

ENTENTE DE PRINCIPE ENTRE LA FMSQ ET LE MSSS AFIN D'ACCROÎTRE ET D'AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE

CONSIDÉRANT les difficultés d'accès à certains services spécialisés et l'objectif partagé par les parties d'accroître l'accessibilité aux services médicaux spécialisés pour répondre aux besoins de la population québécoise;

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser une organisation de soins et de services qui soutient de façon optimale l'évaluation, l'orientation et la prise en charge des patients par les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de permettre un meilleur partage des tâches entre les médecins spécialistes et les médecins de famille;

CONSIDÉRANT l'adoption de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée », par les membres de l'Assemblée nationale du Québec, ci-après la « loi 20 »;

CONSIDÉRANT que l'objet de la loi 20, vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée »;

CONSIDÉRANT que la FMSQ est d'avis que la loi 20 n'est pas la solution appropriée pour corriger les problèmes d'accessibilité;

CONSIDÉRANT qu'il est impératif que la FMSQ et le MSSS travaillent de concert pour améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés pour la population québécoise, et ce, dans un climat harmonieux;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de convenir d'une entente de principe concernant l'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux spécialisés, laquelle aurait pour effet de surseoir à l'application de la loi 20 et de permettre son abrogation ultérieure, dans la mesure où les cibles d'accès aux services médicaux spécialisés sont atteintes;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Objet de l'entente de principe

La présente entente de principe vise à accroître et améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés pour la population québécoise en agissant principalement sur les quatre éléments d'accessibilité suivants :

- L'amélioration de l'accès aux consultations spécialisées selon des délais associés à la priorité clinique attribuée à un patient;
- La diminution des délais associés aux consultations spécialisées demandées au service d'urgence d'un établissement;
- L'augmentation du taux de prise en charge de patients hospitalisés par les médecins spécialistes en tant que médecins traitants;
- La priorisation des interventions chirurgicales de patients en attente depuis plus d'un an.

1. L'amélioration de l'accès aux consultations spécialisées selon des délais associés à la priorité clinique attribuée à un patient

La FMSQ et le MSSS conviennent de collaborer au développement d'un mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés afin de recevoir en consultation, à la demande d'un médecin de famille en première ligne, et ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, des patients qui ne

sont pas des usagers admis, et ce, selon le délai associé à leur priorité clinique. Le développement du mécanisme d'accès est effectué selon les modalités identifiées à l'Annexe II.

À cette fin, la FMSQ convient de participer activement avec le MSSS au développement et au déploiement de formulaires standardisés, selon des critères de priorisation prédéterminés pour chaque demande de consultation.

La FMSQ s'engage à être proactive et à déployer tous les efforts nécessaires afin d'inciter les spécialités identifiées à l'Annexe III à adhérer au mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés, et ce, pour atteindre, au 31 décembre 2017, les cibles provinciales identifiées à l'Annexe I.

Les parties identifient un indicateur, soit le pourcentage de demandes de consultations demandées par un médecin de famille en première ligne et qui ont été traitées dans les délais associés à la priorité clinique du patient.

Le suivi de cet indicateur s'effectuera notamment par la mise en place d'un système informatique par le MSSS permettant de mesurer les délais de traitement des demandes de consultation.

2. La diminution des délais associés aux consultations spécialisées demandées au service d'urgence d'un établissement

La FMSQ et le MSSS conviennent de collaborer à la diminution des délais de consultation spécialisée au sein des services d'urgence des établissements du réseau de la santé, tels que déterminés selon les modalités prévues à l'annexe IV.

La FMSQ s'engage à être proactive et à déployer tous les efforts nécessaires afin d'inciter les médecins spécialistes à atteindre, au 31 décembre 2017, les cibles provinciales identifiées à l'Annexe I.

Les parties identifient deux indicateurs, soit le pourcentage de demandes de consultations traitées à l'intérieur de 2 h du lundi au vendredi entre 8 h et 16 h et le pourcentage de demandes de consultations traitées à l'intérieur de 4 h du lundi au vendredi entre 8 h et 16 h.

Le suivi de cet indicateur s'effectuera notamment selon les données incluses dans la banque de données communes des urgences (BDCU) et notamment par l'introduction de l'obligation d'indiquer l'heure de la référence et de la prise en charge en sus du nom du référant à la demande de paiement faite à la RAMQ par le médecin spécialiste consultant.

