



PRINCIPES DE BASE D'UNE GESTION EFFICACE DE L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES DE SANTÉ

Québec 

**PRINCIPES DE BASE D'UNE GESTION
EFFICACE DE L'ACCÈS AUX SOINS ET
AUX SERVICES DE SANTÉ
AOÛT 2014**

Rédaction :
Madame Caroline Arsenault, courtière de connaissances
Docteur Guy Bisson, médecin-conseil

Mise en page :
Madame Lina Raymond

Principe de base d'une gestion efficace de l'accès aux soins et aux services de santé est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, dont voici les coordonnées :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencecsss12.gouv.qc.ca.

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source. Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Numéro d'ISBN 978-2-89548-808-8 (Version électronique)

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2014

Table des matières

DÉFINITIONS	6
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE ÉTAPE : VALIDATION ET ÉPURATION DES CAS HORS DÉLAIS	8
1. La validation administrative et clinique pour les rendez-vous primaires	8
1.1. La validation administrative	9
1.2. La validation clinique	9
2. La validation pour les rendez-vous de suivi actif et de contrôle	9
3. La réalisation des examens, évaluations ou interventions requises pour les cas hors délais.....	9
DEUXIÈME ÉTAPE : GESTION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES	10
1. La gestion des demandes	10
1.1. Gestion administrative des demandes	10
1.2. La gestion clinique des demandes.....	11
2. La gestion de l'offre.....	13
3. L'équilibre entre la demande et l'offre de service.....	14
3.1. Gérer les variations.....	14
3.2. Corriger les déséquilibres : S'assurer de ne plus avoir de cas hors délais	15
LES RÈGLES D'AFFAIRES POUR UN RELAIS RÉUSSI.....	15
CONCLUSION	17
RÉFÉRENCES	18

Définitions

Cas hors délais	Clients en attente d'un rendez-vous dont le délai d'accès associé à la priorité médicale est écoulé [1].
Liste de cas planifiés	Totalité des clients avec un rendez-vous planifié dont le délai d'accès à la priorité médicale est respecté [1].
Rendez-vous primaire	Rendez-vous pour un premier service [1].
Rendez-vous de suivi actif	Rendez-vous qui suit le premier service et qui s'effectue à l'intérieur d'un mois [1].
Rendez-vous de contrôle	Rendez-vous qui suit le service primaire ou le suivi actif et qui s'effectue dans un délai supérieur à un mois [1].
Autocontrôle	Rendez-vous de contrôle supplémentaire prescrit par le même professionnel ou le médecin qui effectue l'examen.

Introduction

En général, l'accès aux soins et services peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut recevoir les services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographiques ou autres, lors de l'utilisation de ces services.

L'accès est l'un des enjeux prioritaires identifié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) [2, 3], car un accès déficient aux services et soins de santé a non seulement un impact sur le client, mais également sur les proches, le système de santé lui-même, les employeurs et la société.

En effet, l'impact des temps d'attente se reflète sur plusieurs aspects de la vie d'un client [4] :

- sur son état de santé;
- sur ses activités domestiques ou ses loisirs;
- sur ses disponibilités et sa productivité au travail.

L'impact se fait également ressentir sur :

- les proches qui les accompagnent, en termes de responsabilités alourdies, d'épuisement et d'isolement [5];
- le système de santé lui-même, car l'attente entraîne des coûts supplémentaires (refaire des tests diagnostics, détérioration de la santé du client, etc.) [4];
- les employeurs, car l'employé est absent de son travail ou est moins productif [4];
- la société, car une perte de productivité ou de production peut amener une réduction des profits de l'entreprise ou des revenus de travail de l'individu qui peut se répercuter sur les recettes et les dépenses de l'État et le PIB [4]. Ceci est particulièrement vrai pour les petites entreprises privées avec des employés-clés forts spécialisés et difficilement remplaçables [4].

Un autre élément à considérer est que dans un épisode de soins, il n'est pas rare qu'un client requière, de façon concomitante ou séquentielle, d'autres soins et services. Ainsi, la préparation de la sortie d'un service devient la préparation de l'accès à un autre service. Cette vision systémique de la trajectoire de tout l'épisode de service du client permet de voir l'accès comme un élément crucial d'une chaîne d'évènements. Dans cette logique, la performance de l'épisode de services est donc celle du réseau intégré de soins et de services et appelle à la concertation et au maillage serré de tous les partenaires. L'efficacité de toute la trajectoire du client devient alors plus importante que l'efficacité d'une équipe [6].

Par le passé, la tendance pour résoudre les difficultés d'accès était d'ajouter des ressources dans les services. L'analyse des données canadiennes réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICI) confirme les conclusions de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), à savoir que les ajouts au système ne mènent pas nécessairement à une amélioration de l'accès ou à une réduction des temps d'attente [7]. D'autres solutions doivent alors être envisagées.

