



Expéditeur	Date
La sous-ministre adjointe à la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques	2021-03-02
Destinataires (*)	
Les présidentes-directrices générales, présidents-directeurs généraux, directrices générales et directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux	
Sujet	
Gestion active des listes d'attente afin d'améliorer l'accès aux médecins de famille ainsi qu'aux services médicaux et diagnostiques spécialisés	

**CETTE CIRCULAIRE REMPLACE CELLE DU
15 AVRIL 2009 (2009-019) MÊME CODIFICATION ET CELLE DU
1^{ER} NOVEMBRE 2018 (2018-029) CODIFIÉE 01.02.10.13**

OBJET

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demande aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) d'adopter une procédure permettant une saine gestion des listes d'attente afin de favoriser l'accès aux médecins de famille ainsi qu'aux services médicaux et diagnostiques spécialisés.

CONTEXTE

La gestion de l'accès aux médecins de famille ainsi qu'aux services médicaux et diagnostiques spécialisés constitue une priorité ministérielle comme indiqué dans le Plan stratégique du MSSS. Au cœur des préoccupations, le patient doit bénéficier d'un accès équitable aux services. À cet effet, un processus rigoureux et standardisé de gestion des listes d'attente, qui respecte la condition clinique des usagers ainsi que les cibles ministérielles, tout en assurant une meilleure utilisation des ressources, est indispensable.

(*) Cette circulaire s'adresse également, en adaptant les destinataires, au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et au Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

**Site Internet : publications.msss.gouv.qc.ca/msss
« Normes et Pratiques de gestion (circulaires) »**

Direction(s) ou service(s) ressource(s)	Numéro(s) de téléphone	Numéro de dossier			
Direction des services de proximité en santé physique	418 266-8486	2021-007			
Document(s) annexé(s)	Volume	Chapitre	Sujet	Document	
	01	02	10	01	

CONTEXTE
(suite)

Afin d'optimiser la qualité des données disponibles dans les systèmes d'information et d'harmoniser les pratiques courantes de gestion des listes d'attente, le MSSS établit les modalités quant à la gestion de ces dernières.

MODALITÉS
D'APPLICATION

Section 1 : Directives générales

Cette circulaire présente des principes directeurs généraux. Les besoins du patient étant au centre de la prestation de soins et de services, les établissements du RSSS et leurs employés se doivent d'utiliser un jugement professionnel dans l'application des modalités de la présente circulaire, et ce, en tenant compte des situations personnelles que peuvent vivre certains patients.

En plus des modalités présentées dans cette circulaire, l'établissement a l'obligation de se conformer aux modalités prévues dans tous les cadres de référence relatifs à l'accès produits par le MSSS.

Section 2 : Prérequis pour la mise en œuvre des orientations

2.1 Ressources dédiées

L'établissement a la responsabilité d'assurer un suivi rigoureux des modalités prévues de la présente circulaire. À cet effet, il doit fournir à ses guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), son Centre de répartition des demandes de services (CRDS), ses centrales de rendez-vous et ses guichets d'accès centraux, des ressources dédiées et suffisantes pour assurer une gestion active de leurs listes d'attente. Le type et le nombre de ressources dédiées dépendent du milieu et des besoins. Il doit être établi en fonction du volume de rendez-vous à traiter et selon le nombre de patients en liste d'attente.

2.2 Information de l'utilisateur

Le patient doit être un partenaire actif dans la gestion des listes d'attente et les démarches d'amélioration de l'accès. En ce sens, l'établissement a la responsabilité d'informer l'utilisateur, dès son enregistrement sur la liste d'attente :

- Des modalités établies dans cette circulaire concernant sa disponibilité pour l'obtention du service requis;
- Des stratégies à mettre en œuvre afin de faciliter son inscription à un médecin de famille ou son accès à des services spécialisés (par exemple : mise à jour de ses coordonnées personnelles au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), changement de son état de santé, préparation de l'examen en services spécialisés, etc.).

