

Guide pour l'implantation de **L'ACCÈS ADAPTÉ**

L'expérience d'une région - Laval



Auteurs:

**Sylvie Brazeau,
Pauline Couture,
et Hermès Karemere Bimana**

Département régional de médecine générale de Laval

Une publication de :

Département régional de médecine générale (DRMG)
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
800, boulevard Chomedey, Tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4
Téléphone : 450 978-2121
Télécopieur : 450 978-2100
www.lavalensante.com

Rédaction et mise en page

France Drolet, didacticienne

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2016

Dépôt légal – 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN-978-2-550-74432-0 (version imprimée)

ISBN-978-2-550-74433-7 (version PDF)

Table des matières

Liste des acronymes et sigles.....	5
Remerciements.....	6
Mot de la directrice générale.....	7
Mot du chef du Département régional de médecine générale.....	8
Présentation des auteurs.....	9
Introduction	10
Mise en contexte.....	10
Stratégie utilisée pour faciliter cette transformation	11
Objectifs de ce guide à l'intention des intervenants	11
Périmètre de la consultation médicale et ses activités connexes en clinique.....	12
Module 1 – Projet accès adapté.....	14
1.1 Définition.....	15
1.2 Facteurs clés.....	16
1.3 Bénéfices attendus	16
1.4 Phases de la mise en œuvre.....	17
2.1 Service à la clientèle.....	26
2.1.1 Service d'accès	28
Accès téléphonique	28
Accès par le système électronique	34
Accès sur place à la clinique.....	38
2.1.2 Service d'accueil	40
Prise de rendez-vous (RDV)	41
Personnel administratif	48
2.1.3 Service de consultation.....	52
Équilibre entre l'offre de service et de la demande	57
Agenda	59

2.2 Patient.....	61
2.3 Plan de communication.....	62
Module 3 – Indicateurs et résultats.....	64
Indicateurs	65
Tendances qui se dégagent du projet.....	71
Principaux facteurs de réussite du projet d’accompagnement d’implantation de l’accès adapté à Laval.....	74
Conclusion	75

Liste des acronymes et sigles

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DMÉ	Dossier médicale électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier de santé du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
GMF-réseau	Groupe de médecine familiale – réseau
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
INF AUX	Infirmière auxiliaire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PME	Petite et moyenne entreprise
PROS	Plan régional d'organisation des services
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RDV	Rendez-vous
SAC	Service à la clientèle
SRDV	Sans rendez-vous
UMF	Unité de médecine familiale

Remerciements

L'implantation du projet de l'accès adapté dans la région de Laval doit son succès à la contribution de plusieurs personnes qui nous ont fait confiance. Nous voudrions exprimer nos remerciements à toutes ces personnes.

À madame Ginette Bigué et à madame Julie Desjardins, pour avoir cru en nos capacités respectives en nous confiant ce projet.

À la Dre Pauline Couture, médecin conseil au Département régional de médecine générale de Laval, pour son expertise remarquable dans le domaine de l'organisation des services de santé et son aide précieuse tout au long du projet.

Au Dr Jacques Blais, chef du DRMG de Laval, pour son soutien et son implication personnelle dans le suivi du projet.

À madame Sylvie Morin pour son soutien administratif tout au long du déroulement du projet.

À madame Maria Mata pour sa collaboration et pour les informations utiles obtenues en lien avec les services de première ligne.

À la haute direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval pour la priorité et la confiance accordées à ce projet.

À tous les médecins responsables des groupes de médecine de famille pour avoir contribué à l'avancement de la mise en œuvre de l'accès adapté.

Aux médecins omnipraticiens de Laval pour avoir accepté de nous rencontrer et de participer ensuite au projet et à tous ceux et celles qui ont transformé leur pratique en accès adapté.

À tout le personnel administratif des GMF – UMF de Laval pour leur générosité et pour s'être approprié la transformation proposée dans l'organisation et le fonctionnement administratifs.

Aux différentes directions du CISSS de Laval pour avoir soutenu le projet.

Au personnel des UMF Gatineau, UMF Notre-Dame, et la clinique médicale St-Charles pour nous avoir reçu et avoir partagé leur expérience dans la transformation de l'accès adapté.

À madame Isabel Paré de la FMOQ et à monsieur Alexis Guilbert-Couture du MSSS pour nous avoir fait découvrir le modèle de l'accès adapté.

Sylvie Brazeau et Hermès Karemere Bimana

Mot de la directrice générale



Il y a deux ans, le Département régional de médecine générale (DRMG) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval développait le projet Accès adapté, et ce, afin de doter les groupes de médecine de famille (GMF) d'une meilleure organisation du système de rendez-vous et de la pratique médicale. Précurseur, le DRMG de Laval a amorcé ce projet avant même le dépôt du projet de loi 10. Les bénéfices de l'accès adapté étant d'offrir une meilleure accessibilité aux médecins de famille, de diminuer les visites à l'urgence et de favoriser l'inscription des patients orphelins.

Laval n'est certes pas la première région à avoir adopté l'Accès adapté. Toutefois, Laval est la seule région à avoir mis sur pied une équipe pour accompagner les cliniques médicales du territoire dans cette transformation de pratique.

Forte de cette expérience, l'équipe d'accompagnement du DRMG de Laval a rédigé un guide d'outils pour l'implantation de l'accès adapté, et ce, afin de partager son expertise à tous les médecins qui souhaiteraient transformer leur pratique. Ce guide se veut un transfert de connaissance applicable dans toutes les régions du Québec.

C'est avec fierté que nous constatons l'immense travail qui s'est effectué dans un si court laps de temps. À ce jour, 38 % des omnipraticiens lavallois sont déjà en pratique accès adapté et, d'ici mai 2016, l'implantation accès adapté sera active dans nos GMF en établissement.

En mon nom et en celui des membres de la direction du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval, je tiens à féliciter toutes les personnes, tant du CISSS de Laval que de nos partenaires, qui contribuent au succès de cette implantation.

Nous osons croire que ce guide sera d'une grande aide aux autres régions qui prendront la décision d'implanter l'accès adapté. Et nul doute, les patients en seront les grands bénéficiaires.

La présidente-directrice générale,

Caroline Barbir

Mot du chef du Département régional de médecine générale



Il y a quelques années à peine le concept d'accès adapté était très peu connu des médecins de famille. Que s'est-il donc passé pour que quelques années plus tard, particulièrement au cours de l'année 2015, plus de 38 % des médecins en groupe de médecine de famille (GMF) de Laval aient adopté cette méthode d'organisation du système de rendez-vous de la pratique médicale?

En 2014, à la suite des recommandations du DRMG de Laval, les GMF ont choisi de mettre en commun une partie de leurs soldes de fonds pour financer l'embauche de deux professionnels dont le mandat était de développer et de supporter la transformation de chaque GMF de Laval vers l'accès adapté.

C'est donc grâce à cette implication concertée de nos GMF que la région de Laval a pu développer si rapidement ce nouveau concept.

Ce projet a reçu l'aval du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'élaboration de ce guide en est l'aboutissement.

Ce projet est sans nul doute un grand succès et tous les objectifs fixés au départ ont été dépassés.

Le nouveau programme de financement des GMF exigera que chaque GMF obtienne un taux d'assiduité de 80 % au plus tard en octobre 2017. Les GMF de Laval, comme beaucoup de ceux établis en régions urbaines, ne répondent pas encore à cet objectif. Nul doute que l'implantation à grande échelle de l'accès adapté est une solution importante pour atteindre cet objectif.

En terminant, je veux souligner l'excellent travail des deux professionnels, madame Sylvie Brazeau et monsieur Hermès Karemere Bimana, qui ont permis à la région de réaliser les objectifs du projet pilote.

Le chef du Département régional de médecine générale.

Docteur Jacques Blais

Présentation des auteurs



Sylvie Brazeau est chargée de projet. Elle détient un baccalauréat en informatique de gestion. Elle a œuvré dans les domaines d'expertises reliés à la gestion de projet, à l'amélioration continue et au service à la clientèle durant plusieurs années en milieu privé et public. Ses fonctions au sein du projet étaient d'accompagner les cliniques et les médecins dans la gestion du changement vers une transformation en accès adapté en mettant en commun l'expérience et l'expertise de chacun.



Docteur Pauline Couture est médecin conseil au DRMG de Laval et pratique en médecine familiale dans un GMF. Elle détient un doctorat avec spécialité en médecine familiale et une maîtrise en administration, option management de l'ÉNAP. Sa principale activité est de s'occuper de la première ligne médicale et notamment des plans d'effectifs médicaux en omnipratique et de la planification des services médicaux de première ligne dont les GMF sont la base. Ses expertises tant au point de vue de l'organisation de la médecine que celles administratives des GMF, ont contribué grandement au succès du projet d'accompagnement d'implantation de l'accès adapté ayant été le médecin pilote du projet.



Hermès Karemere Bimana est chargé de projet. Il détient un doctorat en sciences de la santé publique de l'Université catholique de Louvain en Belgique et un diplôme de docteur en médecine de l'Université de Kinshasa en RD Congo. Il possède une expérience variée et internationale qui inclut l'accompagnement des médecins à différents échelons des systèmes de santé dans plusieurs pays d'Afrique. Il a exercé comme médecin généraliste et directeur d'hôpital en RD Congo. Il a participé à des projets de recherche à l'Université de Montréal et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ses principales activités étaient d'inspirer et d'accompagner les médecins dans la transformation de leur pratique médicale en accès adapté.

Introduction

L'accès adapté est l'une des solutions majeures permettant de maximiser la réponse médicale à la demande de soins. Bien que cette solution soit prônée pour tout le Québec et que de la formation soit offerte aux médecins et aux personnels soignant et administratif pour implanter l'accès adapté dans un contexte de un à un, la situation lavalloise nécessitait une approche mieux intégrée afin de faire passer rapidement la majorité de la région à l'accès adapté.

Depuis le début des années 2000, la région de Laval a connu de nombreux changements dont une poussée démographique parmi les plus importantes au Québec ce qui a fait passer la région d'une population d'environ 200 000 habitants en 2004 à plus de 400 000 habitants en 2016.

En même temps, la population médicale lavalloise vieillissait rapidement puisque la majorité des médecins sont arrivés lors de la création de la ville en 1976. De plus, de par sa proximité avec Montréal, la région a eu très peu de recrutements autorisés pendant près de 10 ans, laissant un écart dans la génération des 40-50 ans qui y est peu représentée alors qu'elle constitue normalement la relève naturelle en clinique. Alors pour les personnes qui ont déjà un médecin de famille, le délai d'obtention d'un rendez-vous s'allonge parce que la tâche des médecins s'alourdit avec leurs clients inscrits et le partage de leur temps entre les soins hospitaliers et les soins aux patients orphelins. En 2016, plus de 100 000 Lavallois n'ont toujours pas accès à un médecin de famille et le taux d'inscription de la population y est l'un des plus bas au Québec. Il tourne autour de 68 % grâce aux efforts de la dernière année alors qu'il était à 62 % en 2014.

Mise en contexte

Il a fallu trouver des solutions rapides afin de mieux canaliser la demande de soins, rendre plus efficiente la pratique médicale et maximiser le temps des médecins afin de leur permettre de voir et d'inscrire un plus grand nombre de clients.

Les transformations administratives nécessitent alors une planification des actions et une gestion du changement imposantes. Les cliniques GMF de Laval ont non seulement besoin d'aide à la planification mais aussi besoin d'aide dans l'accompagnement de l'implantation des nouvelles pratiques. En effet, la simultanéité des changements à implanter déborde du cadre normal de gestion d'un médecin avec son équipe administrative, encore trop souvent représentée par une seule personne. Il fallait passer d'une gestion dite « familiale » à une gestion de petite et moyenne entreprise (PME).

Le défi est grand et la planification se doit d'être minutieuse. Deux chargés de projet ont été affectés au projet avec un budget provenant des soldes de fonds des GMF. Ils ont présenté l'accès adapté à tous les GMF puis analysé l'organisation de la pratique médicale. Ensuite ils ont proposé des plans d'action personnalisés pour réaliser les changements à l'intention des médecins participants des GMF de la région. L'accompagnement dans l'implantation de ces changements est en cours et des outils d'évaluation et de suivi ont été développés afin de guider les étapes d'implantation dans un ordre logique et séquentiel. Une table régionale des adjoints administratifs a été créée pour appuyer la formation nécessaire à la gestion du changement et à l'évolution des GMF vers des PME bien planifiées et gérées. Cela permet aussi l'échange des « bons coups » à implanter et des erreurs à éviter.

Stratégie utilisée pour faciliter cette transformation

À Laval, depuis juin 2014, le département régional de médecine générale (DRMG) a adopté la création d'un projet d'accompagnement pour l'implantation de l'accès adapté.

La mise en place de l'équipe des chargés de projet a réuni les expertises professionnelles suivantes :

- Expertise en gestion de projet;
- approche *lean*;
- pratique médicale;
- santé publique;
- analyse scientifique;
- service à la clientèle.

La stratégie d'accompagnement utilisée pour l'implantation de l'accès adapté, est inspirée d'une approche dite *Lean* et repose sur les actions suivantes :



- Définir** les balises de l'accompagnement pour chacun des médecins et leur équipe afin de transformer leur pratique en accès adapté;
- Mesurer** le profil de la clientèle de chaque médecin et l'équilibre de l'offre et la demande;
- Analyser** la situation actuelle de l'organisation de la pratique médicale et de la clinique;
- Innover** en proposant des actions prioritaires et des outils pour la mise en œuvre de l'accès adapté;
- Implanter** un plan d'actions pour faciliter le suivi personnalisé de la gestion du changement;
- Contrôler** en établissant des indicateurs de suivi.

Objectifs de ce guide à l'intention des intervenants

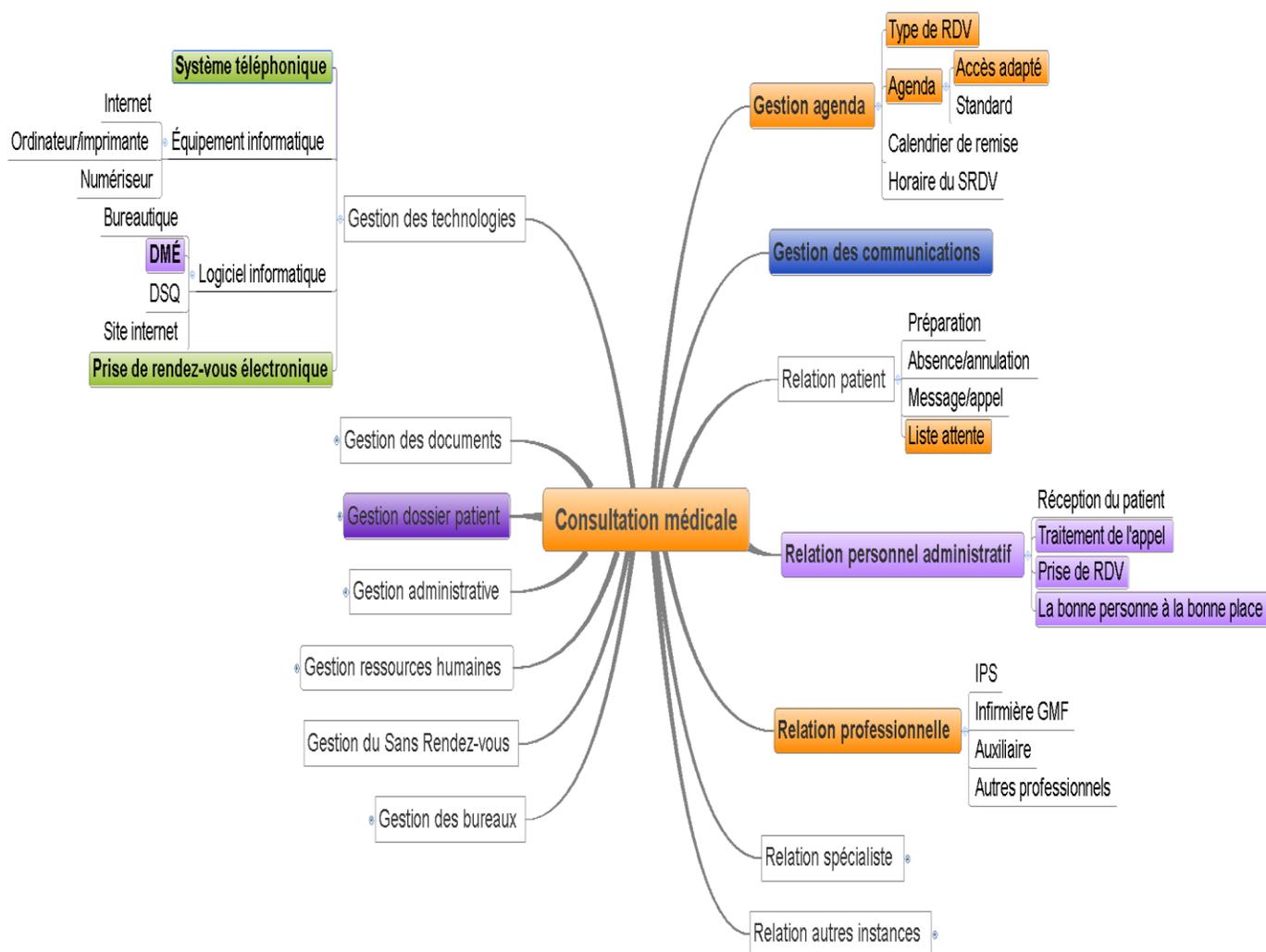
- Se familiariser avec le processus de l'accès adapté;
- appliquer les grandes étapes de l'accès adapté;
- réorganiser sa pratique en fonction de l'accès adapté;
- utiliser les outils proposés.

À la suite des analyses de la situation actuelle, il est devenu manifeste qu'une consultation médicale déborde largement la notion d'un simple rendez-vous d'un patient avec un médecin.

Le schéma suivant témoigne de l'ampleur de la tâche des médecins. La gestion et les relations sont au cœur de l'environnement de travail des médecins.

Le présent guide propose un résumé des outils développés pour implanter les changements organisationnels de la transition vers l'accès adapté et un survol des interventions dans le cadre de ce projet. À noter que toutes les autres activités mentionnées pourraient également faire l'objet de plusieurs projets d'optimisation afin de prioriser et de faciliter la continuité et la qualité des soins aux patients. Espérant que les outils présentés dans ce guide puissent contribuer au transfert des connaissances applicables à l'accès adapté aux cliniques lavalloises et à toutes les régions du Québec.

Périmètre de la consultation médicale et ses activités connexes en clinique



Module 1 – Projet accès adapté

Définition

Facteurs clés

Bénéfices attendus

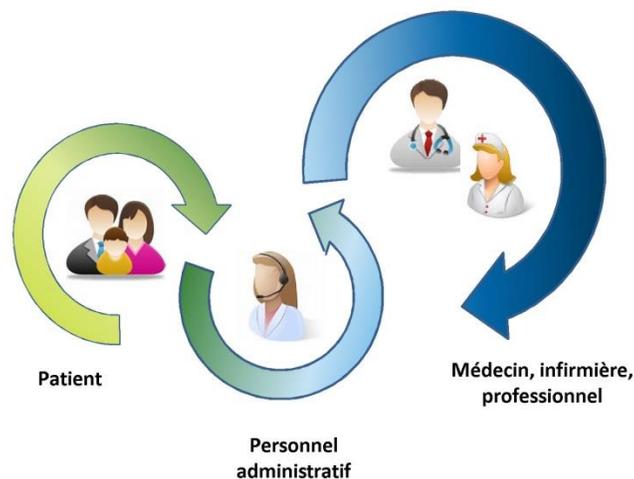
Phases de la mise en œuvre

1.1 Définition

L'accès adapté, c'est une meilleure organisation du système de rendez-vous et de la pratique médicale permettant aux patients d'accéder aux soins en temps opportun.



En d'autres mots, l'accès adapté doit permettre aux patients d'avoir un rendez-vous (RDV) avec leur médecin dans un court délai. Voici la représentation retenue dans ce guide et associée au processus du service à la clientèle.



Cette organisation du système gravite autour de la visite du patient et elle inclut la collaboration des différents acteurs participants tels les médecins, le personnel administratif, les infirmières et autres professionnels œuvrant dans une clinique médicale.

