

Partage de tâches et encadrement de la productivité d'un médecin rémunéré sur base de temps – I

Michel Desrosiers

LA PÉNURIE D'EFFECTIFS se fait sentir partout. Certains milieux semblent tentés de fixer des « objectifs de productivité » aux médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes. De tels « quotas », même adaptés à la nature de l'activité, transformeraient la rémunération sur base de temps en un mode forfaitaire, comme le mode à l'acte. Vous y songez pour votre milieu ou craignez sa mise en place ? Dans le présent article, nous traiterons de la conformité d'une telle pratique à l'Entente et à la loi. Lisez ce qui suit pour en savoir plus !

L'entente générale sert de cadre à la pratique du médecin. Parfois, elle est facilitante et parfois, limitative. Lorsque nous faisons face à des cas comme celui du D^r Tremblay (*encadré 1*), les principes de l'Entente sont un bon point de départ pour l'analyse.

Les contraintes de l'entente générale

« Médicalement requis »

La Loi sur l'assurance maladie prévoit que les services assurés sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical et qui sont rendus par le médecin lui-même. Du fait qu'il n'existe pas de nomenclature spécifique lorsque le médecin est rémunéré sur base de temps, la notion de service ne peut être comprise de la même façon que pour le médecin rémunéré à l'acte. Il n'en demeure pas moins que pour avoir droit à une rémunération, le médecin doit rendre des services assurés. Il ne devrait pas réclamer de rémunération pour les périodes où il ne rend pas de services ou n'assure pas une garde sur place, par exemple.

Le D^r Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Encadré 1

Le D^r Tremblay exerce en CLSC. Il a toujours été plus lent que ses confrères, particulièrement lorsqu'il subit de la « pression ». Il a cherché à être exempté d'assurer le service de consultation sans rendez-vous, mais ce « privilège » lui a été refusé par son chef de service. Bien qu'il y prolonge la durée de sa présence pour tenter de compenser sa lenteur, il voit moins de patients que ses confrères. Avec l'appui du chef du Département de médecine générale, le chef de service lui annonce que dorénavant seules trois heures et demie d'activités seront « autorisées » lors du service de consultation sans rendez-vous. De plus, les dépassements ne seront autorisés (et ainsi rémunérés) que lorsque le médecin aura vu plus de 20 patients durant sa présence à la clinique. Le D^r Tremblay s'interroge sur cette politique. Qu'en pensez-vous ? Voyez-vous d'autres solutions à son problème ?

Droit de gérance

Certains peuvent analyser les obligations du médecin rémunéré sur base de temps selon les principes de la relation employeur-employé et l'obligation de loyauté de l'employé. Une telle analyse serait incorrecte du fait que le médecin, qu'il exerce à tarif horaire ou à honoraires fixes, n'est pas un employé de l'établissement où il rend des services. Même le médecin à honoraires fixes, qui aux fins fiscales est traité comme un salarié, n'est pas un employé de l'établissement au sein duquel il exerce ses activités professionnelles. Ses conditions de rémunération sont négociées entre la Fédération et le ministère de la Santé et le paiement lui est versé par un tiers (la RAMQ). L'établissement n'assure que l'encadrement quotidien de son lieu d'exercice et ne peut donc prétendre être l'employeur du médecin.

Tableau

Pouvoirs d'un établissement à l'égard d'un médecin

L'établissement peut :

- fixer les heures d'ouverture ;
- exiger que les médecins n'utilisent pas ses locaux en dehors des heures d'ouverture ;
- fixer un horaire pour certaines activités ;
- contrôler la présence du médecin ;
- encadrer les activités médicoadministratives du médecin.

L'établissement ne peut pas :

- exiger un volume prédéterminé de services par tranche de temps ;
- exiger qu'un médecin respecte une entente privée qui irait à l'encontre de l'Entente.

Outre l'absence de droit de gérance, l'Entente prévoit des garanties d'ordre professionnel qui limitent le pouvoir de l'établissement de fixer des exigences en ce qui a trait au volume d'activités professionnelles du médecin rémunéré à honoraires fixes. L'article 7.00 de l'Entente établit formellement que le médecin est assuré d'une liberté thérapeutique. En particulier, celle-ci doit s'inscrire dans l'intérêt du patient, tout en respectant les normes d'exercice reconnues par la profession médicale.

