

Comment améliorer son taux d'assiduité

Améliorer et maintenir son taux d'assiduité (TxA) est l'un des défis de l'heure chez les médecins de famille du Québec. Il n'existe pas de solution miracle pour y arriver. Cependant, plusieurs possibilités s'offrent à vous afin de vous permettre d'atteindre vos objectifs.

Dans l'optique de soutenir les milieux cliniques, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présente ce document qui vous permettra d'appliquer des solutions concrètes pour améliorer l'accès à vos services, et ainsi bonifier votre TxA, pour la plus grande satisfaction de vos patients.

1- Taux d'assiduité

Le TxA détermine le niveau d'accessibilité offert par des médecins de famille à l'égard des patients inscrits à leur nom.

Tel qu'indiqué à la Figure 1, le TxA est représenté par le rapport du nombre de visites médicales réalisées par la clientèle inscrite auprès d'un médecin de famille (MF) sur le nombre total de visites de cette même clientèle réalisées dans l'ensemble des sites médicaux de première ligne (cabinet privé, centre local de services communautaires [CLSC], groupe de médecine de famille [GMF], groupe de médecine de famille réseau [GMF-R], groupe de médecine de famille universitaire [GMF-U], urgence).

Plus de détails sur les composantes du calcul du TxA sont disponibles dans le Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF.

Figure 1. Calcul du TxA en GMF

Auprès du MF

+

Auprès des autres MF du groupe

= TxA

Auprès du MF

+

Auprès des autres MF du groupe

+

Aux urgences

+

Ailleurs en 1^{re} ligne

Plusieurs facteurs peuvent expliquer un TxA insatisfaisant. Ces éléments sont majoritairement liés à des problèmes d'ordre administratif ou organisationnel.

Les pages suivantes traitent des différentes pistes de solutions permettant de remédier à ces problèmes.

Vous pourrez naviguer à travers le guide et vous diriger directement vers les éléments qui vous intéressent en cliquant sur les thèmes proposés dans la table des matières.

L'ensemble de ces éléments étant interreliés, vous pourriez également vous inspirer des autres solutions pour perfectionner votre pratique.

Table des matières

1- Taux d'assiduité

2- Problèmes d'ordre administratif

2.1 Consultations et inscriptions

2.2 Facturation

3- Problèmes d'ordre organisationnel

3.1 Bonifier l'offre de services

3.2 Secrétariat et gestion de l'horaire

3.3 Interprofessionnalisme

3.4 Optimisation de la visite

3.5 Organisation générale

Liste de références

1

2

2

2

3

3

4

5

5

6

8

Visite positive

- À la clinique auprès du médecin inscripteur
- À la clinique auprès d'un médecin partenaire du GMF
- À la clinique auprès d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Visite négative

- À la clinique auprès d'un médecin non-partenaire
- Hors de la clinique où le patient est inscrit
- À l'urgence de priorité P4-P5
- Auprès d'une IPS d'un autre milieu

Visite exclue

- Auprès d'un professionnel
- À l'urgence de priorité P1 à P3
- Retour à l'urgence de priorité P4-P5
- Référé à l'urgence de priorité P4-P5
- À l'urgence de priorité P4-P5 admis en établissement
- Hors de la clinique auprès du médecin inscripteur
- Suivi de grossesse hors de la clinique
- À un GMF lié par entente

2- Problèmes d'ordre administratif

Un TxA résultant d'un nombre anormalement bas de visites peut être expliqué par des problèmes d'ordre administratif. Ces problèmes techniques proviennent généralement d'une facturation problématique, d'un enregistrement inadéquat des données dans les outils de suivi, ou encore d'une reconnaissance d'inscriptions inappropriées de patients. Afin de régler ces problèmes, nous vous invitons à vérifier les éléments cités dans les tableaux suivants et à apporter les correctifs suggérés.