- **Pour le patient** : l'accès adapté est une organisation de la prise de RDV qui permet de consulter son médecin de famille au moment opportun.
- **Pour le personnel administratif** : l'accès adapté est une organisation de la prise de RDV qui permet d'offrir des rendez-vous dans un délai de deux semaines aux patients, et qui donne davantage de facilité à compléter l'horaire du médecin.
- **Pour les infirmières et autres professionnels** : l'accès adapté est une organisation qui permet d'être plus impliquée dans les soins du patient.
- **Pour le médecin** : l'accès adapté est une organisation de la pratique médicale qui lui permet de «faire le travail d'aujourd'hui, aujourd'hui», et de travailler en interprofessionnalisme. «Ce n'est plus une médecine de «rattrapage», mais bien une médecine où le patient est soigné quand il en a besoin, c'est-à-dire lorsqu'il est malade».

1.2 Facteurs clés

Pour le patient : avoir un RDV

Pour personnel administratif : répartir les RDV

Pour le médecin : voir son patient

Faciliter les accès pour obtenir un RDV qui répond à son besoin.

Offrir des disponibilités pour répondre aux besoins des patients.

Consacrer son temps à une meilleure prise en charge et aux soins des patients.

Pour que cela fonctionne, le patient doit être capable d'accéder à la ligne téléphonique de la clinique pour demander un RDV ou avoir un contact pour exprimer son besoin d'aide. Il faut pallier au système inadéquat, mal utilisé, incomplet et au manque d'information.

Le personnel administratif doit être en mesure de donner un RDV, répondre à la demande du besoin exprimé par le patient, l'orienter et l'aider et non lui répéter "*je comprends votre frustration, désolé...*"

Le médecin doit se concentrer sur les soins aux patients.

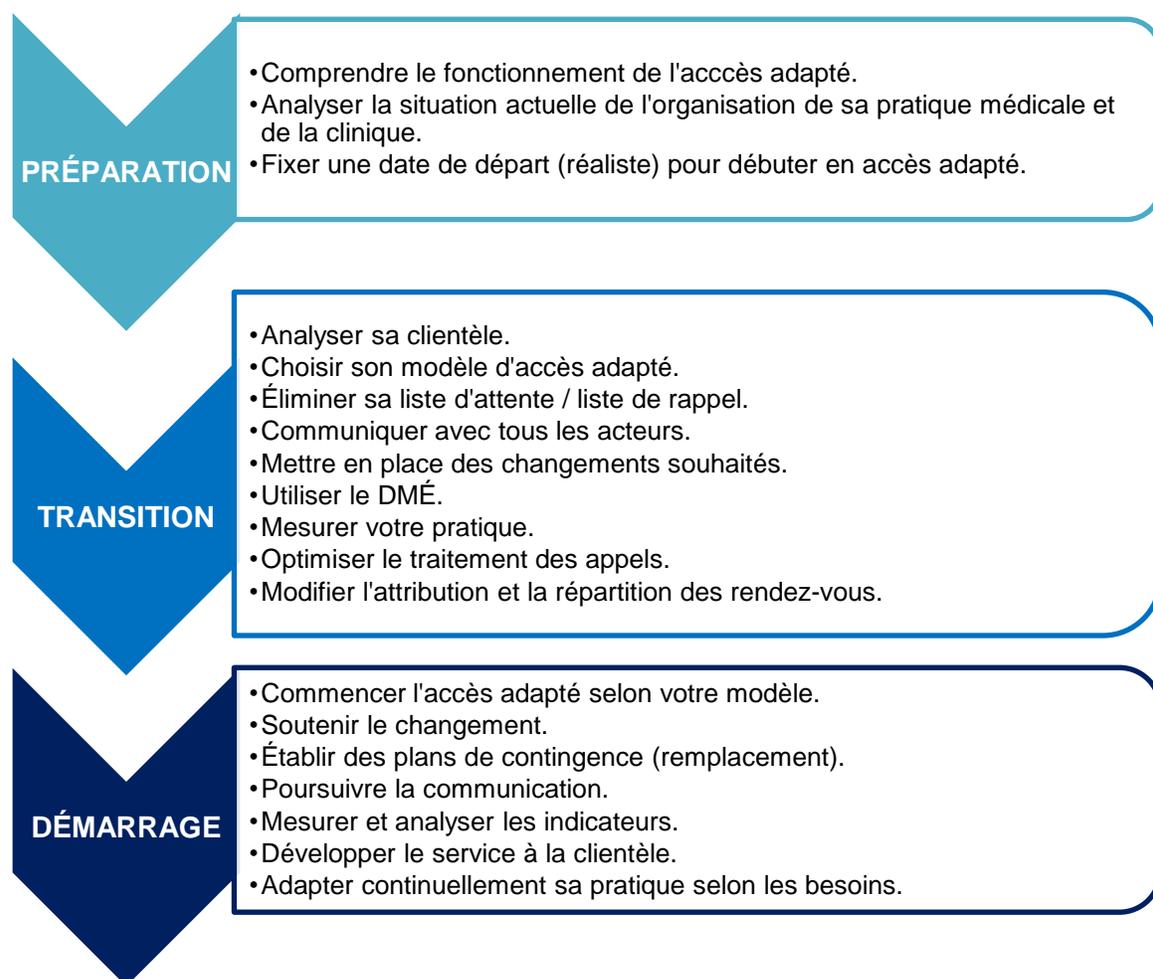
1.3 Bénéfices attendus

- Augmenter l'accessibilité;
- augmenter la fidélisation du patient (assiduité);
- voir les patients en temps opportun;
- diminuer les délais d'attente pour un RDV;
- accroître la satisfaction des patients;
- avoir une meilleure connaissance de la clientèle du GMF;
- augmenter la satisfaction au travail pour les médecins et leur équipe;
- générer un meilleur inter-professionnalisme au sein de l'équipe de première ligne;
- créer un environnement de travail stimulant;
- favoriser le lien de confiance entre médecin et infirmière;
- intégrer à part entière l'infirmière au sein de l'équipe médicale;
- optimiser les services donnés à la clientèle.

1.4 Phases de la mise en œuvre

La mise en œuvre présente l'ensemble des actions, regroupées sous trois phases, que le médecin et son personnel administratif doivent entreprendre pour implanter une pratique en accès adapté. Il s'agit alors d'une pratique évolutive où les rôles de chacun des membres de l'équipe sont clairement définis et où tout est mis en œuvre afin d'optimiser le rôle de chacun.

Dans les pages suivantes, chacune des phases et des actions est expliquée en introduisant sa description (□), ses objectifs (★), des exemples et/ou des références aux outils. Cette information provient de la contribution de l'ensemble des médecins et de leur personnel administratif qui ont participé au projet et des différents services d'accompagnement dont ils ont bénéficié.



Pour plus de détails, il est possible de consulter le module correspondant indiqué à la dernière colonne. Pour toute action, il faut considérer les aspects du patient et ceux de l'administration.

Descriptif de chaque phase

PRÉPARATION

RÉFÉRENCES AUX OUTILS

1. Comprendre le fonctionnement de l'accès adapté

- Connaître les principes de l'organisation de l'agenda, le rôle des acteurs impliqués et le mécanisme de prise de rendez-vous.
- ★ Faciliter la mise en œuvre, l'adhésion et les communications avec les acteurs afin d'améliorer l'accès aux soins de la première ligne médicale.

2. Analyser la situation actuelle de l'organisation de sa pratique et de la clinique

2.1 Mesurer l'équilibre de son offre et de sa demande

- L'équilibre entre l'offre et la demande se mesure à partir des données disponibles à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) sur la volumétrie de vos patients (demande) et des heures consacrées en consultation (offre) provenant de votre agenda.
- ★ Prendre des actions pour maintenir ou rétablir l'équilibre au niveau de sa pratique afin d'être plus accessible et de pouvoir répondre au besoin opportun de ses patients.
- ★ Établir des scénarios pour augmenter son offre et ou diminuer la demande.

Calcul l'offre
et la demande

2.2 Analyser l'organisation de sa pratique

- Effectuer une auto évaluation de sa pratique. Cette auto évaluation concerne par exemple, la durée des consultations, l'utilisation du dossier médical électronique (DMÉ), l'organisation de son agenda, les délais d'attente, etc.
- ★ Identifier les facteurs défavorables à l'accessibilité et dégager les actions à prioriser pour la transformation vers l'accès adapté.
- ★ Établir les indicateurs pour suivre l'évolution de sa pratique.

Accueil (DMÉ)
Consultation
Indicateurs

2.3 Analyser l'organisation de la clinique

- Effectuer une auto évaluation de sa clinique en lien avec le mécanisme de prise de rendez-vous. L'auto évaluation vérifiera par exemple, si la patient peut obtenir facilement un RDV, combien de temps il doit attendre pour avoir un RDV, comment on traite les appels, comment le patient est orienté en cas d'urgence ou de non-disponibilité, etc.

Accès
Accueil

- ★ Identifier les éléments nuisibles au fonctionnement de l'accès adapté et dégager les actions afin de minimiser le délai dans le processus de prise de RDV.

3. Fixer une date de départ (réaliste) pour débiter en accès adapté

- L'annonce de la date de début précise la ligne d'arrivée vers l'accès adapté.
 - Normalement la date fixée tient compte d'un délai de trois à six mois dépendamment de votre liste d'attente à éliminer, de l'avancement de l'accès adapté dans votre organisation ou d'autres préalables.
- ★ Situer dans le temps le début de cette transformation.
 - ★ Faciliter la communication auprès de sa clientèle afin de la préparer aux changements.

1. Analyser sa clientèle

- Examiner les caractéristiques de sa clientèle en identifiant les pathologies courantes, la vulnérabilité, le degré d'autonomie, les capacités cognitives, le type de traitement, la responsabilité du patient, etc. Cet examen recourt au dossier du patient (DMÉ) et à d'autres informations professionnelles disponibles.
- ★ Choisir les actions adéquates à sa clientèle pour éliminer la liste d'attente.
 - ★ Choisir un modèle accès adapté en lien avec les particularités de sa clientèle. Identifier les tâches à déléguer en interdisciplinarité.

Patient

2. Choisir son modèle d'accès adapté

- Le principe de l'accès adapté étant d'avoir des plages libres à chaque jour, il n'y a pas de modèle unique. Un modèle à 100 % accès adapté signifie qu'aucun RDV n'est fixé plus de deux semaines à l'avance. Un modèle 35% RDV fixes remis longtemps d'avance et 65% des plages libres. Le modèle choisi est adaptatif et évolutif.
- ★ Faciliter la gestion des plages disponibles au quotidien.
 - ★ Simplifier la gestion des agendas et le lissage de RDV par le personnel administratif.
 - ★ Augmenter l'accessibilité tout en respectant l'équilibre de l'offre et la demande.

Accueil
(prise de
RDV)
Agenda

3. Éliminer sa liste d'attente / liste de rappel

- Écouler tous les RDV déjà prévus et ne plus ajouter de patients à sa liste d'attente. Les prochaines disponibilités étant réservées à partir de la date de début de l'accès adapté. Attention : éviter de dire à tous les patients d'appeler à cette date.
- ★ Commencer un agenda en accès adapté avec des plages disponibles et sans liste d'attente.

4. Communiquer avec tous les acteurs

- Informer tous les acteurs sur les changements autant pour le fonctionnement de la clinique, le mécanisme de prise de RDV, les horaires de la clinique, la pratique du médecin, etc.
- ★ Faciliter et accompagner l'adaptation aux changements. Les patients doivent être avisés en tout temps.

Plan de
communication**5. Mettre en place les changements souhaités**

- Définir les actions inspirées de l'analyse de l'organisation de sa pratique et les planifier afin de respecter le délai imposé par la date de début fixée.
- Prioriser les actions qui ont un effet direct sur votre accessibilité et celles qui permettent aux patients de faciliter l'obtention d'un RDV.
- Créer un plan d'action incluant la date de fin prévue et le responsable de chaque action.
- Réaliser les actions progressivement. Les changements dans votre pratique sont en constante évolution et doivent être en lien avec l'équilibre de l'offre et de la demande.
- ★ Transformer votre pratique pour augmenter votre accessibilité, la continuité des soins pour les patients, la délégation des tâches, le travail en interdisciplinarité et l'inscription de nouveaux patients.

Consultation

6. Utiliser le DMÉ

- Le DMÉ est un outil simplifiant le suivi de vos patients et l'analyse de votre clientèle. Il devient essentiel dans la gestion des dossiers patients.
- ★ Travailler dans un milieu sans papier.
- ★ Simplifier les communications avec le personnel administratif et les autres membres de l'équipe de soins.
- ★ Éliminer les piles de documents à traiter sur votre bureau.
- ★ Permettre une meilleure gestion de votre temps administratif.
- ★ Permettre au personnel administratif de mieux orienter les patients.
- ★ Faciliter le travail en interdisciplinarité.

Accueil (DMÉ)

7. Mesurer votre pratique**Indicateurs**

- Dans le contexte organisationnel et politique actuel, il est essentiel de mesurer votre pratique.
- La RAMQ met à votre disposition des résultats permettant de faciliter l'analyse de votre clientèle, leur volumétrie, leur répartition et les endroits où elle consulte.
- D'autres indicateurs peuvent aussi être suivis à partir de vos observations ou de votre DMÉ.

- ★ Évaluer votre pratique. Permettre de prendre actions pour atteindre des objectifs ciblés. Permettre de voir votre progression suite à des changements.

8. Optimiser le traitement des appels**Accueil**

- Prioriser la prise de RDV parmi toutes les tâches administratives. Diminuer la durée de la prise de RDV en questionner le patient pour mieux le diriger.
- Utiliser les informations du dossier patient (DMÉ) pour faciliter les communications avec l'équipe soignante et le patient.
- Avoir les bonnes personnes à la bonne place.

- ★ Permettre aux patients d'avoir un RDV en temps opportun.
- ★ Remplir les plages disponibles au quotidien.
- ★ Améliorer l'accessibilité.

9. Modifier l'attribution et la répartition des rendez-vous**Accueil (prise
de RDV)**

- Répartir les RDV dans un agenda de deux semaines, en réservant des plages disponibles à chaque jour.
- Respecter les types de RDV qui sont limités à des RDV urgent, régulier et requis.
- Connaître les barèmes de suivi pour la répartition des RDV : actions importantes pour assurer l'accessibilité au quotidien.
- Le rôle du personnel administratif est important pour le maintien de l'équilibre des RDV de l'agenda et de l'ajustement des RDV en fonction de la demande.

- ★ Avoir des plages disponibles au quotidien et répondre au besoin du patient pour que celui-ci consulte son médecin au moment opportun.
- ★ Faciliter la gestion de l'agenda.
- ★ Améliorer l'accessibilité.

1. Débuter en accès adapté

- Commencer la pratique en accès adapté.
- L'agenda est généralement de deux semaines et les plages sont disponibles selon le modèle choisi.

- ★ Améliorer l'accessibilité.
- ★ Voir ses patients au moment opportun.

2. Soutenir le changement

- Accompagner les acteurs dans le changement en soulignant les efforts.
- Privilégier la participation continue de tous les acteurs aux discussions d'ajustements.
- Valoriser les réussites et se servir des échecs pour s'améliorer.
- La réussite de la transformation est une affaire d'équipe.

- ★ Assurer l'appropriation et la réussite de la transformation.
- ★ Maintenir la motivation de l'équipe.
- ★ Offrir de manière continue un meilleur service aux patients.

3. Établir des plans de contingence (remplacement)

- Prévoir les ajustements dans l'agenda pour répondre à la demande lors d'absence du médecin.

- ★ Rester en équilibre et maintenir la continuité des soins.

4. Poursuivre la communication

- Poursuivre la communication avec votre clientèle et le personnel de la clinique.

- ★ Faciliter une meilleure utilisation des services offerts.
- ★ Maintenir un taux d'assiduité satisfaisant.

5. Mesurer et analyser les indicateurs

- Consulter les indicateurs fournis périodiquement soit par la RAMQ (ex. taux inscription), le MSSS ou votre organisation (ex. taux assiduité).
- Analyser les écarts et définir les actions d'amélioration.

- ★ Mesurer l'évolution de votre pratique en accès adapté et prendre action pour atteindre vos objectifs fixés.

6. Développer le service à la clientèle

- Développer une philosophie d'entreprise (PME) qui met tout en œuvre pour attirer sa clientèle et la maintenir.
- Offrir des services d'accès efficaces aux patients.
- Développer un accueil professionnel et chaleureux et maintenir la qualité des consultations dans la continuité des soins.

- ★ Fidéliser les patients.
- ★ Maintenir des services de qualité.

**Service à la
clientèle**

7. Adapter continuellement sa pratique selon les besoins

- Ajuster sa pratique en fonction des nouvelles exigences pour répondre aux besoins évolutifs de la première ligne médicale.
- ★ Maintenir l'accessibilité aux services de la première ligne et l'efficacité des soins offerts.

Module 2 – Outils de réflexion et de solution

Service à la clientèle

Service d'accès

Service d'accueil

Service de consultation

Patient

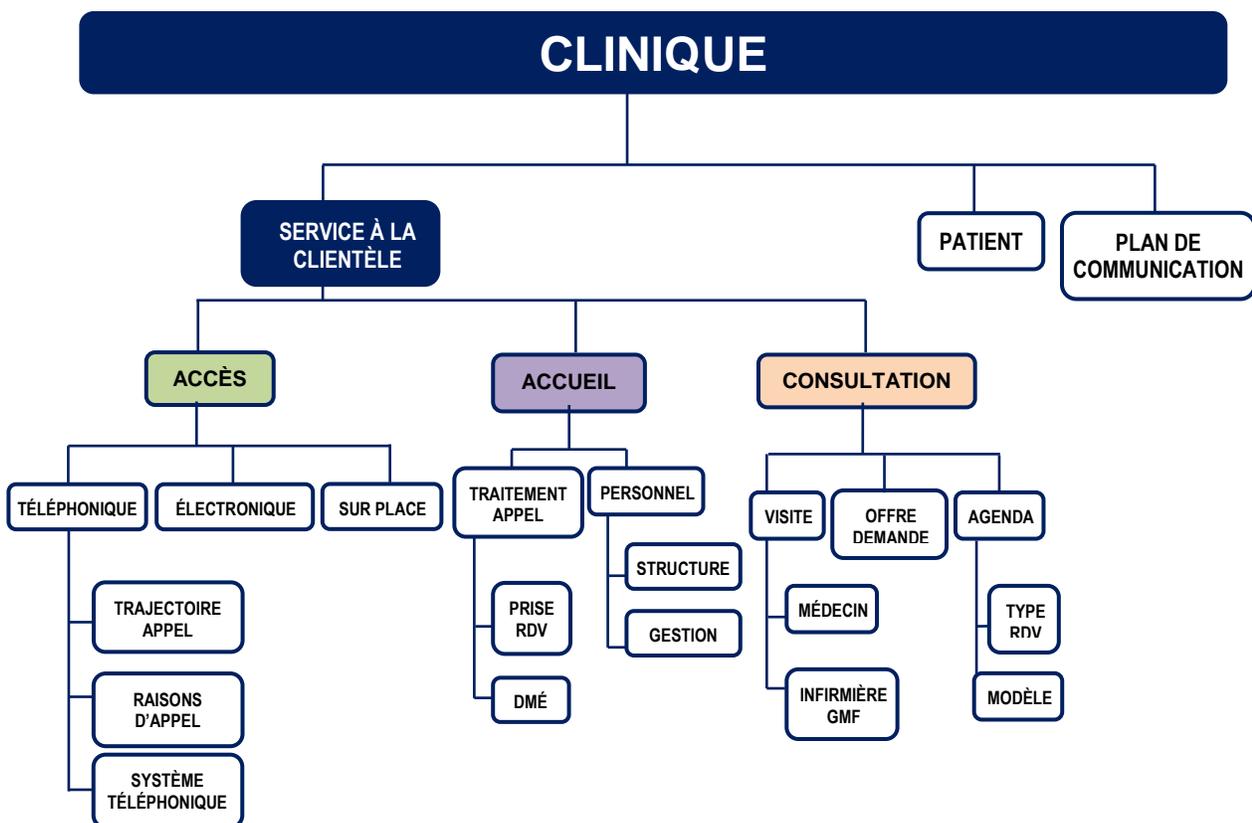
Plan de communication

Développement des outils

Dans le cadre de l'accompagnement du projet d'implantation à l'accès adapté, des outils ont été développés afin de soutenir les médecins et leur équipe dans leur réflexion et leur recherche de solution en tenant compte des problématiques soulevées, des recommandations et des défis rencontrés et potentiels.

Les outils développés couvrent l'organisation de la clinique sous les services à la clientèle incluant les services suivants :

- Service d'accès;
- service d'accueil;
- service de consultation.



