

TYPE DE DOCUMENT: Procédure	NUMÉRO D'IDENTIFICATION : DSP-PR-30042
------------------------------------	--

CE DOCUMENT S'ADRESSE AUX PERSONNES SUIVANTES :

La présente procédure s'adresse au comité de direction du Département régional de médecine générale, aux coordonnateurs médicaux locaux, aux médecins membres du Département régional de médecine générale DRMG du Bas-Saint-Laurent ainsi qu'aux gestionnaires et personnel qui agissent en soutien au guichet d'accès à un médecin de famille. Elle s'applique sur tout le territoire bas-laurentien.

CE DOCUMENT EST ACCESSIBLE :

Répertoire commun Site Internet Intranet Coordonnateurs médicaux locaux

NOMBRE DE PAGES	8 pages incluant les annexes
RESPONSABLE DE L'APPLICATION	Département régional de médecine générale Direction des services professionnels
RESPONSABLE DE LA CODIFICATION ET DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT	Agente administrative de la Direction des services professionnels
INSTANCES CONSULTÉES	Coordonnateurs médicaux locaux 2017-02-21 Comité de direction du DRMG 2017-03-21 Direction des services professionnels 2017-02-21 Responsable GMF 2017-03-29
RESPONSABLE DE L'ADOPTION OU DE LA REVISION FINALE	Docteur Éric Lavoie, chef du DRMG
DATE DE LA MISE EN VIGUEUR	2017-03-21
DATE DE L'ADOPTION OU DATE DE LA REVISION ET NUMÉRO DE RÉOLUTION DU C.A.	N/A
REVISION	Révisée et adoptée le 2017-04-18 La révision s'effectue aux trois ans ou lorsque requis.

PROCÉDURE

Vidons les guichets (DSP-PR-30042)

Direction des services professionnels

Mars 2017

« VIDONS LES GUICHETS »

Pour favoriser l'atteinte des objectifs d'inscription de la population selon la cible établie dans le cadre de l'entente de principe entre le MSSS/FMOQ du 26 mai 2015, le Département régional de médecine générale (DRMG) s'associe aux coordonnateurs médicaux locaux (CML) du Bas-Saint-Laurent afin de proposer des pistes de solution pour favoriser la prise en charge de la clientèle. La procédure d'attribution vise à instaurer une régulation paramétrée qui guidera une attribution en continu des patients qui ont besoin d'un médecin de famille dans le cadre de l'entente et dans le futur. Il est important de souligner l'effort des médecins, car le Bas-Saint-Laurent a un des taux d'inscriptions les plus élevés du Québec, soit de 87 %.

Comme prévoit l'« Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle », sous l'autorité du DRMG et dans le cadre du réseau local de services (RLS) de santé de son territoire, les CML collaborent à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne. Ils s'unissent au comité de direction du DRMG afin de proposer cette procédure régionale pour assurer la prise en charge de la clientèle en attente au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).

1. **OBJECTIFS**

- Assurer une accessibilité et une qualité de soins à la clientèle du Bas-Saint-Laurent (BSL).
- Assurer la prise en charge de l'ensemble des patients du territoire qui désire un suivi avec un médecin de famille.
- Assurer une clientèle aux nouveaux médecins de famille qui s'installent sur le territoire.
- Éviter les périodes de flottement sans médecins de famille pour la clientèle.
- Conserver un taux de prise en charge de plus de 85 % de la clientèle.
- Assurer une répartition équitable de la tâche entre les médecins du territoire et que la prise en charge soit reconnue au calcul des unités de travail des médecins.
- Tenir compte de la capacité de prise en charge des équipes médicales selon la pénurie relative de main-d'œuvre et des tâches intrahospitalières.

2. **CADRE JURIDIQUE OU CADRE DE RÉFÉRENCE**

- Cadre de référence provincial des guichets d'accès pour la clientèle sans médecins de famille, mars 2017.
- Guide de gestion de l'amendement 140, FMOQ/MSSS, novembre 2015.
- L'Entente particulière 40 - relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle.
- Lettre d'entente 304, février 2017.

Document associé : Procédure d'épuration des listes d'attentes, février 2017.

3. **CHAMPS D'APPLICATION**

Cette procédure s'adresse au comité de direction (CD) DRMG, aux CML, aux médecins du BSL et au personnel de la Direction des services professionnels (DSP) qui sont rattachés au GAMF. Elle est en lien direct avec la distribution des patients en attente au GAMF selon les modalités proposées et acceptées par le CD-DRMG et les CML.

