



## ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL- Édition mars 2015





# **ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS**

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL – Édition mars 2015

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

## ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL – Version finale est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec) H2X 3L9  
514 286-6500  
santemontreal.qc.ca

### Crédits auteurs et collaborateurs

Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires

Coordination de l'accès aux services spécialisés

Recherche et rédaction :

Madame Marie-Josée Cyr erg. MSc adm., responsable régionale de l'accès

Docteure Stéphanie Gougoux, adjointe médicale et médecin-conseil

### Collaborateurs :

Monsieur Frédéric Abergel, directeur des affaires cliniques, médicales et universitaires

Madame Michelle Gadoury, agente de planification, programmation et recherche

Madame Alice Flora Impundu à la correction

### Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

### REMERCIEMENTS :

Les auteures souhaitent remercier les nombreux partenaires du réseau montréalais qui ont participé de près ou de loin à l'implantation des différents projets d'accès et à l'élaboration du présent cadre de référence.

Un remerciement particulier à M. Frédéric Abergel pour sa confiance, son soutien, et pour nous avoir confié le mandat de participer à l'implantation de projets aussi intéressants et stimulants.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation  
du site Web de l'Agence : [agence.santemontreal.qc.ca](http://agence.santemontreal.qc.ca)

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2015

ISBN978-2-89510-828-3

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

---

## Table des matières

|                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Table des acronymes .....                                                                                                                                                             | 1  |
| 1. INTRODUCTION .....                                                                                                                                                                 | 3  |
| 2. GOUVERNANCE .....                                                                                                                                                                  | 4  |
| 2.1. Gouvernance régionale .....                                                                                                                                                      | 4  |
| 2.2. Gouvernance locale .....                                                                                                                                                         | 5  |
| 2.3. Le rôle du responsable local de l'accès .....                                                                                                                                    | 6  |
| 3. CONSTATS ET ORIENTATIONS RÉGIONALES .....                                                                                                                                          | 7  |
| 3.1. Objectifs généraux.....                                                                                                                                                          | 8  |
| 3.2. Principes directeurs.....                                                                                                                                                        | 8  |
| 3.3. Résultats attendus.....                                                                                                                                                          | 9  |
| 4. ÉTAPES PRÉALABLES À L'IMPLANTATION DE L'APSS .....                                                                                                                                 | 9  |
| 5. ORGANISATION RÉGIONALE DES SERVICES.....                                                                                                                                           | 10 |
| 6. GESTION LOCALE DES MÉCANISMES D'ACCÈS .....                                                                                                                                        | 11 |
| 6.1. La gestion des nouvelles demandes de services .....                                                                                                                              | 11 |
| 6.1.1. Le guichet d'accès.....                                                                                                                                                        | 11 |
| 6.1.2. Étapes de mise en œuvre d'un GA .....                                                                                                                                          | 12 |
| 6.1.3. Organisation du GA .....                                                                                                                                                       | 13 |
| 6.2. Gestion continue des listes d'attente.....                                                                                                                                       | 14 |
| 6.3. Gestion proactive des rendez-vous (« Advanced Access ») aux services spécialisés.....                                                                                            | 14 |
| 7. SYSTÈME INFORMATIQUE DE GESTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS (SIGASS) .....                                                                                                 | 16 |
| 8. INDICATEURS .....                                                                                                                                                                  | 17 |
| 8.1. Indicateurs de suivi.....                                                                                                                                                        | 17 |
| 8.2. Indicateur de performance du guichet d'accès.....                                                                                                                                | 18 |
| 9. MISE EN ŒUVRE DES PROJETS RÉGIONAUX D'APSS .....                                                                                                                                   | 18 |
| 9.1. Mécanismes d'accès pédiatriques (MAP).....                                                                                                                                       | 19 |
| 9.1.1. Le contexte .....                                                                                                                                                              | 19 |
| 9.1.2. Les objectifs principaux .....                                                                                                                                                 | 19 |
| 9.1.3. Description du projet et organisation régionale .....                                                                                                                          | 19 |
| 9.2. Projet APSS-CUSM/CRDS-Ouest (projet d'APSS accéléré dans le cadre du plan de modernisation du CUSM/ centre de répartition des demandes de service pour l'ouest de Montréal)..... | 21 |
| 9.2.1. Le contexte .....                                                                                                                                                              | 21 |
| 9.2.2. Les objectifs principaux .....                                                                                                                                                 | 22 |
| 9.2.3. Description du projet et organisation régionale .....                                                                                                                          | 22 |
| 9.3. Accueil clinique (AC) .....                                                                                                                                                      | 23 |
| 9.3.1. Le contexte .....                                                                                                                                                              | 23 |

|                                                                                                                              |                                                                                                   |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 9.3.2.                                                                                                                       | Définition et objectifs principaux .....                                                          | 24        |
| 9.3.3.                                                                                                                       | Description du projet et organisation régionale .....                                             | 24        |
| 9.4                                                                                                                          | Centre de répartition des demandes de services (CRDS) en échographie pour l'est de Montréal ..... | 25        |
| 9.3.4.                                                                                                                       | Le contexte .....                                                                                 | 25        |
| 9.3.5.                                                                                                                       | Les objectifs principaux .....                                                                    | 26        |
| 9.3.6.                                                                                                                       | Description du projet et organisation régionale .....                                             | 26        |
| 10.                                                                                                                          | CONCLUSION .....                                                                                  | 27        |
| <b>ANNEXE 1 .....</b>                                                                                                        |                                                                                                   | <b>28</b> |
| <b>ANNEXE 2 – TERRITOIRES DE DESSERTE POUR L'APSS : LES RLS ET LEUR CHPI .....</b>                                           |                                                                                                   | <b>31</b> |
| <b>ANNEXE 3 : MODÈLE DE FONCTIONNEMENT DU CRDS-OUEST.....</b>                                                                |                                                                                                   | <b>32</b> |
| <b>ANNEXE 4 : MODÈLE DE FONCTIONNEMENT DU CRDS-ÉCHO DANS L'EST DE MONTRÉAL .....</b>                                         |                                                                                                   | <b>33</b> |
| <b>ANNEXE 5 : ÉTAPES D'IMPLANTATION DE LA GESTION PROACTIVE DES RENDEZ-VOUS.....</b>                                         |                                                                                                   | <b>34</b> |
| <b>ANNEXE 6 : SIGASS ÉTAPES DE CONFIGURATION PRÉVUES.....</b>                                                                |                                                                                                   | <b>37</b> |
| <b>ANNEXE 7: CYCLE DE DÉPLOIEMENT DE HAUT NIVEAU PROJET DES MÉCANISMES D'ACCÈS PÉDIATRIQUES ..</b>                           |                                                                                                   | <b>38</b> |
| <b>ANNEXE 8 : CYCLE DE D'HARMONISATION ET DE PRIORISATION .....</b>                                                          |                                                                                                   | <b>39</b> |
| <b>ANNEXE 9A : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE, L'EXEMPLE DE LA PÉDIATRIE GÉNÉRALE-PROJET MAP (RECTO) .....</b>  |                                                                                                   | <b>40</b> |
| <b>ANNEXE 9B : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE, L'EXEMPLE DE LA PÉDIATRIE GÉNÉRALE-PROJET MAP (VERSO) .....</b>  |                                                                                                   | <b>41</b> |
| <b>ANNEXE 10 : MODALITÉS DE GESTION ET TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE SERVICE PAR LE PERSONNEL DU CRDS-OUEST 42</b>             |                                                                                                   |           |
| <b>ANNEXE 11 : TRAJECTOIRE OPTIMALE DE LA DEMANDE DE SERVICE – CRDS-OUEST.....</b>                                           |                                                                                                   | <b>43</b> |
| <b>ANNEXE 12A : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE, L'EXEMPLE DE LA CARDIOLOGIE-PROJET CRDS-OUEST (RECTO) .....</b> |                                                                                                   | <b>44</b> |
| <b>ANNEXE 12B : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE, L'EXEMPLE DE LA CARDIOLOGIE-PROJET CRDS-OUEST (VERSO) .....</b> |                                                                                                   | <b>45</b> |
| <b>ANNEXE 13 – MODÈLE D'ORGANISATION DU SERVICE D'ACCUEIL CLINIQUE .....</b>                                                 |                                                                                                   | <b>46</b> |
| <b>ANNEXE 14A : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE EN ÉCHOGRAPHIE (RECTO).....</b>                                  |                                                                                                   | <b>47</b> |
| <b>ANNEXE 14B : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE EN ÉCHOGRAPHIE (VERSO).....</b>                                  |                                                                                                   | <b>48</b> |
| <b>ANNEXE 15 .....</b>                                                                                                       |                                                                                                   | <b>49</b> |
| <b>LEXIQUE.....</b>                                                                                                          |                                                                                                   | <b>49</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                                                                                   |                                                                                                   | <b>50</b> |