Chaque outil présenté comporte toujours un diagnostic sous forme de questionnaire lequel s'accompagne dans certains cas, d'atelier ou de tableau ou de solution ou d'orientation proposée en appui à la réflexion et à la prise de décision.

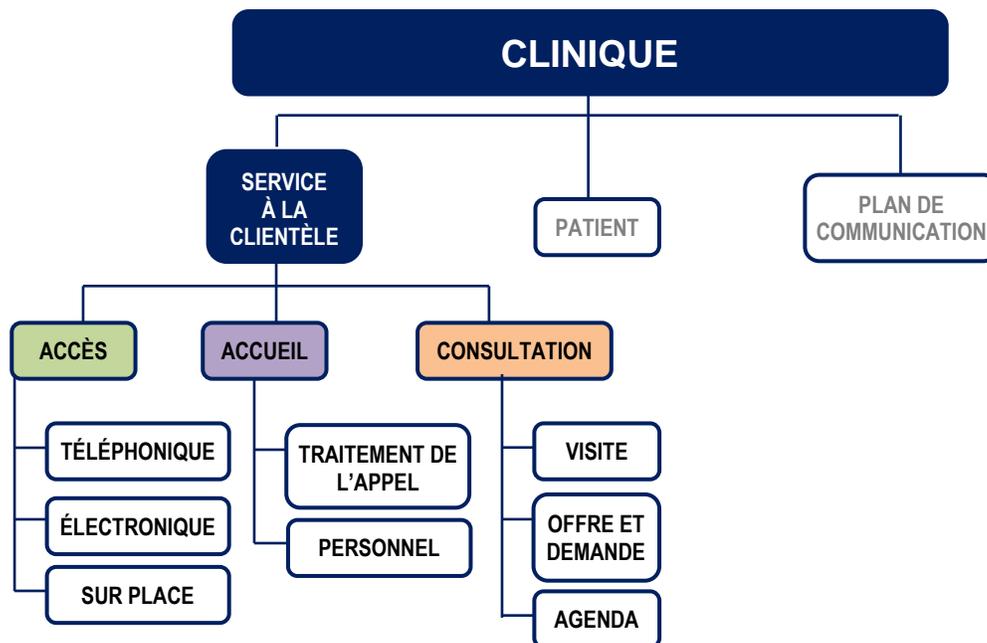
Avant de déterminer des solutions, il est préférable de susciter la réflexion sur les enjeux à partir d'un questionnaire :

- Qu'est-ce qui vous démarque?
- Qu'est-ce qui vous nuit?
- Qu'est-ce qui vous manque?

2.1 Service à la clientèle

Chaque clinique doit offrir à chaque patient une expérience positive de sa visite médicale afin que celui-ci veuille bien revenir. La transformation d'une clinique en mode de gestion PME doit alors accorder une grande importance au service à la clientèle car cela influence sensiblement le taux de fidélisation de la clientèle.

Le service à la clientèle repose sur des facteurs clés tels la qualité de l'accès, de l'accueil et de la consultation à la clinique. Tout changement sur un de ces trois facteurs aura un impact sur les deux autres. Par exemple, si vous offrez un nouveau service de prise de rendez-vous, celui-ci aura un impact sur l'organisation du travail du personnel administratif et du personnel médical.



Diagnostic des services à la clientèle

■ Pistes de réflexion

On peut débiter par une réflexion avec toute l'équipe et se questionner sur :

- Qu'est-ce qui nous démarque?
- Quels sont les services offerts?
- Quelle image veut-on projeter auprès des patients?
- Quelle expérience désire-t-on leur offrir quand ils se présentent à notre clinique?
- Qui sont nos patients?
- D'où viennent-ils?
- Comment améliorer le service à la clientèle de la clinique?
- Autre?

Il est possible de mieux orienter certaines solutions en fonction de vos propres éléments de réflexion dans le but d'assurer la qualité de votre service à la clientèle.

Solutions proposées

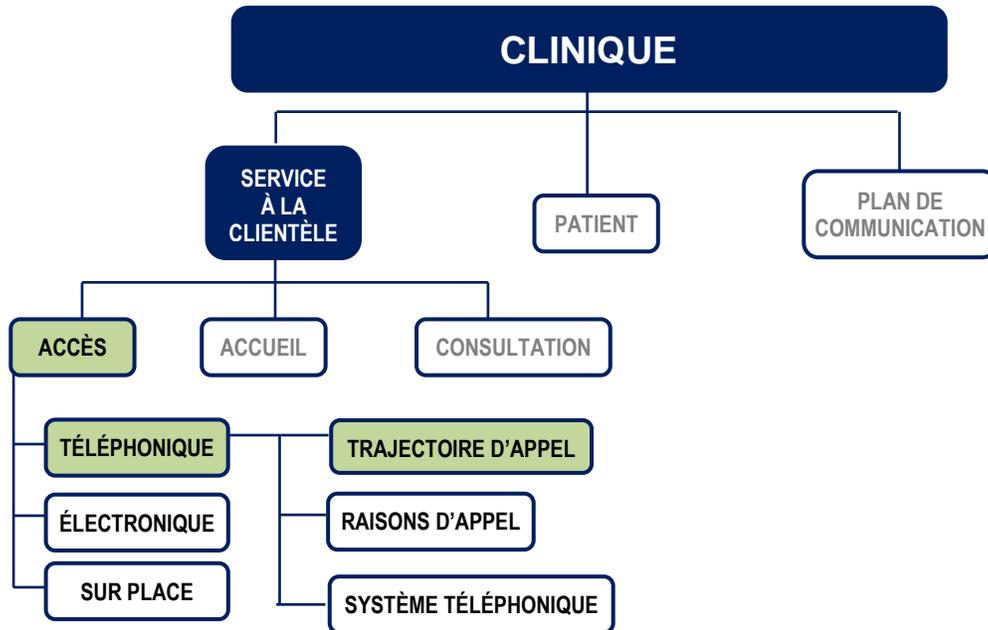
- Définir l'image de votre organisation;
- identifier vos moyens de communication;
- informer ou éduquer les patients régulièrement;
- revoir l'utilisation du système téléphonique;
- revoir le traitement des appels;
- pratiquer en accès adapté;
- établir l'escalade des urgences;
- autre?

Facteurs de succès

- Adhésion des médecins et du personnel administratif à la vision et à la mission de la clinique et notamment à la qualité du service à la clientèle;
- leadership du responsable de la clinique;
- implication de tout le personnel dans la gestion du changement;
- cadre de communication et de concertation.

2.1.1 Service d'accès

En accès adapté, le patient doit toujours avoir la possibilité d'obtenir un rendez-vous au moment opportun à la clinique médicale. La prise de rendez-vous est possible par le système téléphonique ou autre moyen technologique ou encore en venant sur place à la clinique, l'objectif étant de prioriser la prise de RDV.



Accès téléphonique

L'accès téléphonique requiert trois diagnostics :

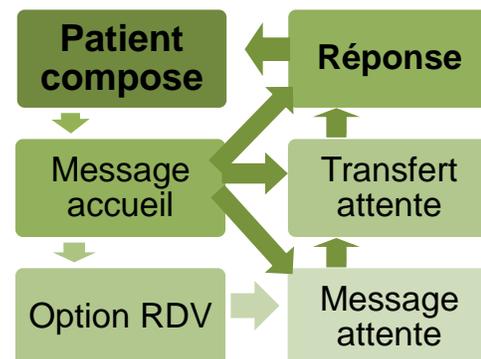
- Trajectoire d'appel;
- raisons d'appel;
- système téléphonique.

Diagnostic de la trajectoire des appels

■ Pistes de réflexion

On peut débiter par une réflexion sur la trajectoire d'appel avec toute l'équipe et se questionner :

- Avons-nous les bons messages d'introduction, d'accueil?
- combien de personnes doivent répondre au patient avant de lui donner une réponse?
- quelle est la nature des messages d'attente?
- combien de temps peut s'écouler lors des attentes au téléphone?
- est-ce que les options sont adéquates?
- est-ce que les messages sont trop longs?
- autre?



Atelier facultatif

1. Dessiner la trajectoire de l'appel d'un patient qui veut un RDV.
2. identifier tous les messages d'accueil et les messages d'attente.
3. identifier les temps morts lors du transfert et de l'attente.
4. identifier les différents scénarios de disponibilité et les actions qui sont prises.

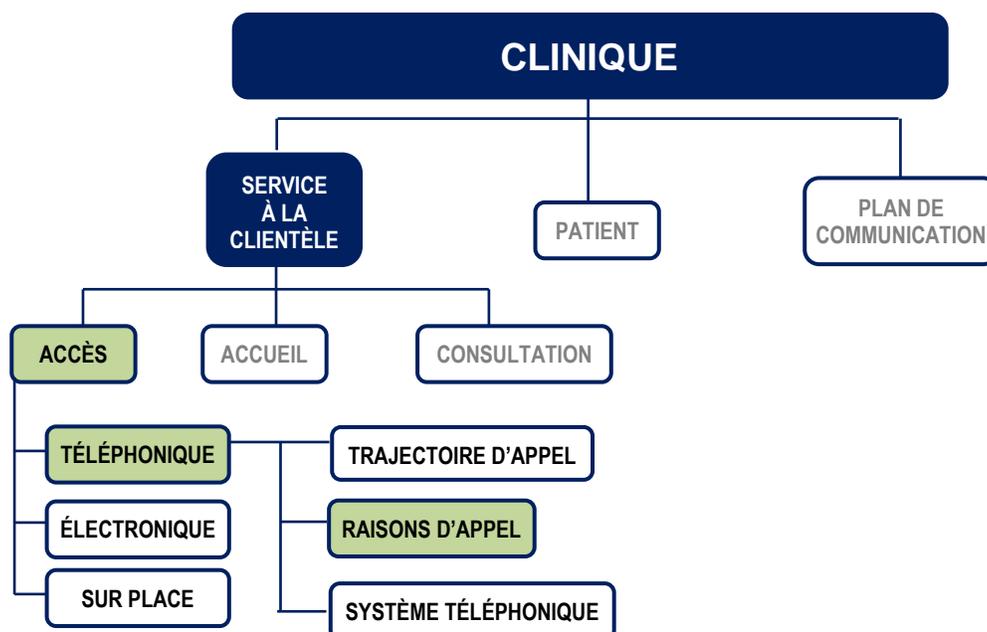
■ Solutions proposées

- Diminuer la durée de l'appel par un questionnement dirigé;
- réviser la répartition de vos messages;
- réviser régulièrement les messages;
- optimiser l'accès à la prise de RDV;
- réviser la répartition et le contenu des options;
- mettre à jour les messages d'introduction;
- introduire des messages d'information;
- éviter les temps d'attente silencieuse;
- prévoir des plans de contingence lorsque le volume d'appel est important;
- autre?

■ Facteurs de succès

- Priorité à la prise de RDV;
- utilisation d'un questionnaire dirigé afin que la durée de l'appel soit limitée.

Diagnostic des raisons des appels



■ Pistes de réflexion

On peut poursuivre avec une réflexion sur les raisons des appels, avec toute l'équipe et se questionner :

- Pourquoi les patients appellent-ils?
- quelles sont les périodes les plus achalandées? pourquoi?
- comment diminuer le nombre d'appels?
- que peut-on faire pour répondre au besoin de l'appel?
- qui génère l'appel?
- qui peut faire une différence? le patient? le personnel administratif? le médecin? l'infirmière?
- autre?

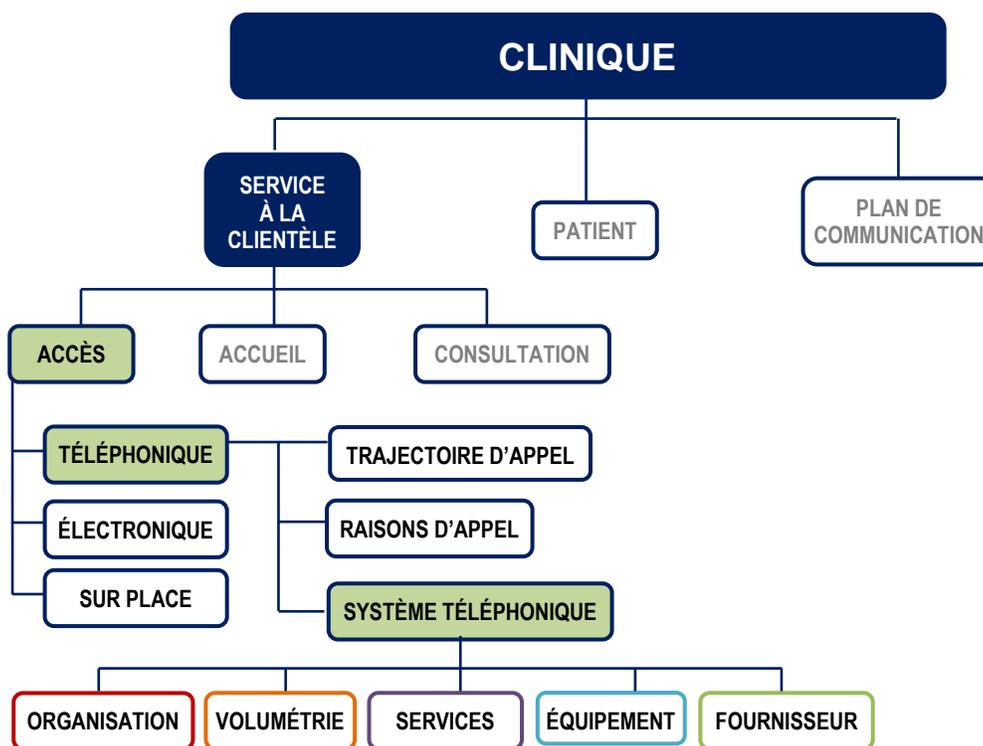
■ Solutions proposées

- Identifier les raisons des appels des patients;
- faire participer l'ensemble des membres de votre organisation;
- regrouper les raisons selon les différentes causes d'appel;
- éliminer certains appels en modifiant nos procédures;
- définir les règles d'utilisation du système téléphonique;
- donner priorité aux appels entrant lors des périodes de pointes;
- éviter les sorties d'horaire fixe qui créent des périodes d'engorgement inutiles du système téléphonique;
- prévoir une ligne d'urgence;
- utiliser les moyens électroniques mis à votre disposition avec votre DMÉ.

■ Facteur de succès

- Adhésion et implication de tout le personnel de la clinique pour assurer la réussite qui permettra d'obtenir un gain de bénéfices positifs dès la mise en œuvre des nouvelles procédures adaptées aux raisons des appels.

Diagnostic du système téléphonique



Dans une pratique en accès adapté, un bon système téléphonique permet au patient de rejoindre et de parler au personnel administratif pour avoir un RDV au moment opportun avec son médecin de famille.

Comment choisir le système téléphonique qui répond aux besoins de votre clinique? Les éléments ci-dessous méritent considération :

- Organisation;
- volumétrie;
- services et besoins;
- équipement;
- fournisseur.

■ Pistes de réflexion

On peut poursuivre par une réflexion sur le téléphone, avec toute l'équipe et se questionner :

- Depuis quand le système téléphonique est-il en place?
- Est-il régulièrement mis à jour?
- À quand remonte la dernière mise à jour?

Grille d'analyse des besoins pour un système téléphonique

Organisation

Quelles sont les limites locatives et organisationnelles avec lesquelles vous devez composer?

- Êtes-vous propriétaire ou locataire?
- Avez-vous prévu des projets d'agrandissement ou de développement de services?
- Le budget disponible détermine l'ampleur des solutions mises de l'avant.

Volumétrie

La volumétrie est un élément qui influence le choix d'un système et d'un mode de fonctionnement.

Appels

- Nombre moyen d'appels reçus (jour, mois, année). Certains systèmes et services téléphoniques peuvent vous fournir ce type d'informations (avec ou sans frais).

Services offerts

- Faire la liste des services offerts par la clinique.

Personnel

- Combien de personnes utilisent le système téléphonique?
- Quel est l'arborescence du système?

Services et besoins

Pour faciliter les discussions avec les différents fournisseurs, il est important d'énumérer les services souhaités, les besoins à combler. Pour chaque élément, établir l'importance du service (très, peu, pas), identifier ceux qui sont inclus et ceux qui ont des frais supplémentaires.

Statistiques :

- Interprétation et extraction des données plus faciles.
- Différents niveaux de détail disponibles.
- Facilité d'accès aux résultats.

Sonneries

- Variété de sonneries disponibles et facilement paramétrables.

Options

- Autonomie modification : Possibilité de modifier les options par vous-même afin de les faire évoluer en même temps que l'évolution de votre organisation.
- Identification : À partir de l'option choisie par le patient, être en mesure d'identifier sur l'appareil téléphonique quelle option a été choisie afin de faciliter les plans de contingence et la gestion des priorités d'appels.

Messages

- Utiliser plusieurs types de messages : bienvenue, attente, occupé, fermé, etc.
- Avoir la possibilité de modifier les messages en tout temps sans être obligé de refaire au complet l'arborescence des messages.
- À partir de l'arborescence de votre système, identifiez tous les types de messages à développer.
- Éviter les délais d'attente sans message, le but étant de diminuer le plus possible la durée des appels.
- Utiliser des séquences de messages pour passer des informations éducatives pour le bon fonctionnement de la clinique.

Services et besoins

- Escalade d'appels**
 - Minimiser le nombre de branches de l'arborescence.
- Boîte vocale**
 - Standardiser les messages qui seront utilisés à tous les niveaux (général, individuel).
- Transfert**
 - Permettre de faire des transferts tant internes qu'externes afin d'éviter que le patient rappelle à un autre numéro de téléphone.
- Radio**
 - Radio interne ou radio publique.
 - Assurer la qualité du son.
- Lien avec le DMÉ**
 - Vérifier la possibilité d'interface avec votre système de DMÉ pour les confirmations téléphoniques ou autres actions.
- Envoi massif de messages**
 - Envoyer des informations à la clientèle à partir d'une liste téléphonique.

Équipement

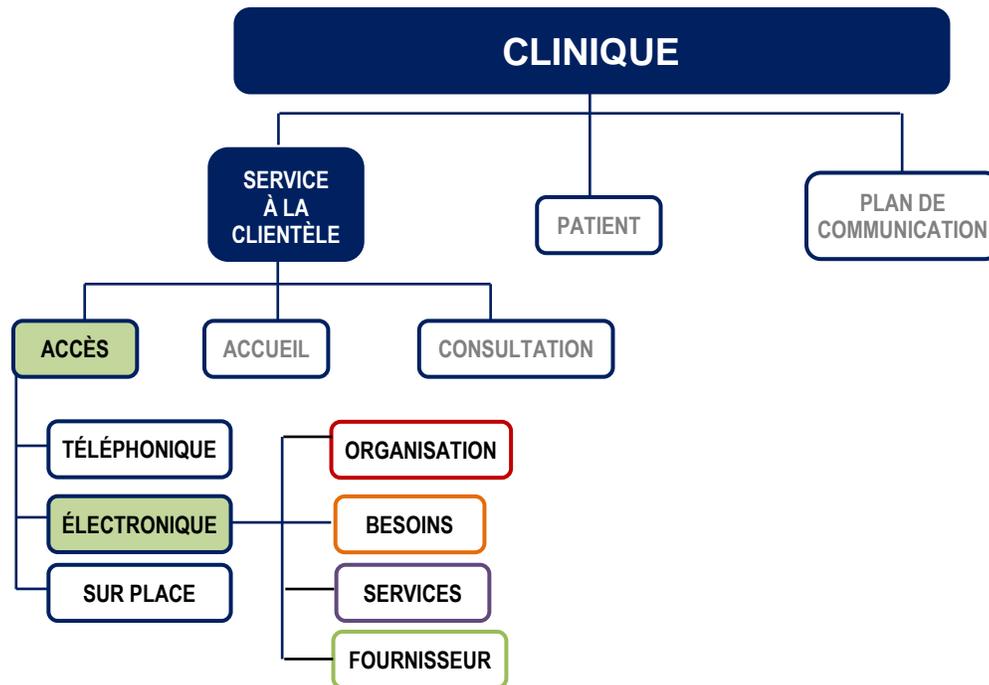
- Lignes**
 - S'assurer d'être capable d'augmenter le nombre de lignes sans être obligé de changer le système ou de diminuer le nombre de lignes sans pénalité.
- Appareils**
 - Choisir les appareils en fonction des tâches et/ou des postes des utilisateurs.
- Casque d'écoute**
 - S'assurer que la distance de diffusion respecte les déplacements de l'utilisateur.
 - Préférer l'utilisation d'un casque d'écoute sans fil.

