

GUIDE DE GESTION

DES DEMANDES DE SERVICES ET DES SUIVIS EN SANTÉ PHYSIQUE

Équipe de rédaction

Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

Direction adjointe accès et trajectoire de soins

Madame Laurie-Anne Cloutier, agente de planification, programmation et recherche

Docteure Stéphanie Gougoux, médecin-conseil

Monsieur Robert Simon, cadre intermédiaire

Collaboratrices à la mise en page et à la correction

Madame Amélie Babin, agente de planification, programmation et recherche

Madame Jocelyne Delorme, spécialiste en procédés administratifs

Madame Martine Daigneault, technicienne en administration

Graphisme

Le Zeste Graphique

Notes

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

Ce document est disponible en ligne sur le site Web du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal :

www.ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca section Publications sous l'onglet Votre CIUSSS.

© CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2017

Tous droits réservés.

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Direction adjointe accès et trajectoire de soins, 2017.

514 331-3025, poste 71016.

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017.

ISBN : 978-2-550-79388-5

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE	III
ABRÉVIATIONS	V
INTRODUCTION	1
1. PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ACCÈS AU CIUSSS NIM	2
2. MODÈLE DE GESTION OPTIMALE DE L'ACCÈS : LE GUICHET D'ACCÈS COMME PIERRE ANGULAIRE	3
2.1. Caractéristiques et fonctions d'un guichet d'accès	3
2.2. Demande de service (DS).....	5
2.3. Échelle de priorité clinique harmonisée.....	6
2.4. Suivi des indicateurs	6
2.4.1. Pourcentage de DS qui respecte le délai de réalisation par priorité clinique.....	6
2.4.2. Suivi des hors délais	6
2.5. Intégration de la gestion des demandes de suivi au GA.....	7
2.5.1. Types de demande de suivi.....	7
2.5.2. Gestion des demandes de suivi au GA.....	8
2.6. En marche vers une gestion sans papier	8
2.7. Outil informatique.....	9
2.8. Un guichet d'accès en santé physique (GASP).....	9
3. MODÈLE DE GESTION DE L'ACCÈS EN ATTENDANT L'INTÉGRATION D'UN SERVICE AU GASP OU LA MISE EN PLACE D'UN GUICHET D'ACCÈS (GA) POUR CE SERVICE.....	10
3.1. Gestion d'une nouvelle DS.....	10
3.2. Gestion d'une demande de suivi	11
4. TRAVAUX PRÉLIMINAIRES À L'INTÉGRATION D'UN SERVICE AU GASP OU À LA MISE EN PLACE D'UN GA.....	12
4.1. État de situation de la liste d'attente, validation et résorption du « backlog »	12
4.1.1. État de situation de la liste d'attente	12
4.1.2. Validation de la liste d'attente	12
4.1.3. Résorption du « backlog ».....	13
4.2. État de situation sur le cheminement d'une DS (cartographie).....	13
CONCLUSION.....	15

Annexe I – Modèle de fonctionnement optimal d'un guichet d'accès (GA).....	18
Annexe II – Circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité de l'utilisateur ...	19
Modèles de lettre.....	25
Annexe III – Tableau d'indicateurs	31
Annexe IV – Exemple de formulaire de DS harmonisé	33
Annexe V – Modèle idéal de cheminement d'une demande de suivi	35
Annexe VI – Modèle de guichet d'accès en santé physique au CIUSSS du Nord-de- l'Île-de-Montréal.....	36
Annexe VII – Guide de formation eClinibase	37
Annexe VIII – Exemple de procédure de validation administrative et clinique.....	59
Annexe IX – Cartographie du cheminement actuel d'une DS	62
Annexe X – Logigramme	63
BIBLIOGRAPHIE	64

LEXIQUE

« **Backlog** » : (Traduction : arriéré). Accumulation de demandes de service hors délais à réaliser.

Circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé : Directive émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'échelle provinciale qui concerne la mise en place de règles de gestion permettant de retirer l'utilisateur d'une liste d'attente si nécessaire. Ces mesures de soutien à la gestion des listes d'attente et à l'attribution de rendez-vous sont applicables en chirurgie, en endoscopie, pour les services spécialisés et en imagerie. Ces règles concernent les situations suivantes : refus, report, annulation, absence à un rendez-vous, usager non joignable ou non disponible pour raison personnelle.

Date cible : À partir de la date de réception d'une demande de service, la priorité clinique identifiée par le référent permet de traduire celle-ci en date cible. Cette date reflète le délai à l'intérieur duquel le service doit être réalisé afin de répondre à la priorité clinique de l'utilisateur.

Demande de service : Demande d'accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques d'un référent (voir définition ci-bas) vers un dispensateur de service (voir définition ci-bas). *Synonymes : requête, référence, demande de consultation.*

Demande de service dans les délais : Demande de service en attente de réalisation du service, à l'intérieur du délai prescrit selon la priorité clinique et donc de la date cible.

Demande de service hors délai : Demande de service en attente de réalisation du service avec un délai dépassant la priorité clinique et la date cible.

Deuxième offre : Pour les demandes de service en voie de devenir hors délai ou étant déjà hors délai, l'établissement peut proposer un rendez-vous dans une autre installation ou un autre établissement qui pourra respecter la date cible ou accélérer la dispensation du service.

Dispensateur de service : La ressource (médecins spécialistes ou autres) qui offre le service. Le dispensateur peut être en établissement ou en communauté.

Référent : Médecin ou professionnel (par exemple infirmière praticienne spécialisée - IPS) qui initie la demande de service. Le référent en communauté est le plus souvent un médecin de famille. Les médecins en établissement peuvent aussi être des référents. *Synonyme : requérant.*

Service : Dans le présent guide, le terme *service* est utilisé dans deux différents contextes. Il se définit comme étant la prestation d'une activité dans le but de répondre au besoin de l'utilisateur (exemples : examen d'imagerie, consultation spécialisée) ou comme un secteur d'activité dans un département (exemple : service de cardiologie).

Suivi : Un rendez-vous requis à la suite de l'évaluation initiale dans un service donné, à l'intérieur d'une date cible.

ABRÉVIATIONS

AA	Agent administratif
CH	Centre hospitalier
CIUSSS NIM	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
DA-ATS	Direction adjointe accès et trajectoire de soins
DS	Demande de service
GA	Guichet d'accès
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GASP	Guichet d'accès en santé physique
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille-réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
HD	Hors délai
RDV	Rendez-vous

INTRODUCTION

Un état de situation réalisé en 2015 sur les divers services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) illustre la multitude de portes d'entrée pour les demandes de service (DS) et un manque de cohérence parmi nos mécanismes d'accès. De grands volumes de DS reçues quotidiennement dans notre établissement sont traitées de manière différente d'un service à l'autre et d'une installation à l'autre. De plus, la gestion des rendez-vous (RDV) de suivi n'est pas optimale ni harmonisée. Le résultat est que plusieurs services ont cumulé de longues listes d'attente d'utilisateurs hors délais (HD), c'est-à-dire ayant dépassé la date cible selon la priorité clinique. Les difficultés d'accès peuvent engendrer une détérioration de la condition de santé de la personne en attente et par le fait même exercer une pression supplémentaire sur le système de santé.

L'évolution des connaissances en accès a permis de développer de nouvelles façons de faire qui ont été expérimentées avec succès au CIUSSS NIM. C'est sur la base de ces meilleures pratiques et aussi en lien avec le Cadre de gestion intégrée de la performance du CIUSSS que la direction adjointe accès et trajectoire de soins (DA-ATS) a élaboré le présent guide, plus spécifiquement pour le secteur de la santé physique.

L'objectif fondamental de la démarche décrite dans ce guide est de mettre en place un modèle de gestion optimale de l'accès permettant d'attribuer un RDV pour un service spécialisé (nouvelle demande ou suivi) à l'intérieur du délai prescrit par la condition clinique de l'utilisateur.

La pierre angulaire de ce modèle est la mise en place d'un guichet d'accès.

De façon concrète, la démarche proposée permet de soutenir les gestionnaires dans l'amélioration de l'accès à leur service. Elle s'adresse aux professionnels et au personnel administratif qui sont dédiés à la gestion des DS et à l'attribution des RDV dans notre CIUSSS.

Le guide est divisé en quatre grandes sections :

- Section 1 : Les principes directeurs de l'accès adoptés par le CIUSSS NIM;
- Section 2 : Le modèle de guichet d'accès et spécifiquement le guichet d'accès en santé physique (GASP);
- Section 3 : Le modèle de gestion de l'accès en attendant l'intégration d'un service au GASP ou la mise en place d'un guichet d'accès (GA) pour ce service;
- Section 4 : Les travaux préliminaires à effectuer avant l'intégration d'un service au GASP.

1. PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ACCÈS AU CIUSSS NIM

Afin de faciliter ses travaux dans l'amélioration des mécanismes d'accès, le CIUSSS NIM s'est doté de principes directeurs. Le modèle de gestion optimale de l'accès proposé dans ce guide respecte ces principes.

Un accès selon la priorité clinique : La gestion de l'accès se fait par priorité clinique et respecte le délai prescrit selon la condition clinique de l'utilisateur.

Un accès centré sur les besoins de l'utilisateur : L'accès répond au besoin de l'utilisateur en fonction de sa condition clinique, tout en respectant sa préférence quant au choix du dispensateur ou de l'installation où il souhaite recevoir son service.

Un accès juste et équitable : À priorité clinique égale, le premier arrivé est le premier servi.

Un accès simple : Les demandes passent par une porte d'entrée unique et n'exigent aucune démarche parallèle ou complexe par l'utilisateur ou le référent pouvant devenir un frein à l'obtention d'un soin ou d'un service, incluant l'obtention de tests ou d'examen préalable à une consultation.

Un accès doté de mécanismes de rétroaction : Des mécanismes de rétroaction sont en place afin d'informer le référent et l'utilisateur du cheminement de la DS tout au long du processus.

Un accès tenant compte des principes de hiérarchisation des services : Les services sont dispensés par le niveau de soin correspondant à la complexité de la condition clinique de l'utilisateur.

Un accès sans bris de continuité : Une continuité des soins est garantie pour la prestation de services de qualité. Une continuité informationnelle est également assurée, tout en préservant la sécurité des informations personnelles et confidentielles.

Un accès performant : Le service suit des indicateurs de performance de l'accès lui permettant de réviser ses processus et de s'engager dans un exercice d'amélioration continue.

2. MODÈLE DE GESTION OPTIMALE DE L'ACCÈS : LE GUICHET D'ACCÈS COMME PIERRE ANGULAIRE

Afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés, un des moyens retenus par le CIUSSS NIM est l'implantation de guichets d'accès. La mise en place d'un guichet d'accès permet :

- La création d'un processus structuré et uniforme;
- La diminution du temps de référence et l'augmentation de la facilité à faire une référence;
- L'amélioration de la pertinence des demandes;
- Un gain d'efficacité et une diminution du temps de traitement de la référence;
- L'attribution d'un RDV qui respecte le délai prescrit selon la priorité clinique de l'utilisateur;
- La diminution des absences aux RDV (*no shows*) et des doublons dans les listes de travail;
- Une optimisation du temps du dispensateur lors de la consultation grâce à la coordination des examens prérequis;
- L'obtention de données fiables (indicateurs) et en temps réel sur l'accès (donc prise de décisions basées sur des évidences);
- Une meilleure utilisation des ressources;
- Le passage d'une gestion de l'offre à une gestion de la demande.

2.1. Caractéristiques et fonctions d'un guichet d'accès

Le GA représente une structure administrative offrant un service aux médecins qui souhaitent acheminer une DS pour un usager. La majorité des tâches du GA est d'ordre administratif et est réalisée par un agent administratif (AA).

Tout d'abord, voici le modèle de fonctionnement optimal d'un GA pour une nouvelle demande de service (voir annexe I). La gestion des demandes de suivi sera abordée à la section 2.5.

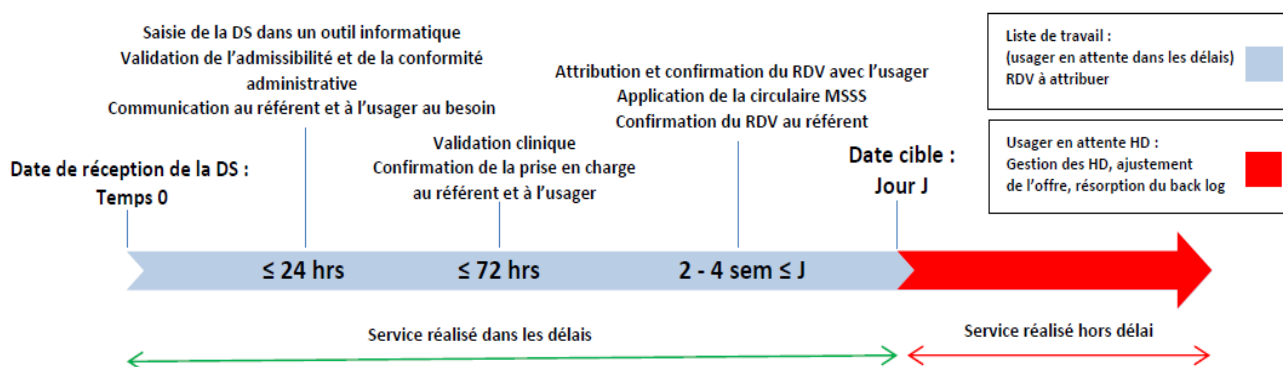
La description des différentes caractéristiques et fonctions d'un GA sont :

- **Point de chute unique** : Le GA représente une porte d'entrée unique pour les référents concernant l'acheminement de leurs DS. Dorénavant, le référent peut transmettre ses DS à un seul endroit, identifié pour l'ensemble du CIUSSS, responsable de la réception et du traitement de celles-ci.
- **Demande de service harmonisée** : Le référent complète la DS sur un formulaire harmonisé qui est ensuite acheminé au GA (voir section 2.2.). Ce formulaire utilise une échelle de priorité clinique harmonisée (voir section 2.3.).
- **Gestion de bout en bout** : Le GA est responsable du cheminement de bout en bout de la DS, de sa réception à l'attribution du RDV selon la priorité clinique. Lorsque la technologie à notre disposition le permettra, le GA sera responsable du cheminement complet, soit de la réception de la DS jusqu'au retour du résultat au référent.

- **Réception, saisie et validation administrative de la DS** : La mesure du temps « 0 » (début du délai d'attente) commence dès la réception de la DS. L'AA saisit la DS dans une liste de travail (*workflow*) informatisée et inscrit une date cible en fonction de la priorité clinique. Il effectue la validation de l'admissibilité et de la conformité administrative de la demande dans un délai de moins de 24 heures après la réception.
- **Validation clinique** : Dans des situations précises (condition clinique « Autre » ou priorité clinique demandée plus élevée que celle suggérée sur la DS), l'AA doit se référer à un soutien clinique, généralement une infirmière, pour une validation clinique de la DS. En cas de situation complexe, celle-ci peut se référer à un médecin spécialiste identifié par le service. Ce processus de validation clinique doit être complété dans un délai de 72 heures après la réception de la DS.
- **Orientation et attribution du rendez-vous selon la priorité clinique et les critères de répartition** : Le GA oriente la DS vers le bon dispensateur. La DS est orientée en fonction des critères de répartition suivants : la priorité clinique, l'installation ou le médecin privilégié identifié et la proximité du lieu de résidence de l'utilisateur. L'attribution du RDV s'effectue généralement dès la réception de la demande pour les priorités A, B et C, et dans un délai de deux à quatre semaines avant la date cible pour les priorités D et E. Elle respecte en tout temps la circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité de l'utilisateur (voir annexe II). En cas d'incapacité à respecter la priorité clinique, le référent est informé. Si l'utilisateur ne se présente pas à son RDV, le service informe le GA qui fera le suivi avec lui en conformité avec les directives de la circulaire ministérielle.
- **Notifications au référent et à l'utilisateur** : Le GA est responsable de tenir le référent et l'utilisateur informés du cheminement de la DS. Premièrement, le GA doit valider l'admissibilité et la conformité. En cas de non-admissibilité ou de non-conformité, le référent est contacté. Le GA doit également confirmer la prise en charge de la DS au référent et à l'utilisateur et mentionner si la priorité clinique a été modifiée dans un délai de 72 heures après la réception de la DS. Une fois le RDV attribué après contact avec l'utilisateur, le GA informe le référent de la date, de l'heure et du lieu du RDV. Finalement, lorsque la technologie mise à notre disposition le permettra, le GA sera responsable d'informer le référent de la disponibilité du rapport de résultats.
- **Gestion d'une liste de travail** : L'outil informatique utilisé permet la gestion d'une liste de travail par date cible (voir section 2.7.).
- **Gestion des hors délais** : Le GA peut rapidement identifier les DS qui pourraient devenir HD à l'aide d'une station visuelle, animée quotidiennement. Une procédure définit l'escalade vers le gestionnaire du GA et les gestionnaires clinico-administratifs du service concerné, permettant l'ajustement de l'offre en fonction de la demande.
- **Gestion sans papier** : Voir section 2.6.

- **Suivi d'indicateurs de performance** : Le fonctionnement en GA permet de documenter plusieurs indicateurs d'implantation, de processus et de performance (voir section 2.4. et annexe III).

En résumé, voici les fonctions du GA présentées sous forme de graphique.



2.2. Demande de service (DS)

Afin de s'assurer d'un processus optimal, le GA doit gérer des DS harmonisées. Ces demandes se font à l'aide d'un formulaire qui est un outil de référence développé de façon consensuelle entre les référents et les dispensateurs de services spécialisés. Selon les meilleures pratiques, au moins 80 % des raisons de consultation dans un service sont préidentifiées sur le formulaire, incluant la priorité suggérée pour chacune d'entre elles. Le reste se retrouve dans la section « Autre ». Le formulaire harmonisé pourra évoluer en fonction de l'expérience.

La DS représente un élément essentiel du fonctionnement d'un GA puisqu'elle permet aux AA de participer activement au traitement d'une grande majorité des DS les plus courantes, sans nécessiter l'intervention d'un clinicien.

Vous trouverez un exemple de DS à l'annexe IV. En complétant une DS, le référent doit minimalement remplir tous les éléments des sections « Identification de l'utilisateur », « Raison de consultation » (incluant la priorité clinique), les renseignements cliniques obligatoires et « Identification du référent ».

2.3. Échelle de priorité clinique harmonisée

Afin de développer un langage commun, le CIUSSS NIM a adopté l'échelle de priorité clinique suivante pour les GA en santé physique :

- Urgent
- A ≤ 3 jours
- B ≤ 10 jours
- C ≤ 28 jours
- D ≤ 3 mois
- E ≤ 6 mois

À partir de la date de réception d'une DS, la priorité clinique suggérée permet à l'AA de traduire celle-ci en date cible. Cette date cible indique la date à l'intérieur de laquelle un RDV doit être attribué par l'AA et le service réalisé.

Les conditions cliniques identifiées sur la DS comme urgentes sont dirigées vers l'urgence ou dans certains cas vers l'accueil clinique, et non vers le GA. Cette information est clairement identifiée sur la DS.

2.4. Suivi des indicateurs

La gestion d'un GA requiert un suivi de plusieurs indicateurs qui sont présentés à l'annexe III. Un suivi systématique et une analyse de ces indicateurs permettent une amélioration continue du processus.

2.4.1. Pourcentage de DS qui respecte le délai de réalisation par priorité clinique

La mesure de la performance d'un GA se fait principalement par l'indicateur suivant : pourcentage de DS qui respecte le délai de réalisation par priorité clinique. Cet indicateur est calculé en divisant le nombre de DS dont le service est réalisé dans les délais par le nombre total de DS dont le service est réalisé. Le délai à respecter se mesure entre le temps « 0 » et la date de réalisation du service. La cible visée de cet indicateur est de 95 %. Dès le démarrage du GA, la cible de 95 % devrait être respectée pour les priorités A, B et C (excluant les HD en raison d'un facteur patient : injoignable, non disponible, etc.), sinon des mesures doivent être prises afin d'ajuster la capacité à la demande. L'atteinte de cette cible pour les priorités D et E peut prendre plus de temps. C'est pourquoi, il est possible de déterminer des cibles intermédiaires qui évolueront (exemple D à 85 % et E à 80 %).