2.1 Consultations et inscriptions

Solution	Explication
S'assurer que les consultations des patients inscrits au GMF soient effectuées auprès de médecins membres du GMF	Un patient inscrit au GMF et vu par un médecin non membre du GMF abaisse le taux d'assiduité (visite négative), alors qu'une visite auprès d'un médecin partenaire améliore le taux d'assiduité (visite positive). Pour remédier à cette situation, il apparaît pertinent que tous les médecins œuvrant dans une clinique GMF y soient partenaires. À noter que tout ajout de médecin à un GMF doit être signifié au Comité paritaire MSSS – Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), par courriel à l'adresse suivante : comite.paritaire.fmoq@msss.gouv.qc.ca.
Utiliser le bon code d'établissement	Lorsque la visite d'un patient inscrit se déroule au lieu d'inscription, le médecin doit s'assurer de facturer sa consultation au bon code d'établissement. À défaut, la visite ne sera pas comptabilisée au bon lieu, ce qui engendrerait une consultation pouvant nuire au TxA. Il est à noter que tous les sites d'un GMF occasionnent une visite positive, même s'ils ont des codes d'établissement différents.
S'assurer que les patients inscrits à un médecin dans un GMF ont bien été reconnus comme étant de type « GMF »	Conformément aux ententes de rémunération, un médecin de famille peut inscrire un patient à son nom et sur un site GMF en lui donnant ou non une reconnaissance GMF. Les inscriptions qui n'ont pas été converties GMF ne génèrent pas de visites dans le calcul du TxA. Pour plus d'informations sur la reconnaissance des inscriptions GMF, consultez la page Web suivante : Modification ou rétablissement d'une inscription ou désinscription de ma clientèle.

2.2 Facturation

Solution	Explication
Pour les médecins en CLSC et en GMF-U ayant un mode de rémunération à tarif horaire ou à honoraire fixe, s'assurer que les visites de patients inscrits soient enregistrées au Registre des consultations	Toutes les visites qui ne comportent pas de facturation à l'acte doivent être inscrites au Registre des consultations, sans quoi la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne pourra pas les capter, ce qui fera diminuer le nombre de visites dans le GMF et le TxA. Pour plus d'informations sur le Registre des consultations, consultez la page Web suivante : Registre des consultations.
Pour les médecins ayant un mode de rémunération à tarif horaire ou à honoraire fixe, envisager la migration vers la rémunération mixte	À l'exception des actes de supervision, les médecins qui ont adopté le mode de rémunération mixte n'ont pas à enregistrer de visites dans le Registre des consultations. La migration vers ce mode de rémunération entraîne donc une diminution du risque d'omettre la saisie de visites dans le Registre des consultations.

Pour les médecins ayant un mode de rémunération à tarif horaire ou à honoraire fixe, s'assurer que le Registre des consultations est rempli de manière constante	Comme le TxA est calculé sur une base annuelle, un retard d'inscription de renseignements dans le Registre des consultations pourrait entraîner un vide de données lors de l'évaluation du TxA. Il importe donc de remplir le registre de manière constante sans laisser de grands laps de temps entre chacune des saisies.
Pour les médecins en GMF-U qui effectuent des actes de supervision, s'assurer de remplir le Registre des consultations pour les visites auprès des résidents	Peu importe le mode de rémunération du médecin, il demeure nécessaire de saisir les visites de patients dans le Registre des consultations lorsque des actes de supervision sont effectués.

3- Problèmes d'ordre organisationnel

Le TxA est un indicateur d'accessibilité : un TxA bas peut signifier la présence potentielle d'un problème d'accès. Le plus souvent, un faible niveau d'accessibilité est le résultat d'une organisation du travail non optimale. En effet, les problèmes organisationnels se soldent en majeure partie par une offre de services en déséquilibre avec la demande de services d'une clientèle inscrite. Pour remédier à cette situation, vous trouverez dans les tableaux suivants des pistes de solutions à mettre en œuvre, lesquelles ont pour objectif d'augmenter l'offre et de diminuer la demande de services.