Fournisseur

- Acquisition**
 - Acheter les équipements avec des frais d'entretien.
- Location**
 - Louer l'équipement avec options de services.
- Impartition**
 - Service de téléphonie personnalisé selon vos besoins et pour lesquels vous êtes facturé à l'utilisation. Service de location avec options d'ajout et de retrait de services. Service qui suit l'évolution de votre organisation.
- Contrat**
 - Flexible : Le contrat doit pouvoir être ajusté en fonction de l'évolution de votre organisation.
 - Restrictif : Identifier les pénalités sur les services que vous choisissez d'avoir et ou d'annuler.
- Service à la clientèle**
 - Vérifier la réputation de leur service à la clientèle.
 - Demander des références.
- Technologie**
 - Analogique : téléphone ordinaire.
 - IP (internet) : utilisation d'internet. S'assurer d'avoir un plan de rechange en cas de panne. Avoir un bon réseau internet.
 - Configuration simple et compréhensible (pas trop compliquée).

Accès par le système électronique

Dans une pratique en accès adapté, l'utilisation d'une application automatisée de prise de RDV vient à l'encontre de cette pratique puisque le patient n'est pas questionné afin de le diriger et l'application d'une escalade des urgences est difficilement applicable. Toutefois, ce type d'application pourrait être utilisé pour un RDV régulier ou un suivi requis toutefois en s'assurant de garder des plages libres à l'agenda pour faciliter le lissage des RDV en fonction des besoins de vos patients.



La prise de RDV électronique concerne les éléments suivants :

- Organisation de la clinique;
- les besoins;
- les services;
- le fournisseur.

Pour faciliter l'accès à la prise de RDV électronique :

- Prioriser vos patients;
- éliminer les files d'attente extérieures;
- alléger le nombre de patients en salle d'attente. Ce type d'application permet d'élargir vos moyens d'accès.

Les informations que vous devrez connaître ont été identifiées à la suite de présentations de différentes applications actuellement sur le marché.

■ Pistes de réflexion

On peut poursuivre avec une réflexion sur la prise de rendez-vous électronique, avec toute l'équipe et se questionner :

- Quelle clientèle inscrite ou orpheline prend ses rendez-vous électroniquement?
- Quelles sont les plaintes reçues et les problématiques identifiées?
- Quel est le niveau de complexité des agendas des médecins de l'organisation?
- Quels sont les impacts sur les tâches administratives?
- Autre?

■ Facteurs de succès

- Priorité à la prise de RDV;
- consensus du groupe;
- respect de la politique utilisation (règlements);
- discipline dans la gestion de l'agenda;
- accessibilité constante;
- communication (moyens).

Grille d'analyse des besoins pour la prise de rendez-vous électronique

Organisation de la clinique

Le choix d'une application de prise de RDV devra principalement tenir compte de votre accessibilité et de la complexité des horaires du groupe.

- | | |
|------------------------------------|---|
| Type de pratique | <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que l'ensemble des médecins pratique en accès adapté ou en mode conventionnel dans l'organisation? |
| Multi-sites | <ul style="list-style-type: none">• Site principal, satellite ou réseau.• Si vous êtes associé avec un autre site, que ce soit un site maître ou satellite, il est important de connaître et d'adapter vos décisions afin d'assurer une continuité de service. |
| Site Web de la clinique | <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que vous utilisez déjà votre propre site internet?• Avez-vous déjà un mécanisme de prise de RDV en place?• Est-il possible d'ajouter un lien vers une autre application?• Quelle est la flexibilité de faire vous-même des ajustements? |
| Structure organisationnelle | <ul style="list-style-type: none">• Les structures organisationnelles ont un impact sur le choix d'une application. Si vous êtes en clinique, en inter établissement ou dans une UMF, le choix peut être différent. Dans bien des cas, plusieurs directions en sont affectées. La composition des équipes peut amener une complexité dans la gestion des agendas. |
| DMÉ utilisé | <ul style="list-style-type: none">• Votre DMÉ peut avoir un impact sur le choix d'une application. Si votre DMÉ vous offre déjà un accès WEB pour la prise de RDV, il faut optimiser son utilisation. |

Besoins

L'analyse des besoins facilitera le choix de l'application.

- SRDV**
- Est-ce pour votre SRDV?
 - Quelle sera la répartition : 100% la veille, avec un pourcentage de plages pour le jour même, ou autres?
 - Comment prioriser vos patients inscrits en fonction de votre escalade des urgences?
 - Comment seront traités vos patients inscrits et les patients orphelins?
 - Quel mécanisme sera mis en place pour ajuster l'offre en fonction de la demande, pour les patients inscrits ou non?
- RDV en bureau**
- Est-ce que le système vous permet de sélectionner les patients qui sont aptes à utiliser les services de RDV électronique?
 - Comment traiter les patients "super utilisateur"?
 - Quel type de RDV et quel pourcentage de plages seront disponibles sur ce service?
 - Combien de personnes peuvent ajouter des RDV dans ces plages?
 - Est-ce que le système est relié à votre DMÉ?
- Internet**
- Est-ce que vous souhaitez utiliser seulement les services internet?
 - Quel sera le pourcentage de plages disponibles sur les différents moyens d'accès (téléphone, sur place et internet)?
- Téléphone**
- Est-ce que vous désirez utiliser les services téléphoniques automatisés seulement?
 - Quel sera le pourcentage de plages disponibles?
- Durée prévue de la solution**
- Est-ce que la solution choisie sera de courte ou longue durée?

Services

Quels sont les services que vous aimeriez offrir à vos patients et/ou au personnel de l'organisation?

- Gestion de l'agenda**
- Comment fonctionne la gestion de l'agenda?
 - Est-ce compatible avec votre DMÉ?
 - Est-ce sécuritaire?
 - Peut-on paramétrer les agendas à plusieurs niveaux?
 - Est-ce que les modifications sont faciles à appliquer?
 - Peut-on gérer plusieurs agendas de plusieurs médecins? Sur quelle fonction vous n'avez pas de flexibilité?
- Gestion absence**
- Comment le système réagi lorsque vous inscrivez une absence dans l'agenda?
 - Comment l'information est distribuée?
- Facilité utilisation**
- Est-ce que son utilisation est assez simple pour votre clientèle, votre personnel et vos médecins?
 - Est-ce une application bilingue?
- Gestion des annulations**
- Est-ce que le patient peut annuler, si oui quel est le délai?
 - De quelle manière?
 - En cas d'absence du patient sans avis, comment le système libère le RDV?

Services

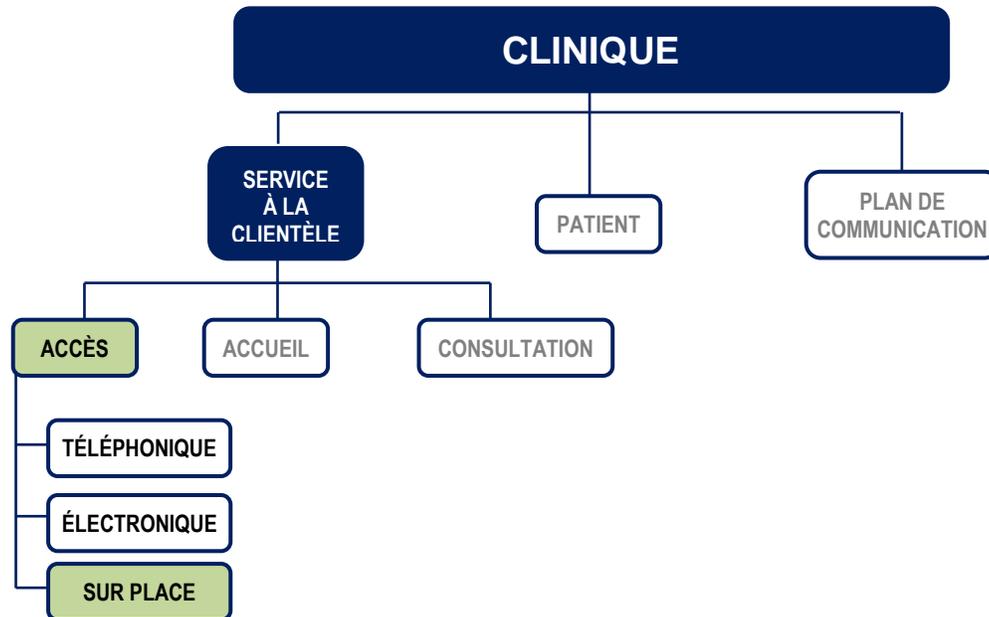
- Peut-on pénaliser et ou identifier les patients qui ne se présentent pas à leur RDV, à répétition?
- Gestion salle attente**
- Utilisation d'un service qui permet de mentionner aux patients quand se présenter (message, affichage, appel).
 - Demande une discipline dans l'utilisation de l'application.
- Confirmation des RDV**
- Est-ce que les RDV sont confirmés automatiquement. Si oui par quel moyen?
 - Est-ce que les délais de confirmation sont flexibles?
- Communication sécurisée**
- Quel est le niveau de sécurité entre le médecin et le patient?
 - Quel est le niveau de sécurité pour les communications entre médecins?
- Gratuité**
- Quelles sont les fonctions sans frais autant pour le patient, le médecin et le personnel administratif?
- Frais accessoires / options**
- Quels sont les frais pour les services et les options?
 - Avec ou sans contrat?
- Statistiques**
- Statistiques d'utilisation.
 - Nombre de RDV donnés via le téléphone et/ou internet.
 - Nombre de plages mis à la disponibilité, etc.

Fournisseur

- Interface (API) avec le DMÉ**
- Est-ce qu'il existe une interface avec votre DMÉ?
 - Quelles sont les informations interfacées : l'index patient? L'agenda? Autres?
 - Comment fonctionne la sécurité des interfaces?
- Protection**
- En cas de panne électrique comment le système va réagir?
 - Quelle est la durée de dépannage?
 - Existe-il un système miroir?
 - Où sont hébergées les données?
 - Comment fonctionne les « backups »?
 - Quelles sont les normes de sécurité certifiée?
 - Comment fonctionne la sécurité dans le transport des informations?
 - Comment fonctionne la sécurité dans la gestion de l'accès
- Compatibilité**
- Compatibilité des applications de navigation (Internet explorer, Chrome, ...)
 - Système exploitation?
- Service à la clientèle**
- Quelle est la réputation de leur service à la clientèle?
 - Demander des références.

Accès sur place à la clinique

La clinique est d'abord un lieu physique dont l'aménagement est fondamental autant pour le patient que le personnel administratif et le personnel soignant.



■ Pistes de réflexion

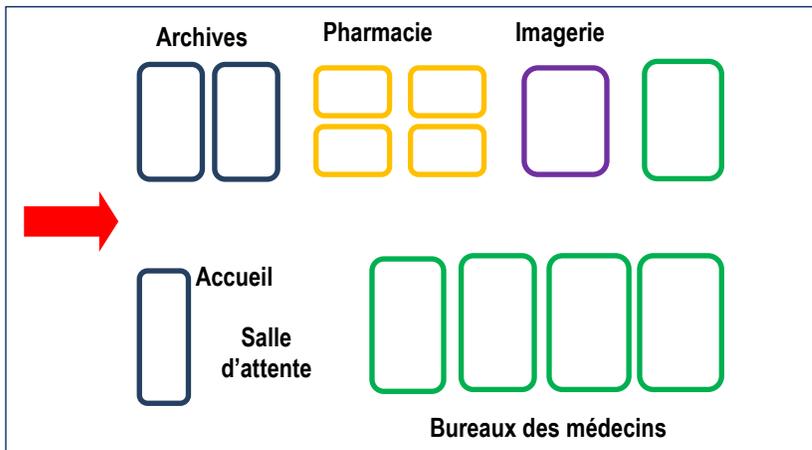
On peut poursuivre avec une réflexion sur l'accessibilité de la clinique, avec toute l'équipe et se questionner :

- Indications pour se retrouver au bon endroit à la clinique;
- facilités (ascenseur, rampe d'escalier, etc.);
- organisation de la salle d'attente;
- circulation des patients et du personnel;
- autres.

Atelier facultatif

1. Dessiner le plan actuel de la clinique, configuration des locaux (faire un modèle).
2. Simuler le trajet de l'entrée jusqu'à la consultation des patients.
3. Identifier où il y a engorgement possible.
4. Identifier où placer les indications pour se retrouver parmi les locaux.

Exemple d'un plan fictif de clinique



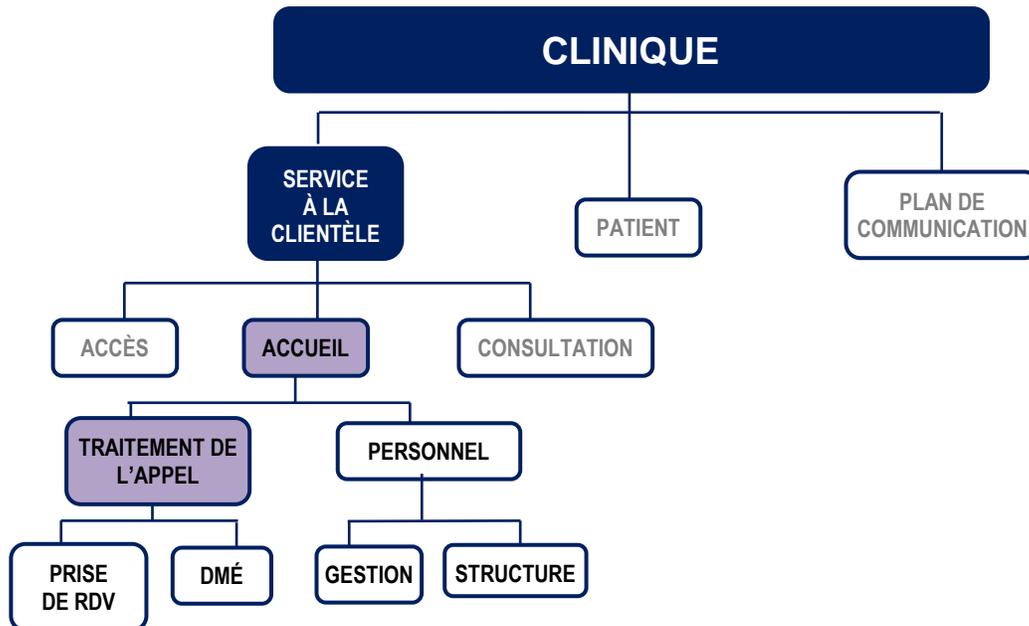
Objectifs de l'atelier

Définir la configuration des espaces de la clinique afin que celle-ci soit :

- Agréable, confortable et sécuritaire;
- facile d'accès;
- adaptée aux besoins des patients;
- adaptée aux besoins de l'équipe médicale;
- présence de bornes d'information et d'indications.

2.1.2 Service d'accueil

Les services d'accueil touchent particulièrement les patients qui en raison de leur état de santé, sont particulièrement sensibles à l'attention qu'on leur porte. Le personnel doit faciliter la prise de RDV et offrir un service de qualité à la clientèle de la clinique. Il importe que les bonnes personnes soient à la bonne place. Les différentes tâches doivent être définies et distribuées en fonction des rôles et compétences nécessaires au soutien administratif.



Parmi les tâches, il faut considérer :

- Traitement de l'appel;
- la bonne personne à la bonne place.

Traitement de l'appel

Le traitement de l'appel fait partie intégrante de l'accueil à la clinique. Les éléments suivants ont été retenus en raison de leur incidence directe ou indirecte sur la pratique en accès adapté :

- Prise de RDV;
- utilisation du DMÉ.

La mise en place de processus pour faciliter la prise de RDV est en fonction des agendas et des types de RDV simplifiés et doivent répondre à la pratique et à l'équilibre de l'offre et la demande de chacun des médecins de la clinique. Généralement, les types de RDV utilisés sont :

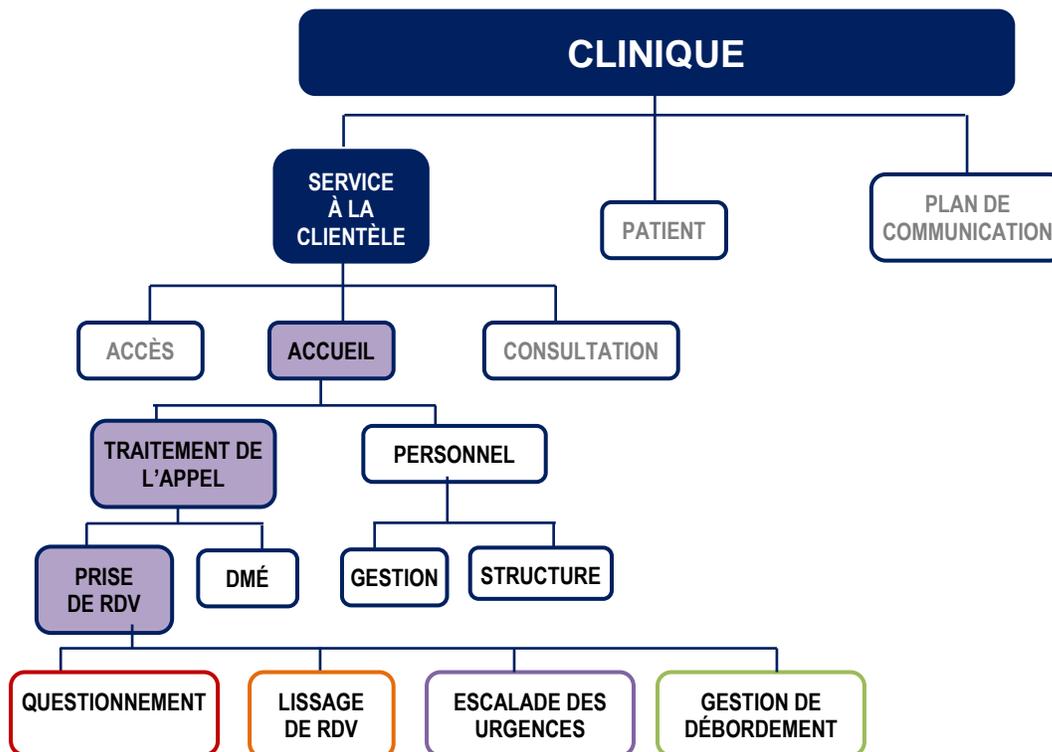
- RDV urgence;
- RDV régulier;
- RDV de suivi requis.

Prise de rendez-vous (RDV)

Les actions faites lors d'un traitement d'appel ont des conséquences directes sur les délais d'attente et la satisfaction de la clientèle. Une prise de RDV en mode accès adapté se fait rapidement si on applique ces recommandations :

- Questionnement aux patients;
- lissage de RDV;
- escalade des urgences;
- gestion de débordement.

Diagnostic du traitement de l'appel



■ Pistes de réflexion

On peut poursuivre avec une réflexion sur traitement de l'appel, avec toute l'équipe et se questionner :

- Est-ce que la prise de RDV est priorisée?
- Est-ce qu'on laisse le patient nous parler avant d'intervenir?
- Comment on répond aux patients?
- Est-ce qu'il existe des processus standard?
- Utilise-t-on le DMÉ adéquatement?
- Quelle approche utilise-t-on avec les patients?
- Comment traite-on le manque de places?
- Quels sont les services offerts aux patients?
- Autre?

■ Facteur de succès

- Adhésion et implication de tout le personnel de la clinique pour assurer la réussite qui permettra d'obtenir un gain de bénéfices positifs dès la mise en œuvre.

■ Solutions proposées pour la prise de RDV

Questionnement aux patients

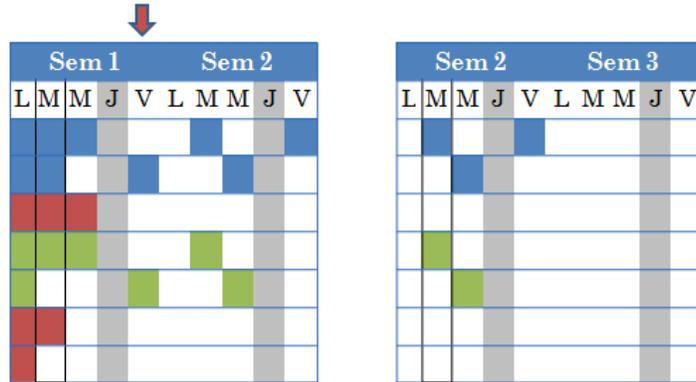
- Questionnement dirigé**
 - Si l'option choisie est de prendre un RDV, allez droit au but.
- Questionner pour mieux orienter**
 - Le questionnement sert à mieux orienter le patient et lisser les RDV en fonction du type de RDV demandé. L'objectif étant de toujours proposer au patient, une réponse adéquate en fonction de sa demande.
 - Le questionnement pourrait éviter d'écrire un message au médecin ou permettre de référer directement à un professionnel.
 - En accès adapté, les types de RDV se limitent principalement à RDV urgence, RDV régulier et RDV de suivi requis.
- Utiliser des phrases standard**
 - Afin de faciliter le questionnement, utiliser des phrases standard qui sont adaptées à votre clientèle.