3. L'augmentation du taux de prise en charge de patients hospitalisés par des médecins spécialistes à titre de médecins traitants

La FMSQ et le MSSS conviennent de collaborer afin d'accroître le taux de prise en charge des patients hospitalisés par les médecins spécialistes à titre de médecins traitants pour les spécialités visées à l'Annexe V.

La FMSQ s'engage à être proactive et à déployer tous les efforts nécessaires afin d'inciter les médecins spécialistes à prendre en charge un plus grand nombre de jours d'hospitalisation et ainsi atteindre, au 31 décembre 2017, la cible provinciale identifiée à l'Annexe I.

Les parties identifient notamment le taux de comblement des besoins ainsi que des activités d'établissement par la médecine spécialisée et la

médecine de famille afin de permettre au comité conjoint d'effectuer un juste suivi des activités hospitalières.

Le suivi de cet indicateur s'effectuera notamment avec les données incluses dans la banque sur les hospitalisations (MED-ECHO).

4. La priorisation des interventions chirurgicales de patients en attente depuis plus d'un an

La FMSQ et le MSSS conviennent de collaborer afin d'assurer une priorisation des interventions chirurgicales de patients en attente depuis plus d'un an, et ce, tel que déterminé par la formule et les modalités prévues à l'Annexe VI.

La FMSQ s'engage à être proactive et à déployer tous les efforts nécessaires afin d'inciter les médecins spécialistes chirurgiens à rencontrer la formule de priorisation prévue et ainsi atteindre, au 31 décembre 2017, la cible provinciale identifiée à l'Annexe I.

Les parties identifient un indicateur, soit le pourcentage de chirurgiens qui satisfont à la formule de priorisation prévue et permettant d'assurer que les patients les plus anciens sont priorisés. Le suivi de cet indicateur s'effectuera par la source de données de l'entrepôt SIMASS.

5. Environnement favorable

Il est entendu que le MSSS et la FMSQ s'engagent à déployer tous les efforts requis pour répondre aux différents volets liés à l'environnement favorable qui relève de leurs responsabilités respectives.

Les parties reconnaissent que de par leur exercice principal en établissement, les médecins spécialistes sont tributaires des choix organisationnels concernant la prestation des soins aux patients. À cette fin, le MSSS reconnaît que la démarche actuelle implique que les efforts requis puissent se poursuivre pour que les conditions de pratique des médecins spécialistes leur permettent de prodiguer leurs soins de façon optimale et ce, tout en respectant le cadre financier des établissements.

L'octroi de conditions de pratiques optimales implique de considérer divers éléments dont l'accès aux plateaux techniques et aux cliniques externes en établissement, le financement des activités en clinique médicale, l'implication des autres professionnels de la santé dans la prise en charge et le suivi des patients, la pertinence des services spécialisés demandés et leur volume, les effectifs médicaux requis pour les dispenser, les particularités propres à certains établissements ou spécialités et l'organisation du travail et les interactions avec les autres professionnels de la santé.

L'octroi de conditions de pratiques optimales implique également de considérer divers autres éléments qui peuvent influencer sur la pratique des médecins spécialistes et la dispensation des services dont l'accès à un dossier médical électronique (DME), la révision de la notion du « lui-même », la révision du soutien technique et administratif en établissement et dans les cliniques médicales et la révision des demandes administratives (uniformisation et simplification des documents requis utilisés).

Il est entendu que le MSSS s'engage de bonne foi, à la hauteur de ses capacités et responsabilités, à contribuer à l'amélioration de l'environnement de pratique des médecins spécialistes.

6. Comité de travail et de suivi

Un comité conjoint est constitué pour assurer l'application et le suivi de la présente entente de principe. Il est formé du nombre de membres jugés pertinent par les parties, auquel peuvent s'adjoindre certaines personnes dont l'expertise permet de contribuer à ses travaux.