## Table des acronymes

|        |                                                                         |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|
| AIT    | Accident ischémique transitoire                                         |
| APSS   | Accès priorisé aux services spécialisés                                 |
| AQESSS | Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux |
| C.A.   | Conseil d'administration                                                |
| CRDS   | Centres de répartition de demandes de service                           |
| CDRA   | Comité directeur régional de l'accès                                    |
| CHA    | Centre hospitalier affilié                                              |
| CHPI   | Centre hospitalier de première instance                                 |
| CHSGS  | Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés                   |
| CHU    | Centre hospitalier universitaire                                        |
| CHUM   | Centre hospitalier de l'Université de Montréal                          |
| CMDP   | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens                          |
| CSSS   | Centre de santé et de services sociaux                                  |
| CUSM   | Centre universitaire de santé McGill                                    |
| DACMU  | Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires           |
| DG     | Direction générale                                                      |
| DRMG   | Département régional de médecine générale                               |
| DS     | Demandes de service                                                     |
| DSP    | Direction des services professionnels                                   |
| GA     | Guichet d'accès                                                         |
| GACO   | Guichet d'accès de la clientèle sans médecin de famille                 |
| LSSSS  | Loi sur les services de santé et les services sociaux                   |
| MSSS   | Ministère de la Santé et des Services sociaux                           |
| RDV    | Rendez-vous                                                             |
| RLS    | Réseaux locaux de services de santé et services sociaux                 |
| SIGASS | Système informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés     |

## **NOTE AUX LECTEURS**

Une première version du cadre de référence de l'accès priorisé aux services spécialisés a été publiée en mai 2014. La présente version précise certains concepts et fait le point sur l'avancement des projets régionaux.

Le cadre de référence a été rédigé avant l'adoption du projet de loi 10. Le lecteur devra donc tenir compte des transformations planifiées du réseau, notamment dans la section concernant la gouvernance, ainsi que lorsqu'une référence est faite à un établissement, un centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou au rôle de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal (Agence de Montréal).

# 1. INTRODUCTION

Afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés et aux services diagnostiques, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a communiqué à l'ensemble des régions de la province, un guide de gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés en février 2013. Les orientations provinciales et les modalités de gestion des demandes de services y sont décrites, incluant la mise en place de guichets d'accès (GA). De plus, en octobre 2013, le MSSS a communiqué son plan de travail pour l'implantation de mécanismes d'accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques, en priorisant la mise sur pied des services d'accueil clinique (AC).

Les orientations de l'Agence de Montréal, quant à elles, présentent l'amélioration de l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne, ainsi que l'accès aux services spécialisés et diagnostiques, comme une priorité depuis 2002. Malgré les efforts consentis, des difficultés significatives persistent. Pour y arriver, l'Agence de Montréal croit qu'il faut offrir aux médecins de famille un environnement supportant et facilitant leur travail. Parmi les difficultés éprouvées par ceux-ci, la difficulté d'accès à des services spécialisés et diagnostiques pour l'évaluation de leurs patients représente un défi majeur. Le recours à la salle d'urgence ou encore de nombreuses démarches afin d'obtenir les rendez-vous, les évaluations et les examens diagnostiques requis, deviennent souvent leur seule alternative.

De façon générale, l'accès peut se définir comme « *la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut recevoir les services de santé dont elle a besoin* » (ASSS Chaudière-Appalaches, 2014). L'impact d'un manque d'accès sur le patient et le réseau est bien documenté. L'attente injustifiée entraîne des coûts supplémentaires et une perte de productivité pour le réseau, en plus d'une possible détérioration de l'état de santé du patient.

L'amélioration de l'accès est fondée sur une approche à deux niveaux. L'**organisation régionale des services**, afin d'orienter toute demande vers le bon dispensateur de service et la **gestion locale de l'accès**, c'est-à-dire au sein des dispensateurs de services spécialisés.

Parmi les moyens ayant démontré leur efficacité pour améliorer l'accès, certains nous semblent à privilégier étant donné les constats régionaux actuels et seront abordés dans ce cadre de référence. L'ensemble des moyens à mettre en œuvre permet de définir le concept d'accès priorisé aux services spécialisés.

L'**accès priorisé aux services spécialisés** ou **APSS**, se définit comme la somme des mécanismes d'accès aux services spécialisés et diagnostiques, impliquant une organisation de soins et services basée sur le traitement et le suivi des demandes de services selon des critères de priorisation clinique harmonisés dans la région.

De façon non exhaustive, la mise en place de ces mécanismes d'accès implique :

- L'**harmonisation régionale** du processus de référence, incluant les critères de **priorisation clinique** selon une **échelle régionale**;
- La consolidation des **corridors de services** et des **trajectoires optimales de référence**, en respectant la **hiérarchisation des soins** entre les différents dispensateurs;
- La mise en place de **guichets d'accès centralisés**, la **gestion proactive des rendez-vous** ainsi que la **gestion continue des listes d'attente**;
- la **mesure de l'accès** en continu et le suivi systématique des différents indicateurs, afin d'atteindre les objectifs et ultimement, arriver à un **état d'équilibre entre l'offre et la demande**.