3.1 Bonifier l'offre de services

Solution	Explication
Augmenter l'offre de services en heures défavorables	Lorsque la clinique est fermée, les patients n'ont d'autre choix que d'aller chercher des services ailleurs, ce qui fait baisser le TxA. La couverture médicale des heures le soir et la fin de semaine diminue le risque de donner lieu à un nombre élevé de visites ailleurs (visites négatives) tout en permettant d'assurer une meilleure offre de services pour la clientèle inscrite. Selon la situation, il pourrait être préférable d'aménager l'horaire de certains médecins en privilégiant, par exemple, les plages horaires de soir au lieu de celles du matin. Cela ne signifie pas nécessairement d'augmenter le nombre d'heures travaillées, mais plutôt d'aménager l'horaire autrement.
Augmenter le nombre d'heures travaillées en clinique	Effectuer plus d'heures en clinique permet d'offrir davantage de plages de services et donc de diminuer le risque de ne pas être disponible lorsqu'un patient en a besoin. Selon les obligations du médecin, ceci peut impliquer de se désengager d'autres activités.
Offrir davantage d'heures en RV	Si possible, et en toute collaboration avec les collègues, privilégier les plages de rendez-vous (RV) au lieu de sans rendez-vous (SRV) permet de générer plus de temps pour l'intégration des services et, par conséquent, augmente l'offre de consultations auprès d'une clientèle inscrite. Par ailleurs, comme les patients expriment de plus en plus clairement leur volonté de ne plus souffrir de l'incertitude liée à l'obtention de soins en temps opportun, nous vous invitons à ne plus vous exprimer en termes de SRV et à prévoir plutôt des RV urgents, semi-urgents et non-urgents.

3.2 Secrétariat et gestion de l'horaire

Solution	Explication
Utiliser un horaire accordéon en ouvrant des plages disponibles aux deux semaines	L'horaire accordéon est un mécanisme secretarial propre à l'Accès adapté. Il consiste à prendre des RV selon un horaire disponible, par exemple, sur deux semaines. Chaque semaine, une semaine subséquente est ouverte à l'horaire. De cette manière, le médecin s'assure d'avoir de la disponibilité après deux semaines et évite d'être surchargé plusieurs mois à l'avance. Ceci implique de diminuer, le plus possible, les RV pris à l'avance avec un patient inscrit et d'opter plutôt pour une méthode où le patient doit, en toute occasion (suivis prédictibles, problèmes ponctuels, etc.), contacter la clinique pour prendre un RV.
Standardiser les plages horaires avec une durée fixe unique	Les horaires des médecins sont généralement établis selon des plages de longueurs différentes (plage de 15, 25, 40 minutes, etc.). Cette diversité complique la gestion du temps. Il est avantageux d'établir un horaire où toutes les plages ont la même durée. De cette manière, l'administration de l'horaire s'avère moins complexe. Au besoin, la secrétaire peut sélectionner deux plages pour un même patient.
Lisser l'offre de services cliniques	Cette méthode consiste à répartir de façon équilibrée (lisser) la disponibilité hebdomadaire du médecin, et ainsi créer plus de souplesse et plus d'accessibilité pour les patients. À titre d'exemple, un médecin qui travaille en clinique deux jours par semaine devrait opter, s'il le peut, pour le lundi et le jeudi au lieu de faire le lundi et le mardi. Ceci diminue l'étendue des jours non disponibles et favorise une meilleure accessibilité.
Lisser la demande de services cliniques	Avec l'éclairage d'un clinicien au besoin, la secrétaire distribue harmonieusement (lisse) les RV dans l'horaire en prenant en compte le degré d'urgence de la demande. L'exemple le plus fréquent est celui du jeu Tétris où le joueur évite à tout prix de remplir une colonne et essaie plutôt de combler le tableau de manière horizontale. Le principe est le même pour le lissage de la demande. Règle générale : 40 % des RV devraient être planifiés au maximum dans les deux semaines suivant la demande, 30 % dans les deux jours suivant la demande et 30 % le jour même (ces pourcentages peuvent varier de ± 10 %).
Diriger les RV vers le bon intervenant	Toujours avec l'éclairage d'un clinicien au besoin, la secrétaire doit être en mesure de questionner le patient qui contacte la clinique pour un RV et de l'orienter vers le bon intervenant (Info-Santé 811, infirmière, pharmacien, médecin, etc.). Il apparaît donc essentiel qu'un partage de tâches entre médecins et professionnels soit opérant et efficace. Il est faux de croire qu'une telle visite nuit au TxA même si cette dernière n'est pas comptabilisée. Une visite à un professionnel dégage du temps médecin, ce qui évite des consultations en dehors de la clinique.