Il est pertinent de noter que l'article 7.06 prévoit expressément que les moyennes résultant des profils de pratique de différents médecins ne constituent pas des normes d'exercice. Un médecin n'est donc pas tenu de se « conformer » à la moyenne de ses confrères, que ce soit pour la répartition des examens ordinaires, complets et complets majeurs ou le nombre moyen d'examens par heure.

Le médecin qui exerce en établissement doit quand même se plier à certaines exigences administratives qui permettent de fixer un horaire et des rendez-vous, par exemple. Ces contraintes ne visent pas à s'assurer que le médecin effectue un volume préétabli de

services, mais bien à partager les locaux entre différents médecins ou intervenants et à s'assurer de la disponibilité du personnel requis. Ces exigences ne doivent surtout pas empiéter sur la liberté thérapeutique du médecin.

L'établissement qui voudrait, en concluant une entente avec un médecin particulier, se donner des droits qui iraient à l'encontre des règles édictées à l'Entente doit étudier l'article 4.00. Le paragraphe 4.02 indique que l'Entente lie les établissements. Le paragraphe 4.05 vient préciser que toute entente entre un médecin et un établissement qui irait à l'encontre des conditions de l'Entente est nulle. On comprend donc qu'un établissement doit respecter l'Entente et ne peut l'outrepasser (*tableau*).

Contrôle des présences

L'article 13.00 balise la base sur laquelle un établissement accorde un avis de service à un médecin, soit la période régulière d'activités professionnelles, traduite en heures. Il n'y a pas là d'exigence de volume de services durant ces heures.

L'article 18.00 fixe les règles de facturation. Il y est prévu que le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes doit faire contresigner ses demandes de paiement par un représentant de l'établissement. Cette obligation impose vraisemblablement à l'établissement un devoir de contrôle des présences du médecin. Certains établissements se servent des caméras de surveillance ou des registres de leur stationnement pour évaluer les allées et venues des médecins. Plus souvent, étant donné la nature du travail du médecin, ce contrôle sera général et approximatif. Advenant le refus de l'établissement de contresigner une demande de paiement, le médecin peut soulever un différend.

La RAMQ peut aussi contrôler les présences du fait que la facturation du médecin rémunéré sur base de temps repose sur le temps qu'il consacre à ses activités professionnelles. Lors d'une enquête sur la facturation d'un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, la RAMQ pourra donc vérifier que le

Le médecin œuvrant à honoraires fixes ou à tarif horaire a droit à la rémunération de ses activités, sans égard au volume de services qu'il rend durant une période donnée.

Repère

médecin rendait des services durant les heures facturées. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, dans la mesure où le médecin assurait les services, la RAMQ ne pourra pas invoquer sa productivité plus faible que celle de ses confrères pour mettre en cause ses heures de facturation. Par contre, elle pourrait théoriquement remettre en question le besoin de la présence du médecin devant un volume d'activité excessivement faible, mais ce serait plutôt inhabituel.

Contrôle de la qualité du travail

L'article 9.00 prévoit que l'appréciation et le contrôle de l'acte médical relèvent du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Ce contrôle est exercé par l'intermédiaire du chef du Département clinique de médecine générale. L'établissement ne peut, en raison d'une règle administrative, ériger en norme de qualité le respect d'un quota de services par période de temps. L'obligation de contrôler la qualité de l'acte médical ne peut donc servir de base pour fixer des quotas de patients ou de rendez-vous. Une norme peut guider le personnel administratif dans l'attribution des rendez-vous, mais ne peut servir de base pour refuser la facturation du médecin.

Il est concevable qu'un médecin puisse être tellement peu productif que sa compétence ou que le caractère raisonnable de son comportement même soit remis en question. Un processus disciplinaire et le possible refus de renouveler la nomination du médecin semblent alors des voies plus appropriées que la limitation du nombre d'heures facturables en fonction du volume de services rendus. L'évaluation de la compétence ou du comportement par l'organe approprié du CMDP devrait alors être individualisée.

Répartition de la charge de travail

Le chef du Département clinique de médecine générale doit s'assurer que la distribution des services médicaux est adéquate. Il doit, de plus, organiser, diriger et contrôler l'activité professionnelle des médecins de son département en ce qui a trait, entre autres, à la répartition des tâches entre ces derniers.