Pour l'Agence de Montréal, l'implantation des projets d'APSS est prioritaire afin de soutenir les besoins d'accès et d'arrimage entre la première et la deuxième ligne de soins. Le présent cadre de référence concerne l'accès du référent de 1<sup>re</sup> ligne vers les services spécialisés. À terme, l'Agence de Montréal suggère d'appliquer les principes de l'APSS aux références provenant des médecins spécialistes vers les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et les centres hospitaliers universitaires (CHU), ainsi que les références intra hospitalières.

L'analyse de l'écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée afin d'améliorer l'accès a guidé le choix des projets à mettre en place en priorité dans la région. Cette analyse ainsi que les gains attendus pour le référent et le dispensateur de service sont présentés sous forme de tableau à l'annexe 1. Certains de ces gains seront obtenus par l'intégration des processus cliniques au système informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés (SIGASS) (section 7).

Les projets régionaux d'APSS actuellement déployés et qui seront abordés dans le présent document sont :

- Les **mécanismes d'accès pédiatriques (MAP)** pour toute la région (section 9.1);
- Le **centre de répartition des demandes de service (CRDS) de l'ouest de Montréal**, un projet d'APSS accéléré en lien avec le plan de modernisation du centre universitaire de santé McGill (CUSM) (section 9.2);
- L'**accueil clinique** (section 9.3);
- Le **centre de répartition des demandes de service (CRDS) en échographie pour le pôle 1** (section 9.4).

Tous ces projets d'accès représentent une offre de services alternative aux modalités actuelles de référence pour les médecins de famille. De même, il s'agit d'une opportunité pour les médecins spécialistes dispensateurs de service d'offrir et de gérer autrement leurs disponibilités afin de mieux s'adapter à la demande. Pour le référent, comme pour le dispensateur de service, il s'agit d'une approche rassemblant les meilleures pratiques en accès et assurant une réponse plus adaptée aux besoins de la population.

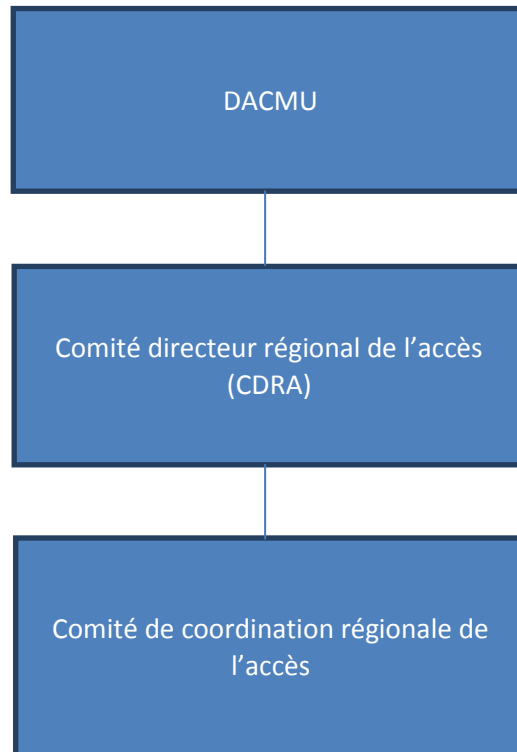
## 2. GOUVERNANCE

### 2.1. Gouvernance régionale

L'Agence de Montréal s'est dotée d'une structure de gouvernance qui reflète bien cette priorité et interpelle l'ensemble des acteurs du réseau. Pour ce faire, un **comité directeur régional de l'accès (CDRA)** composé de représentants de l'ensemble du réseau [directeurs des services professionnels, Département régional de médecine générale (DRMG), Table régionale des chefs de médecine spécialisée, Direction de services généraux et maladies chroniques, Direction des programmes-services de l'Agence de Montréal] a été mis sur pied dès mai 2014. Le rôle de ce comité est de définir les priorités et de soutenir l'implantation des différents projets régionaux en accès concernant le présent cadre de référence. Ce comité est présidé par le directeur des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) de l'Agence de Montréal, et coprésidé par l'adjointe médicale de la DACMU. Un **comité de coordination régionale de l'accès** sera aussi créé, entre autres pour assurer les liens et la cohérence entre les différents projets régionaux d'accès et les orientations tant régionales que ministérielles. Il sera composé de tous les répondants locaux de l'accès des établissements de santé physique montréalaise et coprésidé par l'adjointe médicale de la DACMU et la responsable régionale de l'accès de l'Agence de Montréal.

La figure 1 représente sommairement l'organigramme de la gouvernance régionale des dossiers d'accès, illustrant les différents comités. L'APSS étant un dossier régional prioritaire, un état de situation et d'avancement des travaux est présenté mensuellement au comité de direction de l'Agence de Montréal.

**Fig. 1** Organigramme de gouvernance régionale de l'accès



## 2.2. Gouvernance locale

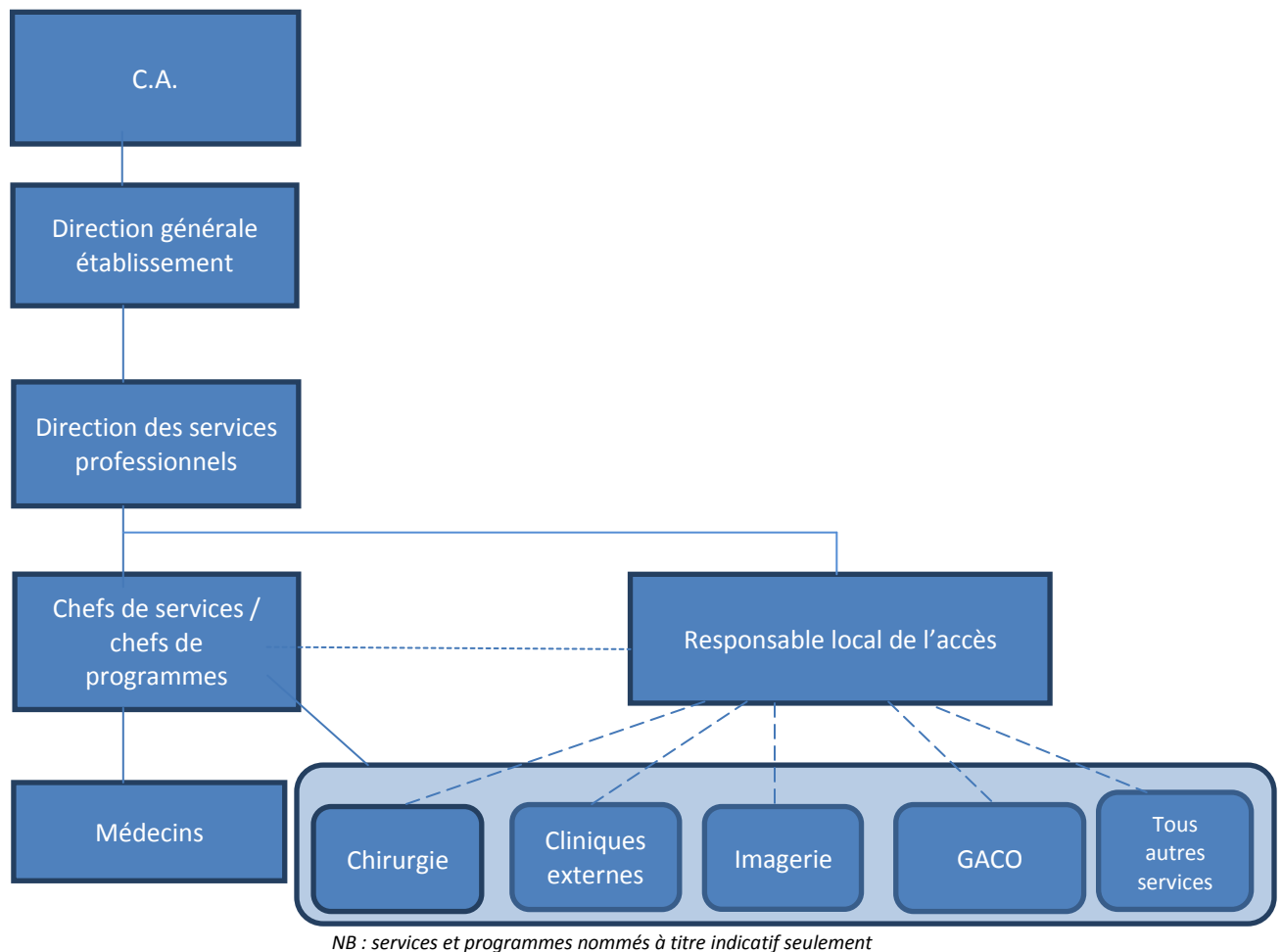
La notion d'accessibilité aux services doit également être une priorité pour l'ensemble des partenaires du réseau et se refléter au sein des organisations. De même, il importe que le rôle du **responsable local de l'accès** soit bien défini et intégré. C'est dans ce contexte que l'Agence de Montréal recommande que chaque établissement se dote d'une structure de **gestion intégrée de l'accès** : une structure ayant une vision transversale pour l'ensemble des services et programmes (imagerie, chirurgie, etc.).