2.4.2. Suivi des hors délais

L'objectif ultime d'un GA est d'offrir une date de RDV à l'intérieur de la date cible, donc de répondre au besoin d'un usager en fonction de sa priorité clinique. La mesure de la performance d'un GA s'appuie sur des indicateurs qui permettent d'identifier les usagers pour qui la date cible a été dépassée (RDV réalisé « hors délais »). Il est important d'identifier les

raisons de ces HD pour apporter les mesures correctrices appropriées. Le suivi des indicateurs de performance permet de cibler la/les causes du HD.

2.5 Intégration de la gestion des demandes de suivi au GA

L'intégration de la gestion des demandes de suivi au GA se fait une fois que la gestion des nouvelles demandes de services au GA est consolidée. Cette intégration permet une gestion centralisée de plusieurs flux de demandes, offrant ainsi plusieurs avantages, dont une meilleure utilisation des ressources et un gain d'efficacité.

2.5.1. Types de demande de suivi

Le modèle idéal de gestion d'une demande de suivi est présenté à l'annexe V et distingue trois statuts différents déterminés par le spécialiste après la réalisation de la demande de service :

- A- aucun suivi requis;
- B- suivi requis avec date cible;
- C- suivi au besoin.

A- Aucun suivi requis : retour au médecin référent et l'épisode de soins prend fin.

B- Suivi avec date cible : le médecin spécialiste établit un délai à l'intérieur duquel il juge opportun de revoir le patient et complète un formulaire pour un suivi. Ce délai sera traduit en date cible.

Pour les RDV devant être réalisés au cours des dix prochains jours, le service doit attribuer le RDV selon la date cible et donner cette date à l'utilisateur avant son départ de la clinique après sa consultation. Ceci évite à l'AA de devoir joindre l'utilisateur dans les prochains jours, alors que les plages de RDV disponibles sont déjà connues et peuvent être attribuées pour cette clientèle. L'AA de la clinique est responsable de la gestion des RDV pour les examens prérequis à la consultation de suivi et assure la gestion de la liste de travail, conformément à la circulaire ministérielle.

Les RDV de suivi devant être réalisés dans un délai de plus de dix jours suivant la consultation sont acheminées par le service au GA qui assure la saisie en liste de travail et l'attribution du RDV, comme décrite à la section 3.1., selon la date cible demandée par le médecin spécialiste désirant revoir l'utilisateur. Le GA est responsable de la gestion des RDV pour les examens prérequis à la consultation de suivi et assure la gestion de la liste de travail, conformément à la circulaire ministérielle.

C- Suivi au besoin : le médecin spécialiste établit que l'utilisateur est revu au besoin.

Le fonctionnement de ce type de suivi est adapté selon les besoins et l'organisation du service clinique concerné. Puisque l'utilisateur appellera pour obtenir un RDV au besoin, les critères d'accès et la procédure de validation clinique doivent être déterminés et connus des intervenants impliqués. Il est également essentiel de définir qui prend en charge l'appel de l'utilisateur (service vs GA) pour préciser les coordonnées à lui donner.

2.5.2. Gestion des demandes de suivi au GA

Pour les demandes de suivi acheminées au GA, le modèle de fonctionnement optimal présenté à l'annexe V inclut les caractéristiques et fonctions suivantes qui sont similaires à celles des nouvelles DS :

- **Point de chute unique** : pour les suivis avec une date cible au-delà de 10 jours (les moins de 10 jours étant sous la responsabilité du service clinique).
- **Formulaire harmonisé** : sur lequel le médecin indique une date cible ou un délai maximal pour la réalisation du RDV de suivi, ainsi que les prérequis au RDV de suivi.
- **Gestion de bout en bout** : le GA est responsable du suivi, de la réception à l'attribution du RDV selon la date cible, incluant les RDV d'examen prérequis.
- **Réception, saisie et validation administrative de la demande de suivi.**
- **Validation clinique** : l'AA doit se référer à un soutien clinique, généralement une infirmière, pour une validation clinique au besoin.
- **Attribution du rendez-vous selon la date cible.**
- **Notifications au médecin spécialiste et à l'utilisateur** : le GA est responsable de tenir le médecin spécialiste et l'utilisateur informés du cheminement de la demande de suivi.
- **Gestion d'une liste de travail** : à l'aide d'un outil informatique qui permet la gestion par date cible (voir section 2.7.).
- **Gestion des hors délais** : en identifiant rapidement les suivis qui pourraient devenir HD à l'aide d'une station visuelle, animée quotidiennement.
- **Gestion sans papier** : voir section 2.6.
- **Suivi d'indicateurs de performance permettant une amélioration continue du processus** : voir section 2.4.

2.6 En marche vers une gestion sans papier

Le modèle de fonctionnement optimal du GA vise une gestion sans papier, afin de rendre possible une gestion de bout en bout de l'accès sans bris de continuité informationnelle (incluant l'information clinique), tout en permettant d'informatiser l'ensemble du processus, rendant possible l'obtention de données solides (indicateurs) en temps réel. Présentement, la technologie à notre disposition ne nous permet pas d'éliminer totalement le papier. Par contre, toute mesure à notre portée permettant de diminuer les manipulations et les transferts de papier est appliquée. Ainsi, la DS est reçue par télécopieur au GA. Ensuite, elle est numérisée puis attachée à la demande créée dans le système informatique. Avec l'outil informatique utilisé, il n'est plus nécessaire de se référer à la DS papier durant son traitement, puisque la consultation

peut se faire à l'écran. Un GA n'a donc plus à gérer des piles ou des cartables de papier, diminuant ainsi le temps consacré au classement, à la recherche d'une DS et au risque de perdre une DS.

Ce principe devrait s'étendre à l'ensemble du cheminement de la DS, donc au-delà du GA, et être appliqué dans le service desservi par le GA. Le service clinique doit récupérer la DS numérisée jointe au RDV attribué et l'imprimer seulement si c'est requis. L'original de la DS n'est pas transmis au service clinique par le GA.

2.7 Outil informatique

Une évaluation réalisée conjointement par la DA-ATS et la direction des ressources informationnelles du CIUSSS NIM conclut que l'outil informatique **présentement à notre disposition**, le mieux adapté aux besoins d'un GA, est le logiciel eClinibase. Il permet de saisir les DS, de suivre les listes de travail, d'attribuer le RDV en fonction de la date cible et d'effectuer la gestion de la non-disponibilité de l'utilisateur.

2.8 Un guichet d'accès en santé physique (GASP)

Au printemps 2016, le CIUSSS NIM a mis en place deux guichets d'accès en projet pilote : le guichet d'accès en imagerie (volet échographie) et le guichet d'accès aux services spécialisés (volet cardiologie et pneumologie). Au départ, ces mécanismes d'accès étaient disponibles aux médecins de famille du territoire du CIUSSS NIM pour les nouvelles DS et sont maintenant disponibles à tous les référents du CIUSSS NIM (urgentologues et spécialistes). La prochaine étape vise à intégrer les demandes de suivi provenant de ces référents.

À l'automne 2016, le CIUSSS a aussi mis en place un guichet d'accès en endoscopie digestive basse. Ce projet fait partie du plan de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Du succès de ces trois guichets découle la décision de mettre en place le GASP.

Ce GA sera une porte d'entrée unique pour la réception et le traitement de l'ensemble des DS et des suivis pour plusieurs services spécialisés et services diagnostiques. Les différentes phases de déploiement et les spécialités impliquées seront précisées prochainement.

Par la gestion de l'ensemble des flux de demandes selon un processus optimal, le GASP facilitera l'atteinte de l'équilibre entre l'offre et la demande pour les services concernés.

Par ailleurs, le GASP est une fonction complémentaire au Centre de répartition des demandes de services (CRDS) montréalais (voir annexe VI). Ce projet ministériel vise l'amélioration de l'accès aux services de la deuxième ligne pour la clientèle des médecins de famille travaillant en CLSC, cabinet, GMF, GMF-U et GMF-R. Ainsi, les demandes de la première ligne pour les spécialités desservies par le CRDS seront acheminées et traitées par le CRDS. Le GASP offrira un service aux référents non desservis par le CRDS (urgentologues et spécialistes) et pour les spécialités non incluses dans l'offre de service du CRDS.

3. MODÈLE DE GESTION DE L'ACCÈS EN ATTENDANT L'INTÉGRATION D'UN SERVICE AU GASP OU LA MISE EN PLACE D'UN GUICHET D'ACCÈS (GA) POUR CE SERVICE

Plusieurs actions peuvent être mises en place dans les services qui ne sont pas actuellement intégrés à un GA. Celles-ci visent à améliorer la gestion d'une DS, la gestion et le suivi des listes de travail et la gestion des RDV pour ultimement améliorer l'accès à ces services. Voici ce qui peut être réalisé concernant la gestion de nouvelles DS et la gestion de suivis en attendant l'intégration à un GA.

3.1. Gestion d'une nouvelle DS

Une nouvelle DS représente une demande pour une consultation spécialisée ou un service diagnostique. Durant le cheminement d'une DS, la gestion administrative regroupe plusieurs tâches réalisées par un AA, allégeant ainsi le travail des cliniciens. L'acheminement des DS pour un service donné se fait idéalement vers un point de chute unique, clairement identifié et connu. Ceci permet au service de recevoir l'ensemble des demandes lui étant destinées et de les répartir, dans les délais prescrits, à l'ensemble des ressources faisant partie de son offre de service.

- a) Dès la réception d'une DS, idéalement en moins de 24 heures, celle-ci est saisie en liste de travail informatisée pour créer une trace de la DS et identifier le temps 0, c'est-à-dire la date de réception. Pour tous les services détenant eClinibase, l'application du Guide de formation eClinibase à l'annexe VII qui explique comment bien saisir une DS est recommandée;
- b) La DS devrait être numérisée et attachée à la demande en liste de travail dans le logiciel pour réduire la manipulation de papier;
- c) Une validation de la conformité administrative est effectuée. Si des informations requises ne se retrouvent pas sur la DS, il est de la responsabilité du service de compléter la DS en communiquant avec le référent et/ou l'utilisateur. Les informations requises regroupent minimalement les éléments suivants : le nom et le prénom de l'utilisateur, son numéro d'assurance maladie et la date d'expiration, son numéro de téléphone principal et son code postal, l'examen ou le service spécialisé demandé, la condition clinique et les renseignements cliniques, la signature du référent, son lieu de pratique et son numéro de permis;
- d) Le délai requis pour la gestion de la non-conformité de la DS afin d'obtenir les informations manquantes ne doit pas pénaliser l'utilisateur. La date de réception de la demande initiale, même incomplète, doit demeurer la date inscrite au logiciel et représente le véritable temps 0;

- e) Si les AA ne possèdent pas d'outils de référence permettant de prioriser la DS, celle-ci doit être acheminée à une ressource clinique dédiée (infirmière ou médecin spécialiste) à la validation et à la priorisation;
- f) La priorisation doit s'effectuer à l'aide de l'échelle de priorité clinique telle que décrite dans ce guide à la section 2.3.;
- g) Une fois la priorisation effectuée, l'AA doit inscrire la priorité et déterminer la date cible puis inscrire ces deux informations dans le logiciel, idéalement dans un délai de 72 heures suivant la réception de la DS;
- h) L'AA communique avec l'utilisateur pour lui attribuer un RDV, idéalement entre deux et quatre semaines avant la date cible, diminuant les risques de devoir déplacer le rendez-vous ou d'occuper une plage horaire qui aurait été utile pour un rendez-vous urgent;
- i) L'AA donne le numéro de téléphone du service à l'utilisateur dans l'éventualité où ce dernier devrait reporter ou annuler son RDV;
- j) Une boîte vocale devrait être disponible pour permettre à l'utilisateur de reporter ou d'annuler son RDV en dehors des heures ouvrables du service.

3.2. Gestion d'une demande de suivi

En attendant l'intégration à un GA, le service peut implanter les fonctions suivantes pour la gestion des demandes de suivi :

- a) Le médecin spécialiste détermine le type de suivi requis parmi les trois possibilités (voir section 2.5.1.);
- b) Cette information est saisie en liste de travail informatisée pour identifier le temps 0 et déterminer la date cible;
- c) Si un suivi est requis avec le médecin spécialiste, l'AA doit inscrire la date cible. Pour un suivi requis < 10 jours, le RDV est immédiatement donné à l'utilisateur;
- d) Pour un suivi requis > 10 jours, l'AA communique avec l'utilisateur pour lui attribuer un RDV idéalement entre deux et quatre semaines avant la date cible;
- e) L'AA donne le numéro de téléphone du service à l'utilisateur dans l'éventualité où ce dernier devrait reporter ou annuler son RDV. Une boîte vocale devrait être disponible pour permettre à l'utilisateur de reporter ou annuler son RDV en dehors des heures ouvrables du service.

4. TRAVAUX PRÉLIMINAIRES À L'INTÉGRATION D'UN SERVICE AU GASP OU À LA MISE EN PLACE D'UN GA

L'amélioration d'un processus d'accès est un exercice stimulant dont les efforts peuvent entraîner rapidement des résultats positifs pour les usagers, ce qui est fort encourageant pour les équipes qui entreprennent une telle démarche. Pour l'atteinte des objectifs, et surtout pour que les améliorations se maintiennent dans le temps, il est essentiel que cette démarche soit bien structurée.

Avant la mise en place d'un GA ou l'intégration d'un service au GASP, des travaux préliminaires doivent être réalisés. La première étape comporte l'état de situation de la liste d'attente, la validation de la liste d'attente et la résorption du « backlog ». La deuxième étape consiste en une cartographie du cheminement d'une DS et d'un suivi.

Une fois le GA implanté et les HD résorbés, la gestion intégrée des DS et des suivis, selon le processus optimal du GA, devrait permettre d'atteindre un équilibre entre l'offre et la demande, diminuant les risques que des demandes HD s'accumulent de nouveau.

4.1. État de situation de la liste d'attente, validation et résorption du « backlog »

4.1.1. État de situation de la liste d'attente

Le portrait actuel de la liste d'attente permet d'avoir une idée du niveau d'accès au service concerné. Il doit permettre d'identifier la volumétrie totale d'utilisateurs en attente, incluant les HD. Cette liste devrait être dans un système informatique, sinon être transférée dans le logiciel eClinibase.

Afin d'avoir un état de situation de la liste d'attente, une validation de cette liste est requise. Ceci nécessite une validation administrative (épuration) combinée avec une validation clinique au besoin, puis un plan d'action afin de résorber les HD (le « backlog »).

4.1.2. Validation de la liste d'attente

La validation administrative, effectuée par un AA, vise à établir si la DS en attente est toujours requise. Pour ce faire, l'AA communique directement avec l'utilisateur par téléphone. Un exemple de procédure est disponible à l'annexe VIII.

Dans l'éventualité où l'utilisateur refuse le service, s'avère indisponible ou impossible à joindre, une note est inscrite à son dossier et la circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité personnelle est appliquée, telle que décrite à l'annexe II.

La validation clinique vise à vérifier si la condition clinique de l'utilisateur a changé depuis la demande initiale, permettant ainsi de réévaluer la raison de la consultation et ultimement la

priorité clinique. Cette étape peut être omise si le service clinique prévoit résorber le « backlog » (voir section 4.1.3.) dans un court délai. Sinon, la validation clinique permet de s'assurer que la demande est toujours cliniquement requise et que la priorité clinique déterminera l'ordre dans lequel les DS seront réalisées.

La validation s'effectue par un AA qui téléphone directement à l'utilisateur pour vérifier les éléments suivants :

- a. Vérifier si la DS requiert l'application de la circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité personnelle (voir annexe II);
- b. Appliquer une procédure clairement préétablie par l'équipe médicale incluant un questionnaire pour recueillir les renseignements nécessaires. Ce questionnaire doit permettre de déterminer la priorité clinique en fonction de l'échelle présentée à la section 2.3. Pour toute DS dont la priorité ne peut être établie administrativement en fonction des informations recueillies, confier le dossier à un professionnel de la santé (infirmier ou médecin) pour évaluation clinique afin qu'elle soit priorisée selon l'échelle présentée à la section 2.3.

4.1.3. Résorption du « backlog »

Une fois la validation de la liste d'attente réalisée, le service doit être en mesure de mettre en place les moyens permettant de résorber les HD en fonction de la priorité clinique établie lors de la validation. Un plan d'action doit être élaboré et implanté par le service. Ce plan d'action se définit généralement par l'une ou plusieurs des actions suivantes :

- a. Augmenter l'offre de service :
 - Temporairement, aussi connu sous le terme « blitz », en ajoutant des plages de RDV à travers les usagers réguliers et/ou effectuer des heures supplémentaires.
- b. Proposer une deuxième offre :
 - Dans une autre de nos installations ou chez un partenaire de la communauté;
 - Dans un autre établissement de la région ou à proximité du lieu de résidence de l'utilisateur, selon les éléments établis dans une entente de service (corridor de service).

La gestion des listes d'attente et la résorption du « backlog » représentent un exercice laborieux et les résultats seront difficiles à maintenir si une gestion prospective des DS conforme aux meilleures pratiques n'est pas appliquée en parallèle.

4.2. État de situation sur le cheminement d'une DS (cartographie)

Une compréhension fine du cheminement actuel d'une DS, du processus de gestion d'une DS, de la liste d'attente et de l'attribution d'un RDV est essentielle avant la mise en place d'un GA ou l'intégration d'un service au GASP. Réaliser une cartographie de ce cheminement permet d'avoir un état de situation offrant un portrait global de l'ensemble des étapes du processus (voir un exemple à l'annexe IX). L'analyse qui en découle permet de constater le nombre

d'étapes, la durée entre chacune d'elle, la durée approximative du processus complet, les étapes à valeur ajoutée et sans valeur ajoutée.

Afin d'avoir un portrait précis représentant le plus possible la réalité, il est essentiel que la cartographie s'effectue avec la collaboration de représentants du personnel sur le terrain (AA). Leurs gestionnaires peuvent être présents, mais doivent laisser les employés compléter la cartographie et répondre aux questions par eux-mêmes, puisque l'objectif est de comprendre comment ils travaillent au quotidien.

Une fois la cartographie du cheminement actuel réalisée, il est possible d'identifier les écarts à la cible en comparant le cheminement d'une DS selon le modèle optimal (voir annexe X). Ainsi, il est possible d'identifier les actions permettant de combler les écarts au modèle cible.

La DA-ATS peut accompagner le service clinique dans cet exercice.

CONCLUSION

Conscient que les délais d'accès peuvent engendrer une détérioration de la condition de santé de la personne en attente et par le fait même exercer une pression supplémentaire sur le système de santé, le CIUSSS NIM a décidé de mettre en place un modèle de gestion optimale de l'accès basé sur le déploiement de guichets d'accès, notamment en santé physique.

