

Les AMP mixtes du concept à l'application

Marianne Casavant

Les D^{rs} Carrier et Dionne discutent de la nouvelle catégorie d'AMP, soit l'AMP mixte, négociée l'automne dernier entre la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux. La prise en charge est enfin reconnue comme étant aussi importante que les activités en établissement, souligne le D^r Carrier. Les D^{rs} Carrier et Dionne désirent se prévaloir de cette nouvelle possibilité et se consacrer davantage aux activités de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables. Néanmoins, pour différentes raisons, le parcours qu'ils doivent emprunter pour modifier leurs AMP est semé d'embûches. Le Département régional de médecine générale (DRMG) refuse la demande de modification du D^r Carrier de peur de ne pas être en mesure de trouver de remplaçant pour combler les heures à l'hospitalisation. Quant au D^r Dionne, il se demande comment il parviendra à négocier les changements d'AMP souhaités. Le chef du département de l'établissement où il effectue ses AMP lui a clairement rappelé que les obligations rattachées à ses privilèges supposent un volume de travail de 25 heures par semaine, à défaut de quoi il pourrait perdre ses privilèges.

AVANT LE 1^{er} octobre 2011, la prise en charge et le suivi de clientèle constituaient l'un des seuls secteurs d'activités professionnelles faisant l'objet d'une sous-classe dans les AMP, malgré la priorité qu'en faisait notre gouvernement. Pour reconnaître l'importance de la prise en charge, corriger ce déséquilibre et accroître l'accès à un médecin de famille, la FMOQ a réussi à faire rehausser cette activité lors de la dernière ronde de négociation. C'est dans cet esprit qu'une nouvelle catégorie d'AMP a été créée, l'AMP mixte. Cette dernière a pour but de répondre aux demandes formulées par la population et le réseau de la santé en favorisant l'accès à des médecins de famille. Grâce aux modifications apportées à l'entente particulière relative aux AMP, la prise en charge a désormais la même importance que l'hospitalisation, les soins de longue durée, le maintien à domicile, la réadaptation et l'obstétrique.

L'AMP mixte combine la prise en charge et le suivi de patients vulnérables en première ligne et l'une des activités des catégories I, II, III ou IV (*encadré*). Inté-

M^{me} Marianne Casavant est conseillère en politique de santé à la direction de la Planification et de la Régionalisation de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Encadré

Catégories d'AMP

Bloc 1

I. Urgence

Bloc 2

II. Hospitalisation

III. CHSLD, maintien à domicile

IV : Obstétrique

V. Prise en charge et suivi de patients vulnérables jumelés à l'une des activités du bloc 1 ou 2.

Bloc 3

VI. Prise en charge et suivi de patients vulnérables

VII. Toute autre activité autorisée par le ministre

grée au 2^e bloc, elle présente le même poids que les trois autres catégories du même bloc. En principe, un DRMG ne peut empêcher un médecin de choisir cette association d'activités dans le cadre de son adhésion aux AMP, mais qu'en est-il de l'application ?

La gestion des AMP : l'affaire des DRMG

Le DRMG est l'entité responsable du processus de détermination des AMP, tandis que l'établissement,

tout en respectant son plan d'effectifs médicaux (PEM), assure la gestion des avis de nomination auxquels sont rattachés les privilèges. Ce n'est pas l'établissement qui autorise le médecin à effectuer des AMP dans son milieu. L'établissement ne fait que confirmer au DRMG que le médecin détient un avis de nomination en bonne et due forme qui précise la nature et le volume de ses activités.

AMP mixte et avis de nomination : est-ce compatible ?

Dans le cadre de son mandat, le DRMG dresse la liste des AMP disponibles dans sa région parmi lesquelles, en théorie, le médecin fera son choix. En pratique, néanmoins, il appert qu'il est difficile pour un médecin de se prévaloir de l'AMP mixte. Pour travailler en établissement, le médecin doit détenir un avis de nomination au PEM, qui est rattaché à des obligations liées à l'octroi de privilèges. L'accomplissement d'un volume minimal d'activités fait généralement partie de ces obligations.

