

Amendement n° 161 – Nouvelles dispositions à l'Entente et modification de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle

Introduction

La Régie vous informe que les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'*Amendement n° 161* qui modifie votre entente. Ces modifications entrent en vigueur à des dates différentes.

Faits saillants

- EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle : ajout de l'article 17.00 *Frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ* et modification du paragraphe 14.02;
- EP 42 – Médecin enseignant : formation par webdiffusion acceptée, ajout du GMF-U Clinique de santé Jacques-Cartier à l'annexe II et ajout de dispositions pour la rémunération des activités académiques en soirée dans les GMF-U en cabinet;
- *Lettre d'entente n° 262* : abolition le 1^{er} septembre 2017
- EP 53 – PREM : modifications aux paragraphes 3.03 et 7.05;
- Annexe XII-A : désignation du GMF-U de Shawinigan;
- Annexe XXI : majoration des heures d'activités professionnelles donnant droit au forfait rémunéré sur une base horaire dans le cadre des services rendus en itinérance et toxicomanie.

Vous pouvez consulter les annexes de l'Entente, les lettres d'entente et les ententes particulières dans la *Brochure n° 1*, sous l'onglet *Manuels* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Sommaire

1	EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle ..	2
1.1	Frais de cabinet liés à l'utilisation d'un dossier médical électronique	2
1.2	Compensation des frais de cabinet pour les services rendus à une patiente enceinte non inscrite auprès du médecin.....	6
2	Annexe IX – Conditions d'application des tarifs	6
3	Annexe XII-A – Rémunération différente en territoires non désignés	7
4	Annexe XXI – Reconnaissance de l'efficacité.....	7
5	Annexe XXIII – Modalités spécifiques au mode de rémunération mixte	7
6	EP 42 – Médecin enseignant	8
6.1	Section II – Webdiffusion	8
6.2	Section III – Activités académiques	8
7	EP 53 – Plans régionaux d'effectifs médicaux	9
8	Lettre d'entente n° 262 – GMF-U Clinique de santé Jacques-Cartier	9

1 EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle

◆ BROCHURE N^o 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'[Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle](#) (40) est modifiée.

1.1 Frais de cabinet liés à l'utilisation d'un dossier médical électronique

L'article 17.00 *Frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ* et les avis administratifs afférents sont ajoutés à la fin de la section VI de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle. Ces changements entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} septembre 2016**.

Le médecin qui assure la prise en charge et le suivi de clientèle en première ligne en cabinet hors GMF ou en GMF, de même que celui qui participe à l'offre de service du sans rendez-vous d'un GMF désigné réseau (GMF-R) en cabinet, peut maintenant bénéficier d'une compensation pour les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ), s'il satisfait aux dispositions énoncées à l'article 17.00. Cette compensation se facture à l'acte.

Pour le médecin qui exerce en cabinet, trois nouveaux codes de facturation sont créés : **19976** (hors GMF), **19977** (hors GMF) et **19978** (hors GMF ou en GMF). Ils peuvent être utilisés **dès maintenant**, et ce, rétroactivement au 1^{er} septembre 2016 (voir la section 1.1.1 de l'infolettre).

Pour le médecin qui pratique au sans rendez-vous d'un **GMF-R**, un nouveau code de facturation, est créé : **19979**. Il peut être utilisé **dès maintenant**, et ce, rétroactivement au 1^{er} septembre 2016 (voir la section 1.1.2 de l'infolettre).

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer les services rendus depuis le 1^{er} septembre 2016.

Les modalités de remboursement annoncées dans l'[infolettre 008](#) du 11 avril 2013 pour l'acquisition de matériel informatique dans le cadre de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille* (GMF) (33) sont, quant à elles, toujours en vigueur.

Médecin qui bénéficie des dispositions de l'EP 48 – DSQ-DMÉ

Le médecin qui bénéficie des modalités de remboursement prévues au paragraphe 8.2 de l'[Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques](#) (48) ne peut actuellement pas se prévaloir des dispositions de l'article 17.00 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle. Toutefois, il pourra le faire dès que le cycle de quatre ans sera terminé, au plus tard le **30 août 2020**, ou dès qu'il aura atteint le maximum prévu pour chacune des catégories de remboursement.