Lissage de RDV

- Fonctionnement**
 - Le lissage est la répartition des RDV dans l'agenda du médecin en s'assurant de maintenir des plages libres au quotidien.
 - Utiliser les deux semaines pour répartir les RDV selon le type.
 - Limiter les choix aux patients.
 - En fonction du type de RDV, vous avez la possibilité d'équilibrer l'agenda du médecin.
 - Éviter de donner des RDV sans poser de questions aux patients.
 - Une période d'éducation autant de la part du patient, du personnel administratif et du médecin est à prévoir dans les premiers mois de la pratique en accès adapté.
 - Habituellement en accès adapté, l'agenda est de deux semaines.
 - En accès adapté il n'y a plus de sortie d'agenda fixe une fois au trois ou six mois.
 - Pour les médecins qui font de l'obstétrique, l'agenda peut couvrir jusqu'à quatre semaines pour les suivis de grossesses.
 - S'il y a des trous dans l'agenda, les convertir en RDV urgence et ou les utiliser pour le SRDV.
 - Les trous dans l'agenda permettent au médecin de vérifier les résultats reçus ou faire des tâches administratives.
- Ouverture d'agenda à la semaine**
 - Le personnel administratif ajoute une semaine à tous les vendredis ou autre journée de la semaine à la convenance du médecin ou de l'organisation.

Lissage de RDV

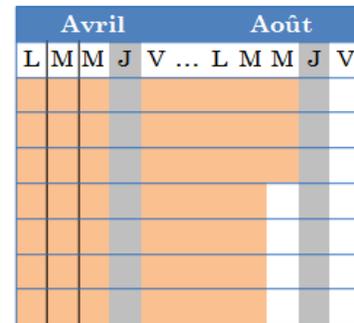
- La journée de l'ajout de la semaine ne doit pas être annoncée aux patients afin d'éviter les surcharges d'appels. Dans l'exemple qui suit, l'ajout de l'autre semaine se fait le vendredi de la Sem 1 et ainsi de suite. De cette façon le personnel a toujours 2 semaines pour répartir les RDV.



Modèle accès adapté vs conventionnel

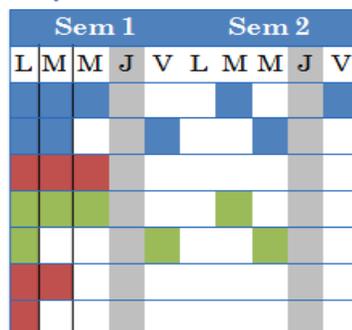
- La notion du modèle de l'agenda est présentée à CONSULTATION.
- Sous le modèle conventionnel, les RDV sont placés consécutivement sans laisser de plage libre. Dans l'exemple du modèle conventionnel, le prochain RDV est au mois d'août.

↓ CONVENTIONNEL



- En accès adapté, les RDV sont répartis dans les deux semaines en fonction du type en laissant des plages libres au quotidien. Dans l'exemple, l'agenda est de deux semaines et le mardi de la Sem 1, il y a des plages disponibles à tous les jours.

↓ ACCÈS ADAPTÉ



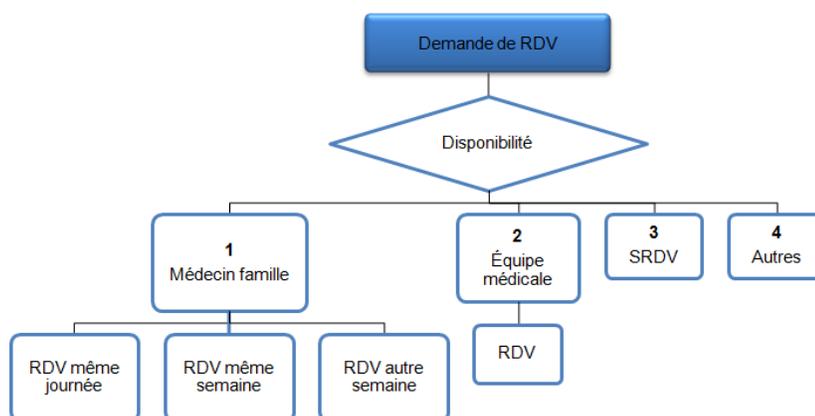
Escalade des urgences

Fonctionnement

- Utiliser une escalade des RDV pour faciliter l'orientation du patient.
- L'objectif est d'offrir au patient un service et non pas lui dire seulement qu'il n'y a plus de place.
- Utiliser un tableau décisionnel affichant la logique de la répartition.
- À partir des services que vous offrez et le type d'expertise disponible, établir dans quel ordre, sera la personne la mieux placée pour répondre au besoin du patient qui demande à être vu, i.e. avoir un RDV.
- Établir selon les types de RDV, des mots clés pour vous aider à offrir aux patients le RDV qui convient à son besoin, soit un RDV urgent, un RDV le même jour, un RDV le jour suivant, un RDV dans la même semaine ou plus tard.
- Identifier l'équipe médicale qui peut être disponible pour répondre au besoin du patient, tel que :
 - autre médecin de famille
 - patron/résident
 - infirmière IPS/clinicienne/auxiliaire
 - Info 811, ambulance, hôpital
 - autres professionnels

Exemple

- **Tableau décisionnel pour l'escalade des urgences.** Dans cet exemple : on vérifie en premier le médecin de famille du patient, en deuxième l'équipe médicale, en troisième le SRDV dirigé, etc.



- **Grille décisionnelle.** Dans cet exemple, les types de RDV sont identifiés par des couleurs respectives et l'ordre d'assignation des RDV est représenté par l'ordre de priorité vis-à-vis chaque membre de l'équipe soignante.

Escalade des urgences

Type de Rendez-vous		Équipe soignante – services de la clinique				
		Médecin famille	Autres médecins	Infirmière GMF	IPS	SRDV
Rendez-vous urgent (rapide)	ORL	1	2			3
	Respiratoire	1	2			3
	Mai de tête	1				2
	Fatigue, étourdissement	1			2	3
	Fièvre	1			2	3
	...					
Rendez-vous régulier	Test PAP/examen gynéco	1		3	2	
	Grossesse	1		2	3	
	Prescription	1	2		3	
	Suivi d'examen	1				
	Pédiatrie	1		3	2	
	Suivi maladie chronique	1		2	3	
	...					
Rendez-vous requis (par le médecin/infirmière)	À définir selon le modèle d'accès adapté et de la clientèle à risque	1		3	2	
	Suivi de dossier SAAQ/CSST	1			2	
	...					
Autres	Autres et le patient ne veut pas répondre			1	2	

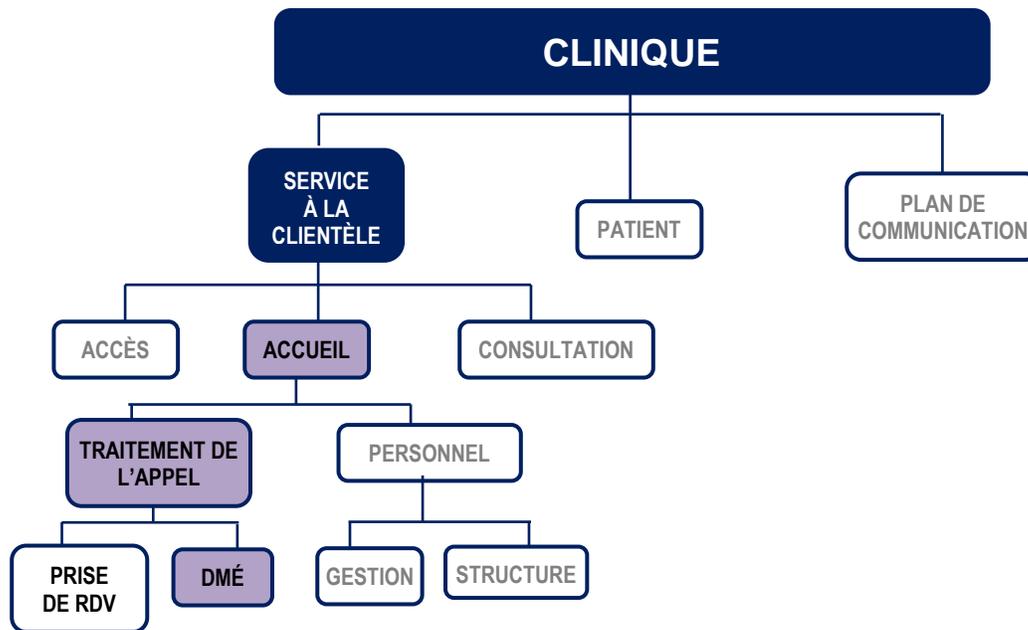
Gestion de débordement

- Gestion des horaires**
- Prévoir des plans de rechange afin d'offrir un service qui répond à la demande et qui évite d'avoir des périodes sans service.
- Période achalandée**
- Utiliser plus de personnel pour répondre à la demande. Établir des règles de débordement pour savoir quand ajouter quelqu'un et/ou revenir à son poste régulier.

Dossier médicale électronique (DMÉ)

Le dossier électronique médical (DMÉ) est un outil essentiel autant pour le personnel administratif que l'équipe soignante. Il joue un rôle important dans la prise de RDV et pour communiquer avec les médecins et les autres membres de l'organisation.

Selon l'application utilisée, il existe plusieurs façons d'interroger les informations du patient et les agendas des médecins.



Diagnostic du DMÉ

■ Pistes de réflexion

On peut poursuivre avec une réflexion sur l'utilisation du DMÉ, avec toute l'équipe et se questionner :

- Est-ce que tout le personnel utilise le DMÉ?
- Qui est l'expert de l'application dans l'organisation?
- Est-ce que l'utilisation est optimale?
- Avez-vous besoin de formation supplémentaire?
- Est-ce qu'on utilise les gabarits?
- Autre?

■ Solutions proposées pour l'utilisation du DMÉ

- En réponse à un patient pour un RDV, le personnel doit vérifier si le patient est inscrit, le nom de son médecin traitant, l'historique des RDV de ce patient, la disponibilité du médecin et tout type de plages disponibles.
- les DMÉ permettent d'utiliser plusieurs fenêtres différentes pour accéder à l'information dans un contexte où le personnel doit répondre au téléphone et utiliser le chemin le plus rapide pour accéder aux informations pertinentes.

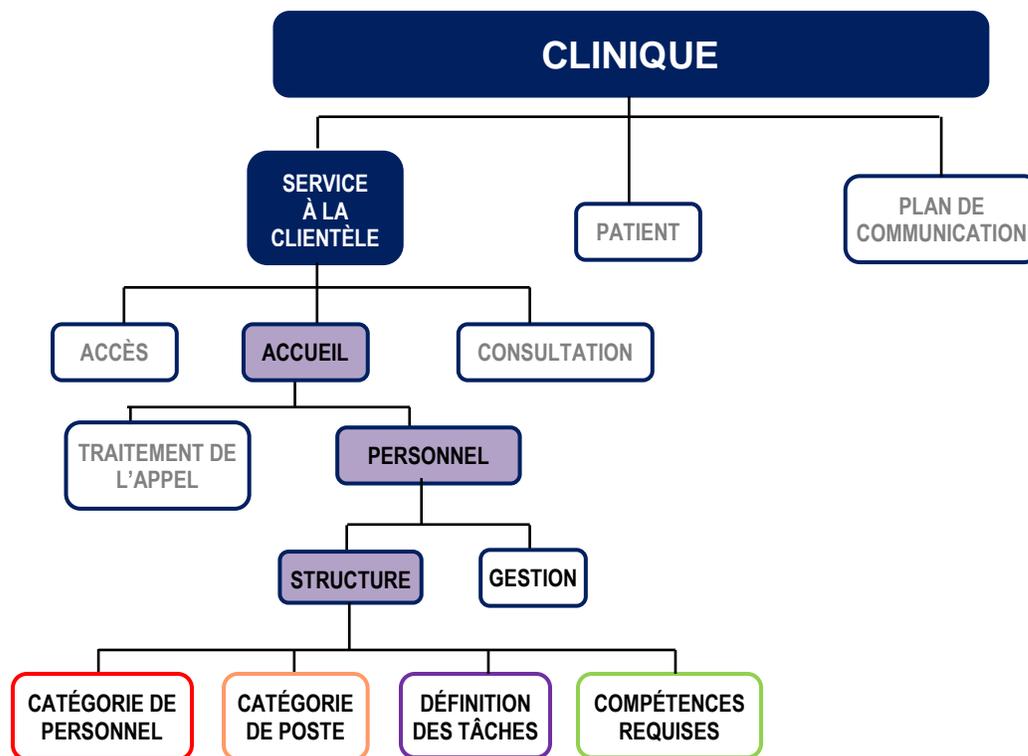
- pour éviter de laisser un message au médecin, permettre d'imprimer des documents que le patient a déjà reçus du médecin si celui-ci les a égarés et demander au médecin de le signer.
- attention à la création de dossier en période de pointe, prioriser la prise de RDV.
- maintenir le dossier du patient à jour.
- inscrire l'adresse courriel au dossier du patient afin de faciliter les communications futures.
- autre?

Personnel administratif

À titre informationnel, le projet n'a pas mis l'emphase sur ce point. Il faut toutefois le prioriser car il fait partie des facteurs de succès de l'accès adapté, c'est-à-dire *avoir la bonne personne à la bonne place*.

Dans ce module, les éléments qui pourront vous guider dans la répartition des tâches dans votre organisation sont :

- Structure;
- gestion.



Diagnostic sur le personnel administratif

■ Pistes de réflexion

On peut débiter par une réflexion sur le personnel administratif, avec toute l'équipe et se questionner :

- Comment déterminer si le personnel en place convient aux tâches requises?
- est-ce que la répartition des tâches est adéquate?
- comment fonctionner avec une équipe syndiquée et non-syndiquée?
- autre?

Structure du personnel

Catégorie de personnel

La catégorie de personnel permet de connaître les moyens et les limites de l'affectation d'un employé. Dans un contexte ou dans une même organisation, les deux catégories d'employés sont présentes il est important de comprendre les enjeux syndicaux et d'avoir une bonne gestion des ressources humaines.

- Syndiqué**
- En mode syndiqué, le personnel est identifié selon un titre d'emploi associé à la convention collective.
 - Selon les syndicats, plusieurs facteurs peuvent déterminer les tâches et les compétences requises pour un titre d'emploi.
- Non-syndiqué**
- En clinique, le personnel est rémunéré selon la politique de la clinique.

Catégorie de postes administratifs

La catégorie de postes administratifs permet d'identifier l'ensemble des postes qui existent dans votre organisation et qui relèvent des tâches similaires et ou complémentaires. Dans certaines organisations, la même personne peut occuper toutes les catégories de postes. Dans d'autres organisations, on associe un poste à un titre-emploi.

La complexité des structures organisationnelles requiert la définition claire de tous les postes et de la répartition des tâches afin de maintenir la continuité des services aux patients et de faciliter la gestion des ressources humaines.

- Téléphoniste
- Réceptionniste
- Secrétaire générale
- Secrétaire médicale
- Adjoint administratif
- Adjoint administratif classe 1 à 4
- Responsable accueil / secrétariat
- Responsable centrale de RDV
- Archiviste
- Étudiant / stagiaire
- Chef de service
- Coordonnateur
- Direction générale
- Propriétaire / associé
- Responsable infirmière / professionnel GMF
- Responsable administratif
- Commis de bureau

Définition des tâches

La liste des tâches correspond à toutes les actions et responsabilités qui définissent un poste. Pour certaines organisations, la même ressource peut occuper plusieurs postes et faire toutes les tâches nécessaires au bon fonctionnement d'une clinique.

- | | |
|----------------------------|---|
| Relation client | <ul style="list-style-type: none">• Tâches qui demandent un contact avec le patient, ex. répondre au téléphone, recevoir les patients à l'accueil, etc. |
| Administrative | <ul style="list-style-type: none">• Tâches qui demandent une manipulation de documents, ex. gestion du courrier, des messages, télécopie, etc. |
| Ressources humaines | <ul style="list-style-type: none">• Tâches qui demandent des interventions avec le personnel de la clinique, ex. gestion des horaires, absences, formation, embauches, conflits, etc. |
| Matériel | <ul style="list-style-type: none">• Tâches qui demandent de gérer du matériel, ex. équipement informatique, fournitures de bureau et médicale, etc. |

Compétences requises en lien avec le poste

- | | |
|----------------------------------|---|
| Formation | <ul style="list-style-type: none">• Niveau académique requis |
| Qualité personnelle | <ul style="list-style-type: none">• Souriante, accueillante, patience, etc. |
| Qualité organisationnelle | <ul style="list-style-type: none">• Autonome, organisée, structurée, etc. |
| Technique | <ul style="list-style-type: none">• Connaissance des logiciels, matériel électronique, etc. |
| Relationnelle | <ul style="list-style-type: none">• Bonne relation interpersonnelle, gestion de personnel. |

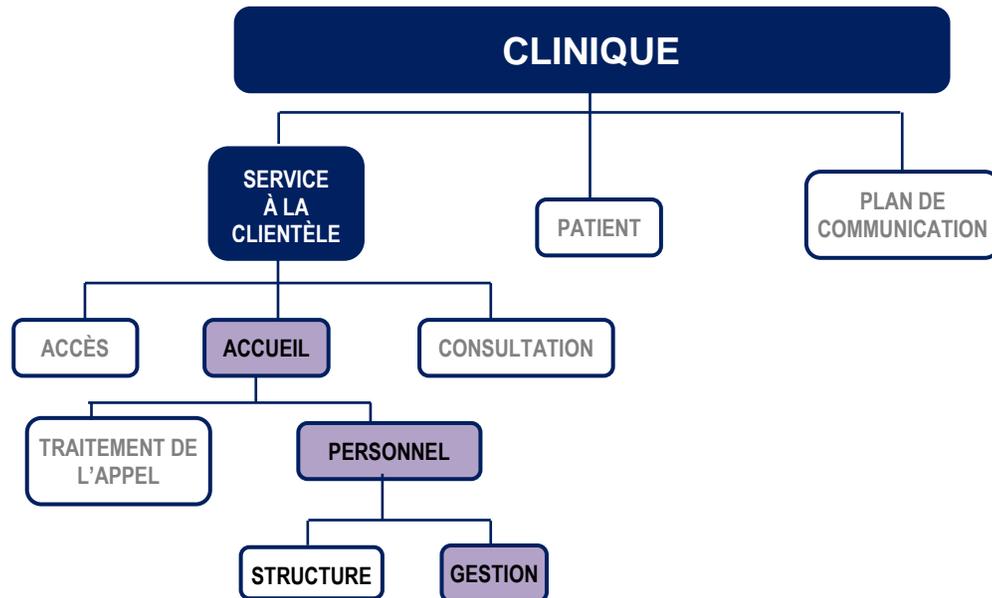
Atelier facultatif

1. En fonction de votre organisation, faire le bilan des tâches et des compétences requises.
2. Faire le lien entre les tâches et les compétences.
3. Assigner les tâches à la catégorie de postes qui existent dans votre organisation.
4. Identifier les catégories de poste composant votre personnel administratif.
5. Lister les tâches à accomplir.
6. Établir les compétences nécessaires pour chacune des tâches.

Gestion du personnel

La gestion de personnel requiert certaines compétences dont le recrutement et la formation.

Dans le cadre du projet d'accompagnement d'implantation de l'accès adapté, ces aspects n'ont pas été abordés mais ils sont présents dans toutes les organisations.



Diagnostic sur la gestion du personnel

■ Pistes de réflexion

Recrutement du personnel : fonctions essentielles pour le maintien d'une équipe :

- Rédiger une offre d'emploi;
- évaluer les candidatures;
- préparer une entrevue d'embauche;
- sélectionner la bonne personne;
- autre?

Formation du personnel : fonctions essentielles pour le maintien d'une équipe :

- Définir les besoins de formation;
- rechercher des programmes de formation accessibles;
- déterminer si éligible à du financement pour la formation;
- rechercher des formateurs qualifiés;
- autre?