Le mandat du comité conjoint est de soutenir la collaboration prévue à la présente entente de principe, de contribuer aux travaux permettant de favoriser l'atteinte des objectifs qui y sont prévus, d'assurer le suivi des engagements des parties et d'évaluer sur une base régulière la situation de l'accessibilité aux services médicaux spécialisés. Il fait rapport aux parties en y incluant, le cas échéant, ses recommandations. Le comité conjoint doit notamment s'assurer que les cibles finales identifiées par les parties seront atteintes au 31 décembre 2017. Le comité est assuré d'obtenir des organismes appropriés les données jugées pertinentes à son mandat.

Pour favoriser l'exercice de son mandat et assurer un suivi adéquat de l'évolution des cibles finales identifiées, les parties définissent à l'Annexe I des cibles intermédiaires. Le comité conjoint effectue le suivi de ces cibles et fait rapport de la situation aux parties, en y incluant, le cas échéant, ses recommandations.

Les parties conviennent que la présente entente de principe ne peut donner lieu à l'ajout de montants additionnels à ceux déjà prévus à l'enveloppe budgétaire globale, étant entendu que l'enveloppe budgétaire est toutefois ajustée de la façon prévue au Protocole d'accord intervenu entre le MSSS et la FMSQ concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes, et ce afin de traduire, le cas échéant, les coûts reliés à l'évolution de pratique des médecins spécialistes, dont l'augmentation de services qui peut résulter de la présente entente de principe.

Dans le cadre du suivi des cibles, les parties conviennent également, en respect des principes agréés dans le cadre du Protocole d'accord intervenu entre le MSSS et la FMSQ concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes, à considérer la mise en place ou l'adaptation, à même les sommes demeurant à être versées en vertu de l'entente d'étalement, de certaines mesures de rémunération visant à favoriser l'atteinte des cibles prévues à la présente entente de principe. Les parties s'engagent également à ajuster (à la hausse ou à la baisse) les cibles prévues à la présente entente, selon l'évaluation de la situation de l'environnement de pratique des médecins spécialistes. Le comité pourra également recommander aux parties l'ajout de cibles à la présente entente.

7. Loi 20, « Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée »

Le gouvernement s'engage à ne pas mettre en vigueur les dispositions s'appliquant aux médecins spécialistes contenues dans la loi 20, à l'exception des articles 29.1 et 29.2 de l'article 1 de la loi 20 touchant la gestion des effectifs médicaux et de l'article 39 du chapitre V de la partie I, dans la mesure où il concerne les médecins spécialistes. De plus, le ministre de la santé et des services sociaux et le gouvernement s'engagent, sous réserve de l'article 8 de la présente entente, à ne pas utiliser les pouvoirs qui sont prévus à l'article 39 du chapitre V de la partie I de la loi 20.

En contrepartie, la FMSQ s'engage à accroître et à améliorer l'accessibilité pour atteindre, au plus tard le 31 décembre 2017, les cibles

finales identifiées dans la présente entente de principe. Il est entendu que le MSSS doit collaborer entièrement à l'atteinte de ces cibles.

Le gouvernement s'engage, au plus tard au 30 juin 2018 ou avant la fin de la session parlementaire du printemps 2018, le premier des deux événements, à déposer un projet de loi abrogeant les dispositions s'appliquant aux médecins spécialistes, incluant l'article 39, contenues dans la Loi 20, par suite de l'atteinte des cibles identifiées dans la présente entente de principe.

8. Amélioration de l'offre de services en ultrasonographie diagnostique

Les parties reconnaissent qu'elles ont entrepris des discussions sur les façons d'améliorer l'offre de services dispensés par les médecins radiologistes en ultrasonographie diagnostique et elles conviennent de poursuivre leur discussion à cet égard, les parties convenant que les coûts en découlant seront assumés, jusqu'à concurrence de 30 M\$, à même l'enveloppe budgétaire globale.

Aux fins de la présente entente de principe, le ministre a exigé de conserver, et ce, à titre de seule exception à l'engagement pris en vertu de l'article 7 et pour les seuls fins d'améliorer l'offre de services dispensés par les médecins radiologistes en ultrasonographie diagnostique, les pouvoirs qui lui sont dévolus par l'article 39 du chapitre V de la partie I de la loi 20. La Fédération prend acte de cette exigence du ministre et de cette seule exception à l'engagement pris par le ministre et le gouvernement en vertu de l'article 7, tout en réaffirmant la nécessité pour les parties de privilégier le recours à la négociation afin d'améliorer l'offre de services en ultrasonographie diagnostique.