1.1.1 Modalités générales

Pour se prévaloir de la compensation pour les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ, le médecin doit rencontrer **l'ensemble** des conditions suivantes :

1. Il doit assurer des services de prise en charge et de suivi de clientèle en première ligne;
2. Il doit compter 150 patients ou plus inscrits le premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile. Le nombre de patients inscrits comprend ceux de tous les lieux de pratique du médecin. Les patients qui ont fait l'objet d'un transfert en bloc en vertu des dispositions de la *Lettre d'entente n° 304* sont considérés dans le minimum de 150 patients inscrits aux fins de la facturation des frais de cabinet pour l'utilisation d'un DMÉ **dès la date du transfert**.

Les trimestres d'application sont les suivants :

- janvier-février-mars;
- avril-mai-juin;
- juillet-août-septembre;
- octobre-novembre-décembre.

Puisque les dispositions de l'article 17.00 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} septembre 2016**, pour septembre 2016, l'évaluation du nombre de patients inscrits a été faite le 1^{er} juin 2016.

Pour connaître son nombre de patients inscrits au 1^{er} septembre 2016, le médecin doit consulter le rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification*, disponible dans le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*, et choisir le trimestre du 1^{er} juillet au 30 septembre 2016.

3. Lorsqu'il exerce dans plus d'un cabinet, le médecin peut facturer la compensation dans un seul de ses lieux de pratique, à son choix. Toutefois, le médecin membre d'un GMF doit **obligatoirement** facturer dans ce lieu;
4. Dans l'exercice de ses activités cliniques, le médecin doit utiliser la version la plus récente d'un DMÉ certifiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
5. Le médecin doit être un intervenant habilité au Dossier Santé Québec (DSQ).

Le tableau ci-dessous présente les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ pouvant être compensés selon que le médecin pratique **en GMF ou hors GMF**, ainsi que les trois nouveaux codes de facturation associés :

Frais de cabinet pour DMÉ	Code de facturation	Compensation par trimestre (\$) (taxes incluses)	Médecin pratiquant en GMF	Médecin pratiquant hors GMF
Équipement et frais accessoires	19976	287,45		oui
Lien Internet et commutateur	19977	700,35		oui (un seul médecin par cabinet)
Licence	19978	459,90	oui	oui

La compensation est payable par trimestre et inclut les taxes. Un même code de facturation lié à l'utilisation d'un DMÉ peut être utilisé une seule fois par trimestre, et ce, jusqu'à concurrence du prix payé par le médecin.

Les majorations des annexes XII, XII-A et XX ne s'appliquent pas à la compensation des frais liés à l'utilisation d'un DMÉ.

Le médecin doit conserver ses pièces justificatives **pendant 5 ans** à compter de la date du paiement. Ces pièces pourraient être demandées par la Régie pour vérification.

Médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an

Le médecin qui détient un permis de pratique depuis moins d'un an peut facturer les actes liés à l'utilisation d'un DMÉ, et ce, peu importe son nombre de patients inscrits.

Après quatre trimestres complets suivant l'obtention de son permis de pratique, ce médecin peut continuer à se prévaloir des actes liés à l'utilisation d'un DMÉ s'il compte 150 patients inscrits ou plus le dernier jour du mois correspondant à la fin du quatrième trimestre. Le nombre de patients inscrits comprend ceux de tous les lieux de pratique du médecin. Pour les trimestres subséquents, le médecin doit compter 150 patients inscrits ou plus le premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile.

Si, au cours de sa première année de pratique, le médecin s'absente pour un congé de maternité, sans égard à sa durée, ou pour une invalidité totale temporaire de plus de 13 semaines consécutives, il peut, à compter de la date de son retour, continuer à bénéficier de la compensation pour les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ pour le nombre de semaines restantes à la date de début de cette absence.

Actuellement, le rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification* affiche le nombre de patients inscrits au **premier jour** du mois précédant chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile. Vous serez informé dès que les modifications permettant l'affichage du nombre de patients inscrits au **dernier jour** du mois correspondant à la fin du quatrième trimestre seront terminées.

Médecin détenant un permis de pratique depuis plus d'un an

Le médecin qui n'est pas dans sa première année de pratique et qui compte 150 patients inscrits ou plus le jour précédant le début de son congé de maternité ou d'invalidité totale de 13 semaines ou plus peut, à compter de la date de son retour et pour **une période de 90 jours**, facturer les actes liés à l'utilisation d'un DMÉ même s'il compte moins de 150 patients inscrits à son retour.