3.3 Interprofessionnalisme

Solution	Explication
Optimiser la collaboration interprofessionnelle et adopter des ordonnances collectives et individuelles	L'interprofessionnalisme étant un facteur fondamentalement lié à une meilleure accessibilité, il nécessite un partage de tâches entre le médecin et les professionnels. Ceci implique de déléguer aux professionnels certaines tâches médicales qui, autrefois, étaient effectuées par le médecin (tests diagnostiques, administration et ajustement des médicaments, traitements médicaux à des groupes particuliers et amorce des mesures diagnostiques et thérapeutiques). Le but de cette mesure est : 1. d'optimiser le temps de travail des professionnels; 2. de permettre au médecin d'effectuer exclusivement des tâches que lui seul peut exécuter; 3. de faire en sorte que chaque intervenant utilise son plein potentiel. Des exemples de collaboration entre médecin et professionnel sont disponibles dans la base publications du site du MSSS. Consultez les Guides d'intégration des professionnels en GMF. Par ailleurs, l'interprofessionnalisme nécessite généralement d'adopter des ordonnances collectives ou individuelles pour étendre le champ de pratique des professionnels.
Effectuer des suivis conjoints et des consultations en tandem	Plusieurs consultations ne requièrent pas nécessairement l'intervention du médecin. Les professionnels sont en mesure d'effectuer certaines visites de suivi (suivi conjoint), ce qui libère du temps pour le médecin, donc de la disponibilité pour les patients. Une multitude de suivis peuvent être transférés vers un professionnel : diabétiques, maladies pulmonaires obstructives chroniques, hypertension artérielle, cytologie de contrôle, prélèvement, infections transmissibles sexuellement et par le sang, contraception d'urgence, ABCdaire, etc. La visite en tandem consiste à ce que l'infirmière clinicienne procède seule à la première partie d'une consultation et que le médecin intervienne seulement lorsque le champ de pratique de l'infirmière est dépassé. Concrètement, l'infirmière et le médecin s'alternent d'un patient à l'autre. Cette méthode maximise le rendement et améliore l'accessibilité.

3.4 Optimisation de la visite

Solution	Explication
Utiliser un dossier médical électronique (DMÉ) et des gabarits prédéfinis	Lors d'une consultation, l'utilisation de gabarits élaborés à partir de champs codifiés (questionnaire de santé mentale, de soins préventifs, d'évaluation du trouble du spectre de l'autisme et hyperactivité, de suivi 5-17 ans, de dépistage GAD-7, d'invalidité, de santé et sécurité au travail, etc.) permet d'éviter l'emploi de questionnaires papier. Le remplissage devient alors plus efficient. Par ailleurs, le développement et l'utilisation de ce type de document informatique permettent un meilleur suivi.

Intégrer les services de santé	Ce principe consiste à faire tout ce qu'il est possible de faire le jour même. Lors d'une consultation pour un problème ponctuel, le médecin doit être en mesure d'effectuer, si possible, les examens qui pourraient être prévus dans les prochains mois, ou encore d'intégrer l'examen médical périodique (EMP) de manière fractionnée au besoin. Il est également acceptable de repenser le dépistage à plus long terme.
Accroître la pertinence des visites	Parmi les moyens d'augmenter la valeur d'un RV : - planifier les bilans utiles avant la consultation (examen de laboratoire, d'imagerie, etc.), - planifier les prescriptions à plus long terme (si le patient est stable), - donner les formulaires potentiellement requis à remplir par le patient avant la rencontre, - prévoir les autotraitements d'urgence, - éviter de voir un patient pour un papier, etc. Il convient de repenser la pertinence de l'examen annuel. À cet effet, nous vous invitons à consulter la Fiche de prévention clinique, produite par le Collège des médecins du Québec (CMQ). Réduire le nombre d'examens, de prises de sang et de traitements qui semblent impertinents diminue la charge de travail et par conséquent augmente l'offre de service. Le site de Choisir avec soin peut vous aider dans vos réflexions sur le sujet.

