

## GUIDE DE GESTION ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP) DRMG-ESTRIE

### INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le DRMG de l'Estrie a dû se pencher sur des cas d'exception et fait régulièrement face à des demandes de changement d'AMP à l'intérieur des deux ans d'adhésion du médecin à l'entente relative sur les AMP. Jusqu'à maintenant, la gestion s'est faite au cas par cas et n'a pas généré de problèmes majeurs. Également, le DRMG a convenu d'une décentralisation d'une partie des AMP par une Gouverne médicale locale par MRC ce qui présuppose une convergence de vision dans la gestion des AMP. Le comité de direction du DRMG a cru bon d'élaborer un « Guide de gestion des AMP » afin de clarifier les démarches à faire pour l'attribution des AMP, leur renouvellement, les demandes de changement et d'assurer un équilibre entre la nécessité de maintenir les services et l'équité entre les médecins et les MRC.

### CONTEXTE LÉGAL ET CONVENTIONNEL DES AMP

Les AMP existent depuis au moins 1997 et sont encadrées par les articles 360 à 366 de la Loi sur la Santé et les Services sociaux (annexe I). Elles font également l'objet d'une entente entre la FMOQ et le ministère (annexe II). De par la loi et l'entente, le DRMG s'est vu confier un rôle crucial dans la gestion des AMP.

Toutefois, le DRMG ne peut :

- Abolir l'obligation des médecins de se conformer aux AMP (seule l'assemblée nationale peut le faire);
- Changer les dispositions de l'entente entre la FMOQ et le MSSS, les DRMG n'étant pas partie négociante à cette entente.

La gestion des AMP doit s'inspirer grandement de ces deux documents sans en faire des règlements du DRMG ce qui impliquerait de les faire adopter et modifier par l'ensemble des médecins si le besoin s'en faisait sentir. Un guide de gestion permet plus de souplesse à cet égard.

### PRINCIPES DE BASE

- Tous les médecins de 20 ans et moins sont assujettis aux AMP (12hres/sem. pour les 15 ans et moins, 6hres/sem. pour les 15-20 ans). Les médecins de 20 ans et plus sont concernés par celles-ci et le DRMG reconnaît leur apport à cet égard et les encourage à maintenir 3 heures d'AMP;
- Les catégories d'AMP sont celles prévues dans la loi et l'entente;
- La durée initiale des AMP est de deux ans renouvelable automatiquement à moins d'une demande du médecin;
- Pour simplifier et favoriser l'installation des médecins par MRC, nous proposons de ne pas tenir compte de notions de kilométrage dans la gestion courante sauf en cas d'urgence;
- Le DRMG tient une liste à jour des AMP reconnues et disponibles;
- Tous ont un accès aux AMP disponibles;
- Le DRMG veut favoriser l'installation par MRC;
- Le DRMG reconnaîtra la possibilité d'AMP mixtes.

### INSTALLATION EN ESTRIE

- Lors de son installation en Estrie, le médecin adhère à l'entente sur les AMP selon les dispositions prévues à cette entente, et ce, pour une durée initiale de deux ans;
- Il choisit parmi les AMP disponibles en Estrie au moment de son installation;
- Le médecin de moins de 20 ans peut se voir reconnaître des AMP de catégories 5 ou 6 s'il n'y a pas d'AMP de catégories 1 à 4 de disponibles dans sa MRC d'installation et de situation d'urgence dans ces mêmes catégories en Estrie;
- Il remplit le formulaire d'AMP et le transmet au secrétariat du DRMG.

## **MODIFICATION D'AMP APRÈS DEUX ANS D'ADHÉSION**

Après deux ans d'adhésion à l'entente ou plus (incluant toute partie de renouvellement automatique), un médecin peut demander de changer d'AMP. Il peut :

- Choisir des AMP dans la liste reconnue par le DRMG;
- Faire reconnaître comme AMP une activité clinique qu'il fait déjà et qui répond aux critères de la loi et de l'entente;

Une fois les AMP choisies, il s'engage pour un autre terme de deux ans.

## **MODIFICATION EN COURS D'ADHÉSION**

À l'intérieur du terme de deux ans, un médecin peut demander une modification d'AMP.