Au terme de cette période, le médecin devra compter au moins 150 patients inscrits pour continuer à facturer les actes liés à l'utilisation d'un DMÉ. L'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue alors à la fin de la période de 90 jours pour déterminer s'il peut continuer à se prévaloir des modalités de compensation prévues. Cette évaluation prévaut jusqu'à ce que les règles habituelles s'appliquent, soit au premier jour du mois précédant le prochain trimestre.

Le médecin doit informer la Régie par lettre des dates de début et de fin de son congé de maternité ou de sa période d'invalidité totale de 13 semaines ou plus. Dans le cas d'une invalidité totale, il doit en plus fournir un certificat médical justifiant son absence.

Le médecin doit aussi informer la Régie de **toute modification** relative aux dates d'absence pour un congé de maternité ou une période d'invalidité de 13 semaines ou plus.

Les informations présentées dans la rubrique [J'ai droit à un congé de maternité, de paternité ou d'adoption](#), accessible sous l'onglet *Événements de carrière* de la section réservée à votre profession, sur le site Web de la Régie, vous renseignent sur vos droits et facilitent vos démarches administratives auprès de la Régie et des autres organismes concernés.

1.1.2 Modalités spécifiques pour le médecin qui participe à l'offre de service du sans rendez-vous d'un GMF désigné réseau en cabinet

Des modalités spécifiques s'appliquent au médecin qui participe à l'offre de service du sans rendez-vous d'un GMF désigné réseau en cabinet.

Le médecin qui ne fait pas partie du GMF-R, mais qui participe à son offre de service, peut facturer uniquement la compensation pour les frais d'acquisition et d'opération d'une licence s'il répond aux exigences suivantes :

1. La situation du médecin doit correspondre à **l'un des cas suivants** :
 - si, dans les autres lieux où il pratique, le médecin offre des services de prise en charge et de suivi de clientèle en première ligne et que le DMÉ implanté au sein du GMF-R n'est pas interopérable avec celui ou ceux utilisés dans ses autres lieux de pratique. De plus, le médecin doit compter 150 patients ou plus inscrits le premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile, en tenant compte de tous ses lieux de pratique;
 - si, dans les autres lieux où il pratique, le médecin n'offre pas principalement des services de prise en charge et de suivi de clientèle en première ligne et compte moins de 150 patients inscrits le premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile, en tenant compte de tous ses lieux de pratique.
2. Le médecin doit rendre des services au sans rendez-vous du GMF-R au moins 11 jours par trimestre. Pour qu'un jour de service soit retenu, il doit compter minimalement 4 heures de service.

Pour le médecin rémunéré à l'acte, le calcul du nombre d'heures de service est basé sur le total du tarif des actes effectués divisé par le taux horaire en vigueur du mode de rémunération à tarif horaire.
3. Il doit facturer les services rendus au sans rendez-vous du GMF-R avec le numéro d'établissement de ce GMF-R.
4. Pour pouvoir demander une compensation pour les frais d'acquisition et d'opération d'une licence, le médecin doit avoir engagé des frais pour l'acquisition et l'opération de cette licence et elle doit être implantée dans le GMF-R où il rend des services au sans rendez-vous. La compensation de 459,90 \$ (taxes incluses) pour les frais d'acquisition et d'opération d'une licence est **la seule** que ce médecin peut facturer, par trimestre, pour ce GMF-R.

Pour demander la compensation pour les frais d'acquisition et d'opération d'une licence, le médecin doit utiliser le nouveau code de facturation **19979**.

Si le médecin participe à l'offre de service du sans rendez-vous de plus d'un GMF-R, il peut demander la compensation des frais liés à l'utilisation d'un DMÉ dans un seul lieu.

Les majorations des annexes XII, XII-A et XX ne s'appliquent pas à la compensation des frais liés à l'utilisation d'un DMÉ.

Le médecin doit conserver ses pièces justificatives **pendant 5 ans** à compter de la date du paiement. Ces pièces pourraient être demandées par la Régie pour vérification.