**MODALITÉS
D'APPLICATION**
(suite)

Lorsque la fonctionnalité relative à la diffusion de ces informations pour les patients qui s'inscrivent en ligne sur le GAMF sera disponible, l'établissement demeurera responsable d'en informer les patients qui s'inscrivent par d'autres modalités.

L'établissement doit également prévoir un mécanisme afin de tenir les patients régulièrement informés quant à leur statut sur les listes d'attente et afin d'assurer une réponse rapide à leurs questions.

2.3 Information de l'intervenant qui gère la liste d'attente

L'établissement a la responsabilité d'informer l'intervenant qui gère la liste d'attente des modalités établies dans cette circulaire concernant les actions à poser en termes de gestion active des listes d'attente et de gestion des non-disponibilités, refus, reports ou absences.

Section 3 : Modalités de gestion active des listes d'attente

Afin d'assurer une gestion active et rigoureuse de l'accès aux médecins de famille et aux services médicaux et diagnostiques spécialisés, un mécanisme de gestion des listes d'attente doit être mis en place. Il permet d'effectuer une bonne lecture de la situation actuelle de la demande, d'avoir un portrait de la liste d'attente et d'en faire un suivi actif pour équilibrer l'offre en fonction de la demande et améliorer l'accès.

3.1 Validation en continu

Une liste d'attente à jour doit refléter le besoin réel en matière d'accès à des services de santé. Ainsi, il importe de s'assurer, en continu, de mettre à jour les listes d'attente en retirant les demandes qui ne sont plus requises :

- Doublons de demandes et de requêtes;
- Services déjà reçus et examens déjà réalisés;
- Refus de l'utilisateur;
- Usagers non disponibles (application des modalités de la présente circulaire ministérielle);
- Usagers décédés.

3.2 Épuration

Une épuration administrative des listes d'attente doit être faite de façon régulière, deux ou trois fois par année. La fréquence de réalisation de cette procédure doit être adaptée en fonction de la réalité du GACO, du CRDS, des centrales de rendez-vous et des guichets d'accès centraux de chaque établissement.

Il s'agit d'abord, à l'aide de critères précis, d'effectuer une vérification complète et rigoureuse de l'ensemble de la liste afin de déceler les demandes qui n'auraient pas été contrôlées par la validation en continu et de les retirer. Suivant cet exercice, s'il y a lieu, un GACO, un CRDS, une centrale de rendez-vous ou un guichet d'accès central peuvent apporter des ajustements à la mise en œuvre des processus de la validation en continu de leur liste d'attente.

3.3 Vérification périodique des demandes – Délais maximums

Attribution à un médecin de famille

Lorsque la fonctionnalité sera rendue disponible dans le GAMF, après 24 mois d'enregistrement au GAMF pour les patients cotés D et E, le GACO devra vérifier si le patient a toujours besoin d'une prise en charge et d'un suivi par un médecin de famille. Cette vérification doit se faire après 12 mois d'enregistrement pour les patients cotés A, B et C.

3.4 Services médicaux et diagnostiques spécialisés

Après douze mois d'attente, toute demande de chirurgie ou de consultation à un service médical ou diagnostique spécialisé ou surspécialisé sera vérifiée auprès de l'utilisateur et du médecin qui a fait la demande afin de s'assurer de sa validité. Pour les examens en imagerie médicale, cette vérification doit être faite après trois mois.

Section 4 : Gestion des périodes de non-disponibilités, des reports, des refus, des absences, des incapacités à joindre l'utilisateur et du réenregistrement

La présente section est divisée en deux sous-sections. La première (4.1) concerne les directives spécifiques aux GACO, alors que la deuxième (4.2) concerne les services médicaux et diagnostiques spécialisés (consultation, imagerie, chirurgie).

4.1 Directives spécifiques aux GACO

4.1.1 Refus sur une base discriminatoire

Est considéré comme discriminatoire un refus d'attribution à un médecin de famille basé sur l'une des caractéristiques personnelles suggérées par la Commission des droits de la personne, soit :

- L'âge;
- L'état civil;
- La religion, la race ou la couleur;
- La condition sociale;
- La grossesse;
- L'origine ethnique ou nationale;
- Les convictions politiques;
- Le handicap;
- L'orientation sexuelle, le sexe, l'identité ou l'expression de genre.