Un chef pourrait voir, dans l'obligation de s'assurer que la distribution des services est appropriée, un motif d'imposer une certaine « productivité » aux médecins rémunérés à tarif horaire. Un tel raisonnement serait fautif, car l'obligation du chef de département n'en est pas une de résultat. Ce dernier doit remplir son mandat en faisant une utilisation judicieuse des effectifs dont il dispose, et non en imposant de façon soutenue une surcharge de travail aux membres du département pour pallier une pénurie d'effectifs. Le fait d'augmenter la charge de travail du médecin exerçant à honoraires fixes dans des circonstances exceptionnelles et temporaires est expressément couvert à l'article 14.05 de l'Entente. En outre, il faut souligner qu'il est ici question du nombre d'heures d'activité et non du volume de services rendus par unité de temps.

Enfin, le paragraphe 12.04 prévoit que c'est le chef de département qui « détermine toute période d'activité consacrée par un médecin aux fonctions médico-administratives et hospitalières ». Un chef de département ne peut s'appuyer sur ce libellé pour limiter, au moyen d'un quota, le temps qu'un médecin peut consacrer à des activités cliniques, telles que la rédaction de dossier ou le suivi téléphonique de résultats de laboratoires ou d'analyses.

Possibilité de choisir son mode de rémunération

Tous conviendront que la rémunération tirée du mode à l'acte rend ce mode plus intéressant lors d'activités à plus forte intensité, comme l'urgence. La rémunération horaire est plus intéressante lors d'activités entraînant moins de contacts avec des patients ou lors d'activités multidisciplinaires. Conscientes de ces éléments, les parties négociantes ont convenu de permettre au médecin exerçant en CLSC d'opter pour un mode ou l'autre. De plus, les parties ont expressément permis à un médecin rémunéré sur base horaire de choisir distinctement l'acte lorsqu'il exerce à l'urgence. Il s'agit du choix du médecin, qui ne peut donc lui être imposé.

Le chef de Département clinique de médecine générale doit remplir son obligation de s'assurer d'une distribution appropriée des services en faisant une utilisation judicieuse des effectifs.

Repère



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Février 2010

11 et 12 **La dermatologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mars 2010

11 et 12 **L'appareil locomoteur**
Centre Mont-Royal, Montréal

Avril 2010

22 et 23 **L'infectiologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mai 2010

13 et 14 **La pneumologie**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

du 15 au 22 **La FMOQ sous d'autres cieux**
Paris

Juin 2010

3 et 4 **Urologie/Néphrologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Septembre 2010

16 et 17 **Mécolégal/Médico-administratif**
Hôtel Delta Québec, Québec

Octobre 2010

14 et 15 **La médecine hospitalière**
Centre Mont-Royal, Montréal

Encadré 2

Vous aurez donc compris que le chef de service du D^r Tremblay ne peut procéder de la façon envisagée. En présumant que la faible productivité du D^r Tremblay ne résulte pas d'une maladie ni de son incompétence, il y a lieu de se demander si l'ensemble des médecins ne trouverait pas des avantages à revoir le partage des tâches entre eux.

Les parties négociantes étaient bien sûr conscientes que ce cadre permet à des médecins moins « rapides » d'opter pour le mode qui leur est le plus avantageux et qu'il pourrait même les amener à exercer dans des milieux qui leur permettent d'avoir accès au mode du tarif horaire. Elles étaient conscientes de cette possibilité, mais c'est tout de même le choix qu'elles ont fait.

Une remarque concernant la maladie

Il pourrait arriver que la faible productivité d'un médecin résulte d'un problème de santé physique ou mentale le rendant partiellement invalide. Cette situation particulière peut mettre en jeu d'autres principes dont le traitement exigerait un article entier. L'analyse ici avancée fait abstraction de ce volet.

Revenons au D^r Tremblay

Il semble clair que l'Entente ne prévoit pas de « quotas » d'activité et ne peut, même par inférence, appuyer une telle exigence par un établissement. De surcroît, la convention passée entre un médecin et un établissement qui prévoirait une telle exigence serait nulle du fait qu'elle irait à l'encontre des règles de l'Entente. La contrainte que le chef de service impose au D^r Tremblay n'est pas conforme à l'Entente (*encadré 2*).

Un tel résultat vous choque ou vous semble injuste ? C'est probablement parce que la politique proposée vise à répondre à des préoccupations tout aussi importantes que le respect de l'Entente ou de la loi. Nous en traiterons en janvier. À la prochaine ! ☺

L'Entente lie les établissements, qui ne peuvent donc s'appuyer sur une convention privée contraire à ce qu'énonce l'Entente pour imposer des obligations additionnelles à un médecin.

Repère