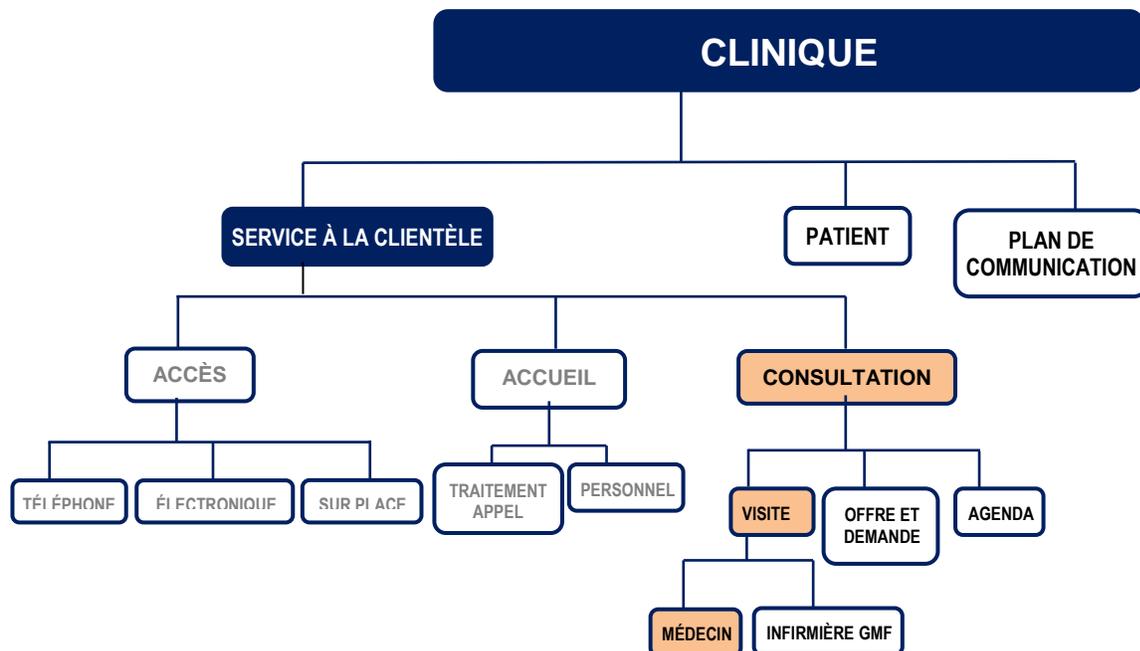
2.1.3 Service de consultation

Les services de consultation impliquent principalement le travail des médecins et du personnel soignant dont le rôle est d'assurer la continuité des soins aux patients. La consultation médicale, c'est la rencontre avec le patient.

Pour transformer la pratique en accès adapté, il est important de s'autoévaluer afin de mieux déterminer les actions à mettre en place en les priorisant. Des pistes de réflexion et des solutions sur plusieurs sujets sont proposées.

L'auto-évaluation représente le travail d'observation réalisé dans le projet d'accompagnement. Afin de bénéficier de cet exercice et le réaliser par vous-même, avec un collègue ou par quelqu'un de l'organisation de la clinique, la liste suivante propose quelques éléments structurants retenus dans le projet.

- Augmenter l'accessibilité des patients;
- alléger son travail;
- voir ses patients malades;
- rationaliser, cibler les priorités à partir de ce que les patients vous disent;
- toujours optimiser la visite du patient;
- considérer l'essentiel et ce qui peut être fait progressivement;
- éduquer, promouvoir la santé, sensibiliser les patients;
- déterminer les éléments curatifs (soin), préventifs (âges, sexe, vaccin) et promotionnels (éducation, habitudes saines de vie, exercices, hygiène).



Diagnostic de la consultation : médecin

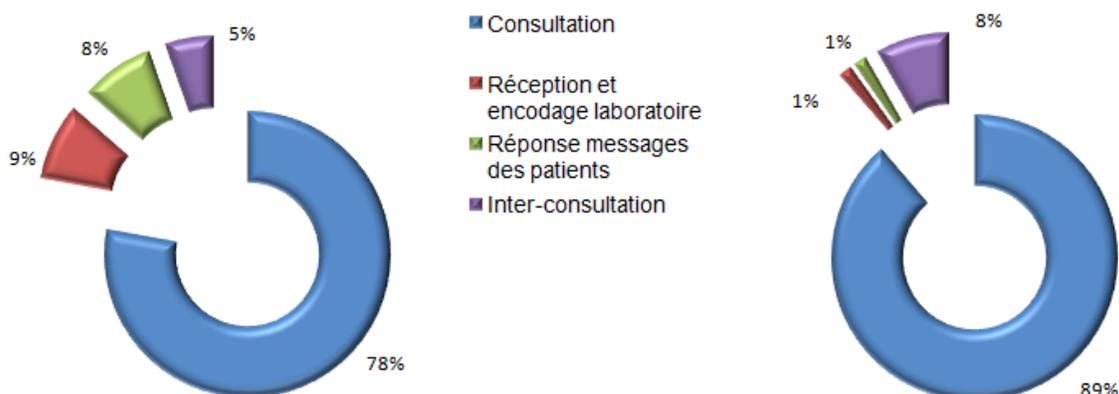
L'accès adapté vise à créer une meilleure capacité au niveau du nombre de plages disponibles de rendez-vous. Pour y parvenir, il est important d'optimiser la consultation avec le patient et l'organisation de la pratique médicale. Cet exercice découle des observations réalisées dans le cadre du projet d'accompagnement.

■ Pistes de réflexion

On peut poursuivre avec une réflexion sur la consultation du médecin individuellement ou avec des collègues et se questionner :

- Comment préparez-vous la venue du patient? Exemple : passer en revue le dossier du patient, vérifier la disponibilité des résultats, etc.
- combien de temps mettez-vous pour effectuer l'anamnèse? (collecte informations de l'histoire de sa maladie et ses antécédents)
- est-ce que le patient a ses résultats?
- est-ce que le patient a vu le spécialiste auquel il a été référé?
- travaillez-vous en mode interprofessionnel au sein de votre clinique?
- comment organisez-vous le travail interprofessionnel?
- temps alloué aux consultations est-il suffisant?
- respectez-vous le temps prévu à votre horaire?
- comment gérez-vous les débordements?
- comment gérez-vous les visites improvisées? (membres de la famille, accompagnateur)
- utilisez-vous le DMÉ durant la visite du patient?
- comment gérez-vous les messages des patients?
- à quel moment mettez-vous à jour les notes au dossier du patient dans le DMÉ?
- quel est le profil de ma clientèle?
- quelles sont les pathologies fréquentes? (santé mentale, diabète, hypertension, etc.)
- comment fonctionne la collaboration avec le personnel administratif?
- comment se fait l'inscription des nouveaux patients? (Gaco ou autre)
- quels sont les irritants à la pratique du médecin?
- quels sont les irritants à l'accès aux soins pour le patient?
- autre?

Exemples de répartition du temps lors d'une demi journée de consultation.



■ Solutions proposées

- Responsabiliser le patient, par exemple : prévenir davantage les patients d'apporter leurs résultats de laboratoire si nécessaire ainsi que leur liste de médicaments;
- renforcer la collaboration interprofessionnelle, par exemple : déléguer à l'infirmière la vaccination, les suivis en alternance pour le diabète et autres maladies chroniques, etc.;
- acquérir la formation ou le soutien nécessaire pour optimiser l'utilisation du DMÉ;
- remettre au patient les formulaires de laboratoire avant le prochain RDV afin d'avoir les résultats lors de la prochaine visite;
- exploiter les facilités du DMÉ pour les formulaires et les renouvellements;
- identifier les patients nécessitant un suivi requis par le médecin ou une collaboration interprofessionnelle formalisée;
- favoriser l'application des ordonnances collectives;
- améliorer les accès et traitement des appels;
- éduquer le patient sur le respect des rendez-vous (une plage par personne);
- sensibiliser pour une meilleure organisation de la deuxième ligne en vue d'un accès facile aux spécialistes et au plateau technique;
- créer un plan d'action incluant la date de fin prévue et le responsable de chaque action déterminer les champs de collaboration potentielle et la définition des tâches médicales pouvant être déléguées;
- autre.

■ Facteurs de succès

- Communication avec ses patients et le personnel;
- adhésion aux changements.

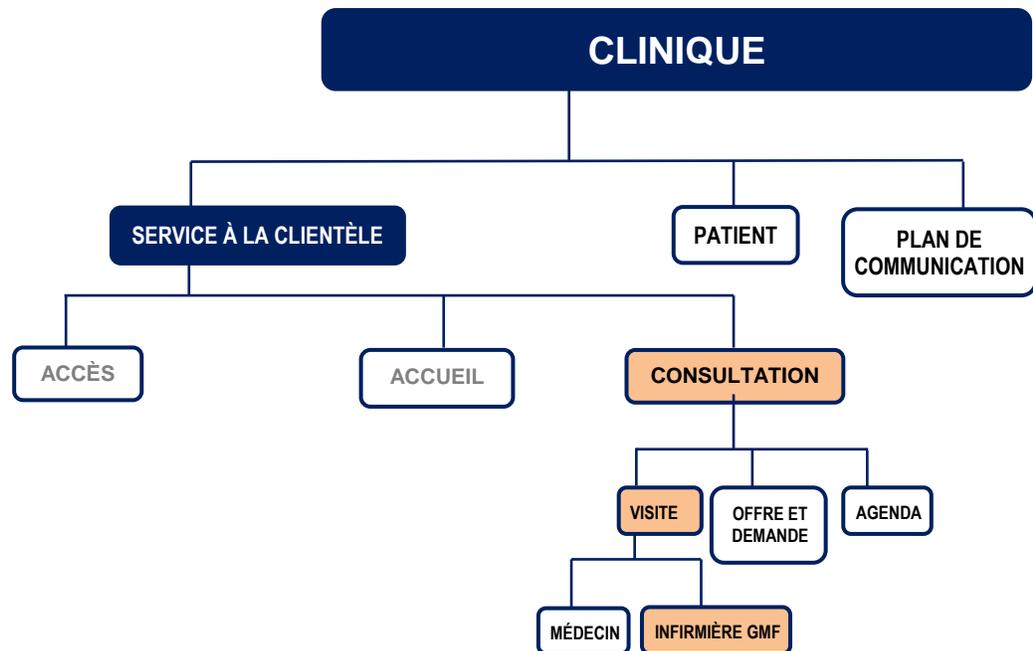
Exemple de plan d'action

✓ Liste des actions à faire	Date		
	Début	Fin	Responsable
Phase de préparation			
<i>Inscrire les actions à faire en spécifiant la date de début et de fin prévue.</i>			
<i>Identifier un responsable pour chacune des actions, au besoin</i>			
<i>Cocher les actions complétées au fur et à mesure de leur réalisation</i>			
<i>Suivre régulièrement l'avancement des actions</i>			
Phase de transition (trois à six mois)			
Phase de démarrage			

Diagnostic de la consultation : infirmière clinicienne

L'infirmière qui souhaite pratiquer en accès adapté doit aussi analyser l'organisation de sa pratique en vue de dégager des éléments susceptibles d'améliorer sa disponibilité envers le patient et sa collaboration avec le médecin.

Dans le cadre du projet d'accompagnement, le personnel infirmier a fait l'objet de quelques observations afin de cerner les principaux défis de l'interprofessionnalisme.



■ Pistes de réflexion

On peut poursuivre avec une réflexion sur la pratique infirmière clinicienne et se questionner :

- Comment préparez-vous la venue du patient? Exemple : passer en revue le dossier du patient, vérifier la disponibilité des résultats, etc.
- Combien de temps pour effectuer la mise à jour du dossier patient?
- Comment organisez-vous le travail interprofessionnel?
- Est-ce que les rôles sont bien définis?
- Le temps alloué aux consultations est-il suffisant?
- Respectez-vous le temps prévu à votre horaire?
- Comment gérez-vous les débordements?
- Comment gérez-vous les visites improvisées (membres de la famille, accompagnateur)?
- Utilisez-vous le DMÉ durant la visite du patient?
- À quel moment mettez-vous à jour les notes au dossier du patient dans le DMÉ?
- Quelle est la collaboration avec le personnel administratif?
- Quels sont les irritants à la pratique infirmière clinicienne?
- Autre?

■ Solutions proposées

- Éduquer et sensibiliser les patients;
- responsabiliser le patient. Exemples : Prévenir davantage les patients d'apporter leurs résultats de laboratoire si nécessaire ainsi que leur liste des médicaments;
- renforcer la collaboration interprofessionnelle;
- analyser la clientèle et planifier avec les médecins et le personnel administratif les RDV des patients en alternance avec le médecin;
- acquérir la formation ou le soutien nécessaire pour optimiser l'utilisation du DMÉ;
- exploiter les facilités du DMÉ pour les formulaires, notes et gabarits;
- favoriser l'application des ordonnances collectives;
- libérer des plages à l'agenda pour des RDV urgents;
- participer à l'élaboration de l'escalade des urgences;
- autre.

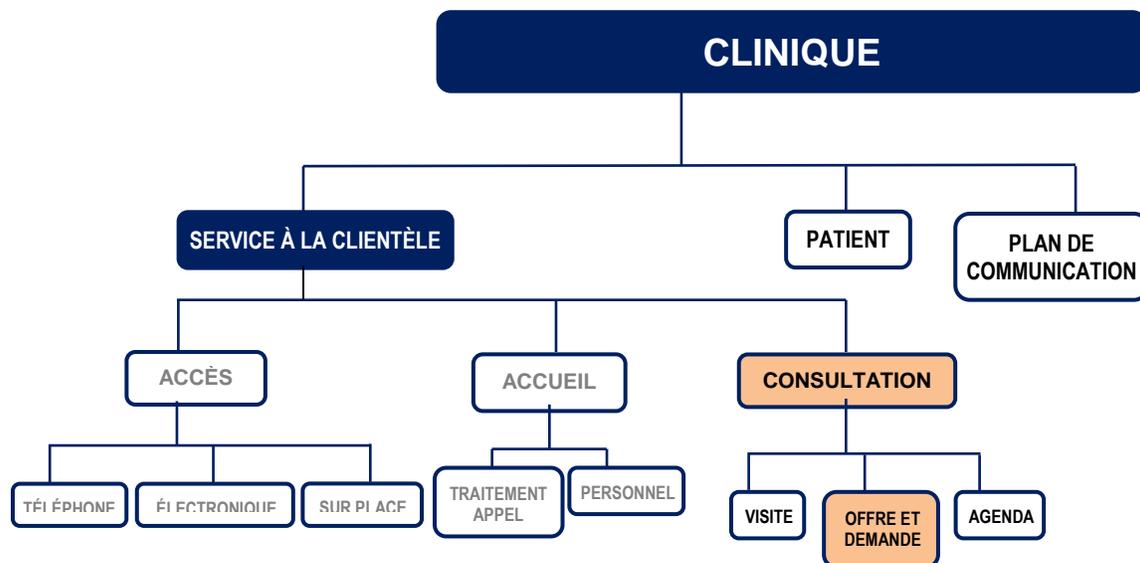
■ Facteurs de succès

- Communication avec le médecin, les patients et le personnel administratif;
- adhésion aux changements.

Équilibre entre l'offre de service et de la demande

L'accès adapté vise à créer une meilleure capacité du nombre de plages disponibles de rendez-vous. Pour y parvenir, il est important d'analyser l'équilibre entre l'offre et la demande de services afin d'avoir une image de sa pratique et prendre des actions pour établir des scénarios pour augmenter son offre et ou diminuer sa demande.

La source pour la formule du calcul de l'équilibre de l'offre et la demande vient de la Fédération québécoise des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).



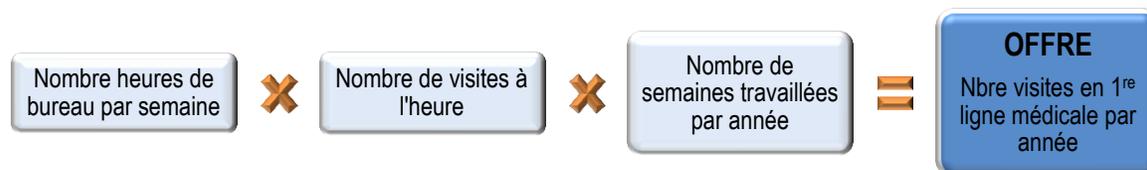
Atelier facultatif

OFFRE

Le calcul de l'offre nécessite les éléments suivants qui sont fournis par le médecin :

- Heures de bureau par semaine;
- nombre de visites à l'heure;
- nombre de semaines travaillées par année.

En appliquant la formule suivante, vous aurez un estimé de votre OFFRE.



DEMANDE

Le calcul de la demande nécessite les éléments suivants fournis par la RAMQ :

- Nombre de patients non-vulnérables;
- nombre de patients vulnérables :
 - 0 à 5 ans;
 - femme enceinte;
 - 70 à 79 ans;
 - 80 ans et plus.

- pondération (1,2,3 et 4) qui représente une évaluation du nombre de visites en moyenne par type de patients. La pondération proposée par la FMOQ pourrait être ajustée selon votre pratique afin de mieux représenter votre réalité.



Équilibre de l'offre et de la demande

Le calcul de l'équilibre de l'OFFRE et de la DEMANDE implique :



L'écart de l'offre et de la demande permet d'orienter les scénarios de transformation vers une pratique en accès adapté.

■ Interprétation de l'écart

- Pour un écart positif, votre offre étant supérieure;
- pour un écart négatif, votre offre étant insuffisante;
- pour un écart près de zéro, vous êtes en équilibre et c'est ce vers quoi il faut tendre.

■ Solutions proposées pour maintenir ou rétablir l'équilibre

- Appliquer la Règle du pouce (panel size) : sur une base de l'expérience, une demi-journée (trois heures) de consultation (RDV 20 min) par semaine serait suffisante pour 200 patients inscrits. Exemple : pour un médecin de famille ayant 1 800 patients inscrits, il lui faudra selon la règle du pouce, 1 800/200 soit neuf demi-journées par semaine pour atteindre l'équilibre entre l'offre et la demande de services. La règle peut varier entre 150 et 250 selon la répartition des patients vulnérables;
- ajuster son horaire;
- inscrire de nouveaux patients si possible;
- faire moins d'heures de SRDV;
- faire moins de temps en hospitalisation;
- déléguer des tâches;
- travailler en interprofessionnalisme;
- modifier le nombre de visites à l'heure;
- échelonner les visites aux deux ans pour les examens périodiques et pour les jeunes stables;
- diminuer la fréquence de RDV des patients selon leur niveau de stabilité;
- renouvellement d'ordonnance pour plus d'un an;
- garder les patients qui ne sont pas venus depuis 5 ans et les viser afin d'éviter des rdv inutiles;
- autre.



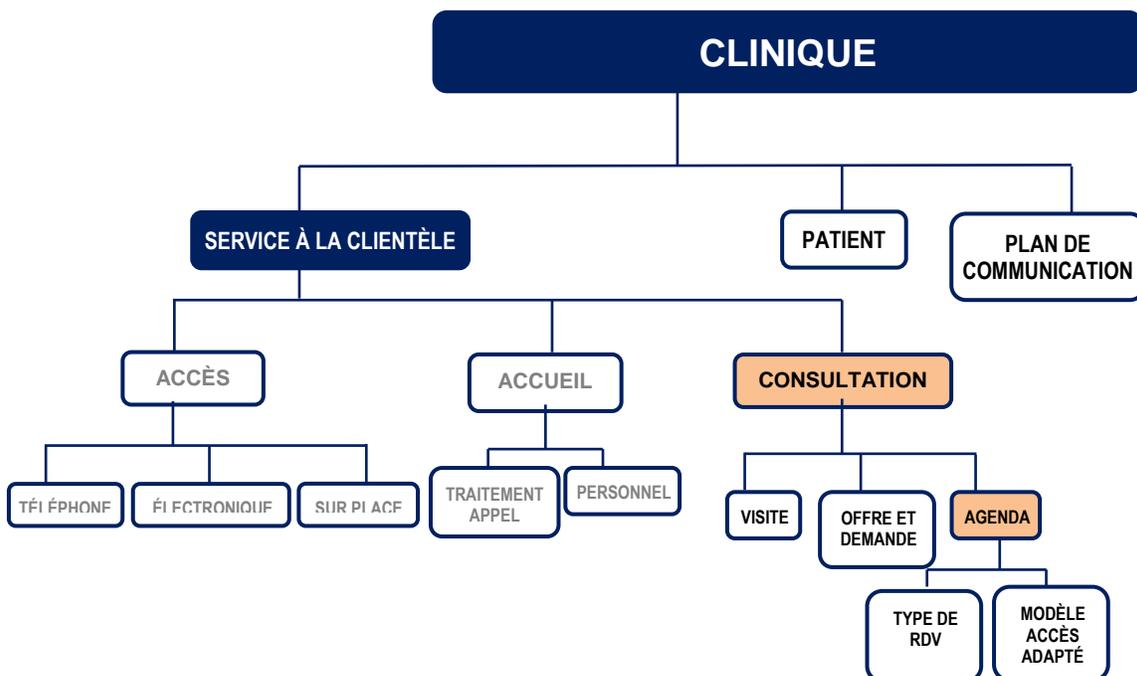
Agenda

En accès adapté, l'agenda doit être organisé de manière à avoir des plages horaires libres à chaque jour, pas seulement pour les urgences, mais aussi pour les autres types de RDV.