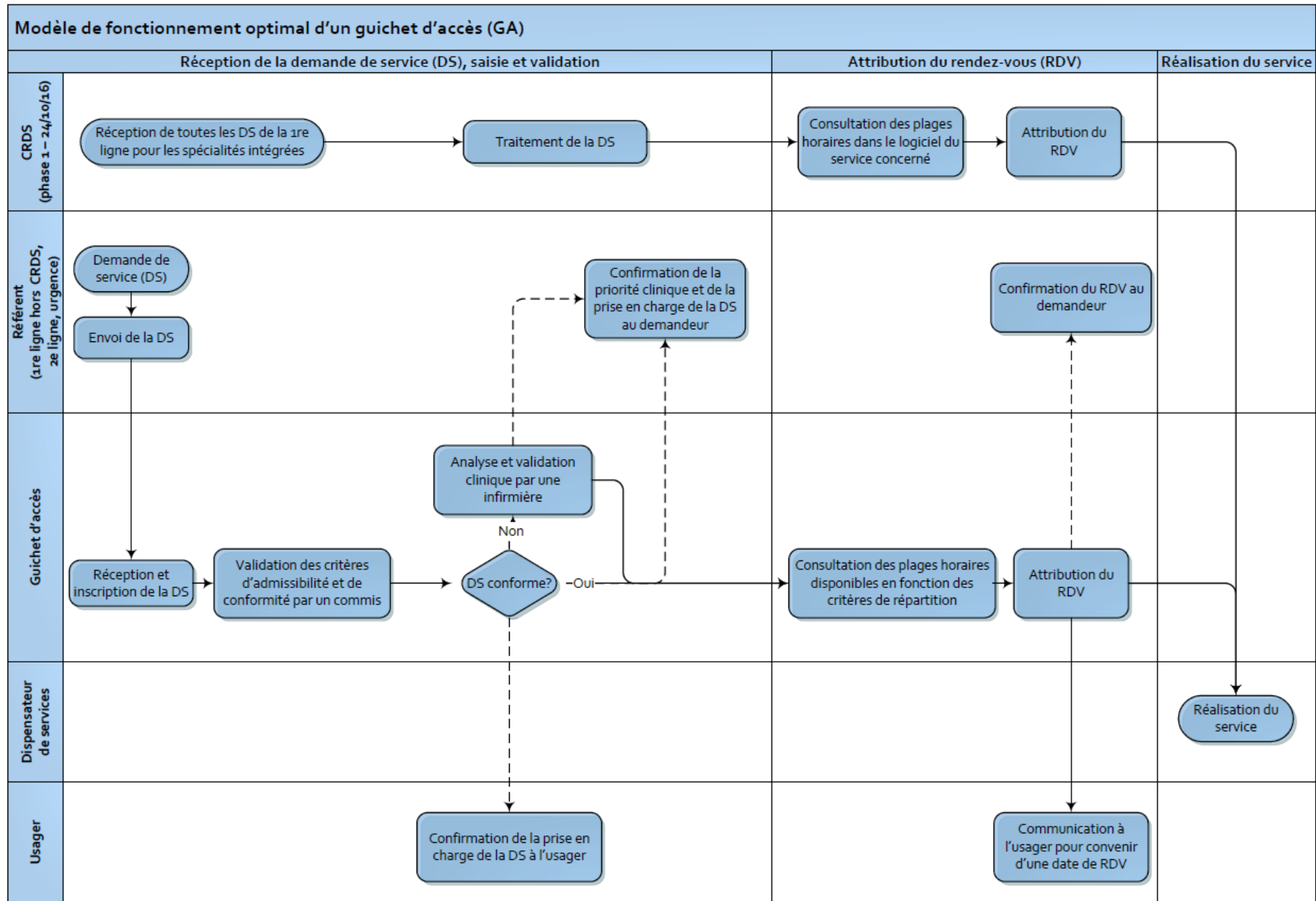
L'objectif fondamental de la démarche décrite dans ce guide est de permettre à notre clientèle de se faire attribuer un RDV pour un service spécialisé à l'intérieur du délai prescrit par sa condition clinique.

L'implantation du GASP aidera à atteindre un équilibre entre l'offre et la demande puisqu'un GA permet la planification de l'offre en ajustant la capacité à la demande. Le GA permet aussi une meilleure utilisation des ressources dont nous disposons, à l'aide d'un processus de gestion des demandes et des suivis qui est optimal, ce qui nous aide à répondre aux besoins de notre population.

Finalement, le suivi d'indicateurs de performance, facilité par une structure telle que le GA, permet au gestionnaire de veiller à l'amélioration continue de son service. Ce suivi d'indicateurs permet aussi à l'établissement d'avoir un portrait réel des délais d'accès de chaque service intégré au GASP, facilitant la prise de décision concernant les moyens à mettre en place dans les secteurs pour lesquels les délais d'accès n'atteignent pas les cibles

ANNEXES

Annexe I – Modèle de fonctionnement optimal d'un guichet d'accès (GA)



Annexe II – Circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité de l'utilisateur

Lors de l'appel à l'utilisateur pour l'attribution de son RDV, celui-ci peut être impossible à joindre, refuser les dates offertes ou être non disponible pour recevoir son service durant une période donnée, et ce, pour des raisons personnelles ou médicales. Aussi, une fois le RDV convenu, il arrive que l'utilisateur reporte son RDV ou qu'il soit absent à son RDV (*no show*). Pour l'ensemble de ces situations, le ministère de la Santé et des Services sociaux a émis une circulaire sur la *Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé* (voir la suite de cette annexe). Celle-ci décrit clairement comment gérer chaque situation (voir également l'algorithme de la présente annexe qui résume l'application de la circulaire).

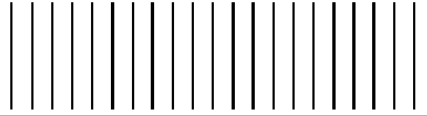
Dans l'éventualité où l'utilisateur refuse ou reporte un rendez-vous pour des raisons personnelles, cette information doit être consignée au dossier¹ et il doit être informé de la teneur de la circulaire ministérielle. À la suite de trois refus ou trois reports, il est retiré de la liste d'attente et il est nécessaire d'obtenir une nouvelle DS pour avoir un RDV. Une confirmation écrite de cette décision est acheminée à l'utilisateur et à son médecin référent pour les informer. Des modèles de lettre se retrouvent à la fin de cette annexe.

La circulaire indique aussi que la date de RDV offerte à l'utilisateur doit lui laisser une période de temps raisonnable pour aménager son horaire en conséquence. Le service doit déterminer un délai raisonnable, visant à ne pas pénaliser l'utilisateur, et être transparent quant au délai entre la confirmation du RDV avec l'utilisateur et la réalisation du service. Ainsi, un utilisateur ne peut être pénalisé pour un refus de date de RDV à l'intérieur de ce délai raisonnable.

Dans l'éventualité qu'il soit impossible de joindre l'utilisateur après trois tentatives à différents moments de la journée sur une période de deux semaines, une lettre est envoyée à celui-ci l'invitant à communiquer avec le GA dans les 30 jours suivants. Cette information doit être consignée au dossier. À défaut de répondre, il est retiré de la liste d'attente et il sera nécessaire d'obtenir une nouvelle DS pour avoir un RDV. Une confirmation écrite de cette décision est acheminée à l'utilisateur et à son médecin référent pour les informer.

L'utilisateur, qui ne se présente pas à son RDV pour des raisons personnelles, doit être rejoint afin de lui offrir une nouvelle date de RDV. Cette information doit être consignée au dossier et il doit être informé du contenu de la circulaire ministérielle. S'il est absent à son second RDV pour des raisons personnelles, il est retiré de la liste d'attente et il sera nécessaire d'obtenir une nouvelle DS pour avoir un RDV. Une confirmation écrite de cette décision est acheminée à l'utilisateur et à son médecin référent pour les informer.

¹ Toutes communications, incluant celles liées à l'application de la circulaire ministérielle, doivent être inscrites dans le logiciel dans lequel la demande de l'utilisateur est saisie afin d'assurer une traçabilité.



Expéditeur	Date
Le sous-ministre	2009-04-15
Destinataires (*)	
Les directrices et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux exploitant la mission de centre hospitalier	
Sujet	
Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé	

OBJET

Le ministère de la Santé et des Services sociaux demande aux établissements exploitant un centre hospitalier d'adopter une procédure permettant une saine gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé.

CONTEXTE

Depuis le 1^{er} juin 2007, chaque établissement exploitant un centre hospitalier a l'obligation de mettre en place un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés. Ce mécanisme comprend des règles à respecter pour l'inscription d'un usager sur la liste d'attente de même que des modalités permettant de déterminer la date prévisible à laquelle ce dernier pourra obtenir le service requis. Afin d'optimiser la qualité des données disponibles dans le système d'information et d'harmoniser les pratiques courantes de gestion de la liste d'attente, le ministère de la Santé et des Services sociaux établit les modalités quant à la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur.

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

(Page révisée le 2 mai 2011)

Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/documentation
« Normes et Pratiques de gestion »

Direction(s) ou service(s) ressource(s)	Numéro(s) de téléphone	Numéro de dossier			
Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques	418 266-6946	2009-019			
Document(s) annexé(s)	Volume	Chapitre	Sujet	Document	
	01	02	10	01	

MODALITÉS

L'établissement¹ a la responsabilité d'informer l'utilisateur, dès son inscription sur la liste d'attente, des modalités établies dans cette directive concernant sa disponibilité pour l'obtention du service requis. De plus, il appartient à l'établissement d'assurer un suivi rigoureux quant à la gestion des non-disponibilités, des reports et des refus de l'utilisateur afin d'y refléter la situation réelle.

SECTION 1 : GESTION DES PÉRIODES DE NON-DISPONIBILITÉ PERSONNELLE

Cette section s'applique aux utilisateurs inscrits sur la liste d'attente en chirurgie ainsi qu'en endoscopie. Ces règles ne s'appliquent pas aux utilisateurs inscrits sur la liste d'attente en imagerie médicale ainsi que pour les consultations spécialisées.

1.1 GESTION DE LA PÉRIODE DE NON-DISPONIBILITÉ PERSONNELLE²

- La période de non-disponibilité d'un utilisateur est saisie dans le système d'information, en y précisant la date de fin de celle-ci.
- L'utilisateur est contacté dans le mois précédant cette échéance afin de valider sa disponibilité à recevoir le service. À la suite de cette validation, il importe de planifier l'intervention en attribuant une date pour l'obtention du service, selon les modalités établies.

1.2 PÉRIODE PROLONGÉE DE NON-DISPONIBILITÉ PERSONNELLE

- Après six mois consécutifs de non-disponibilité personnelle, l'établissement communique avec l'utilisateur afin de mettre l'information à jour concernant son statut de disponibilité et l'informe des modalités en vigueur concernant les non-disponibilités personnelles.
- Après deux périodes consécutives de six mois de non-disponibilité personnelle, l'établissement avise l'utilisateur que son nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la demande. L'utilisateur doit recevoir une confirmation écrite de cette démarche et le médecin requérant doit être informé de cette mesure.

¹ Ces modalités doivent également être appliquées par les guichets centraux de rendez-vous.

² On entend par une non-disponibilité personnelle toutes raisons d'indisponibilité de l'utilisateur autres que celles médicale, hospitalière ou administrative.

(Page révisée le 2 mai 2011)

N° dossier	Page
2009-019	2

SECTION 2 : REPORT, REFUS, ABSENCE ET INCAPACITÉ À REJOINDRE L'USAGER

Cette section s'adresse à l'ensemble des services spécialisés : consultations spécialisées, imagerie médicale, endoscopie, chirurgie. Pour le point 2.1, il importe que la date offerte par l'établissement laisse un délai raisonnable à l'utilisateur afin de pouvoir organiser son horaire en conséquence et ainsi se rendre disponible pour l'intervention ou l'examen. Dans le cas où une date est offerte à la dernière minute, le refus de l'utilisateur ne doit pas être comptabilisé.

2.1 REPORT ET REFUS D'UNE DATE D'INTERVENTION OU D'EXAMEN

REPORT

- L'utilisateur qui appelle l'établissement afin de reporter son rendez-vous prévu se voit offrir une nouvelle date. Celui-ci est informé des modalités de cette circulaire. Son premier refus est consigné au dossier. Ces mêmes règles s'appliquent lors du deuxième report par l'utilisateur pour des raisons personnelles.
- Lors du troisième report pour des raisons personnelles, l'établissement avise l'utilisateur que son nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la demande. L'utilisateur doit recevoir une confirmation écrite de cette démarche et le médecin requérant doit être informé de cette mesure.

REFUS

- Lors d'un premier appel pour l'octroi d'un rendez-vous, l'utilisateur qui refuse les dates proposées par l'établissement se voit consigné un premier refus. L'établissement doit également noter les périodes de non-disponibilité de l'utilisateur. Celui-ci est informé des modalités de cette circulaire.
- L'établissement recontacte l'utilisateur lorsque les nouvelles grilles horaires sont connues afin de lui offrir une nouvelle date. Si celui-ci refuse celle-ci, un deuxième refus est consigné et un rappel des modalités de cette circulaire est effectué auprès de l'utilisateur.
- À la suite d'un nouvel appel, s'il y a un troisième refus, l'établissement avise l'utilisateur que son nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la demande. L'utilisateur doit recevoir une confirmation écrite de cette démarche et le médecin requérant doit être informé de cette mesure.

(Page révisée le 2 mai 2011)

N° dossier	Page
2009-019	3

2.2 INCAPACITÉ À REJOINDRE L'USAGER

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

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

2.3 L'USAGER NE SE PRÉSENTE PAS À SON RENDEZ-VOUS (ABSENCE)³

- L'utilisateur qui ne se présente pas à son rendez-vous doit être rejoint afin de l'informer des modalités en vigueur sur la gestion des non-disponibilités et des refus. De plus, une nouvelle date doit lui être offerte. Une première absence est notée au dossier.
- L'utilisateur qui ne se présente pas à son rendez-vous pour une deuxième fois consécutive est avisé que son nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la demande. L'utilisateur doit recevoir une confirmation écrite de cette démarche et le médecin requérant doit être informé de cette mesure.

Pour l'ensemble des situations présentées dans cette circulaire, advenant le cas où l'utilisateur souhaite toujours recevoir le service, il sera réinscrit sur la liste d'attente selon la priorité médicale indiquée par le médecin référant.

SUIVI

Pour toute information additionnelle, vous êtes invités à communiquer avec le service-ressource cité en référence.

Le directeur de l'Accès, des Technologies et de la biologie médicales,

Original signé par

Yves Jalbert

³ Un rendez-vous peut comprendre une date de chirurgie, une consultation avec un médecin spécialiste, un examen diagnostique, l'enseignement préopératoire, etc.

(Page révisée le 9 janvier 2013)

N° dossier

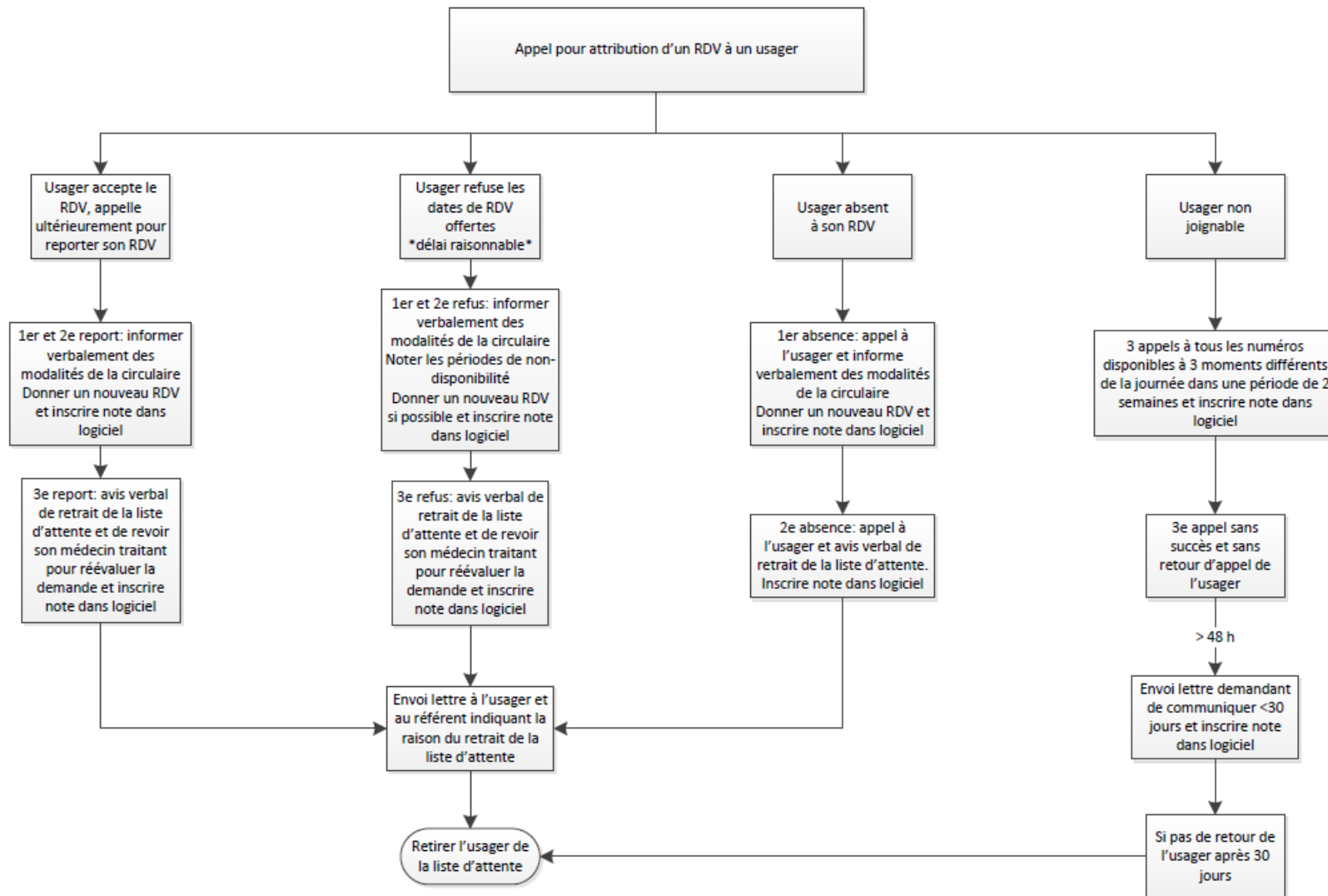
Page

2009-019

4

Application de la circulaire sur la gestion de la non-disponibilité personnelle d'un usager inscrit en liste d'attente

Version 1.0 – 13/12/2016





Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Docteur(e)

Adresse

Ville (Province), Code postal

Objet : Demande de service non réalisée pour votre usager et retrait de la liste d'attente

Nom du patient (nom/prénom) :

Numéro de dossier du patient :

Nom du Docteur(e),

La présente est pour vous informer que la demande de service en imagerie pour Choisissez un élément. pour M ou Mme (nom du patient) n'a pas été réalisée, malgré la demande de service que vous nous aviez transmise. Voici la ou les raisons :

- L'usager a refusé les dates proposées de rendez-vous à trois (3) reprises pour des raisons personnelles.
- Le patient a reporté les dates proposées de rendez-vous à trois (3) reprises pour des raisons personnelles.
- Le patient ne s'est pas présenté à son rendez-vous à deux (2) reprises pour des raisons personnelles.
- Il a été impossible de joindre l'usager après trois (3) tentatives téléphoniques, à trois (3) moments différents, dans un délai minimal de deux (2) semaines et nous n'avons eu aucun retour d'appel de l'usager après l'acheminement d'une lettre à son domicile il y a plus de 30 jours.

Veillez noter que pour les raisons mentionnées ci-haut, l'usager a été avisé que son nom est retiré de la liste d'attente et qu'il lui est nécessaire de revoir son médecin traitant pour une réévaluation de sa demande, conformément à la Circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité personnelle de l'usager inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé.

L'usager a reçu le service dans un autre centre hospitalier.

L'usager et/ou sa famille refuse ou annule le service.

Autre : _____

En conséquence, nous confirmons que votre demande a été annulée et l'usager retiré de la liste d'attente. Si vous jugez que votre demande est encore indiquée, nous vous prions de nous acheminer une nouvelle demande, incluant l'ensemble des informations à jour requises. Le délai d'attente de cette nouvelle demande débutera lors de sa réception au guichet d'accès en imagerie.

Veillez agréer, Choisissez un élément., l'expression de nos meilleures salutations.

Signature du gestionnaire

Nom de la direction

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le service d'imagerie médicale au XXX-XXX-XXXX de X h à X h.



Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Nom du patient (nom/prénom)

Adresse

Ville (Province), Code postal

Objet : Incapacité à joindre l'utilisateur pour l'attribution d'un rendez-vous en imagerie -

Choisissez un élément.

Votre numéro de dossier :

Choisissez un élément.

Nous vous informons que nous avons tenté de vous joindre à trois (3) reprises, à trois (3) moments différents et sur une période minimale de deux (2) semaines, afin de convenir avec vous d'une date de rendez-vous pour un examen Choisissez un élément. aux coordonnées suivantes :

	Dates d'appels	Coordonnées utilisées		
1 ^{er} essai	Cliquez ici pour entrer une date.			
2 ^e essai	Cliquez ici pour entrer une date.			
3 ^e essai	Cliquez ici pour entrer une date.			