Le DRMG et les CML visent une mobilisation régionale de la communauté des médecins de famille qui endossent un contrat social. Les groupes de médecine de famille (GMF), par leur mandat d'inscription de la clientèle, sont des partenaires invités à cette démarche. L'application sera modulée en fonction des particularités locales des RLS par les CML, soit le taux d'effectifs en place, la charge globale de travail de chaque médecin, la reconnaissance de la lourdeur de certaines clientèles, l'étendue du territoire, etc. Dans une perspective de groupe, l'adhésion de chaque médecin est volontaire. Tout médecin est invité à exprimer son niveau de participation au CML de son RLS.

4. STRUCTURE FONCTIONNELLE (RÔLES ET RESPONSABILITÉS)

DRMG :

- Adopter la procédure et soutenir les CML avec son application.
- Suivre les données en lien avec les objectifs de cette procédure fournis par les CML et la responsable régionale du GAMF.
- Encourager l'utilisation par tous des guichets d'accès du nouveau système GAMF.

CML :

- Assurer l'application, si nécessaire, de la présente procédure et la moduler en fonction des réalités locales.
- Informer les gestionnaires administratifs de la DSP et le DRMG du bilan des données d'attributions.
- Mobiliser, à l'aide de leurs tables locales, les GMF et les médecins de famille de leur RLS afin d'encourager la prise en charge de la clientèle sans médecins de famille.
- Convenir avec les GMF d'un niveau attendu d'attribution.
- Informer le DRMG de toutes situations problématiques.

Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) :

- Faire parvenir aux CML les détails de la prise en charge de leur territoire comprenant une liste nominative des médecins, leur nombre de patients inscrits en y ajoutant leur pourcentage de patients vulnérables.
- Assurer une mise à jour des tableaux d'inscriptions par médecin quatre fois par année et les transmettre aux CML (janvier, avril, juillet et octobre).
- Fournir le tableau des strates de prise en charge de chaque RLS aux CML, au DRMG et aux gestionnaires de la DSP quatre fois par année (janvier, avril, juillet et octobre).
- Fournir le tableau des prises en charge des médecins de plus de 65 ans et les médecins ayant moins de 65 ans, mais plus de 30 ans de pratique de chaque RLS aux CML.
- Fournir aux CML les exigences des activités médicales particulières (AMP) de prise en charge des nouveaux candidats, adoptées par le DRMG et les réponses des dérogations demandées au comité paritaire.

Médecins responsables de GMF :

- Convenir avec le CML de la cible d'attribution pour le GMF en fonction des données des médecins.
- Identifier et mobiliser les médecins participants à l'inscription des patients attribués.
- Soutenir le CML afin d'assurer le bon fonctionnement du guichet d'accès.

Agente administrative du guichet :

- Fournir les informations et documents nécessaires à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) lors de l'application de la *Lettre d'entente 304*.
- Soutenir le CML afin d'assurer le bon fonctionnement du guichet d'accès et soutenir l'attribution.

Médecins :

- Les médecins seront invités à choisir leur mode d'attribution, soit par attribution particulière ou par la *Lettre d'entente 304*.

DSP :

- Suivre les indicateurs en lien avec les objectifs de cette procédure fournis par les CML et la responsable régionale du GAMF.
- Être informé de toutes situations problématiques.

Gestionnaire administratif responsable du dossier des guichets d'accès :

- Assurer aux CML les ressources nécessaires au bon fonctionnement des guichets d'accès selon les besoins de la population.
- Accompagner les CML dans ses démarches administratives pour la gestion du guichet d'accès.
- Aviser les CML de toute problématique rencontrée (administrative ou organisationnelle) lors de l'application de cette procédure.

5. MODALITÉS PROPOSÉES

5.1. Groupes de médecins

Les médecins sont répartis en deux groupes, soit le premier avec les médecins qui ont entre 0 et 500 patients inscrits et le deuxième avec les médecins qui ont plus de 500 patients. Les nouveaux arrivants qui sont soumis aux nouvelles exigences AMP sont inclus au premier groupe.