Les types de RDV sont limités à trois idéalement. Le personnel administratif a un rôle important à jouer dans le lissage, i.e. la répartition des RDV dans l'agenda.

La gestion de ce type d'agenda évite d'occasionner des RDV cachés qui prolongent les journées de travail.

L'agenda est ouvert sur deux semaines et peut aller à quatre semaines notamment pour ceux qui pratiquent en obstétrique.



■ Pistes de réflexion

- Avez-vous assez d'offre pour les demandes de votre clientèle?
- Combien d'heures dois-je offrir à mes patients pour être en équilibre?
- À quelle fréquence je rencontre mes patients par année?
- Comment est répartie ma clientèle?
- Quel est le délai avant le prochain rendez-vous disponible?
- Combien de types de RDV sont inclus dans mon agenda?
- Quelle est la répartition de mes types de RDV?
- Est-ce que mon agenda est facile à gérer?
- Est-ce que j'utilise des plages cachées?
- À quelle fréquence je dois remettre mon agenda?
- Est-ce que je dois annuler des consultations à cause de changements à mon agenda?
- Combien de temps je dois investir pour planifier des mois d'avance à mon agenda?
- Autre?

■ Solutions proposées

■ Types de RDV : Limiter idéalement le nombre de types de RDV à trois.

- Urgent** : pour le médecin, cela lui donne la possibilité de suivre le patient ayant une problématique aigue.
- Régulier** : périodique, formulaire, augmenter l'accessibilité.
- Suivi requis** : chronique, déstabilisé, santé mentale, autres afin de permettre de ne pas perdre de vue certains patients.

■ Durée des RDV

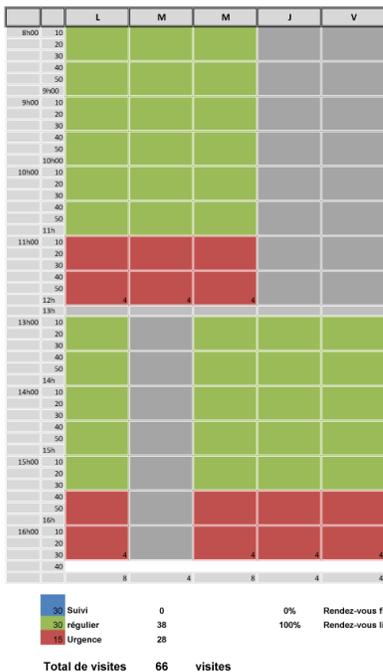
- RDV urgent** : durée généralement courte, variant entre 10 et 30 minutes;
- RDV régulier** : durée variant entre 15 et 45 minutes ;
- RDV suivi requis** : durée variant entre 15 et 30 minutes;

■ Modèle d'agenda en accès adapté

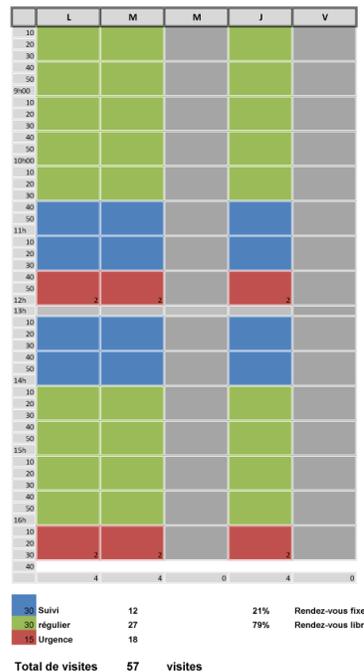
- Choisir son modèle d'accès adapté, pourcentage de plages libres versus pourcentage de plages fixes;
- certains agendas ont 100 % de plages libres;
- le maximum de plages fixes conseillées ne devrait pas dépasser 35 %;
- il n'y a pas de modèle unique;
- chaque modèle est adapté à la pratique du médecin.

Exemples de modèles d'agenda en accès adapté

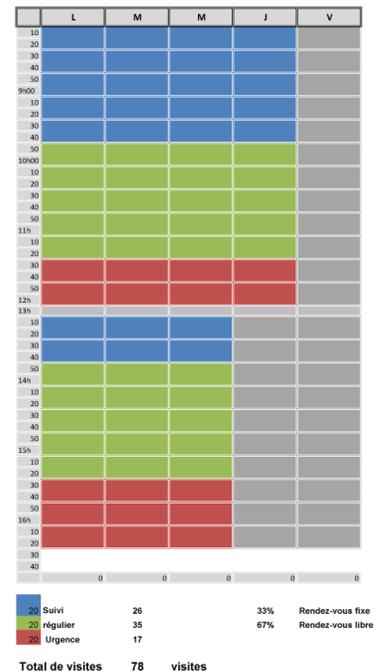
Modèle 100%



Modèle 21% - 79%

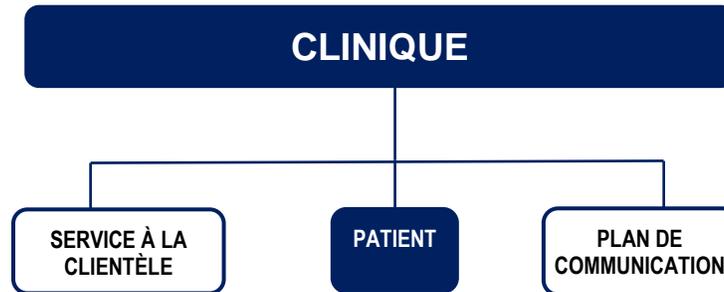


Modèle 37% - 67%



2.2 Patient

Dans l'accès adapté, le patient joue un rôle important et il doit savoir que son médecin de famille est là pour lui quand il en a besoin et qu'il sera privilégié au SRDV de sa clinique. Il doit prendre l'habitude de toujours consulter à la même place afin de maintenir et faciliter la continuité des soins. Le patient est le premier acteur dans le processus de prise de RDV.



Diagnostic du patient

■ Pistes de réflexion

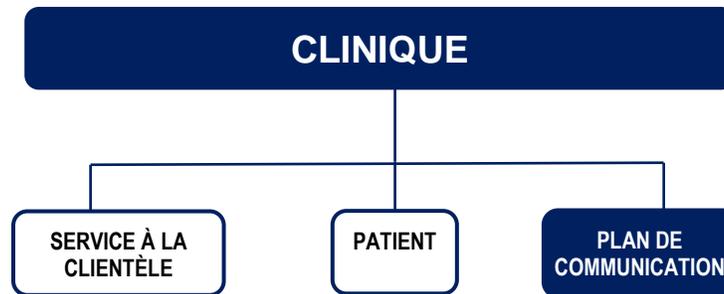
- Qui sont vos patients?
- D'où viennent vos patients?
- Quels sont leurs besoins?
- Quelles sont les pathologies courantes?
- Quel est le degré d'autonomie de vos patients?
- Autre?

■ Solutions proposées

- Faire connaître à vos patients le fonctionnement de vos services;
- éduquer et sensibiliser vos patients continuellement;
- définir les moyens de communication en fonction de votre clientèle;
- communiquer régulièrement avec vos patients;
- responsabiliser vos patients;
- faire connaître les bénéfices des changements dans votre pratique et dans votre organisation;
- autres.

2.3 Plan de communication

Dans le contexte du guide, le plan de communication fait référence aux moyens mis à votre disposition pour organiser efficacement et avec la plus grande efficacité la diffusion des messages spécifiques que vous avez à communiquer à vos patients et aux membres de votre organisation. Dans le cadre d'une transformation, la communication est un élément clé de la réussite.



Diagnostic du plan de communication

■ Pistes de réflexion

- Quels sont les moyens de communication mis à notre disposition?
- Quels sont les meilleurs moyens pour atteindre le plus de patients?
- Quel est le budget disponible?
- Est-ce que les adresses courriel de nos patients sont saisies?
- Quelles est la fréquence des informations que l'on transmet à nos patients?
- Qui est responsable des moyens de communication?
- Est-ce qu'on véhicule le même message aux patients?
- Autre?

■ Solutions proposées

- Utiliser les services de messages téléphoniques automatisés;
- utiliser les services d'envoi de courriel (sécurisé) à vos patients;
- envoyer des lettres;
- utiliser les services de publication visuelle;
- produire des dépliants d'information ou autre;
- utiliser la publicité locale;
- autres.

Module 3 – Indicateurs et résultats

Indicateurs

Tendances

Facteurs de réussite du projet

Indicateurs

Les indicateurs facilitent l'évaluation des progrès, des tendances, de la pertinence ou de l'efficacité d'une réponse à un problème afin de prendre de meilleures décisions. Dans le cas de l'accès adapté, les indicateurs permettent de mesurer l'effet de la pratique en accès adapté sur l'accessibilité d'un médecin de famille.

Ce guide vous propose quelques indicateurs capables de mesurer l'évolution de votre pratique et de vous guider dans la prise des décisions pour améliorer votre accessibilité et votre pratique.

■ Indicateurs retenus

- Troisième rendez-vous disponible;
- pourcentage des plages libres dans l'agenda hebdomadaire du médecin;
- évolution du nombre des patients inscrits auprès du médecin ayant adopté la pratique en accès adapté;
- taux d'assiduité.

Pour analyser les effets de l'accès adapté, certains indicateurs ont été suivis pour 65 médecins observés. Afin de démontrer leur évolution, 5 médecins ont été sélectionnés pour illustrer les résultats dans le guide.

Troisième rendez-vous disponible

Le délai du 3^e RDV disponible permet de mesurer l'accessibilité du médecin. Pour obtenir cette valeur, il faut regarder l'agenda du médecin et identifier la date de la 3^e plage disponible.

Selon différentes publications, lorsque le 3^e patient qui appelle n'a pas un rendez-vous dans les 72 heures, il y a alors un problème d'accessibilité du médecin de famille.

Au moment de faire l'analyse de la situation actuelle, i.e. le diagnostic de sa pratique, il faut calculer ce délai. Lorsque vous commencez votre pratique en accès adapté, il faut mesurer cette valeur périodiquement afin d'y voir la tendance.

Calcul

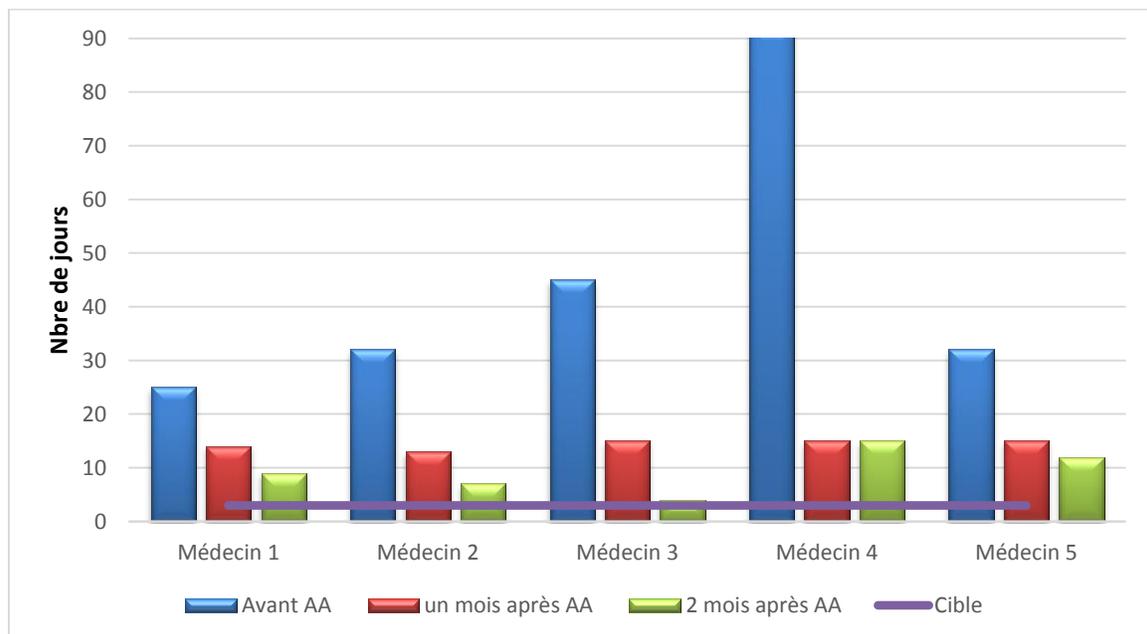
Délai en nombre de jours ouvrables, avant le 3^e rendez-vous disponible dans l'horaire d'un médecin de famille pour un type de RDV régulier et ou suivi requis.

Exemple : si je regarde aujourd'hui le 1^{er} mars et que le 3^e RDV disponible est le 20 avril, le délai serait de 36 jours. En accès adapté, le délai devrait être moins de 10 jours, la cible serait alors de 72 heures soit environ trois jours.

Résultats

Extrait de cinq médecins sur les 65 observés, le délai du 3^e RDV diminue considérablement selon les données prises avant le début de la pratique en accès adapté et deux mois plus tard.

Évolution du 3^e RDV disponible



■ Facteurs de succès pour diminuer le délai du 3^e RDV disponible

- Prise de RDV efficace selon les bases du questionnement, du lissage de RDV et de l'escalade des urgences;
- équipe médicale en accès adapté.

Pourcentage des plages libres dans l'agenda hebdomadaire du médecin

Cet indicateur compare deux périodes : avant et après le passage en accès adapté. Il permet de mesurer le niveau du changement introduit dans l'agenda du médecin.

Le nombre de plages libres est calculé au moment où vous faites l'analyse de la situation actuelle sur l'organisation de votre pratique.

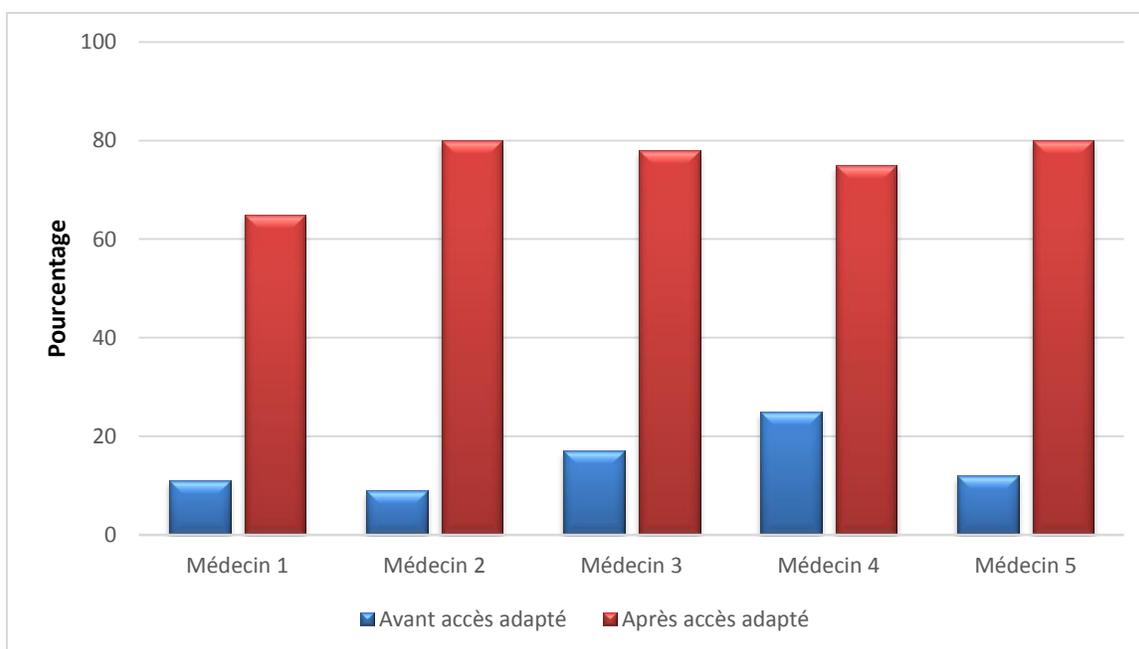
Calcul

Nombre de plages laissées libres dans votre agenda hebdomadaire / nombre des plages fixes (RDV suivi requis).

Résultats

Extrait de cinq médecins sur 65 observés, le pourcentage des plages libres est passé de près de 20 % à au plus de 60 % de l'agenda hebdomadaire après le passage en accès adapté.

Résultat en pourcentage des plages libres avant et après l'implantation de l'accès adapté dans l'agenda hebdomadaire du médecin



■ Commentaires et recommandations

- Des plages libres existantes dans l'agenda des médecins n'étaient réservées qu'aux urgences. Bien souvent, en cas de débordement, les médecins ajoutaient des plages et prolongeaient leurs heures de travail quotidien;
- avec le passage en accès adapté, la proportion des plages libres est d'au moins 65 %, facilitant ainsi le travail du médecin et permettant au patient d'être vu en temps opportun, quand il en a besoin;
- en se rapprochant du modèle d'accès adapté choisi, soit un modèle avec 35 %-65 % où 65 % des plages sont libres.

■ Facteurs de succès

- Prise de RDV efficace selon les bases du questionnaire, du lissage de RDV et de l'escalade des urgences;
- équipe médicale œuvrant en accès adapté.

Évolution du nombre des patients inscrits auprès du médecin ayant adopté la pratique en accès adapté

L'accès adapté vise une meilleure accessibilité au médecin de famille et permet (selon la littérature) aux patients orphelins d'avoir un médecin de famille.

Au moment de faire l'analyse de la situation actuelle, i.e. le diagnostic de sa pratique, il vous faudra connaître le nombre de patients, cette information est fournie par la RAMQ.

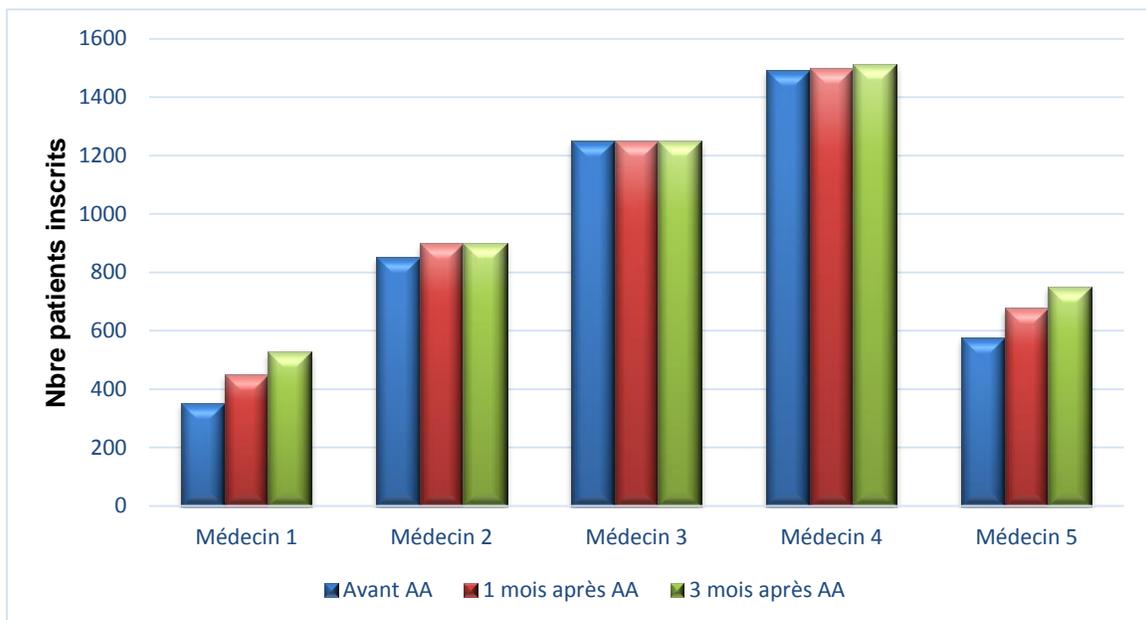
Calcul

Il faut tenir compte du nombre de patients inscrits avant le passage en accès adapté et du nombre évolutif au cours de la période qui suit le passage en accès adapté.