Nous vous prions de communiquer avec nous au **XXX-XXX-XXXX** dans un délai de **30 jours** suivant la date d'envoi de cette correspondance pour nous permettre de vous attribuer une date de rendez-vous pour votre examen Choisissez un élément.. Sans retour d'appel de votre part d'ici le Cliquez ici pour entrer une date., nous devons retirer votre nom de la liste d'attente, conformément à la *Circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé.*

Dépassé ce délai, nous vous recommandons de revoir votre médecin traitant afin de réévaluer votre état de santé. Si votre demande est encore indiquée après cette réévaluation, votre médecin peut nous acheminer une nouvelle demande incluant l'ensemble des informations à jour requises. Votre délai d'attente débutera alors à la réception de cette nouvelle demande au guichet d'accès en imagerie.

Dans l'attente d'un appel de votre part, veuillez agréer, Choisissez un élément., l'expression de nos meilleures salutations.

Signature du gestionnaire
Nom de la direction
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le service d'imagerie médicale au XXX-XXX-XXXX de X h à X h.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

[Date](#) : Cliquez ici pour entrer une date.

[Nom du patient \(nom/prénom\)](#)

[Adresse](#)

[Ville \(Province\), Code postal](#)

Objet : Absence à un rendez-vous en imagerie - Choisissez un élément.

Votre numéro de dossier :

Choisissez un élément.

Nous vous informons que votre demande de rendez-vous pour votre examen [Choisissez un élément.](#), a été retirée de la liste d'attente, puisque vous ne vous êtes pas présenté (e) à deux (2) reprises à la date de rendez-vous convenue. Voici les dates prévues de rencontre où vous étiez absent(e) :

- Le [Cliquez ici pour entrer une date.](#)(date 1)
- Le [Cliquez ici pour entrer une date.](#)(date 2)

À la suite de votre deuxième absence, conformément à la *Circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé*, votre nom a été retiré de la liste d'attente en date du [Cliquez ici pour entrer une date.](#) .

Nous vous recommandons de revoir votre médecin traitant afin de réévaluer votre état de santé. Si votre demande est encore indiquée après cette réévaluation, votre médecin peut nous acheminer une nouvelle demande incluant l'ensemble des informations à jour requises. Votre délai d'attente débutera alors à la réception de cette nouvelle demande à notre établissement.

Veuillez agréer, [Choisissez un élément.](#), l'expression de nos meilleures salutations.

Signature du gestionnaire

Nom de la direction

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le service d'imagerie médicale au XXX-XXX-XXXX de X h à X h.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Nom du patient (nom/prénom)

Adresse

Ville (Province), Code postal

Objet : Annulation de la demande de service en imagerie pour Choisissez un élément.

Votre numéro de dossier :

Choisissez un élément.

Nous vous confirmons que votre demande de service pour Choisissez un élément. a bien été retirée de la liste d'attente puisque vous avez refusé l'examen proposé et vous nous avez confirmé vouloir annuler cette demande de service lors de l'échange téléphonique ayant eu lieu le Cliquez ici pour entrer une date.

Si vous souhaitez de nouveau un examen au service d'imagerie médicale, nous vous recommandons de revoir votre médecin traitant. Celui-ci pourra réévaluer votre état de santé. Si une nouvelle demande de service est encore indiquée, votre médecin peut nous acheminer une nouvelle demande incluant l'ensemble des informations à jour requises. Votre délai d'attente débutera lors de la réception de cette nouvelle demande à notre établissement.

Veuillez agréer, Choisissez un élément., l'expression de nos meilleures salutations.

Signature du gestionnaire

Nom de la direction

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le service d'imagerie médicale au XXX-XXX-XXXX de X h à X h.



Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Nom du patient (nom/prénom)

Adresse

Ville (Province), Code postal

Objet : Refus de date de rendez-vous en imagerie - Choisissez un élément.

Votre numéro de dossier :

Choisissez un élément.

Nous vous informons que votre demande de rendez-vous pour Choisissez un élément. a été retirée de la liste d'attente, puisque vous avez refusé la date de rendez-vous qui vous a été proposée, à trois (3) reprises. Voici les dates proposées :

	Dates de rendez-vous proposées et refusées	Dates d'appels
1 ^{re} date	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>
2 ^e date	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>
3 ^e date	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>

À la suite de votre troisième refus, conformément à la *Circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé*, votre nom a été retiré de la liste d'attente en date du Cliquez ici pour entrer une date..

Nous vous recommandons de revoir votre médecin traitant afin de réévaluer votre état de santé. Si votre demande est encore indiquée après cette réévaluation, votre médecin peut nous acheminer une nouvelle demande incluant l'ensemble des informations à jour requises. Votre délai d'attente débutera alors à la réception de cette nouvelle demande au guichet d'accès en imagerie.

Veillez agréer, Choisissez un élément., l'expression de nos meilleures salutations.

Signature du gestionnaire

Nom de la direction

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Pour plus d'informations, vous pouvez communiquer avec le service d'imagerie médicale au XXX-XXX-XXXX de X h à X h.



Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Nom du patient (nom/prénom)

Adresse

Ville (Province), Code postal

Objet : Report de date de rendez-vous en imagerie - Choisissez un élément.

Votre numéro de dossier :

Choisissez un élément.

Nous vous informons que votre demande de rendez-vous pour l'examen **Choisissez un élément.** a été retirée de la liste d'attente, puisque vous avez demandé de reporter la date de rendez-vous qui vous a été proposée, à trois (3) reprises. Voici les dates proposées :

	Dates de rendez-vous proposées et refusées	Dates d'appels
1 ^{re} date	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>
2 ^e date	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>
3 ^e date	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>	<u>Cliquez ici pour entrer une date.</u>

À la suite de votre troisième report, conformément à la *Circulaire ministérielle sur la gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé*, votre nom a été retiré de la liste d'attente en date du Cliquez ici pour entrer une date.

Nous vous recommandons de revoir votre médecin traitant afin de réévaluer votre état de santé. Si votre demande est encore indiquée après cette réévaluation, votre médecin peut nous acheminer une nouvelle demande incluant l'ensemble des informations à jour requises. Votre délai d'attente débutera alors à la réception de cette nouvelle demande à notre établissement.

Veuillez agréer, **Choisissez un élément.**, l'expression de nos meilleures salutations.

Signature du gestionnaire

Nom de la direction

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Pour plus d'informations, vous pouvez communiquer avec le service d'imagerie médicale au XXX-XXX-XXXX de X h à X h.

Annexe III – Tableau d'indicateurs

Indicateurs	Commentaires
Indicateurs d'implantation du projet	
Provenance	
1. Nombre total de demandes reçues et par type de référents (1re ligne, 2e ligne, urgence)	En fonction du lieu de pratique du référent
2. Nombre de demandes reçues par priorité clinique	
3. Nombre de demandes admissibles	En fonction des critères d'admissibilité
4. Nombre de demandes non admissibles et retournées au référent	Indiquer la raison de non-admissibilité
4.1. non admissible car clinique du référent est hors RLS	
4.2. non admissible car accueil clinique disponible dans le RLS de la clinique	
4.3. Autres raisons (préciser)	
Autres	
5. Nombre de demandes non conformes administrativement	Indiquer la raison de non-conformité
5.1. non conforme car utilisation d'un autre formulaire	
5.2. non conforme car identification du patient incomplète (préciser)	
5.3. non conforme car identification du référent incomplète (préciser)	
5.4. non conforme car condition clinique non identifiée	
5.5. non conforme car priorité clinique non identifiée	
5.6. non conforme car aucun renseignement clinique	
6. Nombre de demandes non conformes cliniquement	Indiquer la raison de non-conformité
6.1. non conforme car priorité clinique indiquée par le référent est supérieure à la priorité suggérée dans le formulaire	
6.2. non conforme car condition clinique « Autres »	
Répartition	
7. Nombre de demandes dont le RDV est attribué par dispensateur	
8. Nombre de demandes dont le RDV est attribué par priorité clinique	
Indicateurs de processus	
9. % DS dans les délais de saisie de la demande (cible < 24 h)	Délai entre la date de réception d'une demande et sa date de saisie dans le système par le commis du GA (cible ≤ 24 h).
10. % DS dans les délais de validation clinique (cible < 24 h)	Délai entre la date de réception d'une demande et sa validation (admissibilité, conformité adm. et clin.) (cible ≤ 24 h).
11. % DS dans les délais de communication avec le patient (cible < 72 h)	Délai entre la date de réception d'une demande et le moment où le patient est contacté pour la confirmation de sa prise en charge (cible ≤ 72 h).
12. % DS dans les délais de communication avec le référent (cible < 72 h)	Délai entre la date de réception d'une demande et le moment où le référent est notifié pour la confirmation de la prise en charge de sa DS (cible ≤ 72 h).
13. % DS dans les délais d'attribution du RDV	Délai entre la réception de la demande et l'attribution du RDV, cible déterminée selon la priorité clinique (A, B et C : ≤ 72 h, D et E ≤ 1 mois date cible).

Indicateurs de performance	
14. % dates de RDV attribuées respectant les délais par priorité clinique	
14.1 % Priorité A (≤ 3 jours)	
14.1.1 Nb de DS date de RDV dans les délais	
14.1.1.1 DS hors délai car manque de capacité	
14.1.1.2 DS hors délai car raison patient (refuse la date proposée, non joignable, non disponible, etc.)	
14.1.1.3 Autres raisons (préciser)	
14.2 % Priorité B (≤ 14 jours)	
14.2.1 Nb de DS date de RDV dans les délais	
14.2.1.1 DS hors délai car manque de capacité	
14.2.1.2 DS hors délai car raison patient (refuse la date proposée, non joignable, non disponible, etc.)	
14.2.1.3 Autres raisons (préciser)	
14.3 % Priorité C (≤ 28 jours)	
14.3.1 Nb de DS date de RDV dans les délais	
14.3.1.1 DS hors délai car manque de capacité	
14.3.1.2 DS hors délai car raison patient (refuse la date proposée, non joignable, non disponible, etc.)	
14.3.1.3 Autres raisons (préciser)	
14.4 % Priorité D (≤ 3 mois)	
14.4.1 Nb de DS date de RDV dans les délais	
14.4.1.1 DS hors délai car manque de capacité	
14.4.1.2 DS hors délai car raison patient (refuse la date proposée, non joignable, non disponible, etc.)	
14.4.1.3 Autres raisons (préciser)	
14.5 % Priorité E (≤ 6 mois)	
14.5.1 Nb de DS date de RDV dans les délais	
14.5.1.1 DS hors délai car manque de capacité	
14.5.1.2 DS hors délai car raison patient (refuse la date proposée, non joignable, non disponible, etc.)	
14.5.1.3 Autres raisons (préciser)	

Annexe IV – Exemple de formulaire de DS harmonisé

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Nom et prénom de l'utilisateur :			
N ^o d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Nom et prénom du parent :			
Ind. rég.	N ^o téléphone	Ind. rég.	N ^o téléphone
Adresse :			
Code postal			

DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE (POUR CLIENTÈLE AMBULATOIRE)

Imprimer sur recto seulement et transmettre ces deux pages par télécopieur au guichet d'accès en santé physique (GASP) au 514 495-6777.

Date de la demande (AAAA/MM/JJ) :

1^{er} demande d'examen Examen contrôle ► site du 1^{er} examen :

Partie I : Raison de consultation / Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jours B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois

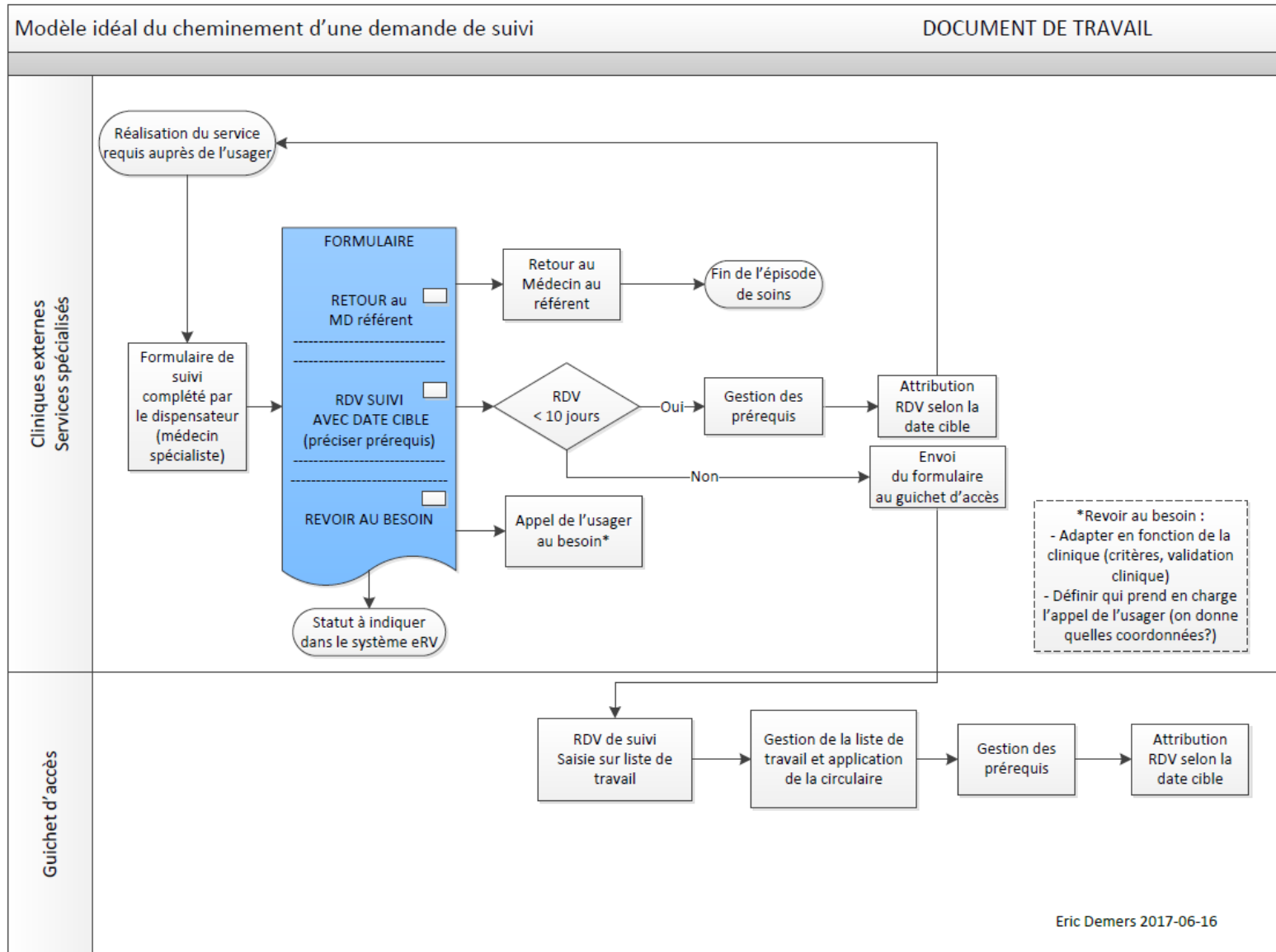
N.B. Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-dessous. Le guichet d'accès se réserve le droit de le modifier selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités, après discussion avec le médecin référent.

Modalités d'échographie	Conditions cliniques	Cible selon l'échelle de priorité
<input type="checkbox"/> Abdomino-pelvienne <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Pelvienne (incluant 1^{er} trimestre de grossesse)	Douleur abdominale aiguë chirurgicale (appendicite, cholécystite, etc.) Recherche d'obstruction urinaire dans un contexte d'infection urinaire Colique biliaire non résolue Suspicion de grossesse ectopique avec BHCG positif	URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
	<input type="checkbox"/> Saignement du 1 ^{er} trimestre sans suspicion de grossesse ectopique avec BHCG positif (référer à l'accueil clinique si disponible) <input type="checkbox"/> Colique biliaire résolue avec perturbation du bilan hépatique (référer à l'accueil clinique si disponible)	A (≤ 3 jours)
	<input type="checkbox"/> Recherche d'ascite <input type="checkbox"/> Colique biliaire résolue sans perturbation du bilan hépatique (référer à l'accueil clinique si disponible) <input type="checkbox"/> Échographie datation 1 ^{er} trimestre <input type="checkbox"/> Saignement utérin dysfonctionnel actif (référer à l'accueil clinique si disponible)	B (≤ 10 jours)
	<input type="checkbox"/> Préciser une anomalie vue en TDM dans un contexte de bilan métastatique <input type="checkbox"/> Suspicion d'anévrisme de l'aorte asymptomatique <input type="checkbox"/> Hématurie microscopique (macroscopique = pyéloscan) <input type="checkbox"/> Bilan hépatique perturbé <input type="checkbox"/> Ménométrorragie <input type="checkbox"/> Saignement postménopausique <input type="checkbox"/> Évaluation de masse annexielle/kyste sans contexte de grossesse <input type="checkbox"/> Localisation de stérilet	C (≤ 28 jours)
	<input type="checkbox"/> Évaluation d'une anomalie au TDM ou IRM sans contexte néoplasique <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Souffle abdominal asymptomatique <input type="checkbox"/> Dépistage histoire familiale d'anévrisme aorte <input type="checkbox"/> Dépistage cirrhose ou hépatite <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques <input type="checkbox"/> Suivi d'anévrisme asymptomatique <input type="checkbox"/> Recherche de lithiase vésiculaire (sans symptômes récents) <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques/dysménorrhée <input type="checkbox"/> Recherche ovaires polykystiques	D (≤ 3 mois)
	Autre : (indiquer le diagnostic suspecté et la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois
Code Zebra		

DATE (AAAA-MM-JJ)	N° DOSSIER
NOM :	PRÉNOM :