Ainsi, le présent article vise à préciser cette seule limitation exceptionnelle à l'engagement pris en vertu de l'article 7 et l'acceptation de la présente entente de principe par la Fédération ne doit aucunement atténuer le fait qu'elle est en désaccord avec l'application éventuelle de ces pouvoirs.

9. Pérennité

Afin de maintenir les cibles finales identifiées à l'Annexe I et d'en assurer la pérennité, les parties s'engagent à effectuer sur une base régulière, par suite de l'abrogation des dispositions s'appliquant aux médecins spécialistes contenues dans la loi 20, un suivi rigoureux de ces cibles. Toute variation à la baisse justifierait les parties d'intervenir pour apporter les correctifs jugés pertinents et nécessaires.

10. Entrée en vigueur

La présente entente de principe entre en vigueur à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____

CE _____ JOUR DE _____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE I

Cibles intermédiaires et finales

Médecine spécialisée	Indicateur	Valeur actuelle (2015-03-31)	Échéancier / Cibles			
			2016-06-30	2016-12-31	2017-06-30	2017-12-31
Consultations spécialisées référées par un médecin de famille (MF) - cible provinciale par priorité clinique	% des patients référés qui ont été vus dans les délais associés à leurs conditions cliniques (priorités A, B et C)			50 %	70 %	90 %
	% des patients référés qui ont été vus dans les délais associés à leurs conditions cliniques (priorités D et E jusqu'à un an)			50%	65%	75%
Prise en charge des activités d'hospitalisation par les médecins spécialistes- cible provinciale	% du nombre de jours d'hospitalisation pris en charge par les médecins spécialistes	56,8 %	58 %	61 %	63 %	65 %
Consultations spécialisées auprès des patients sur civières à l'urgence excluant les P4-P5*- cible provinciale (1)	% des demandes de consultation réalisées à l'intérieur de 2h du lundi au vendredi entre 8h et 16h	31,1 %	33 %	35 %	38 %	40 %
	% des demandes de consultation réalisées à l'intérieur de 4h du lundi au vendredi entre 8h et 16h	57,4 %	60 %	65 %	70 %	75%
Chirurgie- cible provinciale (2)	% de chirurgiens ayant des demandes en attente depuis plus d'un an et qui sont conformes au ratio	14,9 %	40 %	70 %	85 %	95 %

NOTES

(1) Le suivi des cibles s'effectueront selon les données incluses dans la Banque de données communes des urgences (BDCU)

(2) Le respect du ratio permet d'assurer qu'à priorité égale, les patients ayant les plus longs délais d'attente sont priorisés. Pour que le ratio soit considéré être conforme, il faut que: A > B

A: Le pourcentage de demandes réalisées ayant plus d'un an de temps d'attente = (nombre de demandes réalisées avec plus de 365 jours d'attente / nombre total des demandes réalisées).

B: Le pourcentage de demandes en attente depuis plus d'un an (nombre de demandes en attente depuis plus de 365 jours/nombre de total de demandes en attente)

Cette annexe fait partie intégrante de la présente entente de principe.

Annexe II

Accès priorisé aux services spécialisés (APSS)

Définition

L'Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) est un ensemble de stratégies et de mécanismes permettant un accès aux services spécialisés à l'intérieur du délai correspondant à la condition clinique du patient. L'APSS se divise en deux (2) volets, une harmonisation clinique et un mécanisme d'accès aux services spécialisés.

L'harmonisation clinique est constituée de trois (3) éléments :

1. Une échelle de priorités cliniques unique pour l'ensemble des services spécialisés;
2. Une harmonisation des processus de référence, incluant des critères de priorisation uniformes;
3. Une demande de services standardisée.

L'échelle de priorités cliniques préconisées est la suivante :

Code de priorité	Délai
Urgent	Immédiat
A	≤ 3 jours
B	≤ 10 jours
C	≤ 28 jours
D	≤ 3 mois
E	≤ 6 mois

L'harmonisation des processus de référence permet d'associer, pour une spécialité donnée, environ 80 % des raisons de consultations en provenance de la première ligne à chacun des codes de priorité de l'échelle de priorités cliniques.