Groupe 1 : Médecins ayant moins de 500 inscriptions :

- a) Médecins soumis aux nouvelles exigences AMP de prise en charge :
 - . Attribution de patients en bloc pour l'atteinte de 250 ou 500 patients exigés pendant leur première année de pratique;
 - . Une modulation de l'attribution sera faite en fonction des éléments notés au point 5.3;
 - . Advenant un départ ou une retraite d'un médecin du territoire imminent, une partie de la clientèle de ces derniers sera attribuée selon la *Lettre d'entente 304*.
- b) Médecins déjà en pratique qui ont moins de 500 inscriptions :
 - . Attribution de patients pour atteindre les 500 inscriptions après la distribution aux médecins du groupe a) (attribution particulière en bloc ou par la *Lettre d'entente 304*);
 - . Une modulation de l'attribution sera faite en fonction des éléments notés au point 5.3.
 - . Pour les médecins ayant moins de 25 patients, les CML peuvent juger de la pertinence des exclure de la procédure.

Groupe 2 : Médecins ayant plus de 500 inscriptions :

- a) S'il reste des patients au GAMF après la distribution aux médecins du *Groupe 1*, ces derniers seront invités à prendre des patients selon des modalités à déterminer via le DRMG, les CML, les chefferies et les GMF.

5.2. Détermination du nombre de patients orphelins à distribuer

L'extraction du nombre de patients non attribués sur la liste d'attente non attribués sera faite au moment d'appliquer la procédure. Le CML ajoutera à ce nombre, à l'aide de données fournies par le répondant régional du GAMF, les patients qui sont présentement suivis par des médecins qui ont signifié officiellement leur départ du RLS en prévision du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le CML pourra aussi y ajouter les patients des départs non confirmés selon l'information qu'il détient et des départs après le 1^{er} janvier si cela est jugé plus représentatif de leur réalité locale permettant ainsi une meilleure distribution.

5.3. Modulation possible

Une fois l'estimation faite de la liste de patients orphelins, le CML considérera certains paramètres de modulation avant de procéder à la distribution, tels que :

5.3.1. Lourdeur de la clientèle

- Le répondant régional du GAMF fournit à chaque CML la liste des médecins du RLS avec leurs taux d'inscriptions ainsi que leur pourcentage de patients vulnérables.
- L'attribution de la clientèle tiendra compte du pourcentage de patients vulnérables du médecin.
- Un taux de patients vulnérables sera visé par médecin. Ce taux pourra varier par RLS selon les moyennes locales (présentement le taux au BSL est de 42,21 %).
- Certaines clientèles seront pondérées selon la reconnaissance des ententes en vigueur (soins à domicile, centre de détention, toxicomanie, etc.).
- La distance entre le lieu de desserte du médecin et le lieu de résidence du patient sera prise en compte pour assurer une attribution cohérente. Un CML pourrait aussi moduler selon les secteurs plus éloignés des RLS afin de favoriser la desserte (point de chute ou de services, résidences intermédiaires éloignées, etc.).
- Chaque CML proposera une distribution des priorités selon les usagers en attente tout en maintenant l'objectif de ne pas dépasser 45 % de vulnérables pour tous les médecins participants.

5.3.2. *Charge de travail globale du médecin*

- Le CD-DRMG a choisi de reconnaître la tâche de travail globale des médecins afin de répartir la clientèle de façon juste et équitable. Les barèmes d'unités utilisés dans le présent document sont reconnus par le MSSS.
- Le tableau qui répertorie les unités travaillées pour tous les médecins du RLS sera disponible pour les CML afin qu'ils puissent avoir une vision plus globale de la tâche de chaque médecin.
- En conformité avec les barèmes utilisés en gestion de la main-d'œuvre médicale lors de la planification des besoins prioritaires, la charge de travail visée par médecin est de 36 h/semaine, 42 semaines/année, soit l'équivalent de 3 unités.
- S'il y a pénurie d'effectifs, l'attribution pourra être réduite temporairement chez les médecins qui doivent travailler plus que l'équivalent de 3 unités pendant la période de pénurie.
- S'il n'y a pas de pénurie, le médecin pourra démontrer l'atteinte de 3 unités et plus afin de justifier son incapacité de prendre des patients supplémentaires.

5.3.3. *Nouvelles exigences AMP de prise en charge*

- Les exigences AMP de prise en charge des nouveaux candidats seront priorisées pour la distribution de patients.
- La réduction d'exigences de prise en charge à la suite d'une dérogation approuvée par le Comité de gestion sur les effectifs médicaux (COGEM) sera respectée.
- Les ententes locales sur la réduction de l'exigence pour les nouveaux arrivants travaillant en GMF-U lors de leur première année d'entrée en poste seront respectées.

