



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Orientations ministérielles

**Organisation et implantation d'un
service d'accueil clinique**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89176-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Table des matières

Introduction.....	1
Définition d'un service d'accueil clinique.....	2
Objectifs principaux.....	3
Principaux acteurs	3
Éléments essentiels à l'élaboration et à la mise en place d'un service d'accueil clinique	4
Directives ministérielles concernant le déploiement des accueils cliniques	4
1. Couverture offerte.....	4
2. Réorientation 24 heures par jour, 7 jours par semaine	5
3. Détermination d'ententes obligatoires	5
Spécificités inhérentes aux 19 installations ainsi qu'à l'établissement non fusionné ciblés par le MSSS	6
1. Prise en charge obligatoire des dix conditions cliniques ciblées.....	6
2. Couverture offerte.....	6
Obligations entourant la sécurité des services offerts.....	6
Critères généraux d'admissibilité	7
Suivi médical.....	7
Élaboration des protocoles.....	8
Documentation essentielle.....	9
Mesure de la performance des accueils cliniques.....	10
Conclusion	10
Assistance	11
Personne-ressource.....	11
Annexe A : Liste des 19 installations et de l'établissement non fusionné ciblés par le MSSS	12
Annexe B : Liste des dix conditions cliniques ciblées par le MSSS	14
Annexe C : Problèmes pouvant compromettre l'implantation d'un service d'accueil clinique et solutions envisageables.....	15

Introduction

Au courant des dernières décennies, de nombreuses études ont décrit les problèmes d'engorgement chronique vécus dans les urgences du système de santé québécois, et ce, particulièrement en région urbaine. Un des facteurs contributifs à cette situation est le manque d'accès aux plateaux d'investigation ainsi qu'aux médecins spécialistes pour les usagers utilisant les services de première ligne. Ainsi, la personne présentant un problème de santé de nature subaiguë ou semi-urgente est fréquemment orientée à l'urgence afin de bénéficier de ce type de service. Afin de contrer ce problème, des cliniciens du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière ont créé, au début des années 2000, le premier modèle d'accueil clinique. Celui-ci permet aux médecins d'orienter des usagers nécessitant une prise en charge dans un délai de 24 à 72 heures pour des conditions cliniques prédéterminées. Ainsi, les examens seront effectués, dans un premier temps, en fonction d'un protocole prédéterminé, puis, dans un deuxième temps, une consultation sera réalisée avec le médecin spécialiste lorsque nécessaire. Les accueils cliniques permettent ainsi d'offrir des services diagnostiques et de consultation de manière plus efficiente pour la clientèle présentant un problème de santé inscrit à leur registre tout en assurant une continuité dans les services offerts.

Depuis les années 2000, plusieurs établissements ont implanté ce type de service. Chacune des installations a adapté son offre de service en fonction des besoins de la population qu'elle sert ainsi que des ressources dont elle dispose. Néanmoins, une recension récente des divers accueils cliniques présents à l'échelle provinciale démontre une hétérogénéité sur le plan du nombre de protocoles actuellement mis en place par les organisations ainsi que par rapport à leur contenu respectif. De plus, l'utilisation de ces derniers par les médecins varie grandement en fonction des pratiques locales.

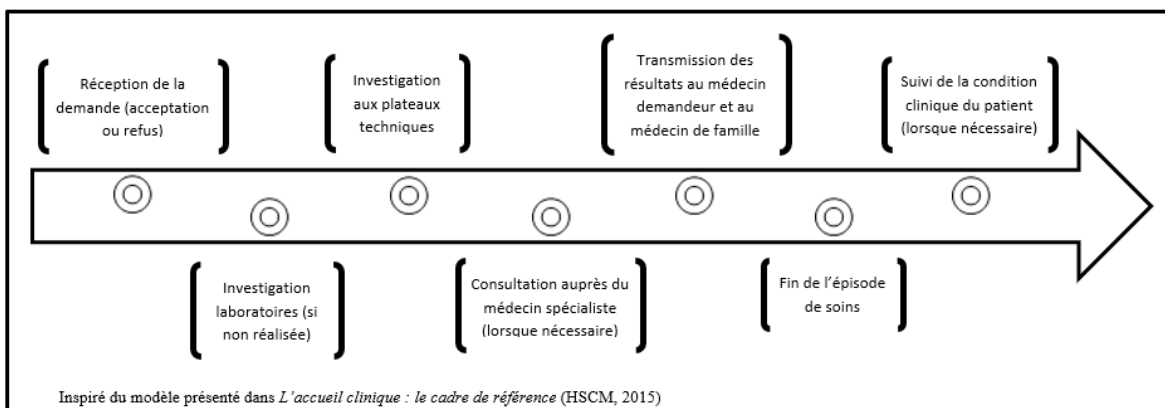
Dans un désir d'offrir au peuple québécois des services d'accueil clinique sécuritaires et efficaces, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite uniformiser les soins qui y sont offerts, et ce, sur l'ensemble du territoire. Ainsi, les différentes installations offrant des services d'accueil clinique devront s'assurer que ces derniers sont conformes aux divers éléments indiqués dans ce document. De plus, dans une optique d'améliorer l'utilisation efficiente des ressources hospitalières dans les régions les plus achalandées actuellement, le MSSS a sélectionné 19 installations ainsi que 1 établissement non fusionné qui devront offrir, à tout le moins, la prise en charge de 10 conditions cliniques prédéterminées (voir l'annexe A).