La gestion intégrée de l'accès comporte principalement :

- La définition, le suivi et la mise à jour régulière des critères d'accès aux services;
- La gestion des listes d'attente;
- Les modalités de prise en charge de la clientèle, les procédures de communication et de rétroaction avec les référents;
- L'optimisation de l'utilisation des ressources et des trajectoires;
- L'ajustement de l'offre de services selon la demande de services (DS) et les besoins de la population;
- Les corridors de services intra établissements (entre différents services/programmes) ainsi que les corridors inter établissements nécessaires, afin d'assurer les trajectoires de soins et services optimaux.

En conséquence, une structure locale doit être mise en place pour permettre une gestion intégrée et centralisée de l'accès. L'Agence de Montréal propose à la figure 2, un organigramme de gouvernance de l'accès au niveau local, afin de représenter ce principe de gestion transversale de l'accès aux services spécialisés et services diagnostiques.

**Fig. 2 Proposition d'organigramme de gouvernance locale de l'accès**



### 2.3. Le rôle du responsable local de l'accès

Afin d'assurer une gestion intégrée de l'accès, le responsable local de l'accès doit travailler en collaboration avec ses différents partenaires, soit les gestionnaires et les représentants des différents services/programme. Le responsable local de l'accès est une personne-clé dans l'organisation qui, en ayant un regard global sur l'accès pour l'ensemble des programmes et services, sera en mesure d'identifier les enjeux liés à l'accès et proposer des pistes de solutions. Un rôle stratégique et un rôle de support sont donc associés à cette fonction. En effet, le responsable de l'accès aura un rôle-conseil auprès de l'équipe de direction et un rôle de support et d'orientation pour les secteurs concernés dans l'application des stratégies et pistes de solution retenues. Afin de jouer pleinement son rôle, le responsable local de l'accès devra détenir un pouvoir décisionnel et être légitimé dans un rôle de décideur auprès de l'ensemble des différents services et programmes impliqués dans l'accès.

En bref, afin d'assurer ses responsabilités, le responsable local de l'accès devrait, entre autres :

- Mettre en place des mécanismes pour mesurer les délais d'accès dans les différents secteurs et définir des indicateurs de suivi. Ces indicateurs comprendront de façon non exclusive : les données concernant le temps d'attente par priorité clinique, les nouvelles demandes de services reçues et traitées par période, la production et le taux d'utilisation des ressources en place (plus de détails à la section 8);
- Informer périodiquement la Direction des services professionnels (DSP), la Direction générale (DG) et le conseil d'administration (C.A.) de l'état de situation de l'accès aux services et programmes de son organisation et tenir à jour un tableau de bord de l'accès et du suivi des indicateurs;
- Identifier les programmes ou services en difficulté et proposer des pistes de solution;
- Suggérer des mesures afin d'optimiser l'utilisation des ressources en place;
- Vérifier l'adéquation de l'offre de services avec la DS;
- Participer activement au comité de coordination régional de l'accès de l'Agence de Montréal.

### 3. CONSTATS ET ORIENTATIONS RÉGIONALES

L'analyse de la situation actuelle concernant l'accès aux services spécialisés et diagnostiques dans la région de Montréal nous permet de faire plusieurs constats (Annexe 1).

Entre autres :

- ▶ Le référent doit souvent rechercher le dispensateur de service répondant aux besoins de son patient et qui a la capacité de le prendre en charge selon sa priorité clinique;
- ▶ Le patient doit régulièrement faire les démarches lui-même pour trouver le dispensateur de service répondant à son besoin. Le patient n'a que peu ou pas d'informations quant à la réception et au traitement de sa demande;
- ▶ Il existe de nombreux types de formulaires de DS pour un même type de service;
- ▶ Les modalités de réception et de traitement des DS sont complexes et variées, souvent par ordre chronologique de réception;
- ▶ Les modalités de priorisation des DS par les dispensateurs ne sont pas harmonisées et souvent peu connues du référent;
- ▶ De nombreuses DS sont incomplètes, ne sont pas inscrites, sont refusées ou retournées au référent, ce qui augmente les délais d'attente;
- ▶ Le suivi du cheminement de la DS, tant pour le dispensateur de service que pour le référent, est difficile et souvent déficient;
- ▶ Les listes d'attente sont nombreuses et les doublons également. La gestion de ces listes est très variable et parfois inexistante;
- ▶ Les résultats de la consultation ne parviennent pas toujours au référent, ou encore le délai est trop long.

En conclusion, il est clair que les cibles régionales ne sont pas atteintes et que l'accès aux services spécialisés et services diagnostiques demeure un défi de taille.

Afin d'harmoniser l'offre de services sur l'ensemble de son territoire, l'Agence de Montréal recommande la mise en place d'un mécanisme d'APSS pour l'ensemble des services spécialisés et services diagnostiques.