En Chaudière-Appalaches, les premiers travaux sur l'amélioration de l'accès ont rapidement mis en lumière la nécessité d'apporter une compréhension et une méthodologie communes de gestion de l'accès efficace, basée sur les données probantes, afin que les différents services puissent bien se coordonner entre eux.

Le présent document vise donc à soutenir les gestionnaires dans leurs travaux d'amélioration de l'accès à leur service et au développement d'une vision commune et systémique de l'accès. Il analyse l'accès aux soins et aux services directement en lien avec les demandes c'est-à-dire au nombre de requêtes de soins ou de services et avec

l'offre c'est-à-dire à la capacité du système à offrir le soin ou le service. Il vise à structurer la gestion de l'accès et à outiller les gestionnaires à respecter les critères de priorisation et les délais cliniques associés.

Il est principalement basé sur les bonnes pratiques du Royaume-Uni et l'expérience de l'application de ces bonnes pratiques par le Dr Guy Bisson dans différents travaux auprès des établissements du réseau de la santé de la région de la Chaudière-Appalaches et du Nunavik.

Plus précisément, le document traite des éléments essentiels à considérer pour arriver à régler de façon définitive les cas hors délais, c'est-à-dire les cas dont le délai maximal d'attente associé à la priorité médicale est écoulé [1]. La première partie traite de la validation et de l'épuration de la liste des cas hors délais. La deuxième partie jette les bases de la gestion proactive et en temps réel de l'accès selon trois axes : la gestion de la demande et de l'offre de service de même que l'adéquation entre ces deux variables. Enfin, la dernière partie amorce une réflexion sur les règles d'affaires pour un passage efficace du client entre les différentes étapes de sa trajectoire de soins et de services.

Première étape : Validation et épuration des cas hors délais

La validation et l'épuration des cas hors délais sont le point de départ pour ramener une situation problématique où il y a une liste importante de cas hors délais à une situation où il n'y a plus de dépassement de délais. Une liste de cas hors délais est difficile à gérer et coûte très cher pour les patients dont la santé peut en souffrir et pour le système dont les dépassements de coût sont inacceptables et les ressources humaines supplémentaires pour régler le problème plus rares. Le principe est de traiter les cas hors délais et de s'assurer de ne plus jamais avoir une accumulation de cas hors délais.

En principe, la validation et l'épuration des cas hors délais s'effectuent une seule fois, au début de l'introduction d'une réelle gestion de l'accès. En effet, une méthode de gestion de l'accès efficace devrait réagir rapidement pour prévenir ou agir sur le dépassement des délais et rend ainsi inutile une étape subséquente de validation et d'épuration des cas hors délais.

Lorsque l'on entreprend une telle démarche, il faut prévoir dès le départ :

- Comment prévoit-on résorber les cas restant après la validation des cas hors délais?
- Comment prévoit-on s'organiser pour ne plus jamais avoir de cas hors délais?

Il est conseillé de débiter par les listes de cas hors délais les plus longues dans le temps. Plus le nombre de cas hors délais reporte dans le temps l'accès aux soins ou aux services pour un client, plus il devient essentiel d'intervenir sur le problème et de le régler.

Enfin, avant d'effectuer ces démarches, il est fortement conseillé de s'entendre, avec les acteurs qui réfèrent aux services et ceux qui offrent les services, sur les méthodes et les principes de validation et d'épuration des cas hors délais, afin d'assurer une compréhension commune et d'obtenir leur soutien lors du processus [1, 6].

1. La validation administrative et clinique pour les rendez-vous primaires

La première action est de valider si les services sont toujours requis pour chacun des clients avec un rendez-vous primaire. La validation de la liste des cas hors délais permet de s'assurer que le besoin est toujours valide et de prévenir ainsi les pertes de temps à planifier des patients qui n'ont plus besoin des services [6]. Son objectif est d'avoir un portrait réel des cas hors délais à réaliser.

Pour ce faire, deux types de validation complémentaires sont possibles : la validation administrative et la validation clinique. Le processus complet de validation peut permettre de diminuer jusqu'à 50 à 60 % des clients inscrits sur les listes et qui ne devraient pas y figurer, car les clients n'ont plus de besoin, le besoin a été répondu ailleurs, certains sont décédés, etc. Le principe est simple : plus la liste contient de vieilles inscriptions, plus il y a des clients qui ne devraient pas y figurer.

1.1. La validation administrative

La validation administrative par une agente administrative auprès du client avec un rendez-vous primaire permet de vérifier la disponibilité de celui-ci à recevoir les services lorsqu'ils sont toujours requis :

- a. Communication standardisée auprès du client :
 - i. Est-ce que le client a déjà reçu le service ailleurs?
 - ii. Est-ce que le client a toujours un besoin clinique de recevoir le service?
 - iii. Est-ce que le client est disponible?
- b. Note au dossier du client en cas de refus ou d'indisponibilité du client;
- c. Communication écrite standardisée avec le médecin demandeur en cas de refus ou d'indisponibilité prolongée du client.