Définition d'un service d'accueil clinique

L'accueil clinique est un service développé pour les médecins en groupes de médecine de famille (GMF), en cliniques privées, en centres hospitaliers (comprenant notamment les services d'urgence), en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou autre provenance qui reçoivent, sur référence médicale, une clientèle présentant un problème clinique de nature subaiguë ou semi-urgente requérant une prise en charge dans un délai maximal de 24 à 72 heures. Regroupée sous certains diagnostics ou présentations cliniques et selon des critères précis établis par l'équipe médicale, cette clientèle ambulatoire bénéficie d'un accès privilégié aux plateaux techniques et diagnostiques, aux consultations auprès de médecins spécialistes et, dans certains cas, à des amorces de traitement en fonction des protocoles mis en place par les médecins supervisant les accueils cliniques. Ces protocoles permettent ainsi d'assurer une investigation systématisée au regard des normes de pratique reconnues et des données probantes dans un délai de 7 jours pour les problématiques de santé subaiguës et de 28 jours pour les problèmes semi-urgents. La suspicion de thrombophlébite veineuse profonde et les saignements vaginaux au premier trimestre sont des exemples de problèmes cliniques couramment investigués par les accueils cliniques. Notons également que les infirmières praticiennes spécialisées peuvent contribuer au référencement et au suivi des usagers pris en charge par les accueils cliniques, en collaboration avec leur médecin partenaire.

En résumé, une demande est envoyée par le médecin demandeur au service d'accueil clinique qui assurera l'application du protocole prédéterminé. Ainsi, le personnel infirmier de l'accueil clinique planifiera les différents examens et laboratoires prévus dans le protocole en fonction des délais qui y sont indiqués. Une consultation sera également fixée lorsque nécessaire et des amorces de traitement pourront être faites dans certains cas (ex. : cellulite). Le personnel infirmier assurera également un suivi au médecin demandeur à la fin des procédures ou dans certaines situations spécifiques, telles qu'un dépassement des délais prédéterminés ou la présence de résultats anormaux. Par conséquent, il est essentiel qu'un médecin assure le suivi de l'usager durant cet épisode de soins. Finalement, le personnel infirmier soutient l'usager tout au long du processus d'investigation, notamment par l'évaluation et l'enseignement effectués. Notons également que les prélèvements sanguins peuvent être effectués à l'accueil clinique, et ce, en fonction du milieu demandeur et des processus internes prédéterminés.

Le graphique ci-dessous présente une schématisation de la trajectoire des services offerts par les accueils cliniques.



Objectifs principaux

L'implantation des accueils cliniques permettra entre autres :

- ❖ de faciliter l'accès aux médecins spécialistes et aux plateaux d'investigation pour des usagers présentant un problème clinique de nature subaiguë ou semi-urgente dans des délais correspondant à leur état de santé;
- ❖ d'offrir une alternative à l'urgence afin de permettre un désengorgement de cette dernière;
- ❖ de diminuer l'utilisation des services de relance utilisés présentement dans plusieurs urgences afin de contribuer à l'utilisation efficiente de leurs ressources médicales;
- ❖ d'améliorer la qualité des services prodigués aux usagers en assurant une standardisation, sur le plan de l'investigation de pathologies courantes, en fonction des meilleures pratiques actuelles ainsi qu'une continuité dans les soins prodigués;
- ❖ d'améliorer la prise en charge et le suivi effectués par les médecins demandeurs;
- ❖ d'améliorer la prise en charge et d'accélérer la prise de décision des médecins spécialistes puisque les examens sont réalisés avant la consultation;
- ❖ d'offrir un meilleur soutien à l'utilisateur et à sa famille durant l'épisode de soins grâce à l'enseignement et à l'évaluation faits par le personnel infirmier.

Principaux acteurs

- ❖ Responsable de l'accueil clinique
Gestion clinico-administrative et soutien aux différents intervenants.
- ❖ Infirmière chargée de projet
Élaboration et mise en place du projet en collaboration avec l'équipe de gestion de projet.
- ❖ Médecins spécialistes vigies
Élaboration et révision des protocoles (selon leur champ d'expertise).
- ❖ Médecins spécialistes
Consultation et suivi des usagers, lorsque nécessaires.
- ❖ Médecins demandeurs (omnipraticiens et spécialistes)
Orientation de leur clientèle vers les accueils cliniques et suivi lorsque requis.
- ❖ Personnel infirmier de l'accueil clinique
Évaluation, soins, soutien à l'utilisateur et à sa famille, suivi des résultats, enseignement concernant la pathologie, promotion de la santé ainsi que suivi auprès des médecins spécialistes et demandeurs.
- ❖ Agent administratif (optionnel)
Soutien à l'infirmière et aux usagers.