Dans le cas du D^r Dionne, les modifications d'AMP demandées entraîneraient une diminution de sa présence à l'hôpital. Cet exemple fréquent illustre la relation d'opposition qui prévaut parfois entre le PEM, qui relève de l'établissement, et les AMP qui, elles, relèvent du DRMG.

Un compromis nécessaire

L'ajout de l'AMP mixte vient confirmer l'importance du rôle du médecin de famille en première ligne, mais nécessite cependant une période de transition au cours de laquelle toutes les parties concernées doivent apporter des ajustements. Un compromis de la part des DRMG, des établissements et des médecins de famille s'avère nécessaire. Tous ont intérêt à se parler pour évaluer les répercussions du changement et trouver, d'un commun accord, des solutions.

L'entente particulière relative aux AMP procure aux DRMG une importante marge de manœuvre pour orienter les activités des médecins. Cette latitude est toutefois limitée lorsque les orientations dont se dotent les établissements pour octroyer des privilèges à un médecin sont trop rigides. Par conséquent, malgré la disponibilité d'AMP au sein d'un établissement, il est fréquent qu'un médecin ne parvienne pas à obtenir d'avis de nomination uniquement pour y effectuer ses AMP.

Les établissements seront appelés à revoir leur conception du volume d'activités se rattachant aux obligations liées à l'octroi des statuts et des privilèges de manière à per-

mettre à des médecins de travailler à la fois en établissement et en première ligne pour s'acquitter de leurs AMP.

Un médecin qui souhaite, en tout ou en partie, modifier la nature de ses AMP en cours d'adhésion ou à l'expiration du terme de deux ans doit en discuter d'abord avec son DRMG. Pour toutes les demandes de révision d'AMP, le DRMG adoptera une approche de gestion dite « professionnelle ». En principe, il tentera d'accommoder le médecin dans ses choix. Le médecin devrait, quant à lui, également entreprendre des démarches auprès de son chef de département pour obtenir de l'établissement certains assouplissements en ce qui a trait à l'ampleur de ses activités.

Finalement, le médecin qui présente au DRMG une demande de révision de son dossier d'AMP devrait tenir compte des répercussions de ses choix sur les services qu'il rend.

À L'AIDE D'UNE FORMULE permettant de préserver un juste équilibre entre les divers secteurs de soins, l'AMP mixte a été créée pour protéger et stimuler la pratique en cabinet en appuyant les médecins de famille qui souhaitent jouer un rôle accru en première ligne. Il s'agit d'un premier pas pour établir que la prise en charge et le suivi des patients sont tout aussi vitaux pour la santé du réseau que les activités exercées en établissement.

Les obstacles que rencontrent les médecins désireux de se prévaloir de l'AMP mixte inquiètent la FMOQ. Dans certains cas, ils résultent de la crainte qu'ont les hôpitaux de voir leurs effectifs quitter les établissements au profit de la première ligne, alors qu'en d'autres circonstances, c'est plutôt surtout en raison de l'interprétation que font les DRMG et les établissements de leurs rôles respectifs par rapport à la gestion des AMP. Les DRMG et les établissements seront inévitablement invités à prendre le temps d'échanger sur la question et de trouver ensemble des solutions. Cette transition, essentielle pour les services de première ligne, devra s'accompagner d'une nouvelle façon de faire dans l'octroi des statuts et privilèges.

Pour rendre à la première ligne la place qui lui revient et éviter de faire en sorte que l'AMP mixte ne devienne une coquille vide, un changement de philosophie est nécessaire. Comme les D^{rs} Carrier et Dionne, plusieurs médecins semblent éprouver des difficultés à se prévaloir de l'AMP mixte. Sans un bon leadership de la part des DRMG et une plus grande flexibilité de la part des établissements, la prise en charge en cabinet ne pourra que perdre du terrain. 🍷