1.2. La validation clinique

La validation clinique par un intervenant clinique auprès du référent (ex.: médecin) ou par une révision du dossier clinique permet d'évaluer si la condition du client requiert toujours le service de santé demandé en rendez-vous primaire. La validation clinique est particulièrement importante pour les patients qui attendent depuis plus de 6 mois [6]. Les communications avec les référents sont standardisées.

2. La validation pour les rendez-vous de suivi actif et de contrôle

Il est possible qu'il y ait également une importante liste de cas hors délais pour les rendez-vous de suivi actif (si c'est le cas, il y a un problème majeur) et les rendez-vous de contrôle. Lorsque c'est le cas, une validation clinique et la mise en place d'un plan de réalisation des cas sont requises. Ces démarches doivent être impérativement suivies d'une analyse des causes de cette problématique et de la gestion de l'offre de service afin que le problème ne se répète pas à nouveau.

3. La réalisation des examens, évaluations ou interventions requises pour les cas hors délais

Parallèlement à la validation, il est important de prévoir comment les cas traités en validation et qui nécessitent réellement le service le recevront au fur et à mesure de la validation de la liste des cas hors délais. L'idée est de ne pas recréer une liste de cas hors délai. La quantité de cas à faire va déterminer l'ampleur des moyens à déployer. Les moyens utilisés peuvent être :

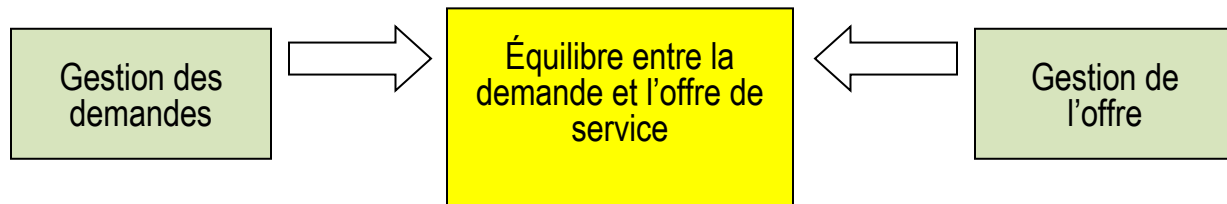
- Une augmentation de l'offre de service :
 - à travers les clients réguliers sur une courte période par exemple deux clients de plus par jour;
 - si l'effort demandé n'est pas trop soutenu, en heures supplémentaires;
 - un blitz en ajout de personnel, par exemple le soir et les fins de semaine.

- La proposition d'une deuxième offre [8] :
 - En demandant à quelqu'un d'autre d'effectuer les cas, par exemple, autre établissement;
 - En utilisant une zone franche, c'est-à-dire l'utilisation d'un plateau technique d'un autre établissement par nos cliniciens.

Deuxième étape : Gestion de l'accès aux soins et aux services

La deuxième étape consiste à s'assurer qu'il n'y aura plus de cas hors délais à l'avenir par une gestion de l'accès efficace et en temps réel [8]. Le principe est de rendre clairement les cas hors délais inacceptables par l'établissement de règles, de limites et de normes de qualité et par une meilleure compréhension systémique de l'impact sur le patient et sur le système du non-respect de ces règles.

La gestion de l'accès aux soins et aux services implique la gestion proactive des principales composantes de l'accès de la gestion des demandes et de la gestion de l'offre de service et d'effectuer la concordance entre les deux pour en arriver idéalement à un équilibre. Ainsi, la performance de l'accès se calcule à partir de la date de la signature de la requête et jusqu'à ce que le client reçoive le soin ou le service [9]. Les meilleures pratiques recensées sur le sujet concernent particulièrement les services hospitaliers, mais elles peuvent être au moins en partie applicables aux services psychosociaux.



1. La gestion des demandes

La gestion des demandes concerne les demandes pour un rendez-vous primaire, un rendez-vous de suivi actif et un rendez-vous de contrôle pour un soin ou un service, ainsi que la gestion administrative et clinique des demandes.

1.1. Gestion administrative des demandes

La gestion administrative des demandes consiste habituellement à recevoir l'ensemble des demandes en un seul endroit (guichet unique), de s'assurer de la conformité administrative de la demande, de jumeler la demande avec une plage horaire et de communiquer la date du rendez-vous au client.

Une des recommandations dans la littérature étant de regrouper les services similaires d'un établissement et de partager des ressources [1, 6, 8, 10], la mise en place d'un guichet unique représente donc une mesure efficace. En plus de développer une expertise, des outils et une méthode de travail, le regroupement de ces ressources aide à avoir un meilleur contrôle sur la demande et un meilleur maillage entre les demandeurs de services et ceux qui offrent le service.