- Le médecin et le DRMG doivent obtenir une confirmation de l'établissement ou du milieu où le médecin exerce ses AMP (catégorie 1 à 4) et de la Table médicale territoriale de la MRC que le changement d'AMP n'ait pas pour conséquence une rupture (ou risque) de services.
- Par la suite, le médecin choisit une AMP disponible dans la liste reconnue et s'engage pour un nouveau terme de deux ans.

## **DÉROGATIONS**

Nous recommandons d'appliquer des dérogations selon le paragraphe 4.2 b) et c) de l'entente et d'y ajouter que dans le cas d'une restriction du droit de pratique du médecin ayant pour effet de l'empêcher de faire une ou des catégories d'AMP, ce médecin pourra en être exempté pour la durée de sa restriction.

On pourrait élargir aux catégories 2 à 4 la disposition d'incapacité physique ou mentale grave. Dans le cas où cette incapacité n'est pas permanente, un délai de révision devra être déterminé.

## **SITUATIONS PARTICULIÈRES**

### **AMP MIXTES**

Le comité de direction du DRMG exerce son pouvoir discrétionnaire de reconnaître la quantité d'AMP reconnue dans cette catégorie. Ainsi, le DRMG peut reconnaître à un médecin des AMP dans plus d'un secteur d'activités. Lorsque ces activités sont dans plus d'une MRC, le comité de direction doit consulter les instances locales (DSP, Gouverne médicale territoriale) afin de s'assurer de la meilleure couverture des services. Le DRMG peut reconnaître à un médecin des AMP de catégories 5 et/ou 6 et, sauf exception, jusqu'à un maximum de six heures d'AMP avec l'appui de la Table médicale territoriale issue de la gouverne médicale locale.

Pour être reconnues, les AMP de catégorie 5 devront minimalement répondre aux critères suivants :

- Pour un médecin s'installant en Estrie, celui-ci s'engage pour deux ans pour chaque trois heures d'AMP à prendre une charge minimalement 44 patients vulnérables par an dont 50 % en provenance du guichet d'accès de la clientèle orpheline de sa MRC d'installation. Pour les années subséquentes, le médecin, s'il maintient ses AMP, s'engage à prendre 22 patients vulnérables par an pour chaque tranche de trois heures d'AMP toujours en provenance du guichet d'accès de la clientèle orpheline.
- Pour un médecin déjà installé en Estrie, le DRMG reconnaît la clientèle vulnérable déjà prise en charge par le médecin dans sa charge clinique minimale exigée. Le médecin voulant se voir reconnaître des AMP à ce titre s'engage alors à prendre 22 patients vulnérables par année référés du guichet d'accès pour chaque trois heures d'AMP;
- Afin d'éviter que cette clientèle se retrouve à l'urgence pour ses consultations usuelles d'urgence mineure, le médecin devra être en lien avec une structure de soins de 1<sup>re</sup> ligne offrant des services de SRV notamment en heures défavorables (exemple : un GMF).
- Le DRMG détermine, avec la Gouverne médicale locale territoriale, la quantité d'AMP reconnue dans cette catégorie et tient à jour une liste des AMP disponibles dans cette même catégorie.

## **AMP CATÉGORIE 6**

À sa discrétion, le DRMG, avec la collaboration des gouvernes médicales locales, reconnaît comme AMP des activités médicales jugées prioritaires et non couvertes par les AMP de catégories 1 à 5. Toujours avec les gouvernes médicales locales, le DRMG et les établissements visés par ces activités déterminent le nombre d'heures d'AMP admissibles pour chacune de ces activités médicales.

Par exemple, pour les réseaux d'accessibilité dans les MRC sans service d'urgence et pour les cliniques réseaux, le calcul de la banque d'heures d'AMP se fait sur les heures d'ouverture en horaire défavorable (ex. : fin de semaine, jours fériés, 12 heures en semaine, heures d'ouverture après 18h). La gestion des horaires des médecins concernés par les AMP de cette catégorie est laissée à la discrétion du groupe de médecins œuvrant dans le service.

Dans sa liste régionale des AMP, le DRMG maintient à jour les AMP de catégorie 6 priorisées ainsi que le nombre d'heures disponibles.