### 3.1. Objectifs généraux

Les objectifs généraux de l'APSS sont :

- Soutenir le médecin référent dans son processus de référence;
- Établir un partenariat entre la première et la deuxième ligne médicale;
- Déterminer la trajectoire optimale de la DS vers les différents dispensateurs de services spécialisés et diagnostiques;
- Assurer un suivi du cheminement de la DS pour les médecins référents, facilitant ainsi la prise en charge et le suivi des patients;
- Assurer une évaluation diagnostique systématisée en fonction des meilleures pratiques;
- Améliorer l'accessibilité aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques et permettre l'accès à ces services en respectant le délai prescrit par la condition et la priorité clinique du patient;
- Adapter l'offre de services aux besoins populationnels;
- Mesurer les délais d'attente à compter du temps « 0 » (moment où le médecin référent fait sa demande);
- Éliminer les demandes hors délais
- Optimiser l'utilisation des ressources et des infrastructures en place;
- Éviter le recours à la salle d'urgence comme porte d'entrée aux services spécialisés.

### 3.2. Principes directeurs

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pour la clientèle ➡                | Le service spécialisé doit être offert le plus près possible du lieu de résidence, selon les ressources disponibles pour chaque condition clinique. Si le patient exprime une préférence, respecter son choix de dispensateur (centre hospitalier (CH) et/ou médecin spécialiste). Si ce choix n'est pas disponible pour répondre à la priorité clinique requise, offrir une alternative.                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pour le médecin référent ➡         | Le médecin référent demeure responsable du patient, minimalement durant l'épisode de soin pour lequel il réfère. Pour la clientèle sans médecin de famille, une référence au guichet d'accès de la clientèle sans médecin de famille (GACO) du territoire du patient est nécessaire. Respecter le choix du dispensateur (centre hospitalier et/ou médecin spécialiste) si le médecin exprime une préférence. Si ce choix n'est pas disponible pour répondre à la priorité clinique requise, offrir une alternative.                                                                                                                                                   |
| Pour le dispensateur de services ➡ | Le dispensateur respecte les délais établis pour l'accès et la transmission des résultats au médecin référent. Il s'assure de l'adéquation entre les besoins populationnels et les ressources disponibles. Sur un territoire de réseau local de services (RLS) donné, le centre hospitalier de première instance (CHPI) est responsable de l'accès aux services spécialisés que ces services soient disponibles sur place, ou que cela nécessite l'élaboration d'ententes pour convenir de corridors de services avec d'autres établissements. Il se doit de mettre en place des mécanismes d'accès aux services spécialisés, afin d'atteindre les objectifs définis. |
| Pour le CSSS ➡                     | Le CSSS s'assure de la présence de conditions favorables pour améliorer les liens entre la première ligne et les services spécialisés et diagnostiques. À ce titre, il doit, en collaboration avec la table locale du DRMG du CSSS, informer et mobiliser les médecins de la première ligne de son territoire face aux mécanismes d'accès mis en place, et ce, au bénéfice de la population.                                                                                                                                                                                                                                                                          |

### 3.3. Résultats attendus

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pour le patient →                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Accroître la prise en charge globale de son épisode de soins;</li><li>• Obtenir les services requis par sa condition clinique, tout en diminuant le recours à la salle d'urgence;</li><li>• Éliminer la nécessité de rechercher un dispensateur de service lui-même pour son épisode de soins.</li></ul>                                            |
| Pour le médecin de famille →               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gain de temps et d'efficacité;</li><li>• Réception des résultats et des informations cliniques pertinentes au suivi du patient;</li><li>• Augmentation de la capacité de prise en charge de patients, puisque mieux soutenue dans sa pratique;</li><li>• Éliminer la nécessité de rechercher un dispensateur de service pour son patient.</li></ul> |
| Pour le médecin spécialiste →              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gain de temps et d'efficacité, notamment en accueil clinique, par une investigation du patient préalable à la consultation selon la condition clinique du patient (par exemple : prérequis cliniques et algorithmes d'investigation convenus, etc.);</li><li>• Augmentation de l'offre de services et des disponibilités en spécialité.</li></ul>   |
| Pour le CSSS →                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Développer et optimiser un réseau intégré par une complémentarité et un meilleur arrimage des services de première et de deuxième ligne;</li><li>• Permettre une meilleure prise en charge des patients, dont ceux inscrits aux GACO, en supportant davantage les médecins de famille dans leur pratique.</li></ul>                                 |
| Pour le dispensateur de services (CHSGS) → | <ul style="list-style-type: none"><li>• Optimiser l'utilisation des plateaux techniques et l'accès aux services spécialisés;</li><li>• Rediriger les patients vers leur médecin traitant à la fin de l'épisode de soin en spécialité et orienter vers les GACO la clientèle sans médecin de famille.</li></ul>                                                                              |

## 4. ÉTAPES PRÉALABLES À L'IMPLANTATION DE L'APSS

Le but de l'APSS est de créer une modalité d'accès aux services spécialisés et aux services diagnostiques, accessibles aux référents d'un territoire donné, peu importe le lieu de pratique [centre local de services communautaires (CLSC) ou cabinet] principalement par l'implantation de **guichets d'accès** (section 6).

Pour atteindre ce but, un **travail clinique préalable** est essentiel. Celui-ci consiste, entre autres, à :

- **Harmoniser** de façon régionale les DS (formulaire de référence) pour chaque spécialité ou service ciblé;
- Déterminer les critères de **priorisation clinique** pour chacune des raisons de consultation les plus fréquentes selon une **échelle de priorisation régionale**;
- Identifier les prérequis cliniques, lorsque nécessaires (algorithmes d'investigations pour l'accueil clinique, examens requis avant la consultation en spécialité, etc.).

Ce travail implique un partenariat entre les médecins spécialistes et les médecins de famille, afin de s'assurer d'une compréhension commune et de l'adhésion de chacun.

Par ailleurs, l'APSS met également de l'avant l'utilisation d'une **échelle de priorisation régionale** pour permettre de :

- Partager une définition commune des priorités cliniques;
- Prioriser les DS selon la condition clinique du patient, peu importe son lieu de résidence ou le dispensateur de services;
- Faciliter la communication régionale et interrégionale entre les établissements et éventuellement, faciliter le transfert des DS selon les trajectoires établies;
- Faciliter le suivi des indicateurs reliés à la gestion intégrée de l'accès.

Au tableau 1, il est possible de constater que l'échelle retenue ne tient pas compte du type de service spécialisé ou diagnostique. En effet, il s'agit d'une échelle de priorisation tenant compte des délais de prise en charge requis par la condition du patient. Elle sera donc en mesure de s'adapter à tous les types de services. La priorité clinique représente une cible à atteindre pour donner le rendez-vous et non la capacité actuelle à répondre à la demande.

**Tableau 1** Échelle de priorisation clinique régionale

| INDICATEURS | ORIENTATION    |
|-------------|----------------|
| URGENT      | VERS L'URGENCE |
| A           | 0-3 JOURS      |
| B           | 3 À 10 JOURS   |
| C           | 10 À 28 JOURS  |
| D           | < 3 MOIS       |
| E           | > 3 MOIS       |

De plus, l'implantation de l'APSS nécessite une organisation régionale de services et une gestion locale des mécanismes d'accès (sections 5 et 6).