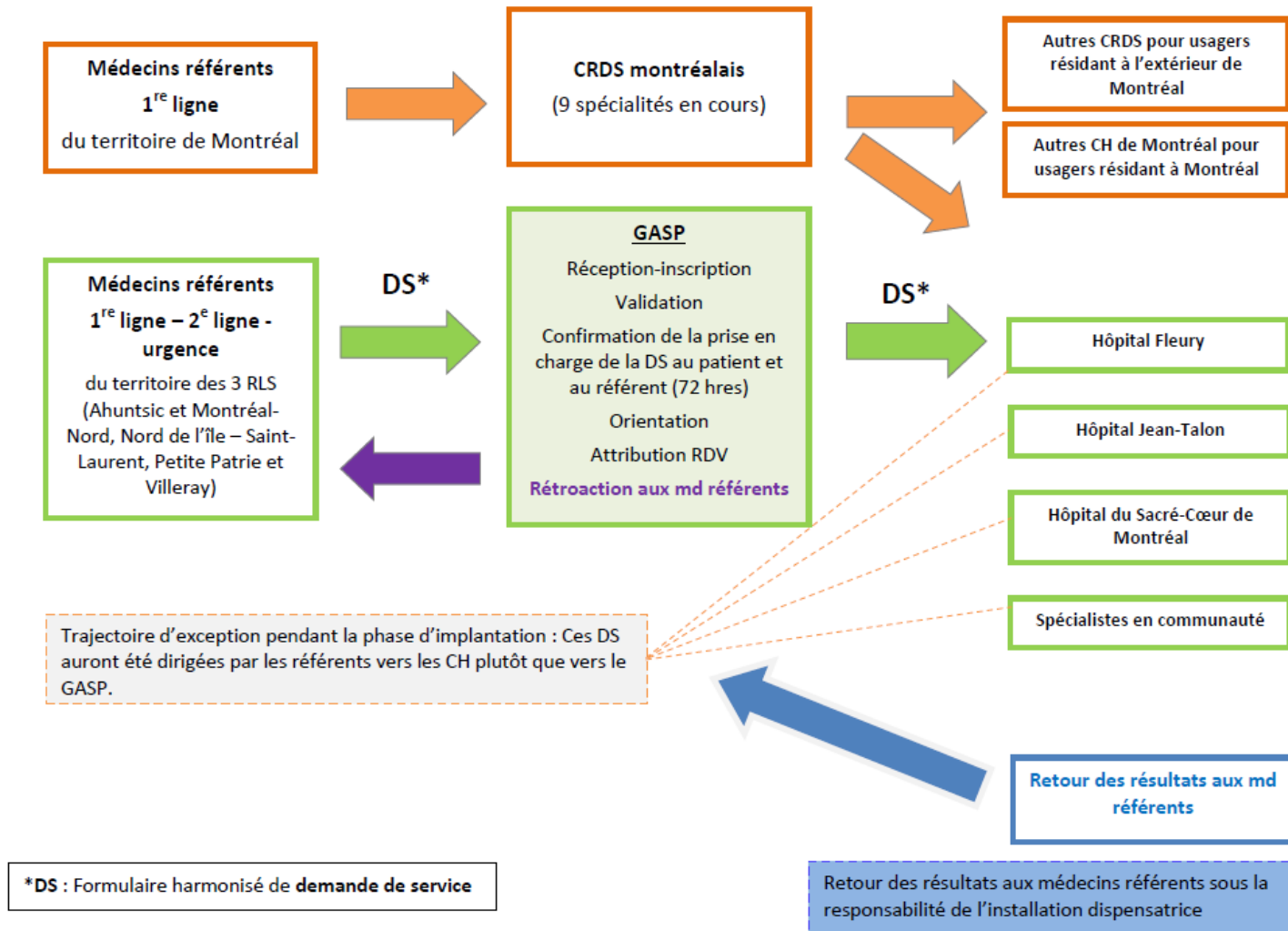
Modalités d'échographie	Conditions cliniques	Cible selon l'échelle de priorité	
<input type="checkbox"/> Thyroïdienne <input type="checkbox"/> avec biopsie <input type="checkbox"/> Testiculaire	Douleur testiculaire aiguë	URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence	
	<input type="checkbox"/> Masse testiculaire	C (≤ 28 jours)	
	<input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien / goître	D (≤ 3 mois)	
	Autre : (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois	
<input type="checkbox"/> Musculo-squelettique <input type="checkbox"/> Surface	Arthrite septique Rupture du tendon d'Achille, tendon quadricipital ou du biceps distal	URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence	
	<input type="checkbox"/> Masse palpable, site : _____	Indiquer la priorité qui sera validée par le service concerné : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois	
	<input type="checkbox"/> Kyste de Baker Autre : Région anatomique et condition clinique à préciser		
<input type="checkbox"/> Prostate	Condition clinique : (indiquer la priorité qui sera validée par le guichet d'accès)	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois	
Cardiaque	Acheminer votre demande selon les informations disponibles dans la Zone des professionnels du site Web du CIUSSS : www.ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca		
Doppler			
Mammaire			
Obstétricale			
<input type="checkbox"/> Autre modalité	Indiquer la modalité d'échographie, la condition clinique et la priorité qui seront validées par le guichet d'accès :	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois	
Partie II : Renseignements cliniques obligatoires			
Justifier, entre autres, toute modification de la priorité clinique suggérée :			
Facultatif - Spécifier le nom de l'établissement privilégié :			
Partie III : Provenance de la demande			
Médecin référent	Nom du médecin référent	N° de permis	Estampe
	N° de téléphone N° de poste	N° de télécopieur	
	Nom de la clinique		
	Signature		
Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Idem médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	Nom du médecin de famille	
		Nom de la clinique	
Pour joindre le GASP : Téléphone : (514) 495-6680 Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : (514) 495-6777			
Code Zebra			

Annexe V – Modèle idéal de cheminement d'une demande de suivi



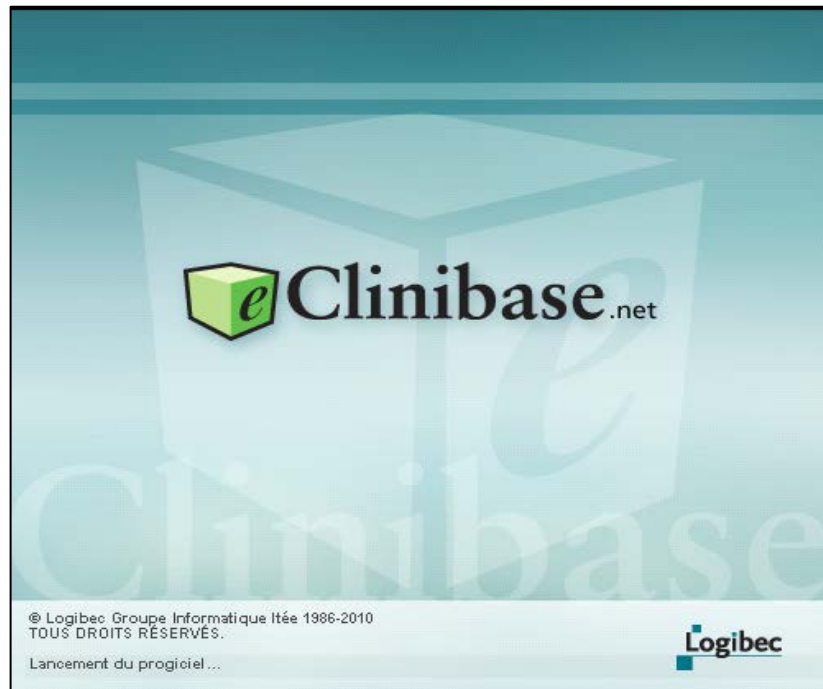
Annexe VI – Modèle de guichet d'accès en santé physique au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Modèle à haut niveau du guichet d'accès en santé physique du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal



GUIDE DE FORMATION eClinibase

*Consulter conjointement l'algorithme représentant
la procédure sur le cheminement d'une demande de service*



Volets :

- Saisie d'une demande de service
- Suivi d'une liste de travail et attribution d'un rendez-vous

Document rédigé par :

Amélie Babin et Laurie-Anne Cloutier, Agentes de planification, programmation et recherche

Modifications réalisées :

En collaboration avec Yanick Sab Leblanc, Agente de planification, programmation et recherche

Dernière mise à jour :

17 août 2017

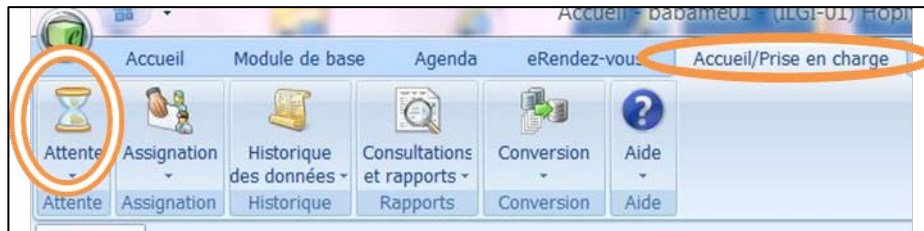
Contenu


1.	Saisie de la demande de service.....	4
1.1	Champs à saisir pour l'inscription d'une nouvelle demande.....	5
1.2	Enregistrement de la demande	9
2.	Suivi de la liste de travail	11
2.1	Trouver une liste de travail existante	11
2.2	Tri des demandes en attente.....	12
2.3	Organisation des informations de la liste de travail	12
3.	Attribution d'un rendez-vous	13
3.1	Accès à l'historique d'un usager	13
3.2	Recherche de disponibilité.....	16
3.2.1	Recherche d'un rendez-vous	16
3.2.2	Sélection d'une plage de rendez-vous (Pré-attribution).....	16
3.3	Attribution d'un RDV (lorsque le patient accepte une date et heure de rendez-vous)	17
3.4	Gestion de la non-disponibilité.....	19
3.5	Finalisation de l'attribution du rendez-vous.....	20
	Annexe I : Spécificités des champs à compléter par modalité.....	21
	Annexe II : Codification de la non-conformité au Guichet d'accès en santé physique	22

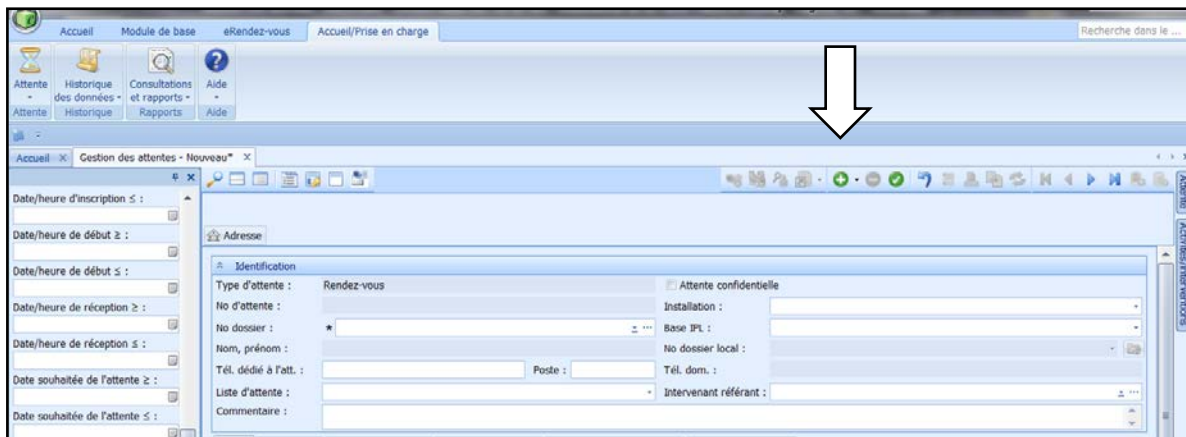
Attention : Le symbole suivant  renvoie au tableau en annexe I.

1. Saisie de la demande de service

Dans le menu **Accueil/Prise en charge**, l'onglet **Attente** affiche l'option **Gestion des attentes**.





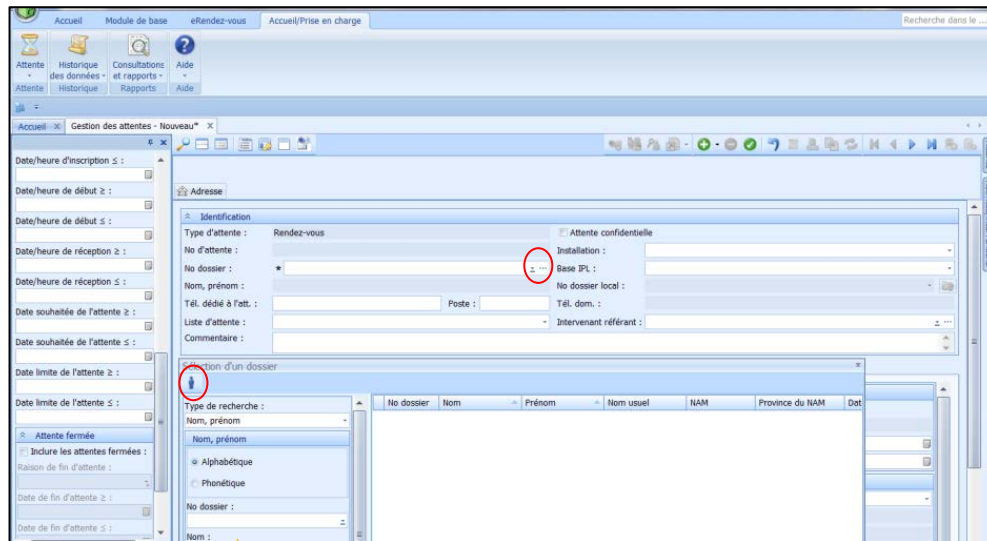
Pour créer une nouvelle demande, cliquer sur l'icône . Ceci affichera un nouvel onglet intitulé Gestion des attentes – Nouveau*.





1.1 Champs à saisir pour l'inscription d'une nouvelle demande

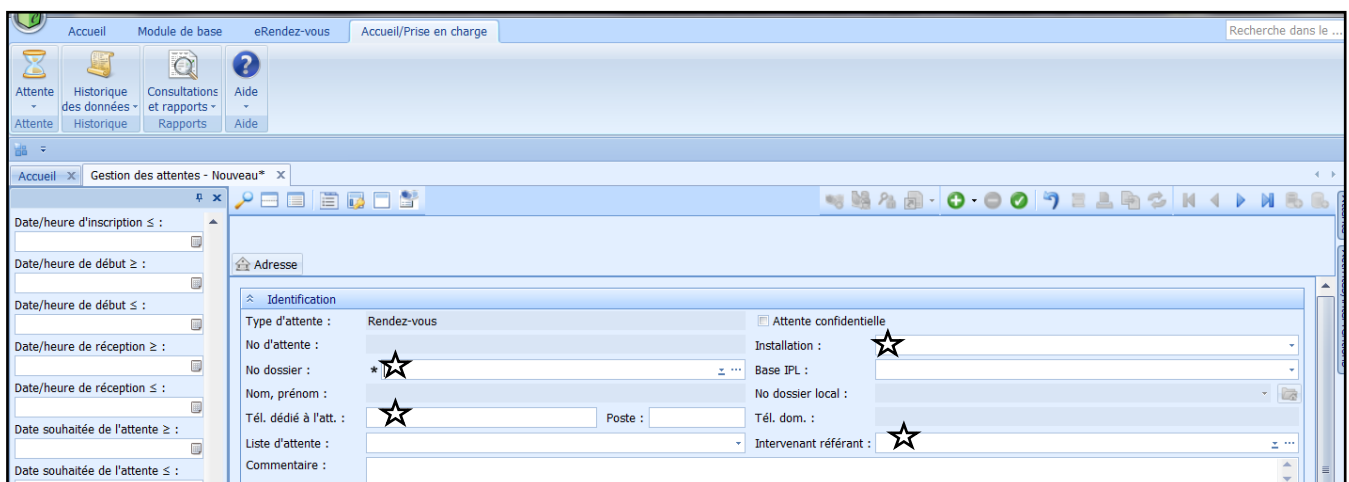
Section – Identification

- No dossier :
 - ✓ Si inconnu, cliquer sur l'icône des trois petits points;
 - ✓ Cliquer sur l'icône  dédié à la création de dossier;
 - ✓ Saisir les champs obligatoires identifiés par un * (nom, prénom, date de naissance, sexe, NAM et code postal);
 - ✓ En l'absence d'un code postal, mettre celui de l'hôpital _____  ;
 - ✓ Mettre à jour l'adresse (coordonnées) de l'usager;
 - ✓ En l'absence de NAM, choisir une raison d'exception dans le menu déroulant;
 - ✓ Sous l'onglet **Inf. complémentaire**, remplir les champs « méd. de famille » et « licence » (si vous avez l'information).



Le screenshot montre l'interface de gestion des demandes d'attente. Le formulaire 'Identification' est visible avec des champs obligatoires marqués d'une étoile. Une icône de dossier est soulignée d'un cercle rouge.

- Installation : _____ 
- Téléphone dédié à l'attente si la demande de service fournit un numéro de téléphone supplémentaire que celui dans le champs « tél. dom. » (vérifier avec le 411 si numéro illisible);
- Liste d'attente : _____ 
- Seulement pour les nouvelles DS : Intervenant référant : NOM Prénom (ex. : GAGNON Junior). Si infirmière praticienne spécialisée, inscrire IPS après le nom;
- Commentaire (prochaines étapes à faire? en attente de? site privilégié, etc.).



Le screenshot montre l'interface de gestion des demandes d'attente. Le formulaire 'Identification' est visible avec des champs obligatoires marqués d'une étoile.

Onglet - Détail

Section à remplir - Information sur l'attente

- Date/heure de réception : équivaut la date présente sur le document reçu par télécopieur et aussi à la date de début de l'attente (s'inscrit automatiquement, mais peut être modifiée manuellement si la DS a été reçue la veille);
- Raison de l'attente : type de rendez-vous. Exemple : _____ ;
- Précision sur la raison : inscrire NC pour les non-conformités, le type de non-conformité clinique et/ou administrative et spécifier l'information manquante (ex. : NC clin – Autres). Voir le tableau à cet effet en annexe II.
- Date limite : date cible (choisir la priorité d'attente pour que la date limite s'inscrive automatiquement en fonction de la priorité clinique. Elle peut être modifiée manuellement selon le **délai cible clinique**).

The screenshot shows a software interface for 'Gestion des attentes - Nouveau'. The interface includes a menu bar with 'Accueil', 'Module de base', 'eRendez-vous', and 'Accueil/Prise en charge'. Below the menu is a toolbar with icons for 'Attente', 'Historique des données', 'Consultations et rapports', and 'Aide'. The main window contains several input fields for scheduling and patient information, such as 'Date/heure d'inscription', 'Date/heure de début', 'Date/heure de réception', and 'Date souhaitée de l'attente'. A 'Détail' tab is highlighted with a red circle. Below the 'Détail' tab, there is a section titled 'Information sur l'attente' with the following fields:

Information sur l'attente	
Date/heure d'inscription :	
Date/heure de réception :	2016-04-21 14:28
Date/heure de début :	2016-04-21 14:28
Raison d'attente :	
Précision sur la raison :	
Date souhaitée par l'usage :	
Date limite :	

Section à remplir – Objet de l'attente

- Service requis : _____ ;
- Type de rendez-vous : _____ ;
- Raison de consultation : cliquer sur le menu déroulant pour voir les choix. Pour les raisons Autres, remplir en recopiant la raison inscrite par le référent.

Section à remplir – Priorité

- Priorité d'attente : comme décrit précédemment, en choisissant la priorité d'attente, la date cible s'inscrit automatiquement. Cependant, si la priorité est modifiée, **il faut ajuster la date cible manuellement**. Aussi, si plusieurs conditions cliniques sont cochées, avec des priorités cliniques différentes, choisir la plus élevée;
- Si en attente de validation clinique, choisir **validation clinique**;
- Si en attente de renseignements pour compléter la DS, choisir **non conforme**.

The screenshot displays a medical software interface with the following elements:

- Left Sidebar:** A list of filters for appointment dates and times, including 'Date/heure d'inscription ≤', 'Date/heure de début ≥', 'Date/heure de début ≤', 'Date/heure de réception ≥', 'Date/heure de réception ≤', 'Date souhaitée de l'attente ≥', 'Date souhaitée de l'attente ≤', 'Date limite de l'attente ≥', and 'Date limite de l'attente ≤'. Below these is a section for 'Attente fermée' with an 'Inclure les attentes fermées' checkbox and fields for 'Raison de fin d'attente' and 'Date de fin d'attente'.
- Main Content Area:** A form with tabs: 'Adresse', 'Détail', 'Provenance', 'Non-disponibilité (0)', 'Communications (0)', 'Renseignements divers (0)', and 'Notes d'évolution (0)'. The 'Détail' tab is active, showing:
 - Informations sur l'attente:** Fields for 'Date/heure d'inscription', 'Date/heure de réception', 'Date/heure de début', 'Raison d'attente', 'Précision sur la raison', 'Date souhaitée par l'usage', and 'Date limite'.
 - Objet de l'attente:** Fields for 'Type de ressource', 'Ressource', 'Mode d'intervention', 'Durée souhaitée', and 'Raison de consultation', each with a star icon.
 - Priorité:** Fields for 'Priorité d'attente', 'Rang', 'Responsabilité de paiement', and 'Statut resp. paiement', each with a star icon.
 - Fermeture de l'attente:** Fields for 'Date/heure de fin' and 'Raison de fin d'attente'.
- Right Sidebar:** A vertical sidebar labeled 'Activités/Interventions'.
- Bottom:** A 'Rechercher' button.

Onglet - Provenance

- Type de provenance :
 - ✓ Cliniques md de famille (DS provenant d'un médecin de famille en cabinet, GMF, CLSC, CHSLD)
 - ✓ Cliniques spécialistes (DS provenant d'un médecin spécialiste en cabinet, GMF)
 - ✓ Services externes (DS provenant d'un médecin spécialiste d'HJT, Hôpital Fleury ou HSCM)
 - ✓ Services d'urgence (CH) (DS provenant d'un urgentologue d'HJT, Hôpital Fleury ou HSCM).
- Établissement de provenance : nom de la clinique ou de l'hôpital (HJT, Hôpital Fleury ou HSCM).