Éléments essentiels à l'élaboration et à la mise en place d'un service d'accueil clinique

- ❖ Projet chapeauté par une équipe de gestion de projet (membre de la direction, leader médical influent, responsable clinico-administratif, infirmière chargée de projet, etc.);
- ❖ Recherche de partenaires mobilisés par le projet;
- ❖ Implication des différentes parties prenantes reliées au projet (internes et externes) dans l'élaboration de ce dernier, dont les leaders médicaux régionaux et locaux;
- ❖ Communications régulières entre les différents acteurs clés durant l'élaboration du projet;
- ❖ Collaboration interprofessionnelle entre les différents intervenants afin d'assurer une continuité dans les services offerts aux usagers;
- ❖ Collaboration interinstallation dans une optique d'amélioration de l'efficacité des services offerts (voir l'annexe C);
- ❖ Mise en place d'un système de communication efficace et sécuritaire entre les divers intervenants permettant d'assurer le suivi des usagers;
- ❖ Implantation d'un système d'évaluation des activités de l'accueil clinique grâce à la collecte et à l'analyse d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant d'obtenir une vision globale des services offerts, et ce, dans un processus d'amélioration continue (voir la section « Mesure de la performance des accueils cliniques »);
- ❖ Ensemble des formulaires et du système de communication simple à utiliser (mécanismes de référencement et de suivi, protocoles, etc.);
- ❖ Rôles de chacun des intervenants clairement définis afin d'éviter le dédoublement ou l'oubli de certaines tâches;
- ❖ Offre de service adaptée aux besoins de la population;
- ❖ Planification à court terme des rendez-vous afin d'offrir en tout temps des places disponibles pour les cas prioritaires, en plus de permettre une meilleure planification de la demande en évitant un nombre élevé d'annulations ou d'absences aux rendez-vous;
- ❖ Implantation progressive en fonction des besoins identifiés par les médecins demandeurs afin de favoriser une mise en place harmonieuse du projet;
- ❖ Rencontres de suivi (postimplantation) entre les différentes parties prenantes afin de cibler les principaux enjeux ou problèmes et de discuter des solutions à déployer.

Directives ministérielles concernant le déploiement des accueils cliniques

1. Couverture offerte

Chaque accueil clinique doit permettre le référencement des médecins de son centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou de son centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) travaillant à l'extérieur d'un centre hospitalier (GMF, cliniques privées, CHSLD, etc.). Néanmoins, les usagers doivent être référés vers l'accueil clinique de leur établissement étant le plus près du lieu de consultation afin d'aider les diverses installations dans la planification

de leurs effectifs. Toutefois, advenant que le protocole désiré ne soit pas offert à l'accueil clinique à proximité, l'utilisateur pourrait être dirigé vers une autre installation de son CISSS/CIUSSS. Notons cependant que le médecin doit tout de même assurer le suivi de l'utilisateur.

En ce qui a trait au référencement provenant des médecins du centre hospitalier (urgence, cliniques spécialisées, unité d'hospitalisation lors du départ de l'utilisateur, etc.), il est fortement conseillé, mais demeure optionnel pour le moment. Le cas échéant, le suivi de cette clientèle doit être assuré par chacune des installations offrant un service d'accueil clinique (voir la section « Suivi médical » pour de plus amples détails sur la prise en charge de cette clientèle). Notons cependant que le service d'accueil clinique ne devrait pas servir de voie rapide (*fast track*) pour des utilisateurs déjà pris en charge par une clinique externe spécialisée afin d'obtenir un accès plus rapide aux plateaux techniques.

Les installations ont donc la responsabilité de s'assurer que les médecins travaillant au sein de leur CISSS/CIUSSS peuvent avoir accès aux protocoles d'investigation ainsi qu'à la documentation nécessaire pour le référencement d'un utilisateur.

Les organisations ont également la possibilité d'élaborer diverses ententes interinstallations afin d'adapter ce service aux réalités locales de chaque milieu, par exemple référencement d'utilisateurs provenant d'un autre CISSS/CIUSSS ou de l'urgence d'une autre organisation (interne ou externe à son établissement). Des corridors de services intra- ou interétablissements peuvent également être développés lorsque l'installation hôte ne dispose pas des ressources nécessaires à l'application du protocole (ex. : plateau technique ou médecins spécialistes). Finalement, les organisations ont la possibilité de développer des corridors de services avec les installations à proximité afin que le suivi avec le médecin spécialiste, lorsque nécessaire à la suite de la consultation initiale, puisse être transféré en cas d'appartenance clinique en lien avec la pathologie traitée (ex. : cellulite postopératoire).

2. Référencement 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Considérant que les problèmes cliniques investigués par les services d'accueil clinique ne requièrent pas une prise en charge immédiate, l'envoi des demandes de référencement doit être disponible en tout temps afin d'éviter que des utilisateurs admissibles aux services d'accueil clinique soient dirigés à l'urgence. Ainsi, l'utilisateur qui consulte en dehors des heures d'ouverture pourra être investigué dans les jours suivants. Néanmoins, l'utilisateur ne devra pas être référé à l'accueil clinique lorsque le protocole prévoit une prise en charge avant la réouverture des services (ex. : prise en charge indiquée dans les 24 heures et réouverture des services dans les 48 heures). Il est donc de la responsabilité de chaque installation d'indiquer clairement aux médecins demandeurs les possibilités de référencement au regard de la disponibilité de ses services et des délais spécifiques établis.