Les meilleures pratiques administratives de la réception d'une demande sont :

1. Avoir recours à du personnel administratif pour effectuer le travail administratif [1, 8];

2. Avoir des formulaires standardisés [1];
3. S'assurer qu'ils sont bien complétés et si non, retourner le formulaire au demandeur et indiquer la date de la première demande afin que le client puisse conserver son rang [1];
4. Avoir la cédule de disponibilités du secteur demandé entre 3 et 6 mois à l'avance [1];
5. Établir une cédule selon la proportion de rendez-vous primaire, rendez-vous de suivi actif et de rendez-vous de contrôle fournie par les gestionnaires de l'offre de service;
6. Avoir des listes de cas planifiés et de cas hors délais distinctes pour les trois catégories de rendez-vous;
7. Fixer les rendez-vous primaires selon la priorité clinique;
8. Fixer les rendez-vous de suivi actif selon les indications du médecin ou du professionnel [1];
9. Fixer les rendez-vous de contrôle long terme (ex.: dans 5 ans) durant le six mois précédent l'échéance et au maximum 1 mois après la fin de l'échéance;
10. Traiter les demandes sur réception [1] et lorsque les cas ne sont pas traitables selon les procédures habituelles ou qu'il y a un dépassement des délais, se référer à un expert du fonctionnement du secteur concerné (expert de domaine);
11. Gérer la liste de priorité et les plages de rendez-vous en temps réel;
12. Prendre en charge la demande de services, en opposition à la pratique qui veut que l'établissement demande au patient d'appeler pour prendre un rendez-vous [1];
13. Profiter d'une variation des demandes à la baisse ou de l'offre à la hausse pour insérer provisoirement des cas hors délais et des rendez-vous de contrôle qui pourront être déplacés au besoin si cela est cliniquement acceptable;
14. Communiquer la date du rendez-vous le plus rapidement possible au client [1].

1.2. La gestion clinique des demandes

La gestion clinique des demandes consiste à s'assurer que les critères cliniques requis pour avoir accès aux services sont présents, à respecter les critères de priorisation et les délais cliniques associés.

Les meilleures pratiques cliniques de la réception d'une demande sont :

1. Identifier les critères de priorisation :

La plupart des problématiques cliniques ont des critères établis pour définir les conditions les plus urgentes et celles qui le sont moins. Ces critères sont habituellement établis par les données probantes ou par les experts cliniques du domaine et idéalement convenus régionalement [1].

Afin de faciliter la gestion de l'accès :

- Ces critères devraient être regroupés en niveaux :
 - Idéalement en au moins deux niveaux : les cas prioritaires et ceux qui peuvent attendre pour être vu à tour de rôle. Il est démontré que cette pratique aide à diminuer le temps d'attente [6];
 - Cependant, selon le type de situation clinique, il pourrait y avoir plus de deux catégories, mais le nombre de ne devrait pas dépasser cinq.
- La procédure est standardisée :

- Elle répond idéalement à plus de 80 % des demandes;
- S'il est impossible de prioriser le client selon les critères établis, le recours à un expert de domaine est requis.

2. Identifier ou statuer sur les normes de délai d'accès :

Les normes de délais d'accès reliés à chacun des niveaux de priorisation sont établies par les données probantes, convenues par les experts ou décrétées par le MSSS. Si ce n'est pas déjà le cas, il faut alors créer une norme qui tient compte de l'évolution naturelle ou des impacts du temps sur la condition des clients. Idéalement, cette norme doit être convenue régionalement [1].

3. Statuer sur une norme de délai maximal pour les rendez-vous primaires :

Une norme de délai maximal pour obtenir un soin ou un service est souvent l'affaire de gros bon sens à ajuster selon l'évolution naturelle de la condition en cause et de ses impacts. Plus le délai maximal est long, plus une validation du requis du soin ou du service pourrait être nécessaire, car la condition du client peut changer ou se détériorer et le client peut avoir eu recours à d'autres services. Un délai maximal ne devrait pas dépasser un an. Idéalement, cette norme doit être convenue régionalement [1].

Par exemple, le MSSS a déterminé que tout examen radiologique devrait être effectué dans un délai maximal de 3 mois [11] et de 6 mois pour la coloscopie [12].

Exemple de critères de priorisation, de normes de délais d'accès associés et d'une norme de délai maximal en cinq niveaux pour la coloscopie longue [13]