3.5 Organisation générale

Solution	Explication
Définir les rôles de chacun	Aussi banal que cela puisse paraître, la détermination des rôles et tâches de chaque membre de l'équipe clinique : 1. diminue le risque de malentendus, 2. contribue à une meilleure cohésion dans le groupe, 3. diminue la perte de temps due à une désorganisation des troupes.
Entretenir une communication efficace et continue entre tous les membres de l'équipe clinique	La bonne communication est l'élément central définissant une organisation performante. Il est essentiel que l'équipe clinique puisse se rassembler périodiquement pour traiter de l'organisation clinique et des manières d'améliorer les processus internes. Il convient de prévoir des rencontres statutaires pour discuter d'amélioration continue et réajuster, le cas échéant, les mécanismes qui font défaut.
Utiliser des outils de gestion optimaux et performants	L'utilisation d'outils performants permet une plus grande fluidité dans le continuum des services d'une clinique. Ces outils représentent notamment : - des systèmes téléphoniques efficaces, - un site Web qui comprend une multitude d'informations pertinentes et de questionnaires, - des affiches explicatives dans la salle d'attente, etc.

Informer les patients	L'ensemble des personnes qui œuvre dans une clinique a un rôle d'enseignement auprès du patient. En effet, l'équipe clinique doit apprendre au patient à se responsabiliser et à faire partie de l'organisation des services de santé qui le concernent pour : - qu'il soit conscientisé à effectuer l'autogestion de sa condition de santé, - éviter de se présenter à l'urgence en sollicitant plutôt les services de la clinique (encore faut-il que la clinique soit en mesure de voir le patient en temps opportun), etc.
Prévoir des périodes de débordement	L'équipe clinique doit être en mesure de planifier les moments où une demande de services pourrait s'accroître drastiquement : - périodes d'accroissement de symptômes d'influenza, - début de session scolaire (régulièrement associée à une augmentation des consultations pour des cas de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)), - retour de vacances, - retour de congrès, etc. Lorsque la demande de services prédictibles augmente, les médecins de la clinique doivent déjà avoir planifié une plus grande offre de services, donc un plus grand nombre de plages horaires disponibles.
Demander une réorientation des patients inscrits qui se présentent à une urgence (P4-P5)	Une clinique a toujours le loisir d'amorcer des discussions avec son centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou son centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) afin d'établir une entente qui prévoit la réorientation des patients inscrits se présentant à une urgence (P4-P5), avec leur consentement. Par contre, la clinique doit être en mesure d'accueillir le patient en temps opportun. Nous vous invitons à contacter votre responsable GMF au CISSS-CIUSSS pour contracter une telle entente.

Effectuer des mesures périodiques	Les perceptions sont généralement trompeuses. Suivre l'évolution organisationnelle en se fiant à des données quantitatives augmente les chances de comprendre adéquatement la situation dans laquelle vous êtes, de cibler les problèmes réels et d'apporter des correctifs qui auront une influence significative. Les indicateurs les plus parlants en matière d'accessibilité sont les suivants : - taux d'assiduité, - délai, en nombre de jours, avant le 3^e RV disponible dans l'horaire du médecin, - nombre annuel de RV demandés par les patients inscrits, - nombre annuel de RV offerts par le médecin, - nombre d'heures travaillées en clinique, - nombre de plages horaires de RV disponibles par semaine, - nombre de patients inscrits par médecin, etc. La RAMQ offre une multitude de rapports informationnels qui peuvent vous aider dans le monitoring de votre pratique. Parmi ces outils de soutien, le Rapport d'organisation des services de la clientèle inscrite (ROSCI) permet aux médecins de famille d'être informés sur les données qui reflètent leur pratique auprès des patients inscrits à leur nom. Pour plus d'informations, veuillez contacter le <u>Service aux professionnels de la RAMQ</u>.
-----------------------------------	--

Liste des références

- Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF
- Modification ou rétablissement d'une inscription ou désinscription de ma clientèle
- Registre des consultations
- Guides d'intégration des professionnels en GMF
- Fiche de prévention clinique du CMQ
- Choisir avec soin
- Service aux professionnels de la RAMQ