En attendant le développement de la fonctionnalité automatisée dans le GAMF, lorsque le patient refuse l'attribution à un médecin de famille sur une telle base, le GACO doit aviser le patient :

- Qu'il n'est pas possible de prendre en considération ce type de demandes lors de l'attribution à un médecin de famille et que sa demande sera retirée du GAMF s'il maintient son refus;
- La communication devra spécifier :
 - Que le patient pourra rechercher lui-même un médecin de famille ou se réenregistrer au GAMF, mais que la date d'enregistrement correspondra à celle de son nouvel enregistrement;
 - Que le patient a un délai de 30 jours suivant la date de la correspondance pour confirmer par écrit au GACO s'il maintient ou non son refus. Le patient est aussi avisé qu'en l'absence de retour de sa part dans les 30 jours, son refus sera considéré comme définitif.

**MODALITÉS
D'APPLICATION**
(suite)

Dans le cas du refus de l'attribution à un médecin de famille, le GACO devra indiquer les raisons pour lesquelles l'enregistrement du patient est retiré du GAMF lors de l'envoi de la liste des retraits du GAMF à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

4.1.2 Refus de l'attribution à un médecin de famille

Dans le cas de l'attribution à un médecin de famille, le refus est défini comme étant initié par l'usager, et qui refuse la prise en charge par le médecin de famille offert par le GACO ou parce qu'il est impossible pour le médecin de joindre cet usager. Les raisons possibles de refus par l'usager sont :

- Incapacité de la personne assurée à se déplacer;
- Incompatibilité émise par la personne assurée;
- Le médecin est connu de la personne assurée;
- Ne veut plus être prise en charge par un médecin de famille;
- Distance domicile-clinique excessive pour la personne assurée;
- Propos discriminatoires émis par la personne assurée (voir section 2.1.1).

Premier refus

Si le patient refuse pour une première fois l'attribution à un médecin de famille pour toute autre raison que sur une base discriminatoire, le GACO doit aviser le patient :

- Que le GACO a pour mandat d'aider les personnes qui le désirent à trouver un médecin de famille et, qu'à ce titre, le GACO a réalisé son mandat en lui attribuant un médecin de famille;
- Qu'il est possible, si le patient le désire, de rechercher lui-même un médecin de famille;
- Que le GACO tentera de lui trouver un autre médecin de famille, mais que, cependant, au prochain refus d'attribution de médecin de famille, l'enregistrement du patient sera retiré du GAMF.

**MODALITÉS
D'APPLICATION**
(suite)

Deuxième refus

Si le patient refuse une seconde fois l'attribution à un médecin de famille pour toute autre raison que sur une base discriminatoire, le GACO doit aviser par écrit le patient :

- Que le GACO a pour mandat d'aider les personnes qui le désirent à trouver un médecin de famille et, qu'à ce titre, le GACO a réalisé son mandat en lui attribuant un médecin de famille;
- Que son enregistrement sera retiré du GAMF, en indiquant les raisons spécifiques de son retrait, s'il maintient son refus;
- Qu'il est possible, s'il le désire, de rechercher lui-même un médecin de famille;
- Que le patient a un délai de 30 jours suivant la date de la correspondance pour confirmer par écrit au GACO s'il veut annuler son refus et conserver son attribution actuelle au médecin de famille.

4.1.3 Omission de retourner le formulaire de consentement à la prise en charge par un médecin de famille

Dans le cas de l'attribution à un médecin de famille en vertu de la Lettre d'entente no 321 concernant certaines modalités particulières applicables dans le cadre de la prise en charge et le suivi d'un bloc de patients sans médecin de famille attribué par le GAMF (LE321), il s'agit d'un usager qui ne retourne pas dans les délais prescrits le formulaire de consentement à la prise en charge (formulaire 4096) par un médecin de famille, ou, lorsque les modalités seront développées par la RAMQ, qui ne confirme pas qu'il accepte son attribution dans les délais. Dans ce cas, comme précisé par écrit dans la lettre envoyée à l'usager attribué à un médecin de famille en vertu de la LE321, l'usager est suspendu du GAMF et il doit accéder à nouveau au GAMF et ainsi entrer ses informations personnelles afin de réactiver son dossier.