Critères de priorisation

Normes de délais cliniques associés

Indication de la coloscopie (Lorsqu'indiqué, veuillez joindre les résultats pertinents à cette demande.)				
A- Si présence des symptômes suivants ou résultats anormaux			Niveau de priorité ²	
IN1	☐ Hémorragie digestive basse (Diriger vers l'urgence immédiatement) ³		P1 Immédiat ≤ 24 heures	
IN2	☐ Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (Joindre rapport et autres résultats)		P2 Urgent ≤ 14 jours	
IN5	☐ Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOSi +) (Joindre résultat)	IN7 ☐ Modification récente des habitudes intestinales	P3 Semi-électif ≤ 60 jours	
IN3	☐ Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)	IN17 ☐ Polypes visualisés par imagerie médicale (Joindre rapport d'imagerie médicale)		
IN4	☐ Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) ≥ 40 ans	IN18 ☐ Suspicion de cancer colorectal occulte ⁵		
IN6	☐ Anémie ferriprive documentée non expliquée (Joindre FSC et bilan martial)	IN19 ☐ Préparation colique inadéquate – coloscopie à refaire		
IN10	☐ Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) < 40 ans ⁴	IN20 ☐ Suivi de diverticulite (en phase post aiguë)		P4 Électif ≤ 6 mois
IN12	☐ Constipation chronique ☐ Diarrhée chronique (Préciser investigations préalables)			
B- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs ⁶				
IN8	Antécédents familiaux de cancer colorectal, de polypes ou d'adénomes avancés, préciser : ☐ 1 parent du 1 ^{er} degré ⁷ , diagnostiqué avant l'âge de 60 ans ☐ 2 parents du 1 ^{er} degré, peu importe l'âge lors du diagnostic ☐ 1 parent du 1 ^{er} degré et 1 parent du 2 ^e degré ⁷ du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic		P4 Électif ≤ 6 mois 1 ^{re} coloscopie Voir les algorithmes ⁸ pour le suivi approprié selon la condition.	
C- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs ⁶				
IN11	☐ Après discussion avec l'usager, le médecin référent choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOSi et sa pertinence comme examen de dépistage du cancer colorectal ⁹ . Dernier résultat négatif de RSOSi : _____ Date : _____ Rappel : Si le test RSOSi est négatif, il devrait être répété aux 2 ans.		P5 Toutes les autres indications de coloscopie doivent être priorisées avant de programmer des coloscopies de dépistage	
D- Surveillance (contrôle) – Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes ⁶				
Antécédents personnels		Antécédents familiaux	Dernière coloscopie	
IN14 ☐ Cancer colorectal	IN21 ☐ Surveillance d'antécédents familiaux significatifs	Date : _____	C Contrôle Voir les algorithmes ⁸ pour le suivi approprié selon la condition. Date ciblée pour faire le suivi	
IN13 ☐ Polypes adénomateux		Lieu : _____		
IN15 ☐ Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes)		N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSi après 10 ans.		

Norme de délai maximal

Règle de gestion des types de rendez-vous

4. Avoir un plan pour gérer les urgences, plusieurs méthodes possibles

L'analyse des types d'urgence, leur fréquence et leur variation dans le temps permettent de mieux intégrer les cas urgents dans le fonctionnement habituel du service. Les moyens retenus pour intégrer les cas urgents sont en fonction de leur volume :

1. Avoir des plages horaires réservées aux urgences, par exemple, en fin de journée ou utiliser les plages non utilisées, qui peuvent être comblées par des patients hospitalisés ou en sans rendez-vous;
2. Déplacer un rendez-vous non urgent d'un patient hospitalisé;
3. Se référer à un expert du fonctionnement du secteur concerné;
4. Faire du surnuméraire;
5. Avoir des équipes qui prennent le relais pour les urgences (urgence, urgence psychosociale, etc.).

2. La gestion de l'offre

Chaque département ou programme doit avoir une idée claire et détaillée de l'offre de service qu'il peut offrir et des variations dans le temps de cette offre. L'offre de service doit détailler la proportion des trois types de rendez-vous (rendez-vous primaire, suivi actif et de contrôle) et leurs règles de gestion, par exemple, de placer les rendez-vous de contrôle en fin de journée. Il est de la responsabilité du département qui offre le service de communiquer à l'avance ou sinon en temps réel les variations de l'offre de service au « département » responsable de la gestion de la demande.

Gérer l'offre de service :

1. Connaître la capacité de l'offre de service (par exemple : en minutes par patient) par jour, semaine, mois et année [6] :
 - a. Identifier l'utilisation de la capacité actuelle;
 - b. Comparer la capacité actuelle et la capacité potentielle;
 - c. Identifier et agir sur les causes des écarts.
2. Créer l'offre de service :
 - a. Établir les critères de priorisation et les délais cliniques associés;
 - b. Idéalement, diviser les clients en deux catégories seulement : les cas prioritaires et ceux qui peuvent attendre pour être vu à tour de rôle. Avoir un maximum de cinq niveaux;
 - c. Déterminer la proportion des trois types de rendez-vous :
 - i. Déterminer la proportion en se basant sur l'historique des demandes;
 - ii. Dédier des plages de rendez-vous pour les rendez-vous qui ont peu de variances de volume dans le temps;
 - iii. Si requis, ajuster les proportions des types de rendez-vous selon leurs variations dans le temps, par exemple, durant l'été ou le temps des Fêtes.
 - d. Déterminer les règles de gestion des types de rendez-vous.
3. Établir la cédule de disponibilités : nombre de plages disponibles par jour en fonction des services offerts de 3 à 6 mois à l'avance;
4. Communiquer la cédule de disponibilité au « département » responsable de la gestion des demandes [1];

