

AMP : Foire aux questions

1. Comment les AMP se présentent-elles?

Bloc I :

- 1) L'urgence

Bloc II :

- 2) l'hospitalisation,
- 3) le CHSLD, le centre de réadaptation, le maintien à domicile (tous avec garde en disponibilité);
- 4) l'obstétrique;
- 5) Les AMP mixtes (prise en charge + 1, 2, 3 ou 4)

Bloc III :

- 6) La prise en charge de patients vulnérables en 1^{ère} ligne;
- 7) Toute autre activité autorisée par le ministre

2. Un DRMG devrait-il avoir une liste des AMP disponibles dans sa région en tout temps?

Oui.

3. Lorsqu'un médecin demande à un DRMG d'obtenir la liste des AMP disponibles dans la région, ce DRMG devrait-il la lui remettre?

Oui. La liste doit de plus être intégrale.

4. La liste des AMP disponibles dans la région peut-elle changer au fil des mois?

Oui. Les AMP disponibles peuvent varier au fil du temps. La liste doit donc être mise à jour au fur et à mesure que les besoins sont comblés.

5. L'exercice de demande d'un avis de conformité au PREM d'une région est-il obligatoirement lié à la demande d'adhésion aux AMP?
Non, il s'agit de deux démarches complémentaires, mais distinctes.
6. Un DRMG peut-il déterminer les lieux où les activités cliniques (urgence, hospitalisation, prise en charge, etc) qu'il désire prioriser à titre d'AMP seront disponibles?
Oui, il peut par exemple reconnaître des AMP dans un CHSLD de la région mais pas dans un autre.
7. Un comité de direction de DRMG peut-il déterminer le nombre de blocs d'heures d'AMP qu'il reconnaît dans un secteur d'activités?
Oui. Il peut, par exemple, rendre disponibles 48 heures d'AMP en hospitalisation dans tel ou tel centre hospitalier.
8. Les AMP priorisées dans une région sont-elles déterminées par une table locale du DRMG ? Un chef de département clinique de médecine générale ? Un DSP?
Non. C'est le comité de direction du DRMG qui décide des priorités et qui dresse la liste pour toute la région. Il devrait cependant consulter ses tables sous-territoriales et tenir compte des avis que ces dernières peuvent lui transmettre sur le sujet.
9. Lorsqu'un médecin, qu'il soit nouveau facturant ou médecin en mobilité interrégionale, s'installe dans le territoire d'un CSSS, est-il tenu de faire ses AMP à l'intérieur des limites de ce sous-territoire régional ?
Non. Il a le libre choix d'effectuer ses AMP parmi celles qui sont disponibles dans toute la région au moment de sa demande.

10. Lorsqu'un médecin fait sa demande d'adhésion aux AMP auprès de son DRMG, ce dernier peut-il exiger que le médecin choisisse obligatoirement une AMP bien précise dans un lieu bien précis?

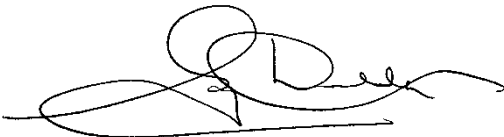
Non, à moins qu'il ne reste plus qu'un seul bloc d'AMP disponible. Ce qui serait plutôt inusité. Dans les faits, le médecin a le libre choix parmi la liste des AMP disponibles dans toute la région. Puisqu'il soit plutôt rare qu'un DRMG ne priorise que des AMP à la salle d'urgence (bloc 1, catégorie 1), des activités du bloc 2 sont de fait toujours disponibles. Cela signifie donc que la prise en charge devient automatiquement reconnue et qu'un médecin, s'il le désire, peut se prévaloir des AMP mixtes.

11. Dans le cas des AMP mixtes, un DRMG peut-il prioriser certaines cliniques médicales ou GMF au détriment de certaines autres?

Non. Les cliniques médicales sont des entités privées. Un DRMG pourrait toutefois rendre disponible la liste complète de toutes les cliniques médicales de l'ensemble de sa région, GMF ou non, et d'indiquer, si l'exercice de consultation a été fait, celles qui ont signifié au DRMG être en mode de recrutement.

12. Lorsqu'un médecin fait une demande afin d'obtenir un avis de conformité au PREM d'une région, doit-il se sentir obligé de signer un contrat de travail avec un établissement ou une clinique médicale ou encore d'adhérer immédiatement aux AMP?

Non.



Serge Dulude, DGA
Directeur de la planification et de la régionalisation