## 5. ORGANISATION RÉGIONALE DES SERVICES

Le fonctionnement fluide et harmonieux de l'APSS repose sur une organisation régionale des services qui assurera l'orientation de chaque DS vers le bon dispensateur de service. Le *bon dispensateur de service* étant défini par le dispensateur qui est l'instance appropriée (territoire de desserte, proximité du lieu de résidence, désignation, CH, etc.) pouvant offrir le service, avec les spécialités et les ressources appropriées, et ce, dans les délais requis par la condition clinique du patient. Cet objectif sera atteint grâce à la mise en place de guichets d'accès (GA) (section 6) et le soutien de SIGASS (section 7).

L'organisation régionale des services doit s'assurer d'une offre de services complète à chacun des territoires de RLS. Une vision régionale de l'offre de services et des besoins populationnels prend ici toute son importance, afin d'élaborer les corridors de services permettant l'utilisation optimale des ressources pour un territoire donné et une complémentarité entre les territoires.

De plus, chaque médecin référent, selon son RLS de pratique, devrait interagir avec un seul et unique GA pour l'ensemble des DS, peu importe la provenance de sa clientèle. L'Agence de Montréal recommande de désigner un GA comme porte d'entrée unique pour chaque territoire de RLS, afin que les médecins référents n'aient qu'un seul point de chute pour toutes leurs demandes de service, peu importe la spécialité ou le service. Il pourrait s'agir du GA du CHPI désigné du territoire de RLS ou encore d'un centre de répartition des demandes de service (CRDS), tel que décrit à la section 6.

L'annexe 2 présente la liste des CHPI pour chaque RLS telle que définie actuellement. La loi 10 pourrait modifier cette distribution. L'organisation des services devra en tenir compte. La mise en place d'un CRDS par centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) pourrait être une option à envisager.

À terme, lorsque l'APSS sera en fonction dans toute la région de Montréal, les divers GA/CRDS s'arrimeront afin d'orienter les demandes selon le RLS de résidence du patient, et ce, avec le soutien du SIGASS (section 7).

## 6. GESTION LOCALE DES MÉCANISMES D'ACCÈS

Le défi pour atteindre les objectifs de l'APSS est d'assurer **une gestion de l'offre** des services spécialisés qui permette **d'augmenter la capacité** de prise en charge de nouvelles DS (demandes de consultation) à même les **ressources existantes**.

Les services spécialisés doivent tout d'abord s'assurer de transférer ou retourner les patients vers la première ligne dès qu'ils ne nécessitent plus leur expertise, afin de conserver leur capacité de prise en charge de nouveaux patients. L'offre de services des GACO (guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille) permet de les appuyer dans cette démarche.

Parmi les modalités décrites dans la littérature ou testées lors de projets pilotes qui permettent d'améliorer l'accès, l'Agence de Montréal recommande de débiter par certaines de celles-ci :

- 1- Gestion des nouvelles demandes de service : mise en place de guichets d'accès et/ou centres de répartition des demandes de service;
- 2- Gestion continue des listes d'attente;
- 3- Gestion proactive des rendez-vous ("Advanced Access") aux services spécialisés.

### 6.1. La gestion des nouvelles demandes de services

#### 6.1.1. Le guichet d'accès

La pierre angulaire de l'APSS est l'implantation de GA. Le GA est le point de chute des nouvelles demandes de service, mais aussi le point de contact principal pour les médecins référents. Il assure la gestion de bout en bout du cheminement des demandes de service (DS) qui lui sont acheminées. Il a comme fonctions principales :

- La réception de la DS;
- La validation de la DS (conformité des informations, etc.);
- L'orientation de la DS tout en respectant des **critères généraux de répartition** :
  - Respect du choix du référent ou du patient. Si non disponible, offrir une alternative;
  - Respect du niveau de service requis;
  - Respect de la priorité clinique;
  - Proximité du lieu de résidence du patient;
- La confirmation de la prise en charge de la demande auprès du référent et du patient ainsi que l'attribution du rendez-vous (RDV);
- La coordination des différents RDV lorsque plusieurs services sont requis pour un même épisode de soins (exemple : examens de laboratoire, imagerie et service spécialisé);
- La confirmation du retour des résultats au médecin référent;
- La rétroaction au médecin référent à chacune des étapes du cheminement de la DS.

Le modèle optimal de gestion de l'accès nécessite la mise en place d'un guichet d'accès pour chaque dispensateur [CHSGS, centre hospitalier affilié (CHA), CHU, etc.]. La décision de mettre en place une structure centralisée réunissant l'ensemble des spécialités ou seulement certains secteurs dépendront de la taille et de la mission du CH, de son organisation de services, du type et du volume de DS à traiter.

Peu importe la taille du GA ou le nombre dans un établissement, les mêmes principes directeurs, modalités de fonctionnement et de mise en œuvre s'appliquent. De plus, la communication entre établissements concernant le transfert de DS (offre < demande, rupture de services, service non offert localement, etc.) se fera de guichet à guichet.

En résumé, le GA a comme fonction principale de traiter les nouvelles DS. Il n'est pas responsable des RDV de suivi ou de relance, des appels téléphoniques associés à la prise de RDV, ni de la grille horaire des médecins spécialistes. Par ailleurs, bien que la **gestion des nouvelles DS**, la **gestion des RDV** et la **gestion des appels** soient trois fonctions différentes, certains établissements pourraient décider de les intégrer dans une même structure, en identifiant le personnel dédié à chacune de ces fonctions. Le GA pourrait donc être intégré à la centrale des RDV et/ou à la centrale téléphonique.

Il existe déjà des guichets d'investigation (ex. : cancer du poumon, accueil clinique et des guichets désignés pour une spécialité ou un ensemble de services régionaux (ex. : guichet désigné en douleur chronique). L'offre de services de ces différents guichets devra être complémentaire, afin d'éviter les doublons de service. Les GA devront s'arrimer avec les guichets d'investigation et les guichets désignés.

En attendant la mise en place de GA dans tous les établissements et le déploiement de SIGASS, l'Agence de Montréal propose de créer des centres de répartition de demandes de service (CRDS), afin d'atteindre les cibles de gestion intégrée de l'accès durant cette période. Ces CRDS pourraient être temporaires. En effet, une fois les GA et SIGASS mis en place, la fonction de « répartition » entre les différents dispensateurs réalisée par les CRDS sera remplacée par SIGASS et la gestion de bout en bout des DS sera assurée par les différents GA.

Un CRDS répartit des DS entre plusieurs dispensateurs en établissement et en communauté, afin de trouver le bon dispensateur répondant au besoin du patient, selon la condition et la priorité clinique. Selon la portée du projet, son offre de services, les établissements impliqués ainsi que les territoires de provenance des références varient.

Comme le GA, le CRDS permet de créer un seul point de chute pour les médecins référents, d'orienter les demandes de service selon la capacité et la spécificité de chaque dispensateur et d'assurer une gestion de bout en bout du cheminement de la DS, incluant les notifications et la rétroaction au médecin référent. Il permet de plus l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles parmi tous les dispensateurs impliqués dans le projet.