5. Appliquer les meilleures méthodes de livraison d'un service [6] :
 - a. En faire le plus possible dans un contact client;
 - i. Faire tout ce que vous pouvez et ce qui est requis avec le client aujourd'hui.
 - ii. Développer une équipe avec des habiletés multiples pour que chaque personne puisse en faire le plus possible.
 - b. Développer un plan de contingence pour faire face aux absences des employés;
 - c. Planifier des rendez-vous à l'avance seulement pour ceux où cela est cliniquement requis, par exemple, en gestion des maladies chroniques.
6. Stabiliser l'offre de service :
 - a. Identifier comment l'offre peut changer dans le temps, par exemple pour cause de congé férié, etc.).
7. Identifier un expert du fonctionnement du département pour résoudre les 10 à 20 % des cas qui ne sont pas traitables par les procédures habituelles de gestion des demandes ou qu'il y a un dépassement des délais. Cet expert doit pouvoir répondre très rapidement aux personnes qui gèrent l'accès;
8. S'il y a un problème d'offre, s'assurer qu'il n'existe pas une autre alternative cliniquement valable.

3. L'équilibre entre la demande et l'offre de service

Gérer l'accès demande une expertise et une rigueur dans les suivis, c'est pourquoi il est recommandé d'avoir une ou des personnes dédiées à la gestion de l'accès. Cette ou ces personnes ont pour mandat d'analyser les variations dans les demandes et l'offre de service, de réduire le plus possible ces variations et de corriger les déséquilibres en tenant compte de la possibilité d'entente de services avec d'autres fournisseurs pour les cas hors délais (deuxième offre, zone franche, etc.).

3.1. Gérer les variations

Il y a une perception générale que la demande aux services de santé présente de très grande variation. Cependant, la majorité de ces demandes, pour les soins primaires, les services d'urgence, les services externes, les soins et services en santé mentale, etc. est très prédictible et présente moins de variation qu'attendue [14]. Voici quelques balises pour gérer la variation :

1. Connaître les variations de l'offre et de la demande à la journée, la semaine, au mois et à l'année [6] :
 - a. La variabilité normale du taux des demandes est de 5 % [6].
2. Réduire le plus possible les variations de la demande et de l'offre [6];
3. Avoir un système d'information afin de colliger la demande et l'offre à la journée et analyser les tendances à moyen et long terme [8];
4. Comprendre les sources de variation de la demande pour agir sur elles ou en tenir compte, par exemple :
 - a. Voir la variation de la demande de service;
 - b. Voir la variation de l'offre de service;
 - c. Voir le pourcentage de personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous :
 - i. Moins de 5 % : variabilité acceptable;
 - ii. Plus de 5 % : efforts à faire pour diminuer la perte d'efficacité.

3.2. Corriger les déséquilibres : S'assurer de ne plus avoir de cas hors délais

Il est important d'agir rapidement et régulièrement sur les déséquilibres. Voici des pistes d'action en ce sens :

1. Agir sur la demande :
 - a. Établir les critères de pertinences et les alternatives cliniquement équivalentes, acceptables et financièrement viables pour répondre à la demande.
2. Augmenter l'offre de service en :
 - a. Optimisant les ressources;
 - b. Augmentant les ressources :
 - i. Léger rehaussement temporaire de l'offre;
 - ii. Blitz de travail temporaire.
 - c. Offrant une deuxième offre [8].

Les règles d'affaires pour un relais réussi

Pour compléter leur épisode de service, certains clients ont dû emprunter une trajectoire de services qui les ont fait voyager d'un service à l'autre. Chaque transition entre les services est une source potentielle d'erreurs, de délais, de mauvaises communications, etc. Pour un service donné, un relais réussi signifie bien gérer l'entrée à son service, mais aussi bien préparer la sortie du client et faciliter l'accès au service suivant.

La gestion de l'accès a été abordée plus en détail dans ce document. Nous suggérons ici au lecteur quelques règles d'affaires et éléments de réflexions en ce qui concerne une planification efficace de la sortie du service.

Dans cette section, le demandeur est celui qui réfère le client vers un autre service et le fournisseur de services est celui qui reçoit la demande et qui réalise le service demandé. En général, les règles présentées peuvent être applicables à un relais entre différents services d'un même établissement ou de différents établissements.

1. Assumer la responsabilité de la suite du soin et du service;
 - S'assurer de l'autonomie du client de retour chez lui avec un plan de soutien; ou ;
 - Planifier les services suivants requis, préparer le client, transmettre la demande de service à l'autre fournisseur et organiser la transition.
2. Préparer la sortie;

Une bonne pratique est de débiter la planification de la sortie du client dès que le service a la connaissance que le client sera dans ses services ou si non dès l'arrivée de celui-ci dans ses services [15, 16]. Cela permet de faciliter la transition, éviter les bris de services et les erreurs et selon les services, de réduire le séjour du client dans les services. Par exemple, une meilleure planification des congés qui comprend l'aiguillage coordonné vers les services et la prestation de soins à domicile réduit le temps de séjour à l'hôpital pour les populations vulnérables, comme les patients âgés atteints de troubles cardiaques et les personnes atteintes de schizophrénie [17].