1.2 Compensation des frais de cabinet pour les services rendus à une patiente enceinte non inscrite auprès du médecin

Le paragraphe 14.02 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle est remplacé en concordance avec la nouvelle nomenclature en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC introduite par l'*Amendement n° 151*. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} juin 2016**.

Ainsi, pour les services rendus en cabinet à une patiente enceinte non inscrite auprès du médecin, la visite de prise en charge de grossesse, la visite de suivi de grossesse, le supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse et le supplément à l'examen dans le cadre d'un suivi de grossesse sont sujets à l'application du paragraphe 14.01 selon les modalités qui y sont précisées quant à la compensation des frais de cabinet.

2 Annexe IX – Conditions d'application des tarifs

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

L'[Annexe IX – Conditions d'application des tarifs](#) est modifiée.

Au premier alinéa du paragraphe 5.3 1), la référence au paragraphe 5.01 F) de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle est modifiée pour 6.01 D), où est définie la notion de patient vulnérable actif aux fins du déplafonnement des services pour le médecin qui compte 200 patients vulnérables inscrits et plus.

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

Le paragraphe 5.3 28) spécifie désormais que les montants versés selon les nouvelles dispositions de l'article 17.00 introduit à l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle ne sont pas calculés dans le revenu brut trimestriel du médecin.

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} septembre 2016**.

L'alinéa 30) est ajouté à la fin du paragraphe 5.3 et précise que les honoraires versés pour la vasectomie unilatérale ou bilatérale réalisée en établissement ou en cabinet, incluant la composante technique (code de facturation **06232**), sont également exclus du calcul du revenu brut trimestriel du médecin.

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **26 janvier 2017**. Le calcul du revenu brut trimestriel du médecin sera ajusté en tenant compte de cette mesure. Aucune action n'est requise de la part du médecin.

3 Annexe XII-A – Rémunération différente en territoires non désignés

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

Le groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Shawinigan (48231) est désigné à l'article 3 de l'[annexe XII-A](#) concernant la rémunération différente en territoires non désignés, à la fin des désignations pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04). La rémunération des services rendus dans ce GMF-U est donc majorée de 5 %. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **30 avril 2017**.

La Régie effectuera une réévaluation de la facturation rétroactivement au 30 avril 2017. Aucune action n'est requise de la part du médecin.

4 Annexe XXI – Reconnaissance de l'efficacité

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

L'[Annexe XXI – Reconnaissance de l'efficacité](#) est modifiée par l'ajout d'un alinéa à la fin du paragraphe 1.06 *Modalités applicables à la rémunération de services versée sous forme de forfaits ou de primes*. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2015**.

Le nouvel alinéa suivant est donc pris en considération aux fins de la rémunération de services versée sous forme de forfaits ou de primes, et ce, depuis sa date d'entrée en vigueur.

Aussi, la rémunération quotidienne des activités donnant droit au versement du forfait horaire prévu au paragraphe 3.06 de l'Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires est majorée par le montant de ce forfait par rapport aux honoraires payés (excluant les forfaits) pour l'ensemble des activités en cause.

5 Annexe XXIII – Modalités spécifiques au mode de rémunération mixte

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

L'annexe II *Liste des suppléments d'honoraires payés à 100 % de leur tarif de base et visés par le mode de rémunération mixte* de l'[Annexe XXIII – Modalités spécifiques au mode de rémunération mixte instauré dans les secteurs de pratique désignés](#) est modifiée. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

L'alinéa suivant est ajouté sous le supplément « Forfait payable en horaires défavorables en clinique réseau (codes **19100, 19101**) » :

Forfait payable en horaires défavorables en GMF-réseau (codes **19893, 19894**)

6 EP 42 – Médecin enseignant

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Les sections II et III de l'[Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant](#) (42) sont modifiées.

De plus, l'EP 42 – Médecin enseignant et ses annexes sont ajustées en concordance avec l'appellation *GMF-U*, comme annoncé dans l'[infolettre 045](#) du 19 mai 2017.

6.1 Section II – Webdiffusion

Une phrase est ajoutée à la fin du paragraphe 7.07 *a)* de la section II de l'EP 42 – Médecin enseignant pour spécifier que la formation par webdiffusion en direct d'une journée de formation tenue au Québec est désormais acceptée pour le médecin qui bénéficie de journées de formation. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2017**.