5.3.4. *Nombre insuffisant de patients orphelins pour permettre l'atteinte des cibles des nouveaux facturants*

- Une priorité sera donnée aux médecins soumis à la nouvelle exigence AMP.
- L'atteinte de la cible de 500 patients sera priorisée chez les médecins qui n'ont pas 3 unités.
- Pour le *Groupe 1 b)*, la distribution pourra être faite selon des modalités établies entre les médecins et le CML pour convenir d'un partage équitable entre les médecins désirant l'atteinte de 500 inscriptions.
- Si les médecins du *Groupe 2* désirent augmenter leur prise en charge dès le début de la mise en œuvre de la procédure, il y aura distribution prioritaire aux médecins soumis à la nouvelle exigence AMP et aux médecins du *Groupe 1 a)* qui désirent atteindre les 500 inscriptions.

5.3.5. *Nombre supérieur de patients orphelins par rapport à la disponibilité de la main-d'œuvre médicale du Groupe 1*

- Si le guichet demeure avec de patients orphelins après la distribution aux médecins du *Groupe 1*, les médecins du *Groupe 2* seront invités à prendre des patients.
- En respect de la charge de travail globale d'un médecin, le CML pourrait viser une cible d'inscription supérieure à 500 patients. Chaque strate de 250 patients équivalant à 0,5 unité de travail.
- Par exemple, de façon à distribuer équitablement les patients excédentaires inscrits au GAMF, un CML pourrait convenir d'une cible à 750 inscriptions. À ce moment, le CML pourrait distribuer les patients aux médecins afin qu'ils atteignent la cible requise.
- Selon une pénurie d'effectifs, la distribution viserait à épargner les médecins qui effectuent plus de 3 unités. S'il arrivait que tous les médecins d'un territoire présentent une charge de travail de plus de 3 unités, la situation sera traitée prioritairement par le DRMG et le DSP pour soutenir l'équipe en place.

5.3.6. *Médecins ne désirant pas adhérer à la présente procédure*

- Afin de préciser leur incapacité de prendre des patients, les médecins qui ont des privilèges en installation devront faire la démonstration de la prestation de 3 unités de travail et plus, soit l'équivalent de plus de 36 h/semaine, 42 semaines/année.
- Pour les médecins en clinique privée, ils seront invités à discuter avec leur CML de l'impossibilité de participer à cette démarche.

5.3.7. *Lieu de pratique du médecin*

- L'étendue du territoire sera considérée et l'attribution particulière tentera de respecter les lieux de pratique des médecins.

5.3.8. *Taux d'inscription régional*

- Tous les médecins de famille du BSL visent un objectif partagé de prise en charge.

6. **DÉTERMINATION DE LA DISTRIBUTION**

Voir annexe 1 – Algorithme

7. MODALITÉS DE DISTRIBUTION

- La distribution des patients par le CML se fera selon le modèle choisi par le médecin, soit par attribution particulière en bloc ou par la *Lettre d'entente 304*.
- Une correspondance sera transmise à chaque médecin du BSL en y précisant le contexte et les objectifs de la procédure. Par la suite une correspondance personnalisée sera envoyée aux médecins ciblés avec les modalités proposées et le nombre d'inscriptions attendues de leur part.
- Une vitesse d'attribution (nombre de patients par mois) leur sera proposée sur une période déterminée au niveau régional. Pour un RLS, on pourra diviser le nombre de patients orphelins par le nombre de mois de l'année, ce qui indiquera une vitesse d'attribution mensuelle pour vider le guichet. La vitesse se transposera d'un médecin à l'autre tout dépendant de sa cible à inscrire pour la même période.
- Les médecins seront avisés que s'il devait y avoir modification de tâches (autres que la prise en charge), la cadence pourrait être ajustée.
- *L'Entente particulière 40* prévoit que sur la base d'une année civile, un nombre maximum de patients attribués à un médecin de famille par le GAMF et inscrits par ce médecin peut faire l'objet des suppléments prévus. Cette limite ne s'applique pas à un médecin de famille au cours des quatre premières années de pratique. Un médecin coordonnateur peut cependant soumettre au comité paritaire toute situation particulière qu'il désirerait porter à son attention (E.P. article 13.02).

8. RÉFÉRENCES

- Mise en place d'un processus d'attribution des usagers inscrits au GAMF, région Mauricie/Centre du Québec, novembre 2016.
- Autres régions à venir.
- Paramètres proposés pour l'élaboration de la liste des priorités de recrutement en établissement.

Algorithme de détermination de la distribution