The screenshot shows a software interface for 'Gestion des attentes' (Management of appointments). The 'Provenance' (Origin) tab is highlighted with a red circle. The form contains the following fields:

- Date/heure d'inscription ≤ :
- Date/heure de début ≥ :
- Date/heure de début ≤ :
- Date/heure de réception ≥ :
- Date/heure de réception ≤ :
- Date souhaitée de l'attente ≥ :
- Date souhaitée de l'attente ≤ :
- Date limite de l'attente ≥ :
- Date limite de l'attente ≤ :

The 'Provenance' section includes:

- Type de provenance : (with a star icon)
- Établissement de provenance : (with a star icon)
- Personne-ressource :
- No de tél. de la personne-ressource : Poste :
- Commentaire :

Other tabs visible include: Détails, Non-disponibilité (0), Communications (0), Renseignements divers (0), Notes d'évolution (0).

Onglet – Non-disponibilité


Au besoin, ajouter des périodes de non-disponibilité en cliquant sur l'icône vert (voir 3.3).

Onglet – Communications

Ajouter des communications faites à l'utilisateur et au référent pour assurer une traçabilité en cliquant sur l'icône



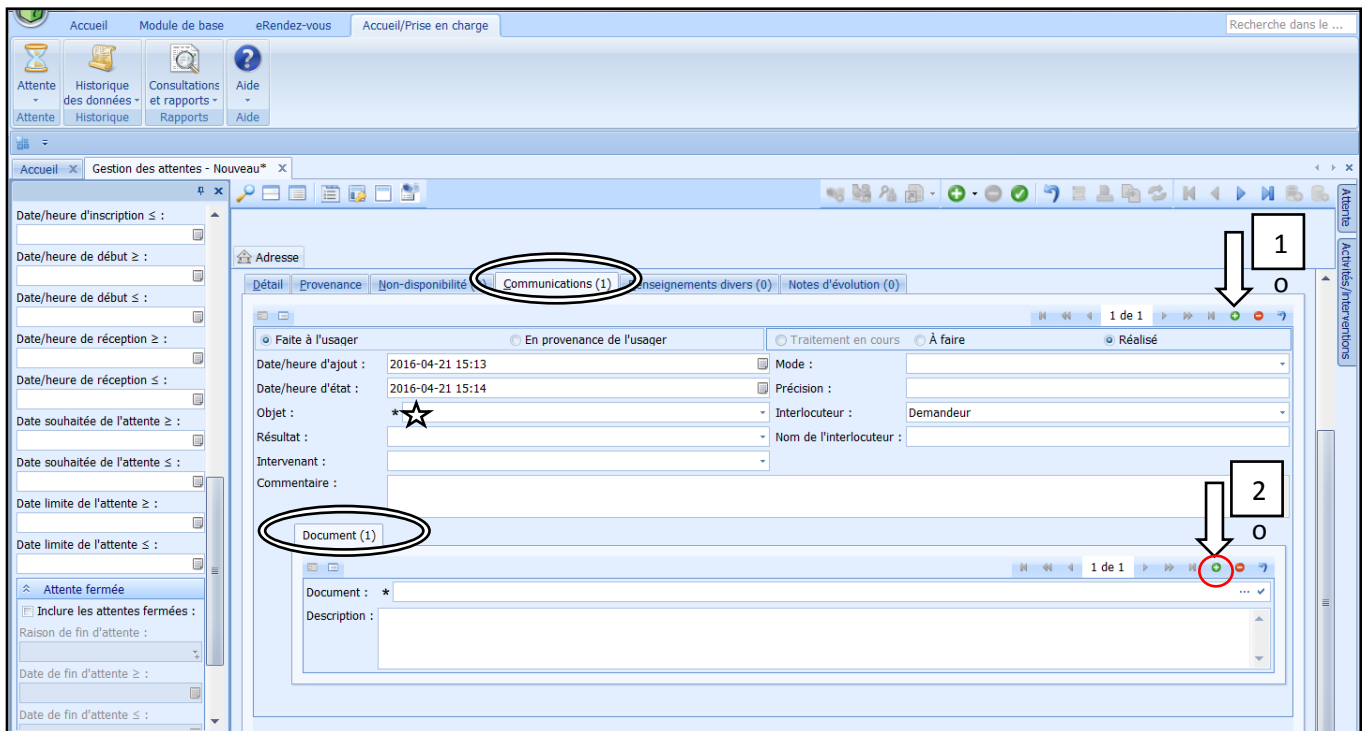
Première communication

Joindre la demande de service numérisé, choisir **Demande de service ou Réception de la demande** dans **Objet** et joindre la DS en cliquant sur  dans la fenêtre **Document**, puis sur les trois petits points pour charger le document. ***Obligatoire***

- Nommer le fichier de demande de service numérisé par le nom, prénom de l'utilisateur;
- Lorsque la **Demande de service** est trop volumineuse, la numériser en lots.

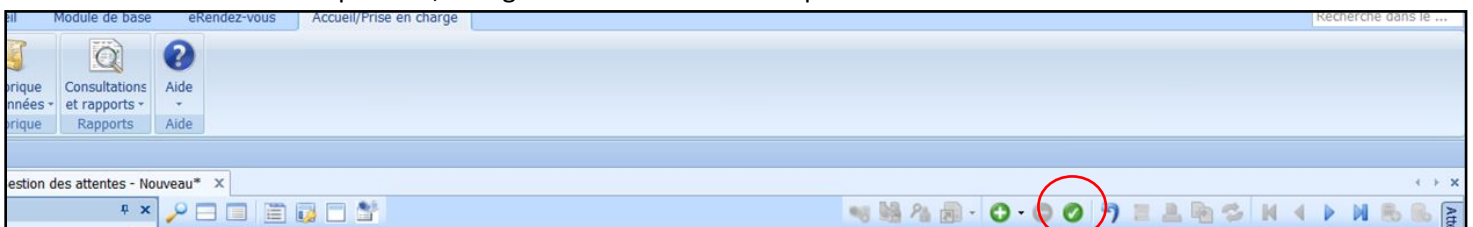
Autres communications

Choisir l'objet dans le menu déroulant (demande de service/réception de la demande, confirmation prise en charge, attribution rv, conformité, refus, non-admissibilité, validation clinique, prérequis) et préciser dans la section commentaire.



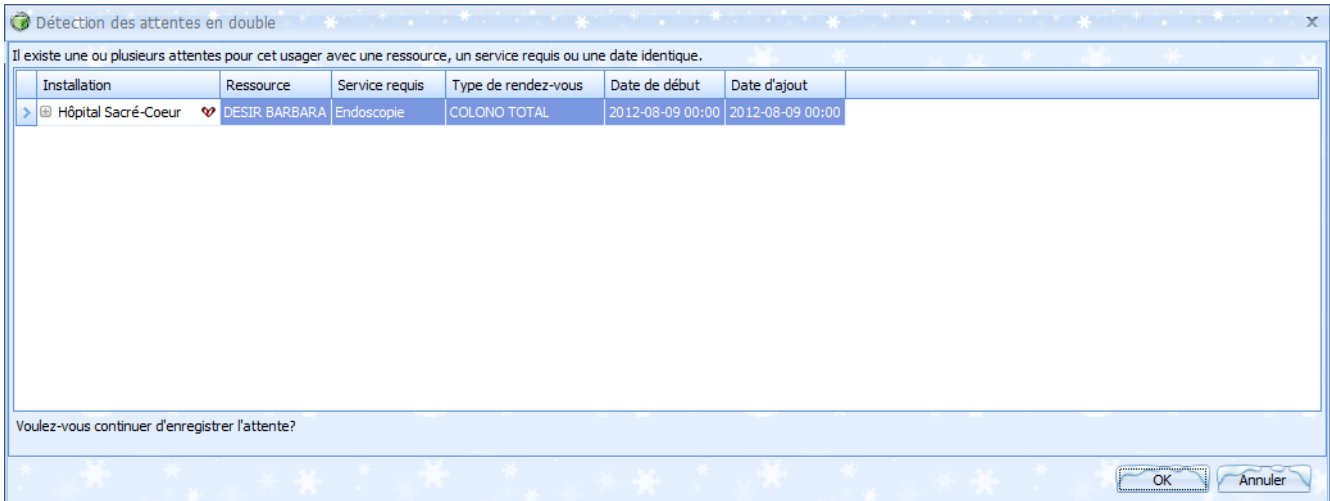
1.2 Enregistrement de la demande

Une fois tous les champs saisis, enregistrer la demande en cliquant sur .



En cas de doublon*


- Si la demande existe déjà (même no de dossier, même service requis), la fenêtre suivante s'ouvrira au moment d'enregistrer (étape 1.2) afin d'avertir qu'il y a déjà une attente correspondant à votre demande dans la liste de travail.



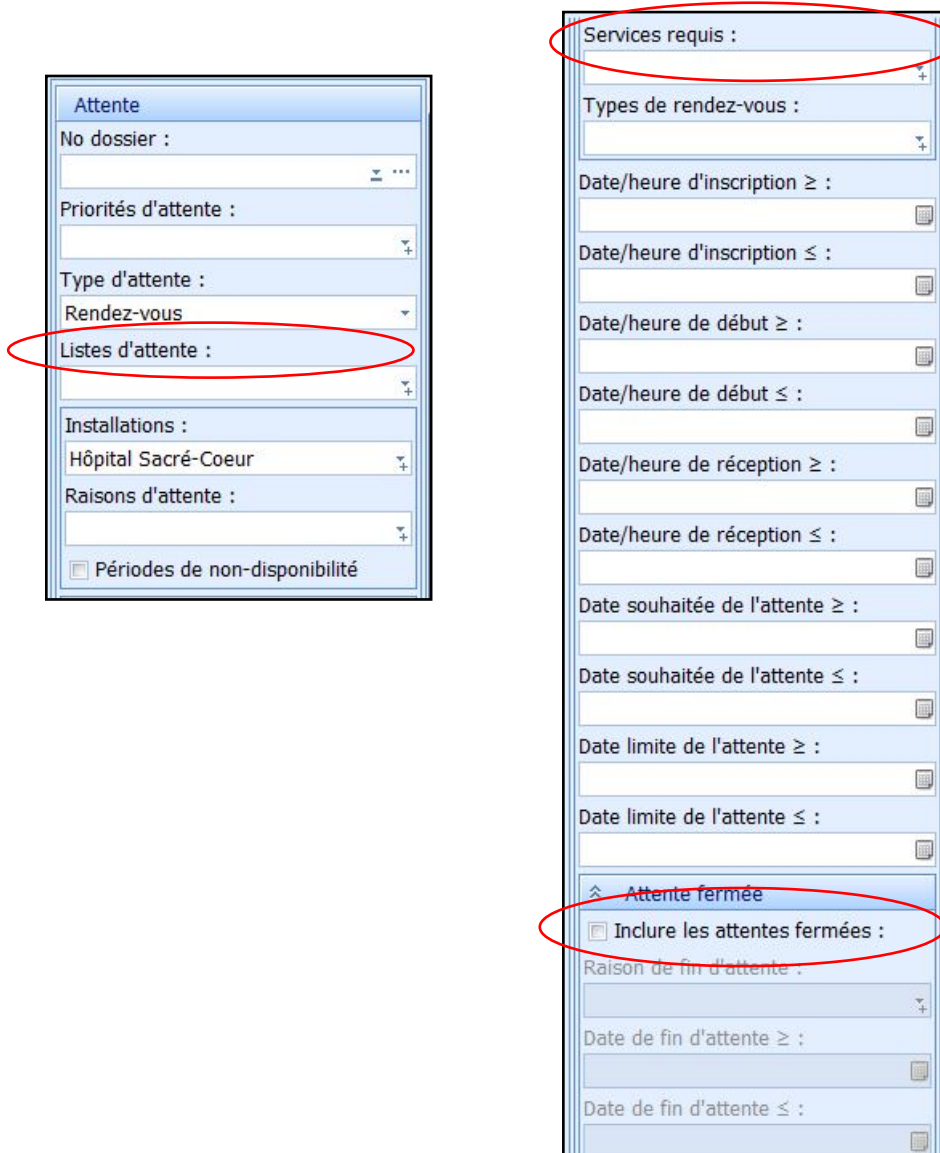
- Si la demande est identique (doublon), annuler la création de la nouvelle demande mettre à jour les informations dans la demande existante advenant qu'elles diffèrent (exemple : priorité clinique différente).

2. Suivi de la liste de travail

2.1 Trouver une liste de travail existante

Pour obtenir la liste, avec le menu de recherche à la gauche de l'écran, faire une recherche en choisissant la **liste d'attente**  :

- Inclure ou exclure les DS avec RDV déjà attribués en cliquant ou non sur **les attentes fermées**;
- Choisir le **service requis** au besoin. Pour obtenir toutes les DS, rien inscrire dans ce champ;
- Cliquer ensuite sur « Rechercher » en bas du menu.



The image displays two screenshots of a search interface for waiting lists. The left screenshot shows the search criteria menu with the following fields: 'Attente', 'No dossier :', 'Priorités d'attente :', 'Type d'attente :', 'Rendez-vous', 'Listes d'attente :', 'Installations :', 'Hôpital Sacré-Coeur', 'Raisons d'attente :', and a checkbox for 'Périodes de non-disponibilité'. The 'Listes d'attente :' field is circled in red. The right screenshot shows the search filters with the following fields: 'Services requis :', 'Types de rendez-vous :', 'Date/heure d'inscription ≥ :', 'Date/heure d'inscription ≤ :', 'Date/heure de début ≥ :', 'Date/heure de début ≤ :', 'Date/heure de réception ≥ :', 'Date/heure de réception ≤ :', 'Date souhaitée de l'attente ≥ :', 'Date souhaitée de l'attente ≤ :', 'Date limite de l'attente ≥ :', 'Date limite de l'attente ≤ :', 'Attente fermée', 'Inclure les attentes fermées :', 'Raison de fin d'attente :', 'Date de fin d'attente ≥ :', and 'Date de fin d'attente ≤ :'. The 'Services requis :' and 'Inclure les attentes fermées :' fields are circled in red.

2.2 Tri des demandes en attente

Faire un tri en fonction de la **date limite** (du plus récent au plus ancien) :

- Cliquer sur le titre de colonne « Date limite » pour classer les demandes de la liste de la date limite la plus récente à la plus éloignée.

Adresse (1)		Date de réception	Date d'inscription	Priorité d'attente	Date limite	Type ...	Raison de consultation	CSSS
		2016-05-30	2016-05-31	B(<=10 jrs)	2016-06-09	GASS...	175-Apnée du sommeil priori.	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVIL...
		2016-05-31	2016-06-01	B(<=10 jrs)	2016-06-10	GASS...	175-Apnée du sommeil priori.	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVIL...
		2016-06-02	2016-06-02	C(<=28 jrs)	2016-06-30	GASS...	120-Syncopes inexplicée	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTREAL...
		2016-06-01	2016-06-02	D(<=3 mois)	2016-08-30	GASS...	140-Asthme nécessitant éval.	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVIL...
>		2016-05-25	2016-05-25	E(<=6 mois)	2016-11-21	GASS...	180-Apnée symptômes suggestifs	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVIL...
		2016-06-02	2016-06-02	E(<=6 mois)	2016-11-29	GASS...	180-Apnée symptômes suggestifs	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTREAL...

2.3 Organisation des informations de la liste de travail

- Vous pouvez également, en sélectionnant et en glissant le titre de chaque colonne, organiser l'information (ex. coller les colonnes Nom, Prénom, Tél. domicile) pour faciliter la lecture de la liste.
- Il est possible d'avoir des champs types par défaut par un cliquer droit (**sélectionneur de colonnes**) dans la ligne des titres de colonnes.

Date de réception	Date d'inscription	Priorité d'attente	Date limite	Type ...	Raison de consultation	CSSS
2016-05-30	2016-05-31	B(<=10 jrs)	2016-06-09	GASS...	175-Apnée du sommeil priori.	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVIL...
2016-05-31	2016-06-01	B(<=10 jrs)	2016-06-10	GASS...	175-Apnée du sommeil priori.	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVIL...
2016-06-02	2016-06-02	C(<=28 jrs)	2016-06-30	GASS...	120-Syncopes inexplicée	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTREAL...
2016-06-01	2016-06-02	D(<=3 mois)	2016-08-30	GASS...	140-Asthme nécessitant éval.	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVIL...
> 2016-05-25	2016-05-25	E(<=6 mois)	2016-11-21	GASS...	180-Apnée symptômes suggestifs	CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVIL...
2016-06-02	2016-06-02	E(<=6 mois)	2016-11-29	GASS...	180-Apnée symptômes suggestifs	CSSS D'AHUNTSIC ET MONTREAL...

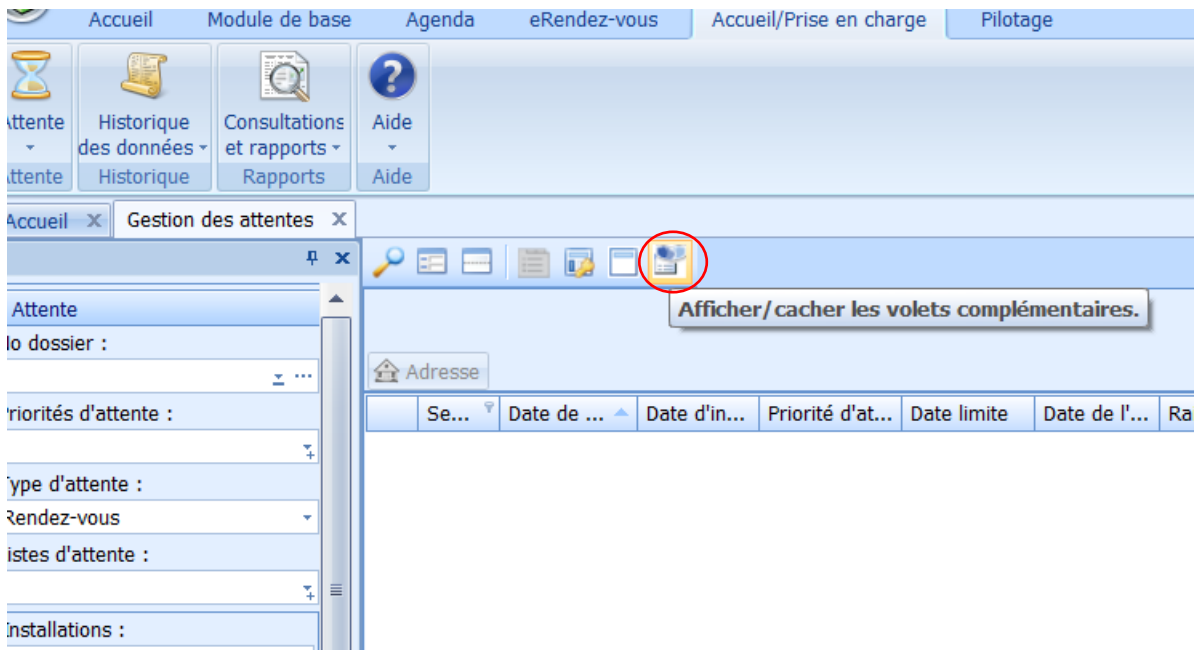
- Trier par ordre croissant
- Trier par ordre décroissant
- Effacer le tri
- Regrouper selon cette colonne
- Afficher la zone de regroupement
- Masquer cette colonne
- Sélectionneur de colonnes**
- Ajustement automatique
- Ajustement automatique (toutes les colonnes)
- Éditeur de filtres
- Afficher le panneau de recherche
- Afficher la ligne de filtre automatique
- Afficher le champ d'aperçu
- Utiliser comme champ d'aperçu
- Sélectionner un champ d'aperçu