3. Détermination d'ententes obligatoires

Lorsqu'une installation investigate plus de 1 200 cas par année, elle doit élaborer des ententes avec l'imagerie médicale (interne et/ou externe) afin de réserver des plages spécifiques pour les utilisateurs de l'accueil clinique.

Spécificités inhérentes aux 19 installations ainsi qu'à l'établissement non fusionné ciblés par le MSSS

1. Prise en charge obligatoire des dix problèmes cliniques ciblés

Chacune des installations ciblées dans le cadre de ce projet doit assurer la prise en charge de dix problèmes cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente fréquemment soignées dans les urgences québécoises (voir l'annexe B), et ce, d'ici le 1^{er} avril 2021. Lorsque certaines de ces pathologies sont investiguées par un service complémentaire autre que l'urgence (ex. : clinique externe spécialisée pour les cas de cellulite), la prise en charge de ces problèmes cliniques ne devrait pas être offerte à l'accueil clinique afin d'éviter de doubler l'offre de service. Toutefois, les installations devraient s'assurer que tous les médecins du CISSS/CIUSSS puissent y référer directement les usagers afin d'éviter une surutilisation de l'urgence.

2. Couverture offerte

Certaines particularités s'appliquent à l'établissement non fusionné ciblé dans le cadre de ce projet. Ainsi, le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec-Université Laval, considérant qu'il est l'établissement de la région de la Capitale-Nationale ayant le plus fort achalandage et les plus grandes ressources en matière de plateaux techniques et de médecins spécialistes, devra offrir le référencement aux médecins œuvrant dans la région de la Capitale-Nationale selon les modalités définies préalablement (voir la section « Directives ministérielles concernant le déploiement des accueils cliniques »).

Obligations entourant la sécurité des services offerts

Il est primordial d'assurer la sécurité des usagers orientés vers les différents services d'accueil clinique. Ainsi, six mesures essentielles à déployer par toutes les installations offrant ce type de service ont été déterminées :

1. Les installations devront mettre en place différents moyens afin de s'assurer qu'aucune requête n'est perdue (voir l'annexe C).
2. L'enseignement concernant les symptômes d'aggravation nécessitant une consultation rapide à l'urgence doit être réalisé par un professionnel du milieu demandeur.
3. Une brochure explicative incluant minimalement une description de la pathologie investiguée, des signes cliniques à surveiller, des précautions à prendre en attendant la visite du spécialiste et des spécificités concernant la médication (si applicable) ainsi que le numéro de téléphone pour joindre le personnel infirmier de l'accueil clinique doit être remise à l'utilisateur par le milieu demandeur.
4. Lorsque le suivi est assuré par un autre médecin, une note médicale détaillée doit accompagner la demande de référencement afin que le médecin puisse assurer le suivi de manière sécuritaire.
5. Le personnel infirmier de l'accueil clinique doit s'assurer de la présence de l'utilisateur à chacun des rendez-vous prévus (examens et consultation).

6. L'infirmière doit aviser le médecin qui assure le suivi advenant que :
 - les délais prescrits pour les examens et/ou la consultation ne puissent être respectés;
 - l'utilisateur refuse les soins;
 - l'utilisateur soit injoignable;
 - les rapports médicaux indiquent la présence de résultats critiques nécessitant une prise en charge rapide ou de résultats associés à une pathologie autre que celle investiguée.

Le personnel infirmier pourra également aviser directement le médecin spécialiste de garde lorsqu'une prise en charge rapide de ce dernier est requise, et ce, en fonction des processus internes qui auront été préalablement établis dans l'installation. En ce sens, les installations devront :

7. Élaborer une trajectoire claire entre les services diagnostiques (laboratoire et imagerie), le personnel de l'accueil clinique et celui des urgences afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers en présence de résultats critiques.

Critères généraux d'admissibilité

Lorsqu'un médecin désire orienter un usager vers l'accueil clinique, le profil et l'état de santé de ce dernier doivent respecter les critères généraux d'admissibilité des accueils cliniques. Actuellement, chacune des installations a déterminé des critères d'admissibilité en fonction des services qu'elle est en mesure d'offrir et de la clientèle qu'elle dessert. Dans un désir d'uniformiser les services offerts à l'échelle provinciale, des critères généraux d'admissibilité ont été déterminés par le MSSS et pourront servir de guide aux différentes installations offrant ce service :

1. L'utilisateur doit présenter un problème de santé de nature subaiguë ou semi-urgente nécessitant une prise en charge dans un délai de 24 à 72 heures, qui correspond aux indications spécifiques d'un des protocoles mis en place par l'accueil clinique.
2. L'état de santé physique et mental de l'utilisateur doit être stable en plus de ne présenter aucune des contre-indications spécifiques mentionnées dans le protocole.
3. L'utilisateur doit être en mesure de se déplacer seul ou avec l'aide d'une personne qui soit disponible tout au long de l'épisode de soins.
4. L'utilisateur doit être facilement joignable par téléphone.
5. Le formulaire doit être dûment rempli par le médecin demandeur.
6. Un médecin doit être disponible tout au long de l'épisode de soins afin d'assurer le suivi de l'utilisateur. Il doit également indiquer un numéro de téléphone ou de téléavertisseur qui permet de le joindre directement durant les heures d'ouverture de l'accueil clinique.