La pierre angulaire d'un congé réussi est d'avoir entre les services [15] :

- Un outil commun et standardisé d'évaluation;
- Un outil d'aide à la décision pour le choix du prochain service requis.

La transmission de l'information est également un élément incontournable. Plusieurs règles peuvent définir une transmission d'information de qualité, par exemple : Le guide de gestion de l'accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques du Québec [1] statue que le rapport des résultats doit être acheminé au médecin requérant dans les sept jours suivant le service.

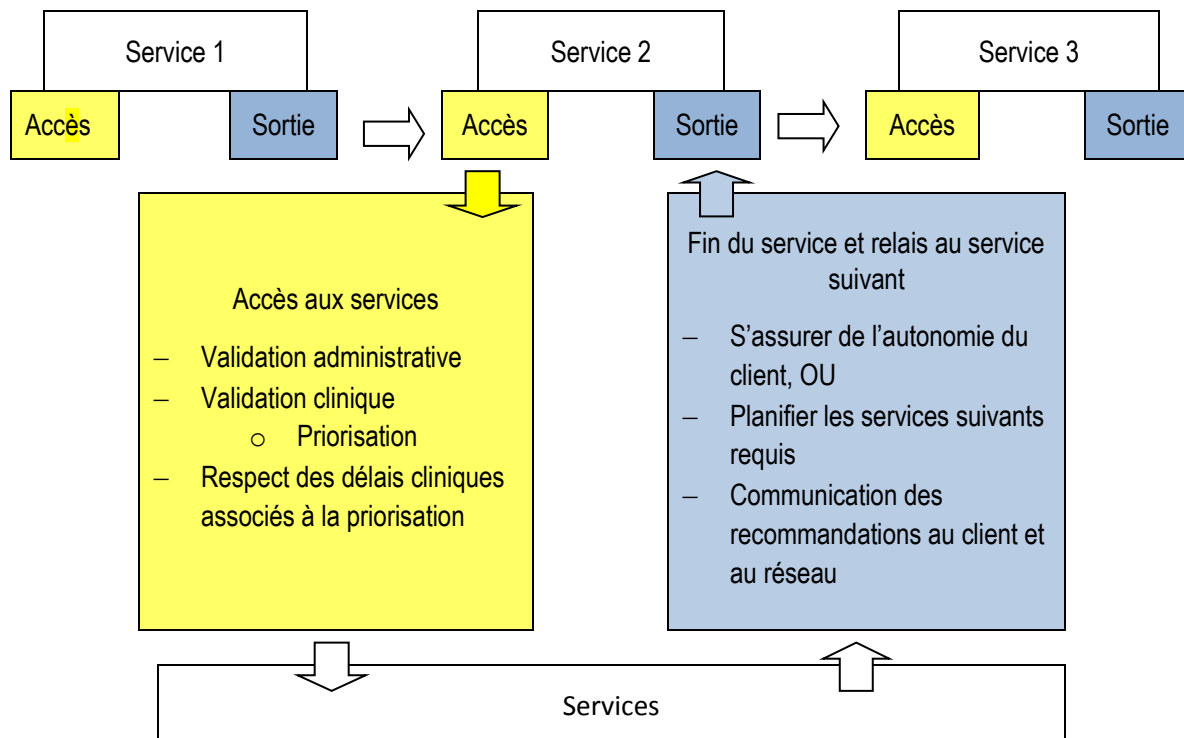
3. Mettre par écrit les ententes :

Une entente de services entre les demandeurs de services et les fournisseurs permet de clarifier les points suivants :

- Les besoins du demandeur;
- L'offre de service du fournisseur;
- Les conditions de réalisation des services du fournisseur;
- Les ajustements du demandeur.

La préparation de la sortie s'inscrit dans une approche de planification proactive des services. Elle permet d'identifier ou d'anticiper des problèmes chez le client et de par le fait même, d'éviter des retours éventuels à l'urgence ou dans le service. Cependant, il est possible que l'évaluation à cette étape révèle certains besoins et complications qui, au contraire, accroîtraient l'utilisation de certains services [16].

Schéma des relais de l'épisode de service d'un client



Conclusion

Les cas hors délais sont inacceptables parce que les clients risquent une détérioration de leur santé et que le rattrapage des retards alourdit la gestion du système et coûte très cher.

Une réelle gestion de l'accès comprend la gestion des demandes, la gestion de l'offre de soins ou de service et la gestion de la concordance entre les deux.