La demande de services standardisée, unique pour une spécialité, contient les raisons de consultations associées à l'échelle de priorités cliniques.

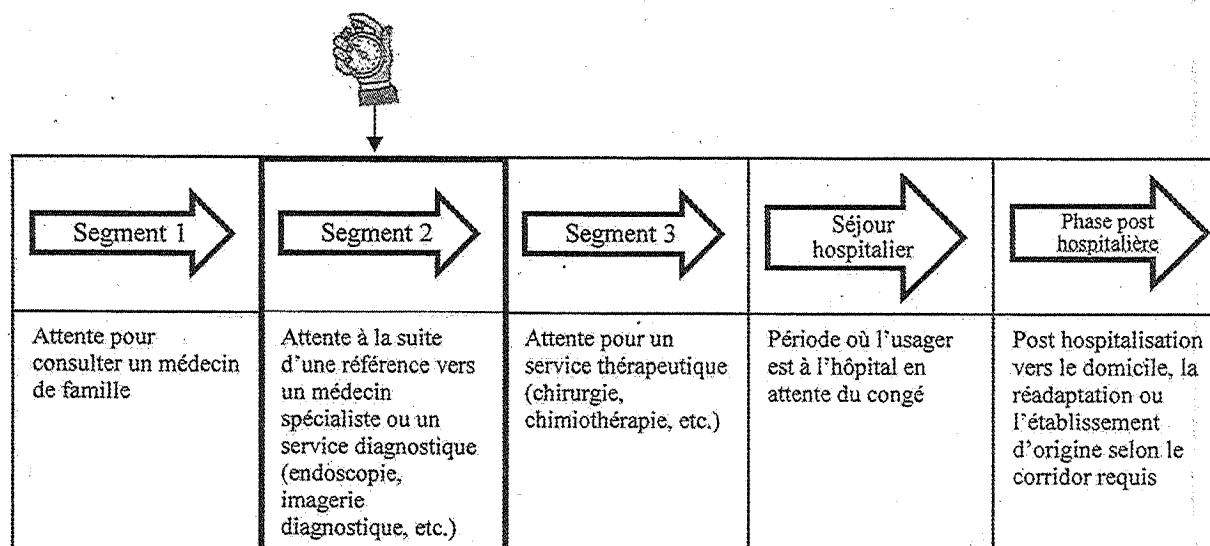
Le mécanisme d'accès aux services spécialisés permet d'optimiser la gestion de l'APSS. Les éléments à mettre en place par les établissements sont les suivants :

- Un centre de rendez-vous unique;
- Des trajectoires de référence optimales;
- Si requis, un centre de répartition des demandes de services (CRDS).

La centralisation en un point de chute unique par installation pour le dépôt des demandes de services permet notamment de standardiser les processus et d'optimiser les ressources. La mise en place de trajectoires de référence optimales assure une orientation vers le dispensateur de services le plus pertinent. Dans les territoires où il existe une proximité de dispensateurs de services et une mobilité de la population, les installations ou établissements peuvent mettre en place un Centre de répartition des demandes de services (CRDS). Un CRDS n'est pas une structure supplémentaire. Il est implanté dans un établissement mandaté pour assumer ce rôle et est souvent intégré dans une centrale de rendez-vous existante. Les agents administratifs du CRDS traitent les demandes de services et attribuent les rendez-vous dans un des lieux de dispensation du service requis en fonction de la priorité clinique et du lieu de résidence du patient.

Segmentation de l'attente

Le cheminement d'un usager peut comporter un ou plusieurs des segments d'attentes qui sont représentés dans la figure suivante :



L'APSS permet d'optimiser l'accès au segment 2 de l'attente.

Calcul du délai d'attente

Début du délai d'attente de l'utilisateur : Dans tous les cas, le délai d'attente pour l'utilisateur débute dès que la demande de services est reçue à la centrale de rendez-vous (ou au CRDS).

Début du délai de réponse du spécialiste : Le délai de réponse du spécialiste est égal au délai d'attente de l'utilisateur, sauf lorsqu'une demande incomplète est reçue et qu'elle doit être retournée au médecin référent. Le cas échéant, le délai de réponse du médecin spécialiste débute au moment où la demande de service dûment complétée est retournée à la centrale de rendez-vous (ou au CRDS).