Pour que le médecin puisse obtenir l'allocation forfaitaire (paragr. 7.06), il doit être en mesure de fournir à la Régie l'approbation du chef du GMF-U et l'attestation requise. De plus, la plateforme de webdiffusion doit pouvoir confirmer et émettre une preuve de la présence en ligne du médecin, ainsi que la durée de la formation.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour transmettre vos demandes de remboursement de formation par webdiffusion suivies **depuis le 1^{er} avril 2017** ainsi que les pièces justificatives afférentes.

6.2 Section III – Activités académiques

Le paragraphe 3.02 *b)* de la section III de l'EP 42 – Médecin enseignant est remplacé pour introduire les activités académiques en soirée. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

Les activités académiques réalisées pendant l'avant-midi, l'après-midi ou **en soirée** doivent être d'une durée d'au moins quinze minutes consécutives. Elles sont rémunérées à l'acte au tarif de 28,55 \$ **du 1^{er} janvier au 31 mars 2017** et de 29,06 \$ **à partir du 1^{er} avril 2017**, par période complète de quinze minutes.

Lors de la facturation, le médecin doit inscrire :

- le code de facturation **19998** si les activités ont été réalisées en avant-midi (de 8 h à 12 h);
- le code de facturation **19999** si les activités ont été réalisées en après-midi (de 12 h à 18 h);
- le code de facturation **19994** si les activités ont été réalisées en soirée (de 18 h à 24 h);
- la durée de l'intervention ainsi que l'heure de début et l'heure de fin.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer les services rendus en soirée (code de facturation **19994**) depuis le **1^{er} janvier 2017**.

7 EP 53 – Plans régionaux d’effectifs médicaux

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L’[Entente particulière relative au respect des plans régionaux d’effectifs médicaux](#) (53) est modifiée. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} mars 2017**.

Un ajout au paragraphe 3.03 vient préciser que la révision annuelle de l’annexe I, effectuée par les parties selon les dispositions du paragraphe 1.01, **n’a pas d’effet** sur un avis de conformité obtenu **avant** la date d’application des éventuelles modifications. Le respect de l’avis de conformité est donc basé sur le découpage territorial qui était en vigueur au moment où il a été délivré.

Le paragraphe 7.05 est également modifié afin de préciser que le médecin qui détient un avis de conformité pour un territoire d’une région à pratique partielle restreinte conserve son droit d’effectuer 45 % du total de ses jours de facturation **pour l’ensemble de cette région** lorsqu’il obtient un avis de conformité d’une autre région.

8 Lettre d’entente n° 262 – GMF-U Clinique de santé Jacques-Cartier

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *LETTRES D’ENTENTE*

La section III encadrant la rémunération en GMF-U en cabinet privé a été ajoutée à l’*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d’exercice et de rémunération du médecin enseignant* (42) le 1^{er} janvier 2017.

En conséquence, **depuis le 1^{er} septembre 2017**, la [Lettre d’entente n° 262](#) concernant l’expérimentation de certaines conditions d’exercice et de rémunération applicables au médecin enseignant exerçant au GMF-U Clinique de santé Jacques-Cartier est abolie. Ainsi, **depuis le 31 août 2017**, le médecin pratiquant en ce lieu ne peut plus se prévaloir des dispositions de cette lettre d’entente. Il peut maintenant se prévaloir des dispositions de l’EP 42 – Médecin enseignant.

La Régie procédera à la réévaluation des services facturés **depuis le 1^{er} septembre 2017**. Aucune action n’est requise de la part du médecin.

Le GMF-U Clinique de santé Jacques-Cartier (54065) (groupe 1) est ajouté à l’[annexe II de l’EP 42 – Médecin enseignant \(section III\)](#) depuis le 1^{er} septembre 2017. Comme spécifié au paragraphe 3.06 de la section III, le chef du GMF-U doit informer la Régie du nom des médecins autorisés à se prévaloir des dispositions de l’EP 42 – Médecin enseignant.

Également, le GMF-U dispose de 28 jours de formation en vertu de cette entente particulière.

Pour plus d’information sur la nouvelle section III de l’EP 42 – Médecin enseignant, consultez l’[infolettre 266](#) du 24 janvier 2017 et l’[infolettre 004](#) du 6 avril 2017.

- c. c. Agences commerciales de facturation
Développeurs de logiciels – Médecine
Chefs des départements régionaux de médecine générale