3. Attribution d'un rendez-vous

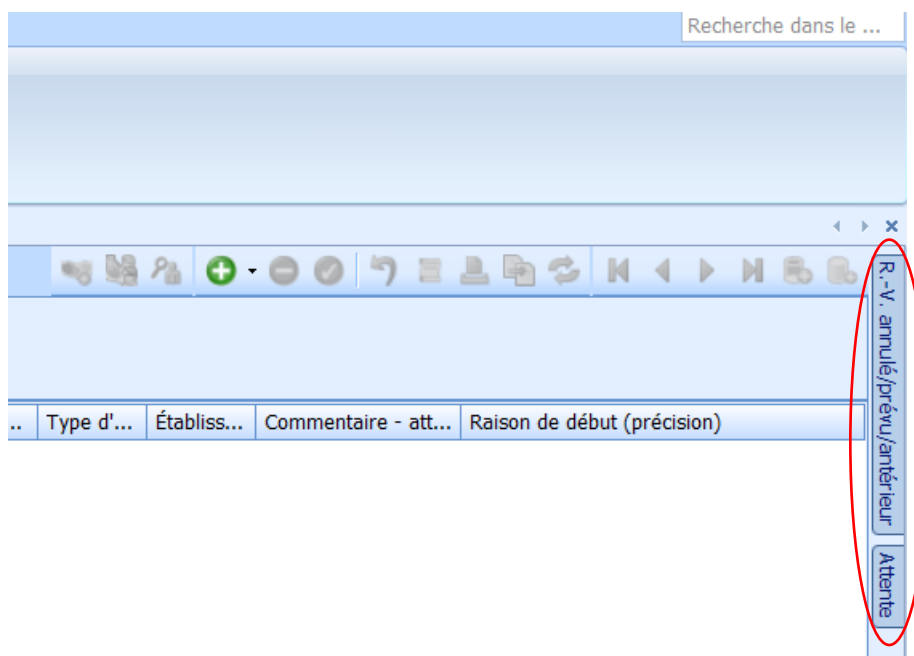
3.1 Accès à l'historique d'un usager

Au besoin, il est possible d'avoir accès aux RDV passés et à venir d'un usager de l'installation correspondant au eClinibase utilisé à deux endroits différents :

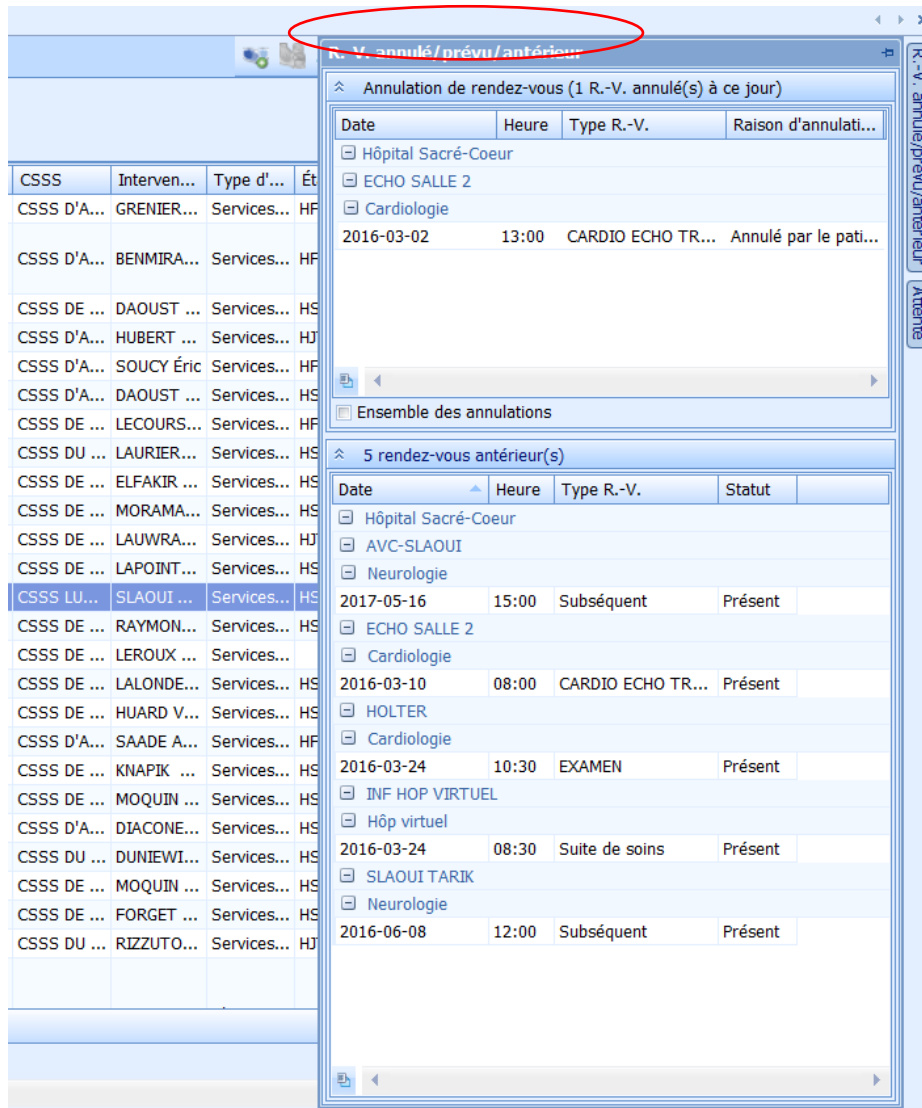
1. Dans l'onglet Accueil/Prise en charge, sous-onglet Attente, cliquer sur l'icône **Afficher/cacher les volets complémentaires**.



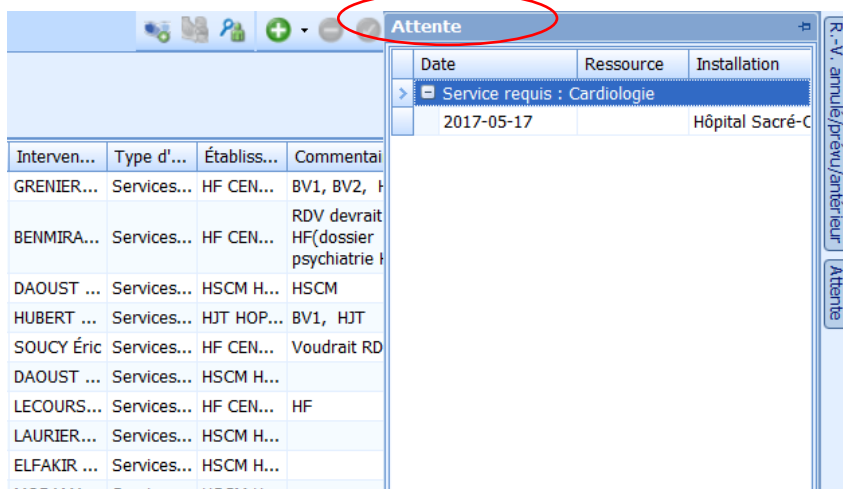
- Ensuite, les onglets « **R-v annulé/prévu/antérieur** » et « **Attente** » apparaîtront à la droite de l'écran.



- Cliquer sur « **R.-v. annulé/prévu/antérieur** », l'historique des RDV de l'utilisateur sélectionné au préalable apparaît à l'écran.

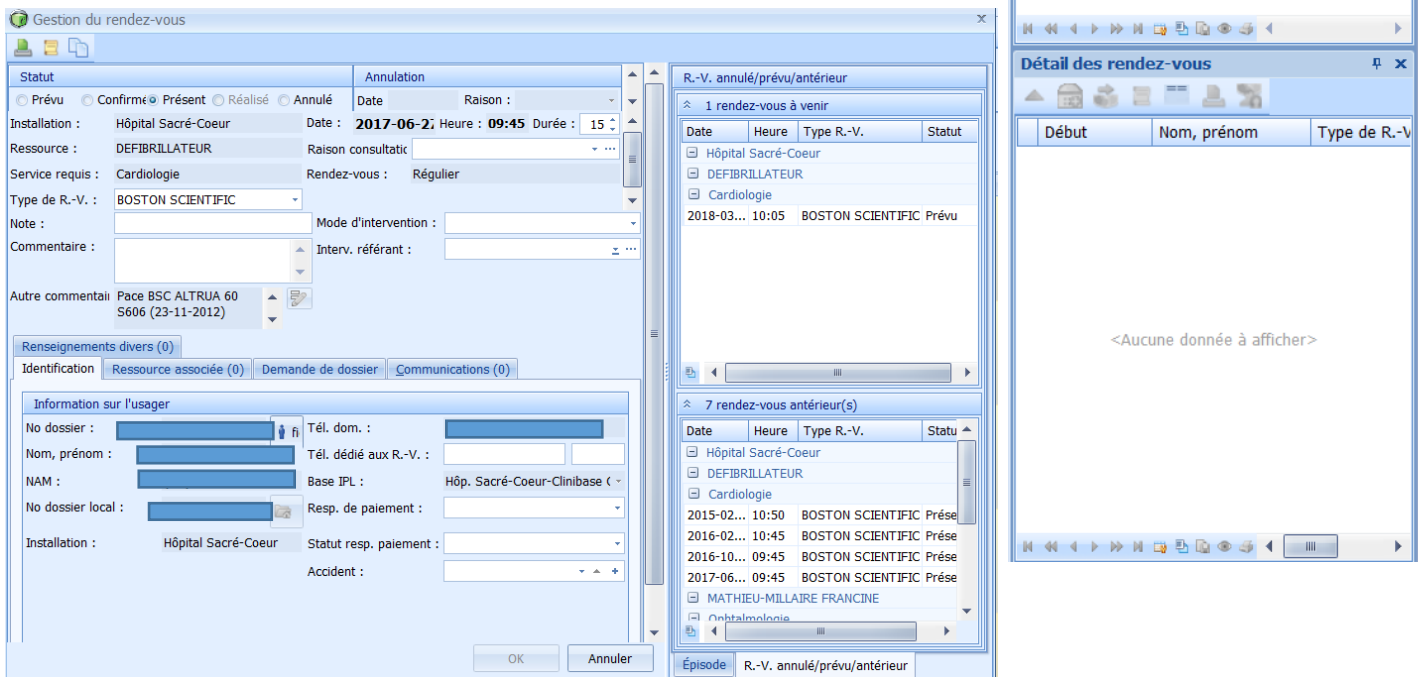


- Cliquer sur « **Attente** », l'ensemble des RDV pour lesquels l'utilisateur est actuellement en attente apparaît à l'écran.



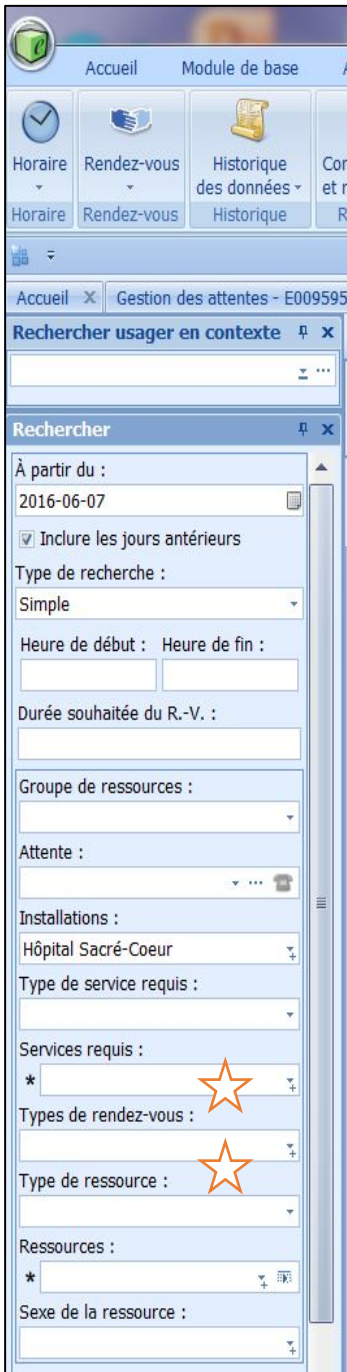
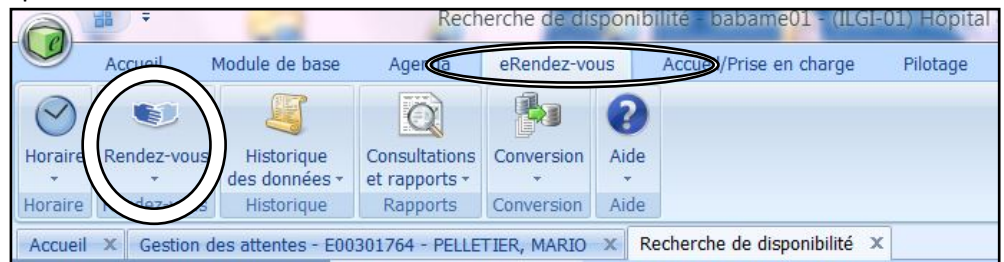
2. Dans l'onglet eRendez-vous, sous-onglet Rendez-vous, choisir Recherche de disponibilité.

- À droite, les fenêtres « Détail de la disponibilité » et « Détail des rendez-vous » apparaissent à l'écran.
- En choisissant un service requis dans le menu de recherche de gauche, la liste des usagers ayant un RDV pour une date en particulier pour le service requis choisi apparaît à l'écran.
- Double-cliquer ensuite sur l'utilisateur concerné à partir de la fenêtre « Détail des rendez-vous ». Une fenêtre « **Gestion du rendez-vous** » apparaît.
- En cliquant sur l'onglet « **R-v. annulé/prévu/antérieur** », l'historique des RDV de l'utilisateur apparaît à l'écran.



3.2 Recherche de disponibilité

- Dans le menu tout en haut de la fenêtre d'eClinibase, choisir « eRendez-vous », « Rendez-vous » et ensuite « Recherche de disponibilités ».



3.2.1 Recherche d'un rendez-vous

- Dans le menu déroulant de gauche, choisir la spécialité dans la case intitulée « Services requis » : _____
- Inscrire, dans la case intitulée « Type de rendez-vous » : _____
- Cliquer ensuite sur « Rechercher » en bas du menu déroulant.

3.2.2 Sélection d'une plage de rendez-vous (Pré-attribution)

- Dans l'onglet « Gestion des attentes », sélectionner le nom du patient à appeler (un seul clic sur le nom du patient, ligne devient bleue).
- **Appeler le patient** pour lui proposer une date et une heure de RDV.
- Dans l'onglet « Recherche de disponibilités », sélectionner une date où l'indication de plages disponibles apparaît.
- Double-cliquer sur l'heure de RDV à attribuer.

**** TOUJOURS** attribuer les RDV dans l'ordre (ex. ne jamais donner le RDV de 15 h 30 si celui de 14 h n'est pas attribué). **TOUJOURS** offrir toutes les plages d'une même journée au patient avant de lui offrir une autre date. ******

Nos deux onglets « Gestion des attentes » et « Recherche de disponibilité »

Heure de RDV

Plages disponibles

Date	12	13	14	15	16	17	18
29 mai							
30 mai							
31 mai							
1 juin							
2 juin							
3 juin							
4 juin							
5 juin							
6 juin							
7 juin							
8 juin							
9 juin							
10 juin							
11 juin							
12 juin							
13 juin		6 Disp. HSC 0 R.-V.					
14 juin							
15 juin							
16 juin							
17 juin							
18 juin							
19 juin							
20 juin							
21 juin							
22 juin							
23 juin							
24 juin							
25 juin							

3.3 Attribution d'un RDV (lorsque le patient accepte une date et heure de rendez-vous)

3.3.1 Onglet
En double-cliquant sur l'heure de RDV accepté par l'utilisateur, la fenêtre « Fixer un rendez-vous » ouvre automatiquement.

3.3.2 Recherche du patient
Écrire le numéro de dossier de l'utilisateur qui apparaît dans une des colonnes de la liste de travail. Ou encore, en sélectionnant un patient dans la liste de travail - juste un clic sur le nom du patient (onglet Gestion des attentes), l'identification du patient peut rapidement se faire en cliquant sur ce bouton. Le nom du patient apparaît automatiquement et c'est possible de le sélectionner.

Ensuite *Sélectionner une attente* (voir page suivante point **3.3.6**).

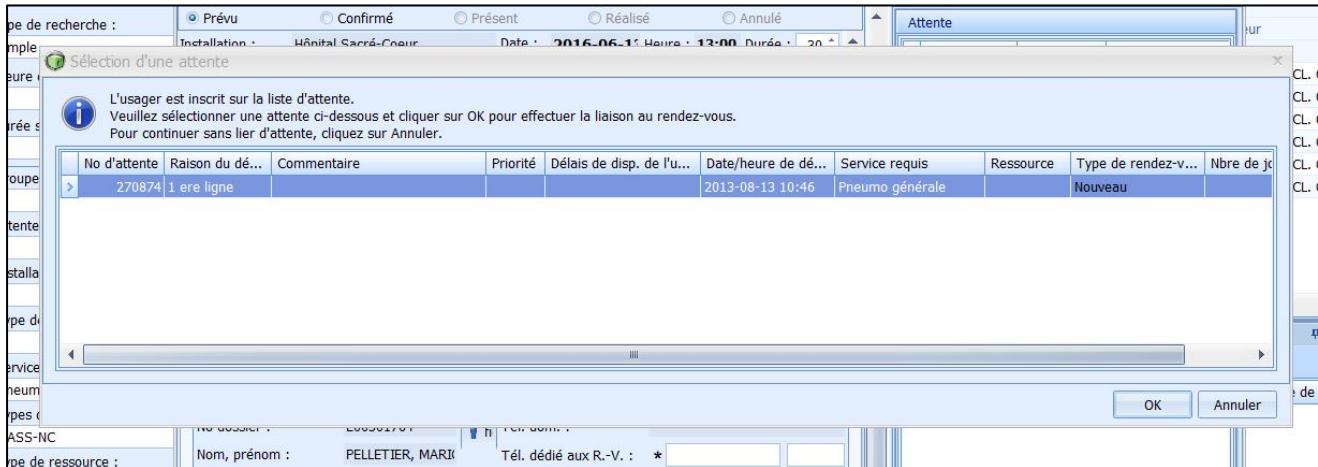
3.3.3 Commentaire
Pour la pneumo générale, inscrire RX poumons à faire ou pt apportera le CD si examen réalisé il y a < de 3 mois.