4.1.4 Incapacité à rejoindre l'usager par l'établissement

L'incapacité à rejoindre l'usager est avérée après trois tentatives téléphoniques, à des moments différents de la journée (matin, après-midi, soir) et à l'intérieur d'une période de deux semaines.

**MODALITÉS
D'APPLICATION**
(suite)

Lorsque l'utilisateur n'a pas retourné les appels du GACO dans ces conditions, l'établissement demande à la RAMQ d'acheminer une lettre au patient pour lui signifier qu'il est suspendu de la liste d'attente. L'utilisateur y est également avisé :

- Que son enregistrement au GAMF sera suspendu tant qu'il ne confirmera pas son besoin d'inscription à un médecin de famille;
- Qu'après trois suspensions du GAMF et dont la raison est l'impossibilité de joindre l'utilisateur, il sera retiré du GAMF et qu'il sera nécessaire de se réenregistrer au GAMF, mais que la date d'enregistrement correspondra à celle de son nouvel enregistrement.

4.1.5 Incapacité de rejoindre l'utilisateur par la clinique de médecine de famille

Après deux annulations d'attribution à un médecin de famille par les cliniques de médecine de famille et dont la raison est l'impossibilité de joindre l'utilisateur, ce dernier est retiré du GAMF et une lettre est acheminée à l'utilisateur lui informant que :

- Qu'il est retiré du GAMF en raison de l'impossibilité d'être joint par les cliniques de médecine de famille et qu'il sera nécessaire de se réenregistrer au GAMF mais que la date d'enregistrement correspondra à celle de son nouvel enregistrement.

4.1.6 Réenregistrement sur le GAMF

Lorsque la fonctionnalité sera disponible dans le système GAMF, tout patient qui était au préalable enregistré sur le GAMF et qui s'est vu attribuer un médecin de famille, et qui par la suite, doit se réenregistrer sur le GAMF en raison de son médecin (retraite, changement de pratique, incompatibilité ou autre) après moins de 12 mois pour les inscriptions de catégorie Médecine familiale et après moins de 36 mois pour les inscriptions de catégorie Sans visite, devra être réenregistré sur le GAMF à sa date initiale d'enregistrement.

**MODALITÉS
D'APPLICATION**
(suite)

4.2 Directives spécifiques aux services médicaux et diagnostiques spécialisés (consultations, imagerie, chirurgie)

4.2.1 Période de non-disponibilité

Un usager peut être non disponible pour une période de temps pour des raisons médicales ou personnelles. Le temps d'attente d'un usager n'est pas comptabilisé durant des périodes de non-disponibilité, qu'elle soit médicale ou personnelle.

Non-disponibilité : On entend par période de non-disponibilité, une période de plus de sept jours consécutifs où l'usager n'est pas disponible pour recevoir son service.

- Médicale : Le patient n'est pas disponible pour recevoir son service ou subir son intervention chirurgicale puisque sa condition de santé ne lui permet pas (traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, atteinte de l'état général, etc.).
- Personnelle : Le patient n'est pas disponible pour recevoir son service ou subir son intervention chirurgicale en raison de tout motif autre que médical, hospitalier ou administratif (voyage, études, engagement professionnel, etc.).

Non-disponibilité médicale

La période de non-disponibilité médicale d'un usager est saisie dans le système d'information, en y précisant la date de début et de fin de celle-ci, si elle est connue. Il n'y a aucune limite du nombre de non-disponibilités pour des raisons médicales.

Non-disponibilité personnelle

La période de non-disponibilité personnelle d'un usager est saisie dans le système d'information, en y précisant la date de début et de fin de celle-ci. L'usager a droit à deux périodes de non-disponibilité personnelle pour le même service, d'une durée maximale de six mois chacune.

Après deux périodes de non-disponibilité personnelle de six mois, l'établissement avise l'usager et le médecin requérant par écrit que son nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la pertinence de la demande.