Fin du délai d'attente : Le temps d'attente se termine au moment où le service pour lequel l'utilisateur était en attente est réalisé par le dispensateur de services.

Calcul de la cible : Aux fins du calcul de la cible prévue à l'entente de principe le délai application pour l'échelle de priorité E est équivalent à ≤ 1 an.

Inclusions

Toutes les demandes de services spécialisés en provenance des médecins de famille.

Exclusions

Les demandes de services où l'utilisateur ne s'est pas présenté à son rendez-vous sont exclues.

Liste des spécialités visées par l'accès aux consultations spécialisées :

- 1° Cardiologie;
- 2° Chirurgie générale;
- 3° Chirurgie générale pédiatrique;
- 4° Chirurgie orthopédique;
- 5° Chirurgie plastique;
- 6° Chirurgie vasculaire;
- 7° Dermatologie;
- 8° Endocrinologie et métabolisme;
- 9° Gastroentérologie;
- 10° Génétique médicale;
- 11° Gériatrie;
- 12° Hématologie;
- 13° Hématologie/oncologie pédiatrique;
- 14° Immunologie clinique et allergie;
- 15° Maladies infectieuses;
- 16° Médecine de l'adolescence;
- 17° Médecine interne;
- 18° Médecine maternelle et foetale;
- 19° Médecine physique et réadaptation;
- 20° Microbiologie médicale et infectiologie;
- 21° Néphrologie;
- 22° Neurologie;
- 23° Obstétrique et gynécologie;
- 24° Oncologie médicale;
- 25° Ophtalmologie;
- 26° Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale;
- 27° Pédiatrie;
- 28° Pneumologie;
- 29° Psychiatrie;
- 30° Rhumatologie;
- 31° Urologie.

Cette annexe fait partie intégrante de la présente entente de principe.

ANNEXE IV

Consultations spécialisées au service d'urgence

Calcul du délai d'attente

Début du délai de réponse à la consultation : Le délai de réponse aux consultations débute au moment où la consultation en spécialité est demandée (appel logé) et saisie dans le SIGDU. Pour toutes les demandes de consultations inscrites entre 16h00 et 8h00, le calcul du délai de réponse débutera à 8h00; pour toutes les demandes de consultations inscrites au cours de la fin de semaine, le calcul du délai de réponse débutera à 8h00 le lundi.

Fin du délai de réponse à la consultation : Le délai de réponse aux consultations s'arrête au moment où une directive est donnée par le médecin spécialiste précisant sa décision sur l'orientation de l'utilisateur. Cette directive peut être donnée en personne ou par téléphone et doit être consignée au dossier de l'utilisateur. Les orientations possibles de l'utilisateur sont :

- Une demande d'examen complémentaire complétée et consignée au dossier;
- Une demande d'hospitalisation complétée;
- Une demande de chirurgie complétée;
- Une demande d'observation du cas faite et consignée au dossier en incluant les raisons justificatives;
- Le congé du patient.

Lorsque la consultation est effectuée par un étudiant en médecine (interne, résident), le délai s'arrête également lorsque l'une des directives énumérée ci-haut est consignée au dossier quant à l'orientation de l'utilisateur. Cette directive peut être énoncée par le résident s'il est habilité à le faire ou encore contresignée ou dictée par le médecin spécialiste responsable de l'étudiant.

Dans tous les cas, le délai s'arrête lorsque :

- Le patient quitte l'urgence (congé, hospitalisation ou départ volontaire) sans que la consultation ne soit réalisée;
- Le patient est transféré vers un autre établissement ou une autre ressource (centre de crise, hébergement privé, organisme communautaire, clinique ambulatoire, etc.);
- La demande de consultation est annulée;
- Le patient décède.

Lorsque plus d'une consultation est demandée pour le même patient, le délai de réponse aux consultations est comptabilisé séparément et consécutivement pour chaque consultation jusqu'à sa réalisation et ce, tant que l'utilisateur séjourne à l'urgence.

Inclusions

Demandes dont la priorité de triage est I, II ou III;

Demandes dont le statut est « Réalisé » ou « Réalisé avec suivi additionnel ».