3.3.4 Confirmation
Cocher la case « confirmé » lorsque le RDV est officiellement confirmé et attribué à l'utilisateur.

3.3.5 Confirmation de l'attribution
En cliquant sur « OK », le RDV sera automatiquement attribué au patient.

3.3.6 Sélectionner une attente

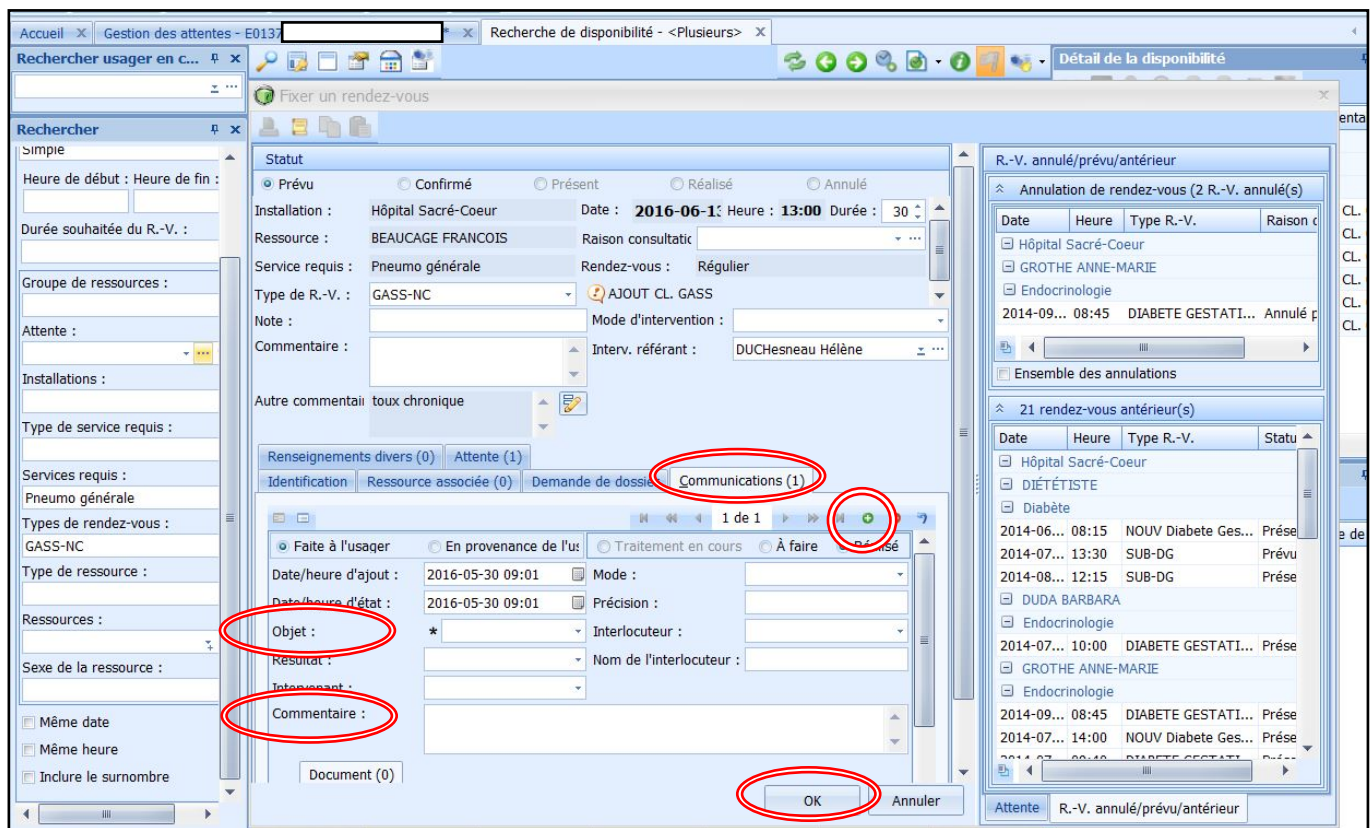
Puisque le patient est inscrit sur la liste de travail pour une consultation spécialisée, la fenêtre « Sélection d'une attente » s'ouvre automatiquement lors de l'inscription d'un numéro de dossier (voir 3.2.1). Sélectionner la ligne et cliquer sur « ok ».



3.4 Gestion de la non-disponibilité

Lorsqu'un patient refuse les dates et heures de RDV proposées ou que ce dernier n'est pas disponible pour une période de temps (ex. pas disponible juillet et août), l'information doit être consignée pour être en mesure de faire un suivi adéquat (voir documents sur l'application de la circulaire ministérielle).

- Dans l'onglet « Gestion des attentes » double-cliquer sur le nom du patient;
- Aller dans l'onglet communication;
- Cliquer sur le bouton vers (ajouter);
- Dans la case intitulée « Objet », sélectionner le type de non-disponibilité;
- Inscrire dans la case intitulée « Commentaire » :
 - ✓ La date de l'appel au patient ainsi que les plages de RDV proposées;
 - ✓ La raison de la non-disponibilité et, au besoin, le moment où le patient doit être rappelé (ex. non-disponible avant août)
- Cliquer sur « OK » pour confirmer l'inscription de la communication.



3.5 Finalisation de l'attribution du rendez-vous

Dans l'onglet **Détail**, section **Fermeture de l'attente** :

- Si le RDV est attribué dans l'installation liée à eClinibase, lors de l'attribution du RDV, les champs suivants se complètent automatiquement :
 - ✓ Date/heure de fin : moment de l'attribution du RDV (s'inscrit automatiquement).
 - ✓ Raison de fin d'attente : fin suite à un RDV (s'inscrit automatiquement).
 - ✓ Date de l'affectation : date/heure du RDV attribué (s'inscrit automatiquement).
- Si le RDV est attribué dans une autre installation, compléter les champs suivants :
 - ✓ Date/heure de fin : moment de l'attribution du RDV (s'inscrit automatiquement).
 - ✓ Raison de fin d'attente : non admissible, RDV donné (si en communauté) ou autre installation où aura lieu le RDV (RV HSCM, RV Jean-Talon, RV Fleury).
 - ✓ Précision sur la raison : inscrire la date/heure du RDV attribué sous le format AAAA-MM-JJ HH : MM.

The screenshot shows a software interface with a 'Détail' tab. The 'Fermeture de l'attente' section is highlighted. It contains the following fields:

- Date/heure de fin: [Empty field] (marked with a red star)
- Raison de fin d'attente: [Empty field] (marked with a red star)
- Date de l'affectation: [Empty field] (marked with a red star)

Other visible fields include: Date/heure d'inscription (2016-05-31 10:37), Date/heure de réception (2016-05-30 20:45), Date/heure de début (2016-05-31 10:16), Raison d'attente (1 ere ligne), Date limite (2016-06-09), Service requis (Pneumo générale), Type de rendez-vous (GASS-NC), and Priority (B(<=10 jrs)).

****Débloquer les plages dédiées 7 jours (calendrier) au préalable si non comblées.****

Annexe I : Spécificités des champs à compléter par modalité

Champs à remplir	Endoscopie eClinibase d'HSCM, CSSS CDI et CSSS AMN	Cardiologie/Pneumologie eClinibase HSCM	Échographie eClinibase CSSS CDI
Code postal	H4J 1C5	H4J 1C5	H2E 1S6
Installation	En fonction du eClinibase		
Liste d'attente	N/D	Guichet D'accès	GA-IMAGERIE
Raison de l'attente	1 ^{re} ligne/2 ^e ligne	1 ^{re} ligne/2 ^e ligne	Nouv. demande/Contrôle
Service requis	Endoscopie	Cardiologie / Pneumo générale	Échographie/échocardiographique/doppler
Type de rendez-vous	Modalités d'endoscopie	GASS-NC	Modalités d'échographie

Annexe II : Codification de la non-conformité au Guichet d'accès en santé physique

Utiliser la codification suivante dans le champ **précision sur la raison** pour les différents scénarios de non-conformité :

Non-conformités administratives

Scénarios	Codifications
1- Il manque la modalité .	NC adm modalité
2- Il manque la condition clinique .	NC adm condition clinique
3- Il manque la priorité clinique .	NC adm priorité
4- Il manque des renseignements cliniques .	NC adm renseignement clinique
5- Il manque des informations sur la clinique et/ou le référent (nom du référent, adresse, numéro de téléphone, numéro de télécopieur, numéro de pratique et signature).	NC adm info référent
6- Il manque des informations sur l'utilisateur (nom, code postal, numéro de téléphone, numéro d'assurance-maladie et date d'expiration).	NC adm info usager
7- Un autre formulaire a été utilisé.	NC adm autre formulaire
8- Autre raison : il manque une page et écriture illisible	NC adm autre raison _____ (<i>écrire la raison</i>) Ex. : NC adm autre raison <i>écriture illisible</i>

Non-conformités cliniques

Scénarios	Codifications
1- La priorité clinique demandée par le référent est plus urgente que celle suggérée sur la demande de service.	NC clin priorité
2- La condition clinique est une condition Autre .	NC clin autre

Annexe VIII – Exemple de procédure de validation administrative et clinique

Procédure de validation administrative et clinique des demandes en attente d'une consultation spécialisée en apnée du sommeil à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

TEXTE PRÉAMBULE 1 : MESSAGE SUR LA BOÎTE VOCALE AU DOMICILE DE L'USAGER

1^{er} appel à tous les numéros disponibles

A) Si c'est le nom de l'utilisateur qui est mentionné sur le message de la boîte vocale :

Bonjour,

Ce message est pour M. Mme. X. Je m'appelle (nom de l'agent adm.) et j'appelle de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM). Nous effectuons une révision de nos listes d'attente en apnée du sommeil et nous avons besoin de vous parler afin d'obtenir des renseignements.

Veillez nous rappeler au (514) 336-6673 et choisir l'option 1, entre telle heure et telle heure et indiquez que vous appelez pour l'apnée du sommeil. Merci.

B) Si c'est une boîte vocale qui ne semble pas appartenir uniquement à l'utilisateur :

Bonjour,

Ce message est pour M. Mme. X. Je m'appelle (nom de l'agent adm.) et j'appelle de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Veuillez nous rappeler au (514) 336-6673 et choisir l'option 1, entre telle heure et telle heure. Merci.

2^e appel à tous les numéros disponibles : mentionner dans le même texte que ceci est le 2^e appel.

3^e appel à tous les numéros disponibles : mentionner dans le même texte que ceci est le 3^e appel et que sans retour de la part de l'utilisateur dans un délai < 48 h, une lettre sera acheminée à son domicile et il aura 30 jours pour communiquer avec nous, sinon il sera retiré de la liste d'attente.

**** Les trois appels se font dans un délai maximal de deux semaines ****

TEXTE PRÉAMBULE 2 : SI NOUS JOIGNONS L'USAGER

Bonjour, puis-je parler à M. Mme. X?

Bonjour M. Mme. X,

Je m'appelle (nom de l'agent adm.) et j'appelle de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Nous avons une requête à votre nom en pneumologie pour une consultation en apnée du sommeil à la suite du test de sommeil réalisé à l'HSCM, le (date). Nous effectuons une mise à jour de nos listes et souhaitons savoir si depuis la demande de consultation du D^r (médecin référent) qui a été envoyée le (date), vous avez été évalué (e) en pneumologie pour l'apnée du sommeil.

A) Si la personne répond avoir déjà vu un pneumologue pour une consultation en apnée du sommeil :

- i. Demander si possible de savoir à quel endroit;
- ii. Mentionner que nous prenons en note cette information et qu'elle et son médecin référent recevront une lettre confirmant que nous la retirons de la liste d'attente de l'HSCM puisque la consultation a déjà été réalisée;
- iii. Valider ses coordonnées.

B) Si la personne n'a pas encore vu un pneumologue pour une consultation en apnée du sommeil :

- i. Désire-t-elle toujours voir un pneumologue pour l'apnée du sommeil?
- ii. Si non, mentionner que nous prenons en note cette information et qu'elle et son médecin référent recevront une lettre confirmant que nous la retirons de la liste d'attente de l'HSCM. Valider ses coordonnées et fermer l'attente;
- iii. Si oui, mentionner que nous noterons cela à son dossier et que la centrale de rendez-vous communiquera avec elle éventuellement (nous ne connaissons pas le délai) pour lui donner un rendez-vous;
- iv. Valider ses coordonnées;
- v. Poursuivre avec les questions suivantes pour la validation clinique :

1. Travaillez-vous?

Réponses : oui/non

2. Quel est votre emploi?

3. Vous considérez-vous à risque de vous endormir au volant à un feu rouge ou sur un trajet d'autoroute \geq 1 heure?

Réponses dans l'une ou l'autre des circonstances évoquées : ne s'applique pas (ne conduit pas)/pas du tout/un peu/beaucoup.

Priorité C (\leq à 28 jours) automatiquement attribuée pour :

- Question 2 si la réponse est un emploi à risque (chauffeur d'autobus, chauffeur de taxi, opérateur de machinerie lourde, camionneur, ou équivalent).
- Question 3 si la réponse est « beaucoup ».

4. Seriez-vous intéressé à avoir votre rendez-vous ailleurs qu'à l'HSCM, si nous trouvions un rendez-vous dans un délai plus court, dans :

- Une autre installation du CIUSSS : HJT oui/non; Fleury oui/non;
- Un autre établissement de la région : oui/non;
- Un autre établissement dans sa région (si hors Montréal) : oui/non.

5. Avez-vous actuellement un médecin de famille?

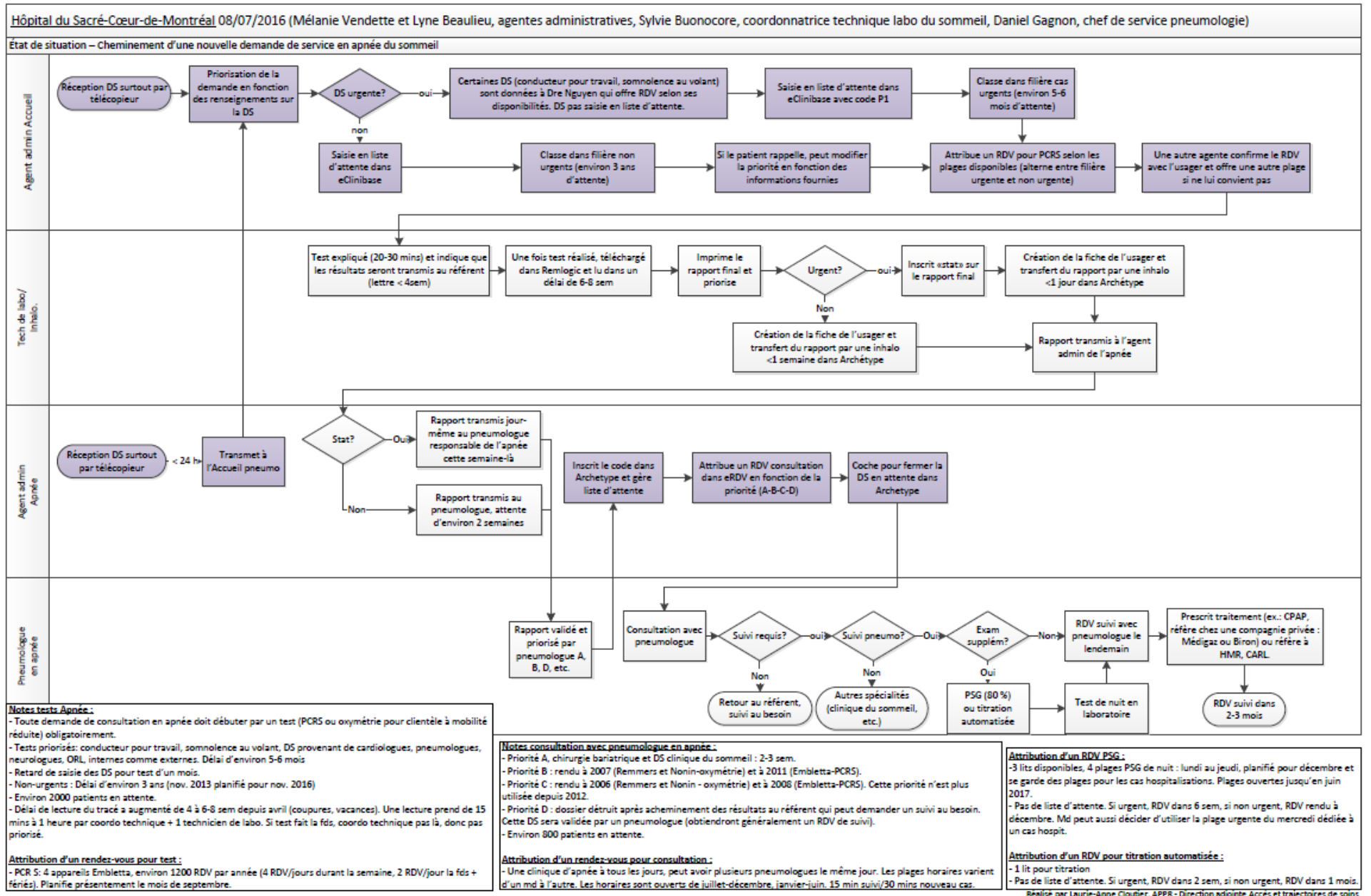
Réponses : oui/non

Si oui : Faire la mise à jour des informations dans eClinibase :

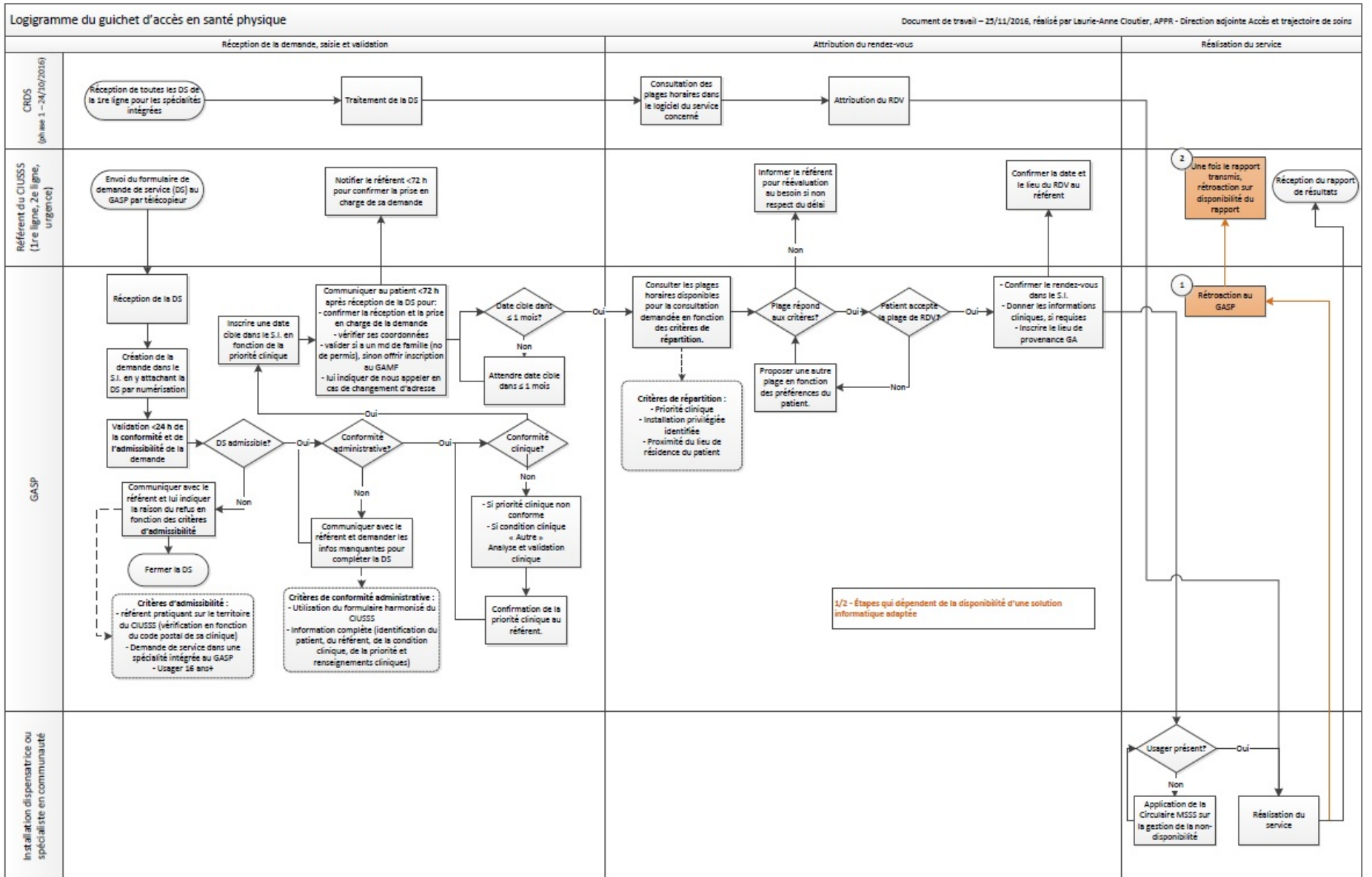
- nom, prénom : _____
- numéro de pratique : _____ (vérifier après l'appel sur le site Web du Collège des médecins)
- lieu de pratique : _____ (à l'intérieur du CIUSSS NIM/hors CIUSSS NIM?)

Si non : Proposer inscription au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).

Annexe IX – Cartographie du cheminement actuel d'une DS



Annexe X – Logigramme



BIBLIOGRAPHIE

ARSENAULT, C., G BISSON. *Principes de base d'une gestion efficace de l'accès aux soins et aux services de santé*, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2014, p. 1-22.

CYR, M. J., S. GOUGOUX. *Accès priorisé aux services spécialisés, cadre de référence régional*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2015, p. 1-53.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Circulaire sur la gestion de la non-disponibilité personnelle d'un usager inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé*, 2009, p. 1-4.

NHS ENGLAND. *Demand management good practice guide*, 2016, p. 1-25.

NHS MODERNISATION AGENCY. *Demand Management Group – The Big Wizard*, version 1.2, 2011, p. 112.



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 