Suivi médical

Lorsque le référencement provient d'un service de première ligne ou d'un service spécialisé hors d'un centre hospitalier, le médecin demandeur assure le suivi tout au long de l'épisode de soins. Ce suivi peut également être délégué à un collègue. Le cas échéant, son nom et ses coordonnées doivent être clairement indiqués sur le formulaire de demande. Dans ce cas et tel que mentionné préalablement, une note médicale doit être envoyée au médecin qui assurera le suivi.

En ce qui a trait à la clientèle provenant des centres hospitaliers, l'installation qui prend en charge l'utilisateur est tenue de mettre en place un mécanisme afin d'assurer son suivi. Lorsque l'utilisateur est inscrit auprès d'un médecin de famille, une demande devrait lui être envoyée afin que ce dernier puisse assurer le suivi. En ce qui concerne la clientèle orpheline ou lorsque le médecin de famille est indisponible, il est de la responsabilité de l'installation d'assurer le suivi de cette clientèle. Ainsi, plusieurs alternatives sont envisageables en fonction des ressources médicales disponibles (voir l'annexe C). Présentement, plusieurs installations ont mandaté un médecin de l'urgence, communément appelé « médecin coordonnateur », qui agit à titre de répondant pour les personnes investiguées à l'accueil clinique. Le cas échéant, un service de relance peut être utilisé lorsque l'utilisateur nécessite un suivi particulier. Dans d'autres cas, des omnipraticiens ont été mandatés afin de prendre en charge ces usagers et les suivis sont effectués, lorsque nécessaires, directement à l'accueil clinique. Finalement, des corridors de services peuvent être établis afin de pouvoir orienter la clientèle qui nécessite un suivi non urgent vers un service de première ligne (ex. : système de réorientation).

Dans un désir d'assurer la continuité des soins, un sommaire d'investigation doit être envoyé au médecin de famille pour la clientèle bénéficiant de ce service. Les médecins demandeurs doivent également recevoir ce sommaire lorsqu'ils n'ont pas accès aux résultats dans leur milieu de travail.

Élaboration des protocoles

Actuellement, les installations offrant un service d'accueil clinique utilisent pour leurs protocoles des ordonnances collectives (OC) ou des ordonnances individuelles standardisées (OIS). Les OIS sont à privilégier puisqu'elles incluent des ordonnances médicales standardisées qui sont fréquemment nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur par l'accueil clinique. Indépendamment du type d'ordonnance choisi par les organisations, les OIS et les OC doivent respecter certains critères spécifiques afin d'assurer la qualité ainsi que la sécurité des services offerts :

1. Les protocoles doivent être élaborés en concordance avec les normes de pratique reconnues et les données probantes en plus d'être révisés annuellement ou lors de la publication de nouvelles lignes directrices.
2. Les critères généraux d'admissibilité doivent être annexés aux différents protocoles.
3. Les indications et contre-indications doivent être spécifiées pour chacun des protocoles cliniques.
4. Chacune des interventions doit inclure un délai maximal d'intervention.
5. Il doit être clairement spécifié à partir de quel moment le délai s'applique (à la réception de la demande, après la consultation avec l'infirmière, à la suite d'un examen diagnostique, etc.).
6. Lorsque cela est applicable, les contre-indications à la médication et aux examens doivent être clairement inscrites et la ou les alternatives doivent être indiquées.
7. Lorsque cela est jugé pertinent, les installations devront élaborer des protocoles spécifiques pour la clientèle provenant de l'urgence ou inscrire une mention spécifiant les particularités liées à la prise en charge de cette clientèle sur leur protocole actuel. En effet, certains examens devront être réalisés avant le référencement de l'utilisateur provenant d'un service d'urgence afin d'assurer la sécurité et l'efficacité des soins dispensés (ex. : ECG pour suspicion de fibrillation auriculaire).

8. La consultation auprès du médecin spécialiste devrait être réalisée seulement lorsque pertinente (voir l'annexe C).
9. Toute médication nécessaire à la prise en charge de l'utilisateur doit être indiquée sur le protocole et une ordonnance médicale devrait y être annexée.
10. Toute charte nécessaire à l'utilisation d'un protocole doit y être annexée (ex. : score de Wells pour le protocole de suspicion de thrombophlébite profonde).
11. L'algorithme schématisant le protocole d'investigation doit être facilement interprétable.
12. Les références utilisées pour l'élaboration du protocole doivent être disponibles avec les documents de référence.
13. La date de rédaction et la dernière date de révision du protocole doivent être indiquées.

Notons également qu'une uniformisation des protocoles et, plus particulièrement, des critères généraux d'admissibilité, des indications et des contre-indications au sein d'un même établissement est à prioriser tout en considérant les ressources disponibles dans chacune des installations.