Les deux CRDS présentement déployés dans la région de Montréal sont décrits aux sections 9.2 et 9.4 et leur modèle de fonctionnement se retrouvent en annexe 3 et 4.

### **6.1.2. Étapes de mise en œuvre d'un GA**

Voici les principales étapes de mise en œuvre d'un GA :

- ✓ Définir la portée du projet :
  - Objectifs à atteindre concernant l'amélioration de l'accès;
  - Services spécialisés et diagnostics intégrés dans l'offre de services du GA;

- Acteurs concernés (référénts desservis, dispensateurs de service incluant les spécialistes en communauté);
- Intégration des fonctions de centrale des RDV et gestion des appels?
- ✓ Préciser la gouvernance et la gestion du projet :
  - Créer un comité d'implantation : définir son mandat et sa composition;
  - Identifier le mandataire au besoin (pour un CRDS : l'établissement, pour un GA : le service);
  - Définir le plan de communication.
- ✓ Déterminer le modèle d'organisation des services et la trajectoire optimale :
  - Respecter le principe de la hiérarchisation des soins;
  - Identifier des corridors de services à mettre en place pour atteindre les objectifs;
  - Quantifier l'offre de services actuelle des dispensateurs, incluant les listes d'attente et le mode de fonctionnement actuel pour la gestion des DS;
  - Harmoniser les DS (formulaires de référence) incluant la priorité clinique pour chaque grand volume de raisons de consultation, grâce à un travail de collaboration 1<sup>re</sup>/2<sup>e</sup> ligne;
  - Identifier les critères de répartition des DS entre les différents dispensateurs.
- ✓ Confirmer le modèle de fonctionnement du GA :
  - Déterminer les modalités de rétroaction au référent et la gestion des DS;
  - Déterminer les modalités de gestion et de traitement des DS;
  - Déterminer les ressources humaines nécessaires à l'implantation et au fonctionnement du GA : Agentes administratives, soutien clinique (infirmières, spécialistes désignés), gestionnaires, etc.;
  - Identifier les besoins en TI pour soutenir les tâches du GA.
- ✓ Mettre en place un mécanisme d'amélioration continue :
  - Définir les indicateurs de suivi de l'implantation du projet et de performance du GA (section 8).

### 6.1.3. Organisation du GA

L'organisation du GA dépendra de la portée du projet. Il regroupera du personnel dont les tâches, rôles et responsabilités seront bien définis afin d'optimiser le processus.

#### Agentes administratives (AA) :

Les agentes administratives sont responsables de la réception, de la validation, de l'attribution du RDV et des rétroactions au référent. L'utilisation des DS harmonisées permet aux AA d'attribuer la majorité des RDV sans soutien du personnel clinique. L'AA demandera un soutien clinique lorsque, par exemple, la priorité clinique suggérée est modifiée par le référent ou en cas d'incapacité à attribuer un RDV dans le délai requis.

Les DS harmonisées comportent une section s'intitulant « *autre raison de consultation* ». Lorsque le référent utilise cette section, une validation par le personnel clinique du GA est nécessaire. Idéalement, 80 % des DS devraient être traitées uniquement par les AA.

Lorsque l'offre de services du GA inclut plusieurs services spécialisés, nous croyons que le regroupement en équipe d'AA « dédiée » à certaines spécialités (donc « spécialistes » de ces secteurs) serait une façon d'améliorer l'efficacité.

### **Soutien clinique :**

Bien que la plupart des tâches du GA soient administratives, il est essentiel de pouvoir compter sur un soutien clinique lorsque requis. Les AA obtiendront l'appui d'une infirmière (ou d'un technologue pour le secteur de l'imagerie) au besoin. Exceptionnellement, l'équipe communiquera avec un médecin spécialiste désigné pour préciser la conduite à tenir concernant une DS.

## **6.2. Gestion continue des listes d'attente**

L'implantation de l'APSS a comme objectif d'éliminer les listes d'attente c'est-à-dire, d'éliminer les cas hors délai. Le délai cible pour obtenir le service est établi selon la priorité clinique du patient. Cet objectif sera atteint si les mesures mises en place permettent d'ajuster l'offre à la demande, en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Les établissements ont actuellement de longues listes d'attente pour certains services spécialisés et services diagnostiques. Les gestionnaires et cliniciens impliqués constatent que plusieurs patients sur ces listes attendent à plus d'un endroit, n'ont plus besoin de ce service ou attendent pour le mauvais service. Par ailleurs, les données concernant ces listes sont souvent incomplètes ou erronées, limitant l'analyse et la prise de décision concernant les moyens à mettre en place, afin de résoudre le problème.

L'amélioration de l'accès dans un établissement débute obligatoirement par une validation des listes d'attentes. Idéalement, la validation et l'épuration des cas hors délais s'effectuent une seule fois. L'introduction d'une gestion locale de l'accès en continu et basée sur les données probantes devrait permettre de réagir rapidement, afin de prévenir l'accumulation de nouveaux cas hors délais et ainsi ajuster l'offre à la demande.

Tel que documenté dans la littérature (voir bibliographie), l'ajout de ressources dans le but d'améliorer l'accès et réduire le temps d'attente s'avère souvent inefficace. Tenter de résorber les cas hors délais sans modifier la façon de gérer les nouvelles DS de façon prospective est généralement tout aussi inefficace. L'Agence de Montréal recommande donc que la gestion des listes d'attente fasse partie intégrante du plan d'amélioration de l'accès des établissements, en complémentarité avec la mise en place des guichets d'accès.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches a produit un guide intitulé *Principes de base d'une gestion efficace de l'accès aux soins et services de santé* en aout 2014. Ce guide décrit, entre autres, les principales étapes d'une validation et épuration des cas hors délais, ainsi que les modalités de gestion de l'offre et de la demande. Nous suggérons au lecteur de s'y référer pour plus de détails (voir bibliographie).

## **6.3. Gestion proactive des rendez-vous (« Advanced Access ») aux services spécialisés**

La gestion proactive des rendez-vous (GPR) est un moyen qui permet d'améliorer l'utilisation des ressources en place, donc d'augmenter l'offre de services. Bien connue des services médicaux de première ligne au Québec, quoiqu'encore peu utilisée, son efficacité à améliorer l'accès vers les services spécialisés est largement démontrée dans la littérature.

Contrairement aux approches traditionnelles de gestion des rendez-vous qui laissent peu de place aux demandes imprévues ou urgentes de la clientèle, la GPR contribue, entre autres, à éviter le recours inapproprié aux urgences.

## La gestion proactive des rendez-vous : origine et concept

Au tournant des années 2000, de nouvelles modalités de gestion de l'accès commencent à apparaître aux États-Unis et en Europe (Murray et Berwick, 2003). Parmi celles-ci, la gestion proactive des rendez-vous (GPR) connaît un essor et un succès rapide. La GPR est un processus dynamique de gestion des rendez-vous inspiré de la philosophie du Lean. La priorité est d'effectuer le travail requis en temps opportun en optimisant les processus et en éliminant les tâches sans valeur ajoutée.