## **AMP HORS ESTRIE**

Dans le but de favoriser l'installation des médecins en Estrie et de simplifier la gestion des AMP, le DRMG ne favorisera pas l'accès au médecin à des AMP hors Estrie, en particulier l'application de la règle 4.1 iv b) de l'entente et 7.1 alinéa 2. Nonobstant cela, le DRMG respectera l'engagement préalable du médecin dans des AMP hors Estrie.

## **SITUATION D'URGENCE**

Avant d'appliquer à tous les médecins les dispositions prévues à l'article 4.6, 3<sup>e</sup> paragraphe et les suivants, le DRMG se doit d'établir l'ampleur de la pénurie, de documenter tous les efforts tentés pour pallier à la pénurie par la suite avant de procéder, il se doit de consulter les Tables médicales territoriales concernées et d'entendre les médecins visés par cette mesure.

Nous recommandons de limiter l'application de cette règle aux médecins qui ont quitté l'activité d'urgence depuis moins de quatre ans et qui ne font pas l'objet d'une dérogation pour incapacité physique ou mentale ou de restriction de leur permis de pratique.

Le DRMG se doit de favoriser toutes mesures de support aux médecins visés par cette mesure (stages, tutorat, parrainage, etc.).

Le comité PREM-AMP

2011-04-04

## ANNEXE I

### TEXTE DE LOI

**360.** Tout médecin omnipraticien doit s'engager à effectuer une partie de sa pratique dans des activités médicales particulières visées à l'article 361 s'il désire adhérer à une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

1991, c. 42, a. 360; 1999, c. 89, a. 53; 2002, c. 66, a. 7.

**361.** Aux fins de l'application de l'article 360, l'agence établit, à partir des recommandations que peut lui faire le département régional de médecine générale, une liste d'activités médicales particulières. Cette liste précise également les modalités d'exercice de chaque activité offerte et ce, conformément aux modalités prévues à l'entente visée à l'article 360.

Pour le médecin omnipraticien qui demande d'adhérer à une entente visée à l'article 360, la liste d'activités médicales particulières porte sur les activités suivantes:

1°de façon prioritaire, la prestation de services médicaux dispensés au service d'urgence des établissements désignés en vertu du paragraphe 1.1° de l'article 359;

2°la dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;

3°la dispensation de services médicaux impliquant de la garde en disponibilité dans tout centre d'hébergement et de soins de longue durée ou centre de réadaptation exploité par un établissement ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un centre local de services communautaires exploité par un établissement;

4°la dispensation de services médicaux en obstétrique dans un centre exploité par un établissement;

5°la dispensation de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, que ce soit à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement;

6°la participation à toute autre activité prioritaire déterminée par l'agence et approuvée par le ministre, dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

1991, c. 42, a. 361; 1992, c. 21, a. 38; 1998, c. 39, a. 106; 2002, c. 66, a. 8; 2005, c. 32, a. 147.

**361.1.** Tout médecin spécialiste qui n'a pas de privilège dans un établissement qui exploite un centre hospitalier et dont la spécialité est visée dans une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) doit effectuer une partie de sa pratique dans les activités médicales particulières visées au deuxième alinéa, s'il désire adhérer à une telle entente.

Aux fins de l'application du premier alinéa, l'agence établit une liste d'activités médicales particulières, laquelle précise également les modalités d'exercice de chaque activité offerte et ce, conformément aux modalités prévues à l'entente visée au premier alinéa.

2002, c. 66, a. 9; 2005, c. 32, a. 148.

**361.2.** Une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 peut prévoir des modulations relatives à la nature des activités et au niveau de participation des médecins selon le nombre d'années de pratique.

2002, c. 66, a. 9.

**362.** Le médecin adresse sa demande à l'agence qui lui transmet une liste d'activités médicales particulières parmi lesquelles il doit effectuer un choix.

1991, c. 42, a. 362; 2005, c. 32, a. 227.

**363.** L'agence autorise le médecin à adhérer à l'entente visée à l'article 360 s'il s'engage par écrit à exercer l'une des activités médicales particulières décrites à l'article 361.

Pour autoriser un médecin à adhérer à l'entente visée à l'article 360, l'agence doit tenir compte du nombre de médecins autorisés à son plan des effectifs médicaux.