Documentation essentielle

En concordance avec les diverses normes inscrites dans le cadre des orientations ministérielles, les installations devront développer différents outils et formulaires afin d'assurer la prise en charge sécuritaire et efficiente des usagers. Ainsi, les organisations devront minimalement élaborer, pour chacun de leurs protocoles cliniques, la documentation suivante :

1. Ordonnances individuelles standardisées ou ordonnances collectives spécifiques à chacun des protocoles cliniques;
2. Ordonnance médicale standardisée recommandée pour la médication (lorsque nécessaire);
3. Algorithme schématisant le protocole clinique;
4. Formulaire pour le référencement par les médecins demandeurs incluant une section pour inscrire le nom et les coordonnées du médecin de famille afin d'assurer une continuité dans les services offerts;
5. Formulaire pour l'évaluation clinique de l'utilisateur par le personnel infirmier;
6. Feuillet d'information spécifique à chacun des protocoles;
7. Toute autre documentation jugée nécessaire pour l'enseignement prodigué par le personnel infirmier;
8. Formulaire de suivi auprès des médecins demandeurs et des médecins de famille.

Le MSSS recommande la création de formulaires de référencement spécifiques à chacun des problèmes cliniques afin de diminuer le nombre de demandes refusées. L'élaboration de formulaires d'évaluation distincts est également recommandée puisque ces derniers permettent d'assurer la sécurité des services offerts en garantissant une standardisation de l'évaluation faite par le personnel infirmier.

Mesure de la performance des accueils cliniques

Les installations devraient mettre en place un système permettant de recueillir et d'analyser divers indicateurs afin d'obtenir une vision globale de l'ensemble des activités de leur accueil clinique dans une optique d'évaluation et d'amélioration de la performance. Le MSSS a donc sélectionné onze indicateurs qui permettront aux installations d'évaluer la sécurité et l'efficacité des services offerts :

1. Mesure du délai moyen entre la réception de la référence et l'envoi du suivi d'investigation au médecin demandeur pour chacun des protocoles d'investigation (durée globale de l'épisode de soins);
2. Nombre de références reçues par :
 - a. Période,
 - b. Spécialité,
 - c. Protocole clinique,
 - d. Milieu demandeur,
 - e. Médecin demandeur;
3. Nombre et pourcentage de références refusées par :
 - a. Protocole clinique,
 - b. Médecin demandeur;
4. Nombre et pourcentage d'usagers redirigés vers l'urgence, car leur état nécessitait une prise en charge rapide (par protocole clinique);
5. Nombre et pourcentage d'examens réalisés hors délai (par examen);
6. Nombre et pourcentage de consultations réalisées hors délai (par spécialité).

Ces indicateurs devraient être analysés sur une base périodique et annuelle dans une perspective d'augmentation du référencement fait par les médecins de la région et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des services offerts à la population. Les installations pourront également bonifier cette liste en fonction des données disponibles ainsi que des divers éléments qu'ils désirent évaluer et améliorer.

Conclusion

En somme, ce projet permettra l'implantation d'accueils cliniques plus sécuritaires et efficaces en plus d'assurer, pour les régions les plus achalandées de la province, la prise en charge de dix problèmes cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente fréquemment soignées dans les urgences québécoises. Retenons que ce projet a pour principales missions d'offrir des soins sécuritaires et adaptés aux besoins du peuple québécois en plus de contribuer au désengorgement des urgences. Pour ce faire, les services devraient être offerts à tous les médecins, dont ceux des urgences, en plus d'être accessibles en fonction des besoins de la population (ex. : ouverture de soir et de fin de semaine). Pour conclure, il est primordial, pour la sécurité des usagers pris en charge par les différents services d'accueil clinique, d'assurer la justesse scientifique des protocoles ainsi que le respect des délais qui y sont mentionnés.

Assistance

Dans l'optique d'aider les différentes installations dans l'amélioration des services qu'elles offrent ainsi que dans la création de nouveaux protocoles d'investigation, un système commun comprenant les protocoles des différentes organisations sera déployé.

L'équipe de la Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique est disponible en tout temps pour répondre à vos questions ou vous accompagner dans vos démarches. De plus, les régions de Montréal et de sa couronne pourront bénéficier du soutien de la Direction de la coordination ministérielle 514-450 du MSSS.

Personne-ressource

Catherine Pageau

Direction des services d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
418 266-8829
catherine.pageau@msss.gouv.qc.ca

Documentation disponible sur demande

Annexe A : Liste des 19 installations et de l'établissement non fusionné ciblés par le MSSS

- ❖ Capitale-Nationale :
 - CHU de Québec-Université Laval
- ❖ Mauricie et Centre-du-Québec :
 - Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- ❖ Montréal :
 - CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :
 - Hôpital Maisonneuve-Rosemont
 - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :
 - Hôpital général du Lakeshore
 - CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal :
 - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
 - CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal :
 - Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
 - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal :
 - Hôpital de Verdun
 - Hôpital Notre-Dame
- ❖ Outaouais :
 - Hôpital de Gatineau
 - Hôpital de Hull (couvre les deux installations)
- ❖ Laval :
 - Hôpital de la Cité-de-la-Santé
- ❖ Lanaudière :
 - Hôpital Pierre-Le Gardeur
 - Centre hospitalier régional de Lanaudière
- ❖ Laurentides :
 - Hôpital de Saint-Eustache
 - Hôpital régional de Saint-Jérôme