Pour ne plus avoir de cas hors délais ou pour réagir très rapidement lorsque cela arrive, il est important d'avoir des mesures et des suivis continus de gestion des listes de cas planifiés et un plan d'action pour faire face à des hausses soudaines de la demande [18]. En ce sens, le regroupement des activités et la coordination de l'accès par un responsable semblent être des avenues prometteuses.

De plus, une compréhension systémique de l'accès permet à chacune des équipes de soins et de services de se sentir solidaire et responsable de tout l'épisode de soins ou de services du client. Plus particulièrement, elle met en lumière la nécessité de la bonne gestion de l'accès à son service et aussi de la préparation de la sortie pour le soin ou service suivant ou en parallèle.

Idéalement, la vision systémique de l'accès amène une cohérence dans la gestion de l'accès des soins et des services d'un établissement et de façon plus globale, d'un réseau local de santé. Du même coup, la cohérence amène à son tour une amélioration de l'efficacité et de la satisfaction de l'expérience du client dans notre réseau.

Références

1. Gouvernement du Québec (2012). *Guide de gestion accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques, Gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés*, Québec, La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 63 p., http://intranetreseau.rtss.qc.ca/fileadmin/documents_dam/Publications/2012/12-924-01W.pdf.
2. Gouvernement du Québec (2010). *Le Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des services Sociaux*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 55 p., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>.
3. Gouvernement du Québec (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 31 p., <http://www.frqs.gouv.qc.ca/fr/financement/pdf/Cadre-reference.pdf>.
4. Boulenger, Stéphanie et François Vallancourt (2013). *Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec : mesure, conséquences et moyens pour les réduire*, Montréal, CIRANO, 51 p., <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-17.pdf>.
5. Conseil du statut de la femme (2013). *Femmes et santé : plaidoyer pour un accès ouvert à la première ligne*, Québec, Conseil du statut de la femme, 46 p., <http://www.csf.gouv.qc.ca/modules/fichierspublications/fichier-29-1762.pdf>.
6. NHS Modernisation Agency (2001). *The Little Wizard*, London, UK, NHS Modernisation Agency, 15 p., <http://web.squ.edu.om/med-Lib/med/net/e-pathways-net/Docs/NHS%20Little%20Wizard.pdf>.
7. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente*, Ottawa, ICIS, https://secure.cih.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf.
8. Gouvernement du Québec (2010). *Guide de gestion, Planification des activités chirurgicales, Mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés*, Québec, Gouvernement du Québec, 16 p., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-924-05.pdf>.
9. Direction québécoise en cancérologie (2012). *Mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique*, Québec, Gouvernement du Québec, 6 p., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-902-10W.pdf>.
10. Pomey, Marie-Pascale, et autres (2013). «Toward systematic reviews to understand the determinants of wait time management success to help decision-makers and managers better manage wait times», *Implementation Science*, vol. 8, (61), <http://www.implementationscience.com/content/8/1/61>.
11. Couturier, Lola et Annie Robitaille (2011). *Accès en imagerie médicale, cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, 28 p., [Document de référence en finalisation].
12. Gouvernement du Québec (2012). *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*, Québec, Gouvernement du Québec, http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pgdccc/documents/normes_cliniques_mars_2012.pdf.
13. Gouvernement du Québec (2014). *Demande de coloscopie longue*, Québec, Gouvernement du Québec, [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/05d305da385afcd2852579f30053d4b6/\\$FILE/AH-702_DT9241%20\(2014-04\)%20S.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/05d305da385afcd2852579f30053d4b6/$FILE/AH-702_DT9241%20(2014-04)%20S.pdf).
14. NHS Modernisation Agency, Demand Management Group (2002). *The Big Wizard*, London, Gouvernement du Royaume-Uni, http://www.natpact.info/demand_management/wizards/big_wizard/downloads.php.

15. Tardif, Isabelle et France C. Fleury (2013). *Activités liées au congé dans la trajectoire de services pour les aînés en soins postaigus – Recension des écrits*, Longueuil, Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie, 21 p.
16. Shang, Mélanie (2012). *Recension des écrits portant sur la planification du congé de personnes âgées à partir de l'urgence*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 12 p., http://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/46/planification_conge.pdf.
17. Fondation canadienne de la recherche sur les services en santé (FCRSS) (2006). *Améliorer la planification des congés pour mettre un terme au phénomène de « porte tournante » dans les soins hospitaliers* Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services en santé (FCRSS), http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/EvidenceBoost/boost5_f.pdf.
18. Appleby, John, et autres (2004). «Sustaining Reductions in Waiting Times : Identifying Successful Strategies. Final report to the Department of Health», *King's Fund*, http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/sustaining-reductions-waiting-times-identifying-successful-strategies-appleby-boyle-devlin-harley-harrison-locock-thorlby-kings-fund-1-january.pdf.

Pour plus d'information ou d'outils sur le sujet, nous vous recommandons fortement le site du NHS Institute for Innovation and Improvement :

Reducing Delays in Patient Care - Seven Ways to No Delays : documents et outils

http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/reducing_delays_in_patient_care.html

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