1991, c. 42, a. 363; 2005, c. 32, a. 227.

**364.** Tant que le médecin respecte l'engagement qu'il a pris conformément à l'article 363 et jusqu'à ce qu'il soit libéré selon les modalités prévues à l'entente visée à l'article 360, le médecin demeure visé par cette entente.

1991, c. 42, a. 364.

**364.1.** L'agence peut, de façon périodique et conformément aux modalités prévues à l'entente, procéder à la révision de l'engagement d'un médecin pris conformément à l'article 363.

Toutefois, en cas de pénurie grave des services médicaux visés au paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 361, une agence peut, aux fins d'assurer la disponibilité de ces services, procéder conformément aux modalités prévues à l'entente, après consultation du département régional de médecine générale et sur préavis de 60 jours, à la révision de l'engagement d'un médecin qui n'exerce que des activités visées aux paragraphes 5° ou 6° du deuxième alinéa de cet article.

2002, c. 66, a. 10; 2005, c. 32, a. 227.

**365.** Si, de l'avis de l'agence, un médecin cesse de respecter l'engagement qu'il a pris conformément à l'article 363, l'agence révoque l'adhésion et en informe le médecin, le département régional de médecine générale et la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'agence doit donner au médecin l'occasion de présenter ses observations.

1991, c. 42, a. 365; 1997, c. 43, a. 730; 1998, c. 39, a. 107; 1999, c. 89, a. 53; 2005, c. 32, a. 227.

**366.** Un médecin qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet concernant un refus d'adhésion ou une révocation d'adhésion peut soumettre cette décision à l'arbitrage prévu à l'entente visée à l'article 360.

EP - AMP

**ENTENTE PARTICULIÈRE****AYANT POUR OBJET LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)****PRÉAMBULE**

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29) et des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q., 1991, c. 4.2), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation convenue entre le Ministère de la santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1<sup>er</sup> septembre 1976.

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. OBJET**

**1.1** La présente entente particulière a pour objet de déterminer, conventionnellement, les modalités d'application des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q., 1991, c. 4.2) (la Loi), relativement à la participation du médecin aux activités médicales particulières dont traite cette loi.

**2. CHAMP D'APPLICATION**

**2.1** Les stipulations de l'entente générale intervenue en date du 1<sup>er</sup> septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

**3. ADHÉSION**

**3.1** Tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie est soumis à l'application des articles 360 à 366 de la Loi.

**3.1.1** Cet assujettissement implique que le médecin adhère à la présente entente en signant un engagement conformément à la Loi et à l'article 4 de la présente entente.

**3.1.2** À défaut d'adhérer à la présente entente, la rémunération du médecin pour les services qu'il dispense dans le cadre du régime est réduite selon les règles édictées par l'article 5 de la présente entente.

**3.2** Pour le médecin qui débute sa pratique, pour le médecin qui débute une pratique dans une nouvelle région et également pour le médecin qui est en pratique au 1<sup>er</sup> septembre 2003, sous réserve des mesures transitoires prévues à l'article 6 des présentes, son adhésion à la présente entente doit respecter les modalités suivantes :

**3.2.1** Au cours du premier trimestre tel que défini à l'annexe IX de l'entente générale, le médecin doit :

- + - adresser une demande à l'agence du territoire où il exerce pour plus de 50 % de ses journées de facturation pour obtenir la liste des activités médicales particulières disponibles proposées par le département régional de médecine générale (DRMG) de l'agence;
- + - dans le cas où un médecin n'exerce pas pour plus de 50 % de ses journées de facturation dans une même région, l'agence visée au présent sous-paragraphe est celle où il exerce le plus de jours;
- entreprendre les démarches auprès de ou des établissement(s) qui apparaissent à la liste.
- + Aux fins de la détermination de l'agence responsable, on ne considère pas les journées de facturation faites dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30 de l'entente générale.

**3.2.2** Au cours du trimestre suivant, le médecin doit :

- obtenir la nomination de l'établissement visé au sous-paragraphe 3.2.1;
- + - transmettre copie de cette nomination au DRMG de l'agence concernée.

Cette nomination doit, dans le cadre de la présente entente, prévoir explicitement le volume d'activités particulières auquel s'engage le médecin.