Exclusions

Demandes de consultation inscrites après 16h ou avant 8h et réalisées avant 8h;

Demandes de consultation inscrites la fin de semaine et réalisées avant 8h le lundi;

Demandes dont la priorité de triage est IV ou V;

Demandes dont la spécialité est « Médecine de famille », « Travailleur social », « Infirmière de liaison » ou « Autre »;

Demandes dont le statut est « Annulé » ou « Non réalisé ».

Ventilations

Territoire du Québec

Installations

Spécialité

Liste des spécialités visées par la prise en charge des patients hospitalisés :

- 1° cardiologie;
- 2° chirurgie cardiaque;
- 3° chirurgie générale;
- 4° chirurgie générale pédiatrique;
- 5° chirurgie orthopédique;
- 6° chirurgie plastique;
- 7° chirurgie thoracique;
- 8° chirurgie vasculaire;
- 9° gastroentérologie;
- 10° gériatrie;
- 11° hématologie;
- 12° hématologie/oncologie pédiatrique;
- 13° maladies infectieuses;
- 14° médecine de l'adolescence;
- 15° médecine interne;
- 16° médecine maternelle et foetale;
- 17° médecine néonatale et périnatale ;
- 18° microbiologie médicale et infectiologie;
- 19° néphrologie;
- 20° neurochirurgie ;
- 21° neurologie;
- 22° obstétrique et gynécologie;
- 23° oncologie médicale;
- 24° oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale;
- 25° pédiatrie;
- 26° pneumologie;
- 27° psychiatrie;
- 28° urologie.

Cette annexe fait partie intégrante de la présente entente de principe.

Annexe VI

Priorisation des interventions chirurgicales

Indicateur et cible

Un indicateur permettant d'apprécier la qualité de la priorisation a été déterminé à chirurgie équivalente. Cet indicateur se base sur la comparaison du pourcentage des demandes qui ont été réalisées avec un délai supérieur à un an (A) et du pourcentage des demandes qui sont en attente avec un délai supérieur à un an (B). Lorsque la priorisation respecte les délais d'accès, le ratio A doit être supérieur au ratio B. Il est ensuite possible de déterminer le pourcentage des chirurgiens qui ont une proportion de demandes réalisées hors délai (A) supérieure à la proportion de demandes en attente hors délai (B). Un résultat fort pour cet indicateur permettra une diminution importante du nombre de demandes en attente depuis plus d'un an.

$$\% \text{ des chirurgiens dont } A > B = \frac{\text{Nb chirurgiens dont } A > B}{\text{Nb de chirurgiens}}$$

où :

$$A = \frac{\text{Nb de demandes réalisées avec un délai } > 365 \text{ jours}}{\text{Nb total de demandes réalisées}}$$

Et

$$B = \frac{\text{Nb demandes en attente } > 365 \text{ jours}}{\text{Nb total de demandes en attente}}$$

Calcul du délai d'attente

Début de l'attente : Date de signature de la requête opératoire;

Fin de l'attente : Date à laquelle l'intervention est réalisée;

Non disponibilité : Période pendant laquelle l'utilisateur ne peut pas être opéré pour des raisons personnelles (événements familiaux, vacances à l'extérieur du Québec) ou médicales (traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, pneumonie).

Pour les demandes en attente :

$$\text{Délai d'attente} = \text{Date de lecture de la donnée} - \text{Date d'inscription} [-\text{Nb jours de non disponibilité}]$$

où Date de lecture de la donnée = Date du jour ou date de fin de la période financière sélectionnée

Pour les demandes réalisées :

$$\text{Délai d'attente} = \text{Date de réalisation} - \text{Date d'inscription} [-\text{Nb jours de non disponibilité}]$$

Inclusions

Demandes de chirurgie inscrites dans le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

Pour le nombre de chirurgiens :

Médecins qui ont une spécialité chirurgicale et qui ont des demandes de chirurgie inscrites dans SIMASS.

Pour le ratio A :

Demandes dont le statut est « Réalisé ».

Pour le ratio B :

Demandes dont le statut est « En attente » (sans date de chirurgie) ou « Programmé » (ayant une date de chirurgie).

Exclusions

Demandes ayant l'attribut « urgence »;
Demandes déclarées en « chirurgie ambulatoire »;
Demandes non disponibles.

Ventilations

Territoire du Québec;
Établissements;
Installations.