

MOT DU PRÉSIDENT

Journal 12, juin 1996

L'ensemble des présidents d'Associations affiliées à la F.M.O.Q. tenait les 13 et 14 juin un colloque provincial concernant les orientations à prendre sur un projet commun d'omnipratique. On se souviendra que le nouveau président de la F.M.O.Q., le Dr. Reynald Dutil, avait fait, au cours de sa campagne à la présidence l'automne dernier, la promesse que notre fédération s'impliquerait davantage et deviendrait plus pro-active dans l'élaboration et l'analyse des politiques de santé. De fait, nous en avons tous un peu marre d'être à la remorque du ministère et de nous retrouver plus souvent qu'autrement en position défensive vis à vis des réformes qui nous étaient imposées et dont nous tentions toujours tant bien que mal de limiter les effets négatifs sur la pratique des médecins omnipraticiens.

Nous savons que le ministère, malgré l'imposition d'enveloppes budgétaires fermées, autant pour la rémunération des médecins omnipraticiens que spécialistes, s'avère incapable de contenir les augmentations annuelles des coûts de santé. De trop nombreux paramètres échappent au contrôle gouvernemental pour espérer stabiliser de façon efficace les coûts de santé. Parmi les principaux facteurs de l'augmentation régulière des coûts : la liberté totale d'accès à presque tous les types de services médicaux par la population, la très grande parcellarisation des soins à travers les spécialités médicales et leur facilité d'accès sans balises, ainsi que l'absence de coordination dans les soins de santé de première ligne. Le Conseil Médical du Québec a d'ailleurs émis récemment des recommandations très précises au ministre sur chacun de ces sujets¹.

Notre Fédération a entrepris une démarche de réflexion très sérieuse sur chacun de ces problèmes. Depuis trop longtemps nous recevons des demandes et des représentations des médecins de chacune de nos associations pour réviser la rémunération pour tel acte ou tel autre, pour tel champ de pratique plus contraignant, pour éliminer des injustices dans la tarification qui défavorisent des médecins qui supportent des frais de bureau, de secrétariat, ou une pratique plus polyvalente ou plus "lourde". Il n'est plus possible à l'intérieur d'une masse monétaire fermée de répondre à toutes ces demandes de révisions à la pièce. Il y a également belle lurette que nous avons exploré les limites des incitatifs moraux au partage des tâches lourdes comme les urgences hospitalières, les visites à domicile, les soins aux malades chroniques, etc... Une évidence s'impose à tous depuis un bon moment déjà, l'incitatif ultime, l'incitatif monétaire.

La réorganisation des soins de première ligne nécessite un minimum de coordination et l'établissement de priorités centrées sur les besoins réels de la population. Pas des priorités factices élaborées par des bureaucrates, en nombre invraisemblables, et dont les voies d'actions sont aussi nébuleuses que multiples. Les priorités actuelles pour des soins de première ligne efficaces demeurent l'**Accessibilité**, la **Continuité**, la **Globalité**, et l'**Intégration** (coordination); le fameux **A.C.G.I.** qui a fait l'objet de la majorité des discussions au colloque des présidents.

¹ Une copie des récents avis du Conseil Médical du Québec sur la réforme des soins de première ligne ainsi que le premier rapport du Comité de réorganisation des soins généraux de la FMOQ est disponible aux membres sur demande au secrétariat de l'AMOM.

Seul le volet de l'accessibilité apparaît adéquatement couvert dans le système actuel. Mais le coût de cette accessibilité totale et incontrôlée ne peut plus être assuré par nos gouvernement dans l'état actuel des finances publiques. C'est un secret de Polichinelle que le ministère entend réduire ou en tout cas baliser de façon sérieuse l'accessibilité aux services médicaux, surtout en deuxième et troisième ligne où les services sont en général plus coûteux. Même en première ligne, on songe à introduire des mesures importantes pour contrer la poly-consultation, les investigations répétées, les changements fréquents de médecin traitant, en un mot, le "marchandage médical". La réforme s'orientera vraisemblablement vers la promotion de la prise en charge (continuité et globalité) par le médecin de première ligne à l'encontre des soins ponctuels, parcellarisés, et n'impliquant pas de suivi.

Dans cette optique, les soins de première ligne devraient également s'orienter vers une coordination centrée sur des priorités locales ou régionales qui auront été clairement définies. La fédération se penche depuis plusieurs mois déjà sur différents scénarios d'intégration et de coordination de ces soins. Le "Comité de réorganisation des soins généraux" présentait aux présidents un premier rapport d'étape sur ses réflexions. Il semble qu'actuellement la tendance soit à la création d'une structure organisationnelle gérée et administrée par les médecins de première ligne. Cette organisation pourrait prendre la forme de départements de médecine générale régionale (DMGR). Ces départements regrouperaient tous les médecins de pratique générale par régions ou par sous-régions. Le membership de ces DMGR serait assuré de façon efficace à travers des modifications majeures aux grilles tarifaires.

Les modalités pratiques de désignation et de rémunération incontournable des médecins gestionnaires sont encore à l'étude, ainsi que leurs interrelations et leur autonomie vis à vis les instances autant syndicales que de la Régie régionale. Ces DMGR auraient la charge d'établir des priorités régionales et de répartir les tâches afin d'assurer les obligations collectives des médecins de première ligne envers la population. L'autorité des chefs de ces départements serait appuyée par des incitatifs tarifaires lourds inscrits aux ententes. De tels pouvoirs nécessiteront évidemment des balises strictes faisant place à une large démocratie médicale.

Diverses modalités également à l'étude dans les officines gouvernementales ont également fait l'objet de discussions par les présidents d'Associations. Il s'agit de modifications majeures à la pratique médicale actuelle comme ***l'inscription obligatoire*** des patients à un médecin de première ligne, l'accessibilité aux soins de deuxième ligne sur ***référence seulement***, et certaines autres propositions relatives à l'utilisation plus rationnelle des soins et des examens médicaux. A la base de toutes ces transformations, des modifications radicales aux grilles tarifaires avec un système de "primes" au mérite favorisant la fidélisation de clientèles par l'A.C.G.I.. Il faudra être extrêmement vigilants car la tentation sera forte pour le ministre de profiter de la situation pour tenter d'imposer des contraintes démesurées aux médecins de première ligne "au même coût" en se réclamant du principe vertueux de l'A.C.G.I..

Il est évidemment impossible en quelques lignes d'exposer tous les sujets abordés dans le cadre de cette réforme des soins de première ligne. Au fur et à mesure des développements, la Fédération et l'AMOM devraient être en mesure de vous fournir les précisions voulues.

Nonobstant le caractère sérieux et probablement un peu rébarbatif de mon propos d'aujourd'hui, je tiens, au nom de tous les membres de l'exécutif de votre Association, à souhaiter à chacun de vous un bel été et des vacances agréables.

Raynald Gauthier m.d.
Président A.M.O.M.