❖ Montérégie :

- CISSS de la Montérégie-Centre :
 - Hôpital Charles-Le Moyne
- CISSS de la Montérégie-Est :
 - Hôpital Pierre-Boucher
 - Hôpital Honoré-Mercier
- CISSS de la Montérégie-Ouest :
 - Hôpital du Suroît
 - Centre hospitalier Anna-Laberge

Annexe B : Liste des dix problèmes cliniques ciblés par le MSSS

- ❖ Suspicion de thrombophlébite profonde
- ❖ Suspicion de fibrillation auriculaire
- ❖ Suspicion d'ischémie cérébrale transitoire
- ❖ Douleur rétrosternale
- ❖ Saignement vaginal au premier trimestre
- ❖ Suspicion de diverticulite
- ❖ Hématurie macroscopique
- ❖ Suspicion de colique néphrétique
- ❖ Suspicion de colique biliaire
- ❖ Cellulite

Annexe C : Problèmes pouvant compromettre l'implantation d'un service d'accueil clinique et solutions envisageables

<i>Problèmes potentiels</i>	<i>Solutions envisageables</i>
<i>Surutilisation des spécialistes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de protocoles détaillés qui prévoient une consultation auprès du médecin spécialiste uniquement lorsque nécessaire, et ce, en fonction des résultats d'examens diagnostiques. • Détermination de différents délais de consultation en fonction des résultats d'examens et/ou de l'état clinique de l'utilisateur (ex. : délai écoulé depuis l'apparition des symptômes d'ischémie cérébrale transitoire). • Retour au médecin demandeur pour les cas simples qui ne requièrent pas de suivi spécialisé. • Réévaluation de l'utilisateur par le médecin demandeur, lorsque ce dernier provient d'un service de première ligne, afin qu'il juge, en fonction des résultats d'examens ainsi que de sa capacité à prendre en charge l'utilisateur, de la nécessité d'une consultation auprès du médecin spécialiste.
<i>Pertes de demandes de référencement</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un filet de sécurité afin de s'assurer qu'aucune demande n'est perdue (ex. : envoi par papier et par télécopieur, appel à l'infirmière de l'accueil clinique et envoi par télécopieur, mention à l'utilisateur d'appeler le service d'accueil clinique, avec numéro de référence, si aucun appel n'a été rendu dans un délai précis).
<i>Utilisation faible du service par les médecins de première ligne</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Visite des différentes cliniques afin de promouvoir le service. • Inscription des médecins au site permettant d'avoir accès aux protocoles lors des visites afin de les familiariser avec ce système. • Envoi de courriels automatiques à tous les médecins ayant fait une demande de référencement lors de la modification ou de l'ajout d'un protocole d'investigation. • Collaboration avec un des médecins des cliniques regroupant plusieurs docteurs afin de promouvoir le service auprès de ses collègues (GMF ou autres). • Collaboration avec le directeur régional de médecine générale pour faire la promotion des services d'accueil clinique auprès des médecins de la région. • Appel par l'infirmière de triage au médecin de première ligne qui a référé un utilisateur admissible à l'accueil clinique afin de promouvoir ce service et ainsi de contribuer au référencement des utilisateurs (possibilité à ce moment

*Utilisation faible du service
par les médecins des
urgences*

- d'orienter l'utilisateur vers l'accueil clinique par ordonnance verbale du médecin).
- Implantation des protocoles en fonction des besoins identifiés par les médecins demandeurs.
- Implantation progressive afin d'assurer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des usagers et ainsi de bâtir la crédibilité des services offerts auprès des médecins du territoire.
- Appel directement aux spécialistes de garde lorsque l'utilisateur présente une condition clinique particulière qui demande une expertise plus poussée afin d'assurer une utilisation efficace des ressources médicales en plus d'éviter un nombre élevé de rappels aux médecins demandeurs.
- Rappel des avantages de cette prise en charge pour l'utilisateur, dont le soutien apporté par l'infirmière de l'accueil clinique et l'enseignement qu'elle effectue.
- Rappel des priorités ministérielles : désengorgement des urgences et mise en place d'accueils cliniques efficaces.
- Rappel de l'état actuel des urgences (pour les établissements vivant des problèmes d'engorgement chronique).
- Désignation d'un médecin de l'urgence mobilisé par le projet afin qu'il en fasse la promotion auprès de ses collègues.
- Suivi des usagers investigués par l'accueil clinique délégué à un médecin coordonnateur (souvent le même qui s'occupe des relances).
- Appel directement aux spécialistes de garde lorsque l'utilisateur présente une condition clinique particulière qui demande une expertise plus poussée afin d'assurer une utilisation efficace des ressources médicales en plus d'éviter un nombre élevé de rappels aux médecins demandeurs.
- Réévaluation des usagers, au besoin, au service de relance ou directement à l'accueil clinique en fonction des processus mis en place dans chacune des installations.
- Création de corridors de services afin de pouvoir orienter vers un service de première ligne la clientèle qui nécessite un suivi non urgent et ainsi de diminuer la charge de travail du médecin assurant le suivi des usagers investigués par l'accueil clinique (ex. : cas de rougeur persistante, lorsque la possibilité de cellulite et de thrombophlébite profonde a été écartée, référé à un médecin de première ligne via Rendez-vous santé Québec ou autre système de réorientation utilisé par l'installation).
- Implantation des protocoles en fonction des besoins identifiés par les médecins demandeurs.
- Implantation progressive afin d'assurer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des usagers et ainsi de bâtir