4.2.2 Refus ou report d'une date d'intervention, d'examen ou d'une consultation

Les définitions suivantes s'appliquent :

- Refus : Lorsque l'utilisateur n'accepte pas les dates, qui lui sont offertes lors d'un appel de la centrale de rendez-vous;
- Report : Lorsque l'utilisateur remet à plus tard, pour des raisons personnelles, son rendez-vous déjà fixé à une date ultérieure, connue ou indéterminée.

Premier et deuxième refus ou report

L'utilisateur qui refuse ou reporte son premier rendez-vous se voit consigner un premier refus et offrir une nouvelle date. Il est informé des modalités de cette circulaire.

Les mêmes règles s'appliquent lors d'un deuxième refus de rendez-vous ou lors d'un deuxième report.

Troisième refus ou report

S'il y a un troisième refus lors d'un nouvel appel ou un troisième report pour des raisons personnelles, l'établissement avise l'utilisateur que son nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la pertinence et la priorité de la demande. L'utilisateur doit recevoir une confirmation écrite de cette démarche et le médecin requérant doit être informé de cette mesure.

4.2.3 Absence à un rendez-vous (*no show*)

- Absence (*No show*) : Un utilisateur qui ne se présente pas à son rendez-vous sans qu'il ait eu d'annulation ou de report de sa part. Il est question, ici, de patients qui avaient confirmé leur présence à un rendez-vous.

Première absence

L'utilisateur qui ne se présente pas à son rendez-vous une première fois doit être rejoint afin de l'informer des modalités en vigueur sur la gestion des non-disponibilités. Une nouvelle date doit lui être offerte, et une première absence pour des raisons personnelles est notée au dossier.

Deuxième absence

L'utilisateur qui ne se présente pas à son rendez-vous pour une deuxième fois pour des raisons personnelles pour un même service est avisé par écrit que son nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la pertinence et la priorité de la demande. Le médecin requérant doit être informé de cette mesure.

Dans le cas de certaines trajectoires de soins (par exemple : la trajectoire préopératoire, certaines trajectoires oncologiques, etc.), l'application de la directive de gestion des absences peut se comptabiliser pour l'ensemble de la trajectoire et non par spécialité.

4.2.4 Délai raisonnable pour attribuer un rendez-vous

Laisser un délai raisonnable c'est de prévoir du temps dans l'horaire de l'utilisateur afin de lui permettre de s'organiser. Cela dépend du service à obtenir, la préparation pour subir celui-ci, sa durée et les consignes. La distance à parcourir, les restrictions et les recommandations après (interdiction de conduire, présence d'un proche nécessaire, hospitalisation pour observation, organisation familiale, etc.) doivent aussi être prises en considération dans l'organisation de l'utilisateur.

4.2.5 Incapacité à rejoindre l'utilisateur

Lorsque l'utilisateur n'a pas retourné les appels de l'établissement et n'a pu être rejoint, cela après trois tentatives téléphoniques, à des moments différents de la journée et à l'intérieur d'une période de deux semaines, l'établissement lui achemine une lettre pour lui signifier la nécessité de contacter l'établissement dans les 30 jours suivant la date d'envoi de la correspondance.

L'utilisateur y est alors avisé que si aucun retour n'a été réalisé après les 30 jours, son nom sera retiré de la liste d'attente et qu'il sera nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la demande. Le médecin requérant doit être informé de cette mesure.

**MODALITÉS
D'APPLICATION**
(suite)

4.2.6 Réinscription sur une liste d'attente

Advenant le cas où l'utilisateur a été retiré de la liste d'attente et qu'il souhaite toujours recevoir le service et que la pertinence est maintenue une fois qu'il aura revu le médecin requérant, il sera réinscrit sur la liste d'attente selon la priorité médicale indiquée.

**ENTRÉE EN
VIGUEUR**

Cette circulaire entre en vigueur dès à présent.

SUIVI

Pour toute question ou toute information concernant ce dossier, nous vous invitons à communiquer avec la Direction des services de proximité en santé physique au 418 266-8486.

La sous-ministre adjointe,

Original signé par

Lucie OPATRYN