Résultats

Extrait de cinq médecins sur les 65 observés, l'évolution du nombre des patients inscrits avant et dans les trois mois après le passage en accès adapté.

Résultat de l'évolution du nombre des patients inscrits avant et après l'accès adapté



■ Commentaires et recommandations

- Il est rare d'observer une régression du nombre de patients inscrits au cours de la période considérée;
- certains médecins n'inscrivent pas de nouveaux patients, notamment ceux qui ont dépassé 1 000 inscrits;
- les inscriptions sont davantage observées chez des médecins ayant moins de 500 patients inscrits au départ ,
- le passage en accès adapté a permis à certains médecins de réorganiser leur pratique, de dégager du temps pour les patients et d'en inscrire d'autres;
- l'analyse systématique de l'évolution des inscriptions permettra au DRMG de Laval de voir les tendances par aire de couverture des GMF et de prévoir des actions dans les aires avec moins d'inscriptions en vue de répondre aux besoins de la population de manière équitable;
- le nombre de patients inscrits dans la région de Laval a tendance à augmenter, le projet de l'accès adapté est un des déterminants de cette augmentation;
- cet indicateur diffère d'un autre non calculé : **Le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille**, défini comme étant la proportion du nombre moyen journalier de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille au cours d'une période de trois mois précédant la date de la mesure sur la population totale du Québec.

■ Facteurs de succès pour l'évolution du nombre d'inscrits

- Augmentation de l'accessibilité au médecin de famille;
- délégation des tâches au travers la collaboration interprofessionnelle;
- responsabilisation des patients;
- pression du MSSS et ses nouvelles orientations.

Taux d'assiduité

En GMF, le taux d'assiduité permet de mesurer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne selon l'entente entre la FMOQ et le MSSS. Pour maintenir son statut de GMF, le groupe de médecins doit converser un taux d'assiduité de 80 %, il a trois ans pour l'atteindre. La formule se trouve dans le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Cet indicateur est aussi important à suivre, par GMF.

Base individuelle

Taux de prise en charge ou de taux de fidélisation afin d'augmenter la prestation moyenne des médecins de manière à répondre aux besoins de la population.

Calcul

Le taux d'assiduité en GMF est défini par la proportion de visites de la clientèle inscrite au GMF effectuées dans les points de service du GMF sur le nombre total de visites de la clientèle inscrite au GMF effectuées dans l'ensemble des lieux de prestation de services de première ligne (GMF, GMF-R, CR, autres GMF ou cabinets, CLSC, UMF, urgences). Différentes exclusions s'appliquent au calcul.

Résultats

Les valeurs du taux d'assiduité par GMF connues à ce jour ne tiennent pas compte de la période de transformation de juin 2015 à février 2016. Il aurait été souhaitable de voir les effets de l'accès adapté sur cet indicateur.

Échéancier des cibles du taux d'assiduité

Échéancier	Cibles Cibles nationales
30 juin 2015	68 %
31 décembre 2015	70 %
30 juin 2016	72 %
31 décembre 2016	74 %
30 juin 2017	76 %
31 décembre 2017	80 %

Depuis 2015, les médecins peuvent interroger certains résultats d'indicateurs sur un tableau de bord personnalisé, accessible à la RAMQ.

Attention : le taux de visites fournies dans le tableau de bord de la RAMQ se calcule similairement à celui du taux d'assiduité, mais ne tient pas compte des exclusions.

Tendances qui se dégagent du projet

Les résultats sont reliés directement au projet d'accompagnement d'implantation de l'accès adapté.

Pourcentage des GMF de Laval avec au moins deux médecins pratiquant en accès adapté

Le premier objectif du projet était d'implanter progressivement l'accès adapté à l'ensemble des GMF de Laval en ciblant au moins deux médecins par GMF pouvant à leur tour, mettre en place la pratique au sein de leur clinique.

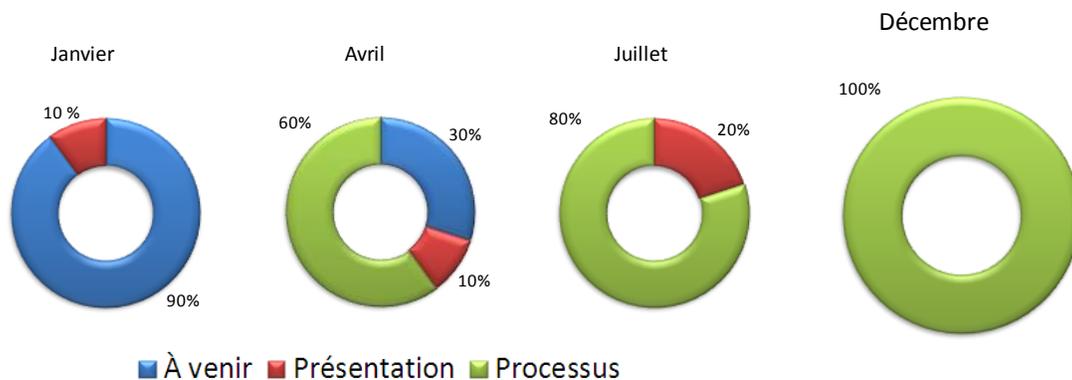
Calcul

Nombre de GMF avec au moins deux médecins pratiquant en accès adapté/Nombre total de GMF de Laval

Résultats

Les résultats du pourcentage des GMF de Laval avec au moins deux médecins pratiquant en accès adapté

Évolution des GMF en processus (janvier à décembre 2015)



■ Commentaires et recommandations

Au début du projet, en janvier 2015, l'accès adapté était pratiqué dans un seul GMF sur les dix par deux médecins.

- À la fin du projet, au moins deux médecins par GMF dans tous les GMF pratiquent en accès adapté;
- résultats reliés directement au projet d'accompagnement d'implantation de l'accès adapté.

Progression des médecins en accès adapté et projection

Cet indicateur permet d'analyser la progression du nombre de médecins qui ont transformé leur pratique en accès adapté à Laval.

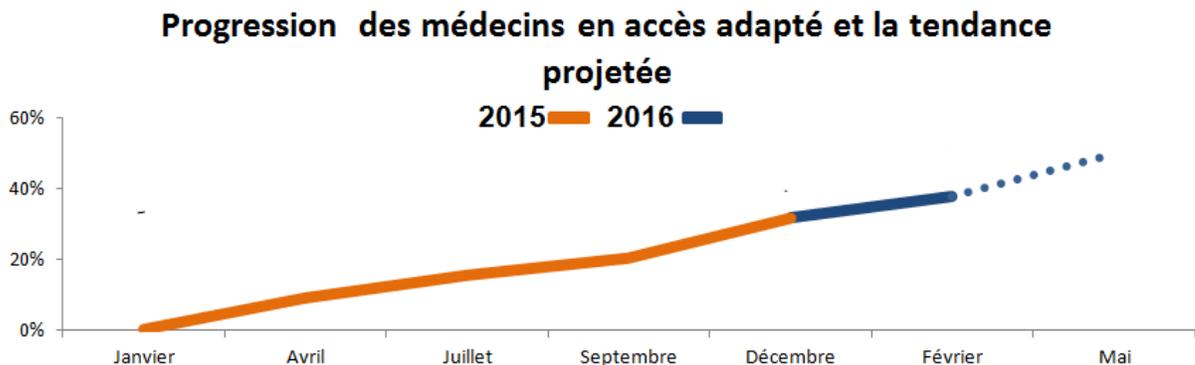
Le nombre total de médecins de famille en GMF utilisé dans les calculs est 243 en date du mois de janvier 2015.

Calcul

Le nombre des médecins des GMF et UMF en accès adapté / nombre total des médecins GMF et UMF de Laval

Résultats

Il y a 38 % des médecins des GMF en accès adapté entre janvier 2015 et mars 2016. Il est prévu une augmentation à plus de 50 % en mai 2016 avec le début des deux UMF de Laval qui passeront en accès adapté.



■ Commentaires

- Le pourcentage de médecins qui pratiquent en accès adapté est en augmentation progressive et il a atteint 38 % en janvier 2016. Ce pourcentage est sous-estimé d'autant plus qu'il n'inclut que des médecins ayant bénéficié de l'encadrement et de l'accompagnement des chargés de projet de l'accès adapté du DRMG de Laval.
- La recension de l'ensemble des médecins de Laval pratiquant en accès adapté permettrait de mieux mesurer et apprécier l'ampleur de la pratique de l'accès adapté dans cette région.

Pourcentage des médecins des GMF de Laval en accès adapté par GMF

Cet indicateur permet au DRMG de Laval de mesurer d'une part le degré de diffusion de l'accès adapté et d'autre part de déterminer l'ampleur du travail d'accompagnement qui reste à effectuer pour la généralisation de l'accès adapté. Il permet de déterminer les résistances éventuelles en vue d'en comprendre le fondement.

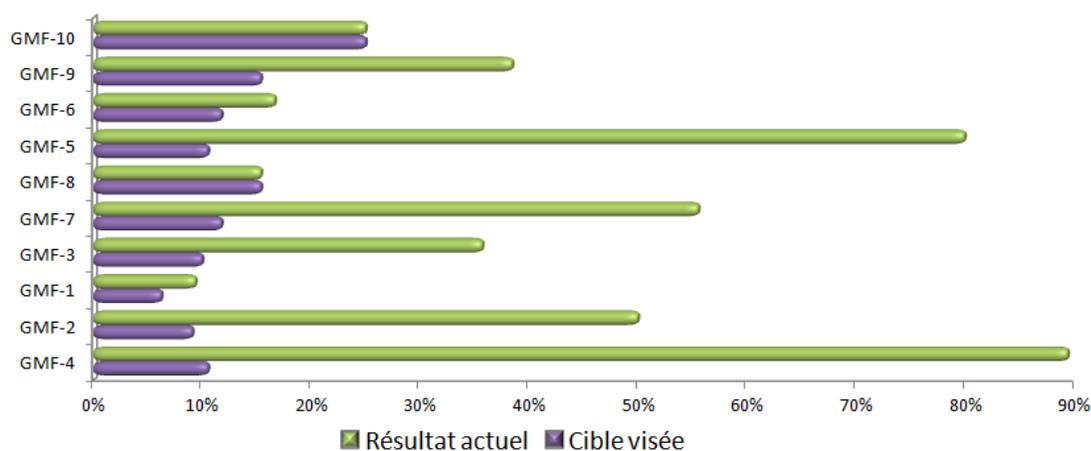
Calcul

Le nombre des médecins des GMF et UMF en accès adapté / nombre total de médecins au sein des GMF et UMF de Laval

Résultat

La proportion de médecins qui passent en accès adapté varie de 90 % à 10 %.

Pourcentage des médecins en accès adapté par GMF à Laval



■ Commentaires

- Le rythme de contamination par GMF est fonction de plusieurs facteurs dont l'implantation préalable du DMÉ, la nature de l'organisation institutionnelle, l'implication du personnel administratif, l'adhésion des médecins, etc.
- Des résistances sont observées : certains médecins ont des pratiques proches de l'accès adapté, d'autres plus âgés et proches de la retraite ne voient pas l'intérêt de changer leur pratique, et pour d'autres, c'est la peur du changement, la surcharge des tâches du personnel administratif.

■ Facteurs clés de succès pour le passage en accès adapté

- Leadership du responsable du GMF;
- cadre de communication et de concertation,
- soutien administratif très efficace;
- alignement des médecins et du personnel administratif à la vision et à la mission du GMF et notamment à la qualité du service à la clientèle du GMF;
- sensibilité aux orientations du MSSS et du DRMG de Laval.

Principaux facteurs de réussite du projet d'accompagnement d'implantation de l'accès adapté à Laval

- Vision du DRMG de Laval partagée par l'ensemble des responsables des GMF;
- accompagnement personnalisé des médecins et du personnel administratif lors des différentes phases d'implantation de l'accès adapté (meilleure gestion du changement), cet accompagnement est renforcé par les profils complémentaires des chargés de projet;
- implication personnelle des médecins responsables des GMF, la bonne collaboration et la confiance témoignée aux chargés de projet par les omnipraticiens de Laval et le personnel administratif.
- conseils permanents de la docteure Dre Pauline Couture, médecin conseil, tout au long de l'implantation du projet et le soutien constant et efficace du docteur Jacques Blais, chef du DRMG Laval;
- soutien du CISSS de Laval dans un contexte de réforme et de grande transformation;
- programme d'accompagnement des cliniques privées et d'autres établissements hors GMF pourrait être envisagé pour faciliter la généralisation de la pratique en accès adapté dans toute la région de Laval, en tenant compte de l'offre des services.

Conclusion

Les leçons apprises lors de l'implantation de l'accès adapté dans la région de Laval sont multiples. C'est d'abord l'intérêt d'un travail en équipe, d'un partenariat qui capitalise les forces et les faiblesses des parties prenantes.

L'accompagnement personnalisé des médecins et des GMF a permis entre autre de mettre en exergue les forces et les faiblesses des cliniques des uns et des autres sur leur fonctionnement et d'initier notamment l'atelier régional des adjoints administratifs en vue d'un partage d'expériences positives, souvent méconnues dans la région.

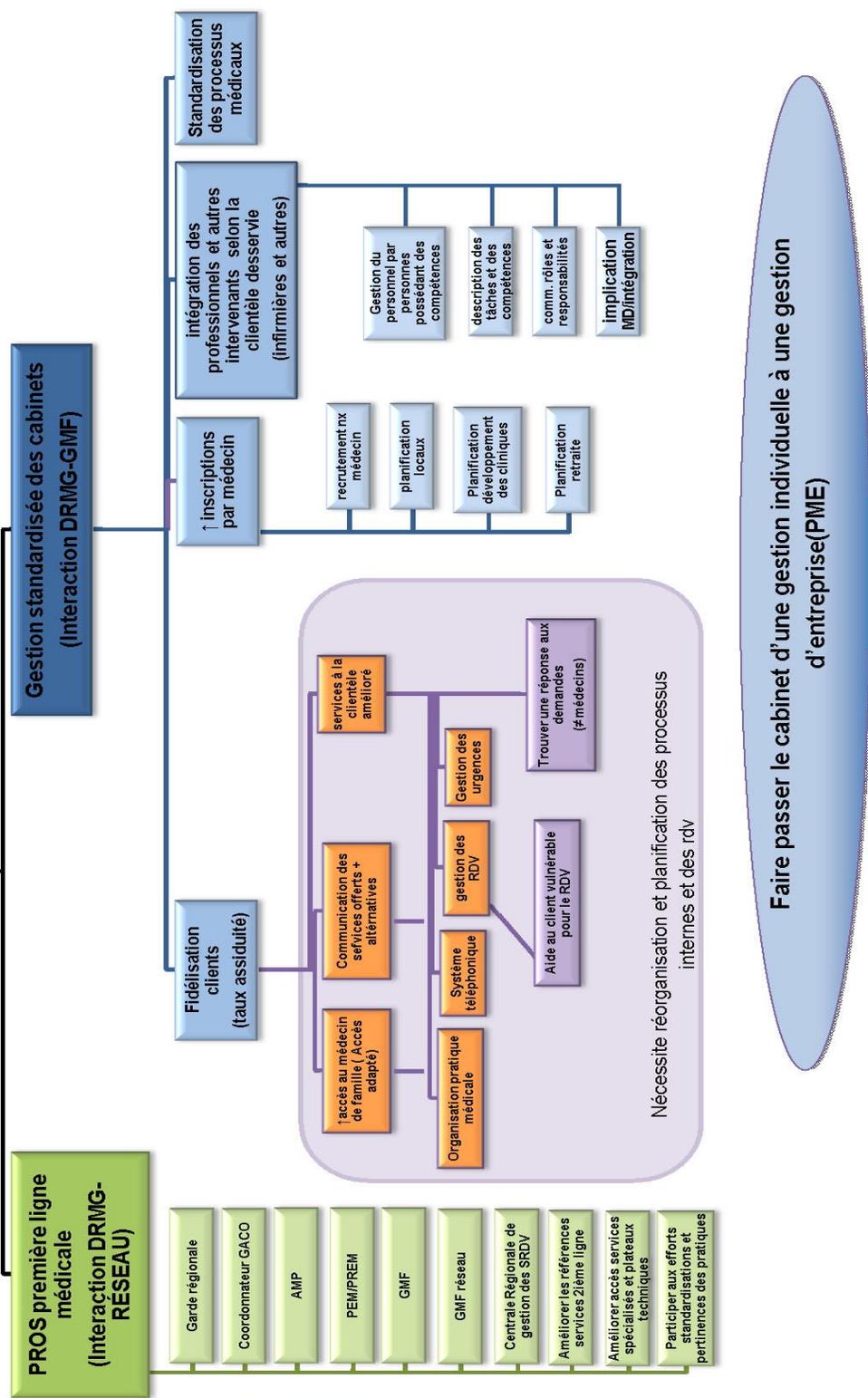
Le projet démontre de plus la nécessité de l'implication des organisations CISSS et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour soutenir les transformations dans les cliniques en vue d'y améliorer l'accessibilité aux services médicaux. Ces organisations devraient opter pour des solutions gagnants-gagnants, faire davantage confiance aux omnipraticiens et négocier avec eux dans une perspective de partenariat d'égal à égal.

L'ampleur des actions entourant la consultation médicale, tel qu'identifié par le projet de l'accès adapté, et les défis de la première ligne médicale selon la vision du DRMG de Laval, rendent incontournable un soutien permanent et efficace à la gestion des changements dans les cliniques. Les équipes de soutien s'avèrent ainsi être une clé importante de réussite pour l'atteinte des cibles dont l'offre en première ligne d'une meilleure accessibilité aux services médicaux et d'un médecin de famille disponible pour au moins 85 % de la population lavalloise. Ce soutien, attendu du réseau de la santé par les GMF, est d'autant plus important que ni le médecin, ni son équipe administrative n'ont toutes les compétences requises face aux exigences des transformations souhaitées.

Enfin, selon la vision du DRMG (voir le schéma intitulé : Le mandat et la vision du DRMG de la première ligne médicale), le projet de l'accès adapté (identifié en orange) n'est qu'un élément des actions à mener pour réussir à rendre la première ligne des soins efficace, capable de jouer véritablement son rôle afin de réduire la pression sur la deuxième ligne et notamment le débordement des urgences.

Le travail à réaliser reste immense, des liens sont à créer entre les unités du réseau représentés dans le schéma suivant.

Rôles et mandats du DRMG dans la LSSS et dans l'entente MSSS-FMOQ



P R O S . P L M

Vision lavalloise du développement de la 1^{ère} ligne médicale

Guide pour l'implantation de l'accès adapté

Références

- Bodenheimer, T., E. H. Wagner, et al. (2002). "Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2." Jama **288**(15): 1909-1914.
- Cameron, S., L. Sadler, et al. (2010). "Adoption of open-access scheduling in an academic family practice." Canadian Family Physician **56**(9): 906-911.
- FMOQ (2015), Modules de formation de l'Accès adapté, 5^e et 7^e cohortes.
- Garnier, E. (2016), "Cliniques médicales. Un bon service à la clientèle? " Le Médecin du Québec. 51 (2), 2-4.
- Gouvernement du Québec (2015), Programme de financement et du soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille.
- Health System Innovation Branch, Manitoba, "Advanced Access. Getting started".
- Murray, M. and D. M. Berwick (2003). "Advanced access: Reducing waiting and delays in primary care." Jama **289**(8): 1035-1040.
- Paré, I. (2014). "Mesurer et gérer pour mieux pratiquer en accès adapté." Le Médecin du Québec.
- Paré, I. (2015). "Satisfaction et fidélisation des patients en première ligne. Entre la théorie et la pratique." Le Médecin du Québec. 49 (10), 69-70.
- Pickin, M., A. O'Cathain, et al. (2004). "Evaluation of advanced access in the national primary care collaborative." British Journal of General Practice **54**(502): 334-340.
- Proulx, M., N. Audet, et al. "la gestion interprofessionnelle et proactive des rendez-vous." Collège des médecins du Québec. 50 (9), 79-81
- Qualité de services de santé Ontario (QSSO) (2013). "Manuel sur l'accès ouvert et l'efficacité dans les soins primaires." Qualité des services de santé Ontario: 66.
- Rose, K et al. (2011), "Advanced access scheduling outcomes : A systematic review". Arch Intern Med. 171 (13) : 1150-1159.
- UMF Notre Dame de Montréal (2015), notes de présentations de leur expérience en Accès adapté.



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval**

Québec 