Réticence des médecins spécialistes

Utilisation inefficace des ressources infirmières

- la crédibilité des services offerts auprès des médecins du territoire.
 - Création d'outils informatiques afin de faciliter le suivi des usagers orientés vers l'accueil clinique par les médecins demandeurs de l'urgence (liste des usagers référés, des résultats disponibles, des suivis à effectuer, etc.).
 - Implication du directeur des services professionnels (DSP) et des hauts dirigeants dans le projet afin de favoriser la gestion du changement.
 - Mise en place d'un système de révision des cas afin de repérer les usagers qui auraient pu être orientés vers l'accueil clinique.
 - Rappel des avantages de cette prise en charge pour l'utilisateur, dont le soutien apporté par l'infirmière de l'accueil clinique et l'enseignement qu'elle effectue.
 - Rappel des priorités ministérielles : désengorgement des urgences, mise en place d'accueils cliniques efficaces et diminution de l'utilisation des services de relance.
 - Rappel de l'état actuel des urgences (pour les installations vivant des problèmes d'engorgement chronique).
- Implication de la haute direction et du DSP.
 - Implication des médecins spécialistes dans l'élaboration du projet et des protocoles.
 - Mise en œuvre du projet avec les spécialités les plus motivées par ce dernier.
 - Promotion de la réduction du nombre de rendez-vous pour les usagers pris en charge par l'accueil clinique puisque les examens sont réalisés lors de la consultation initiale.
 - Création d'outils informatiques afin de faciliter le suivi des usagers (liste des usagers référés, des résultats disponibles, des suivis à effectuer, etc.).
 - Développement de protocoles qui permettent de diminuer la surutilisation des médecins spécialistes (voir la section « Surutilisation des spécialistes » de l'annexe C).
- Combinaison des services de l'accueil clinique avec ceux d'un autre département (ex. : médecine de jour) afin de pouvoir pallier les hausses ainsi que les baisses d'achalandage.
 - Possibilité de discuter avec l'infirmière par téléphone lors de la demande de référencement afin de s'assurer de l'admissibilité de l'utilisateur (sinon redirigé vers le bon service).
 - Collaboration avec les organisations qui réfèrent des usagers afin que les prises de sang soient faites avant leur départ, lorsque le service est offert au lieu de référencement, et ainsi éviter une visite à l'accueil clinique.
 - Emploi d'un agent administratif (peut être partagé avec un service connexe).

Difficulté d'obtenir des plages en imagerie

- Création d'outils informatisés afin de faciliter le suivi effectué par le personnel infirmier (examens et consultations du jour, résultats à vérifier, résultats disponibles, etc.).
- Réservation de plages pour les usagers de l'accueil clinique avec les services d'imagerie (obligation pour les installations qui reçoivent plus de 1 200 cas par an).
- Collaboration avec le service d'imagerie afin de pouvoir obtenir des plages supplémentaires lors d'une augmentation des demandes de référencement.

Enjeux concernant la sécurité des services offerts

- Obligation de plages réservées en imagerie médicale pour les accueils cliniques qui traitent plus de 1 200 cas par an.
- Implication du DSP et des hauts dirigeants dans le projet afin de favoriser la gestion du changement.
- Implication du service d'imagerie dans l'élaboration du projet.
- Travail en collaboration avec l'imagerie médicale pour accroître les plages des plateaux techniques les plus sollicités, et ce, en fonction du nombre de demandes annuelles par examen ainsi que du nombre d'examens réalisés hors délai.
- Rappel des priorités ministérielles : désengorgement des urgences et mise en place d'accueils cliniques efficaces.
- Enseignement par le milieu demandeur des symptômes à surveiller et des signes d'aggravation nécessitant une consultation à l'urgence (remise d'une brochure explicative).
- Remise d'une note médicale obligatoire avec la demande de référencement lorsque le suivi est assuré par un autre médecin.
- Envoi des résultats aux médecins demandeurs lorsque ces derniers n'y ont pas accès.
- Ententes avec les médecins demandeurs afin de pouvoir les contacter directement sur leur cellulaire.
- Création d'outils informatiques afin de faciliter le suivi des usagers orientés vers l'accueil clinique par les médecins demandeurs de l'urgence (liste des usagers référés, des résultats disponibles, des suivis à effectuer, etc.).
- Création d'outils informatisés afin de faciliter le suivi effectué par le personnel infirmier (examens et consultations du jour, résultats à vérifier, résultats disponibles, etc.).
- Définition claire des processus et des rôles de chacun des intervenants concernant le suivi des usagers référés à l'accueil clinique.
- Détermination d'un processus interne bien défini pour les services diagnostiques (laboratoire, imagerie) en présence de résultats critiques nécessitant une prise en charge immédiate.

