne et fait rapport aux parties en y incluant, le cas échéant, ses recommandations.
32. Le comité paritaire doit notamment s'assurer que les cibles identifiées par les parties seront atteintes au plus tard le 31 décembre 2017. Le comité est assuré d'obtenir des organismes appropriés les données jugées pertinentes à son mandat.
33. Pour assurer, au cours de la présente entente, un suivi adéquat de l'évolution des cibles finales identifiées, les parties définissent à l'annexe I des cibles intermédiaires. Le comité paritaire effectue le suivi de ces cibles et fait rapport de la situation aux parties, en y incluant, le cas échéant, ses recommandations.

Les parties s'engagent, dans un délai maximal de trois mois, à apporter tous les correctifs jugés nécessaires dont notamment les correctifs ayant trait à la rémunération prévue à l'Entente générale, en cas de non-atteinte des cibles intermédiaires.

Selon l'évaluation de la situation et des besoins à un moment déterminé, les correctifs pourraient être appliqués sur une base locale, régionale ou nationale.

Les mesures découlant de la présente entente ne peuvent donner lieu d'aucune façon à l'ajout de montants additionnels à ceux déjà prévus à l'enveloppe budgétaire globale.

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*

34. Sous réserve de l'adoption préalable par les membres de l'Assemblée nationale du Québec 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*, le gouvernement s'engage à ne pas mettre en vigueur les dispositions s'appliquant aux médecins de famille contenues dans ledit projet de loi.

En contrepartie, la FMOQ s'engage à accroître et à améliorer l'accessibilité pour atteindre les objectifs et cibles identifiés dans la présente entente d'ici au 31 décembre 2017.

35. Il est entendu que le MSSS doit collaborer entièrement à la réalisation de ces objectifs.
36. Le gouvernement s'engage, au plus tard au 30 juin 2018 ou avant la fin de la session parlementaire du printemps 2018, le premier des deux événements, à déposer un projet de loi abrogeant les dispositions s'appliquant aux médecins de famille contenues dans 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* actuellement sous étude par les membres de l'Assemblée nationale du Québec et sous réserve de l'adoption préalable, par suite de l'atteinte des cibles et de la réalisation des objectifs identifiés dans la présente entente.

À défaut, le gouvernement pourra entreprendre les actions nécessaires pour que les dispositions s'appliquant aux médecins de famille contenues dans cette loi soient mises en vigueur. Une discussion au préalable devra toutefois avoir eu lieu entre les parties pour évaluer d'autres options, le cas échéant.

Pérennité

37. Afin de maintenir les cibles finales identifiées à l'annexe I et d'en assurer la pérennité, les parties s'engagent à effectuer, par suite de l'abrogation des dispositions s'appliquant aux médecins de famille contenues dans 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*, actuellement sous étude par les membres de l'Assemblée nationale du Québec et sous réserve de l'adoption préalable, sur une base régulière, un suivi rigoureux de ces cibles. Toute variation à la baisse justifierait les parties d'intervenir pour apporter les correctifs jugés pertinents et nécessaires.

À cet égard, l'article 32 de la présente s'applique intégralement en faisant les adaptations nécessaires.

Prise d'effet

38. La présente entente prend effet à compter de sa signature.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2015.

Gaétan Barrette
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Louis Godin, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Annexe I*

Cibles intermédiaires et finales

Cible / Échéancier	30.06.2015	31.12.2015	30.06.2016	31.12.2016	30.06.2017	31.12.2017 et suivant
Pourcentage (%) de la population inscrite ¹	68%	71%	74%	77%	80%	85%
Taux d'assiduité ²	68%	70%	72%	74%	76%	80%

1. Définition du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille :

Le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille est défini comme étant la proportion du nombre moyen journalier de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille au cours d'une période de trois mois précédant la date de la mesure sur la population totale du Québec.

Les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille sont celles qui ont été inscrites à la Régie de l'assurance maladie du Québec auprès d'un médecin de famille selon les modalités prévues à l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.

La population totale du Québec ou des régions socio-sanitaires est celle déterminée par les dernières données disponibles de recensement ou, s'il s'agit d'une année où il n'y a pas de recensement, les dernières données disponibles d'estimations démographiques produites par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ).

2. Calcul et suivi du taux d'assiduité : Voir l'article 26 de la présente entente.

* Cette annexe fait partie intégrante de la présente entente.