Les principes qui sous-tendent l'implantation du modèle de gestion des rendez-vous sont simples :

- Réduire au maximum l'intervalle de temps entre la demande et la réponse;
- Réduire ou moduler la demande de la clientèle;
- Augmenter ou ajuster l'offre de services en conséquence;
- Trier les demandes de rendez-vous par priorité clinique en 2<sup>e</sup> ligne;
- Mesurer régulièrement la demande de soins et la capacité de la clinique à y répondre.

La GPR s'appuie sur un changement majeur de paradigme. Il s'agit de laisser la demande de la clientèle moduler l'offre de services. Plutôt que de pousser le travail dans le futur (*pushing work into the future*) en offrant par exemple des rendez-vous de suivi longtems à l'avance, il s'agit de tirer ou d'accueillir la demande au quotidien (*pulling work into the present*) (Murray et Berwick, 2003). Pour ce faire, un certain pourcentage des plages horaires doit être laissé libre tous les jours, afin de répondre aux demandes urgentes ou semi-urgentes. Pour les services spécialisés, l'objectif à atteindre sera de planifier et d'accomplir le travail de la semaine (*do this week's work this week*) ou des deux semaines à venir, alors qu'en première ligne, la planification se fait sur une base quotidienne.

## L'utilisation de la gestion proactive des rendez-vous en 2<sup>e</sup> ligne

L'enjeu pour les services spécialisés est double. Il s'agit de répondre au besoin de prise en charge des nouvelles demandes de services provenant des référents en plus d'assurer le suivi des patients. De l'avis de certains auteurs, les longs délais d'attente pour obtenir une consultation sont le reflet d'une gestion du nonaccès plutôt que de l'accès. Connaissant les délais d'attente, les médecins de famille choisiront de diriger les patients parfois trop tôt ou trop tard en 2<sup>e</sup> ligne, engendrant une utilisation non optimale des services spécialisés et des résultats cliniques décevants pour les patients. Un triage selon la priorité clinique n'est pas systématiquement fait et toutes les demandes semblent présenter la même urgence. Le système devient rapidement engorgé et la pertinence des références devient alors un enjeu majeur pour les médecins spécialistes.

La démarche actuelle de mise en place d'un guichet d'accès aux services spécialisés vise à résoudre ces difficultés. En centralisant les mécanismes de référence, en harmonisant les procédures d'évaluation du niveau de priorité clinique et en assurant que l'ensemble des tests diagnostiques soit fait au préalable à la consultation, on optimise l'utilisation et la performance de la 2<sup>e</sup> ligne. De plus, lorsque les médecins constatent que leurs demandes seront répondues dans des délais cliniquement acceptables, leurs références deviennent plus pertinentes, moins nombreuses et ils sont plus à même d'effectuer le suivi des cas moins urgents lorsque des protocoles cliniques sont rendus disponibles et qu'un soutien plus efficace leur est offert par la 2<sup>e</sup> ligne (Newman et coll., 2004).

La gestion proactive des rendez-vous en 2<sup>e</sup> ligne devrait permettre aux cliniques de respecter les délais associés aux différents niveaux de priorité clinique des demandes. Cette application à la 2<sup>e</sup> ligne nécessite très peu d'adaptation du modèle de GPR utilisé en première ligne. Ce sont les mêmes exigences en termes de l'analyse des bris d'accès et de leurs causes, de la gestion des rendez-vous, du suivi des patients et des résultats et du partage des tâches cliniques et administratives. Seuls les délais d'accès pourront différer en fonction du niveau de priorité de la demande.

## Étapes d'implantation de la GPR

L'implantation d'un système proactif de gestion des rendez-vous se fait en 6 étapes, il s'agit de :

1. Mesurer la demande et la capacité de la clinique à y répondre;
2. Réduire et adapter la demande pour des rendez-vous;
3. Ajuster la capacité de la clinique en fonction de la demande;
4. Réduire les types de rendez-vous;
5. Éliminer les listes d'attente et les demandes hors délais;
6. Planifier les effectifs cliniques en fonction des hausses prévisibles et fortuites de l'achalandage.

La phase préparatoire, les six étapes d'implantation ainsi que le suivi des indicateurs sont expliqués à l'annexe 5.

## Résultat attendu de l'implantation de la GPR

Une analyse de la littérature permet de conclure que dans la majorité des cas, on observera une amélioration rapide de l'accès avec l'atteinte d'un plateau par la suite. Certaines cliniques ont vu leur temps d'attente diminuer de plus de 90 %, d'autres rapportent des résultats plus modestes (50 %), mais toutes constatent une amélioration significative des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. La GPR est donc un moyen intéressant pour améliorer l'accès aux services spécialisés.

## 7. SYSTÈME INFORMATIQUE DE GESTION DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS (SIGASS)

Pour soutenir adéquatement les projets d'APSS, l'acquisition d'un outil informatique de gestion de l'accès est devenue nécessaire. L'outil recherché devait être paramétrable et configurable pour pouvoir s'adapter aux besoins des différents projets d'accès et leurs processus cliniques. Au-delà des projets d'APSS, cet outil devait aussi être en mesure de supporter l'accès à des programmes service comme l'hébergement ou les services de réadaptation.

L'Agence de Montréal a officiellement acquis SIGASS en décembre 2013. Les travaux avec le fournisseur de service et le Technocentre de Montréal sont en cours afin de procéder au déploiement de la solution informatique.

Le Système informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés (SIGASS) permet :

- La mise en place d'un modèle d'organisation de l'accès aux consultations spécialisées, aux services diagnostiques et aux programmes-services et d'en supporter les processus et la gestion;
- La gestion de plusieurs types de demandes de service de consultations spécialisées, de services diagnostiques et de programmes-services (hébergement, réadaptation, etc.);
- De gérer les délais d'attente de ces demandes de services selon la priorité clinique, ainsi que le retour du résultat au référent;
- La gestion informatisée des flux d'information des processus inhérents aux demandes de services (« *workflow* »);
- D'obtenir des données sur la demande, l'offre, les volumes et les corridors de services utilisés, permettant la gestion et la coordination des ressources régionales.

En se référant à l'annexe 1, on constate que le déploiement de SIGASS contribue de façon significative à la réduction de plusieurs écarts entre la situation actuelle et la situation désirée, en accès aux services spécialisés et services diagnostiques.

Cet outil informatique permet l'utilisation optimale des corridors et trajectoires qui ont été cliniquement déterminés par établissement, spécialité, etc., en respect des mandats et missions de chacun. SIGASS est un support aux référents (référence électronique, informations cliniques lors du processus de référence, etc.) et offrira une vision de l'offre de services disponible sur leur territoire de pratique (catalogue de service). Des notifications au référent, à chaque étape du cheminement des demandes de service (DS reçue, DS validée, RDV attribué, RDV réalisé, retour des résultats au référent) sont également prévues.

Le travail quotidien des GA sera aussi soutenu. Un module de gestion des DS permettra entre autres de traiter les demandes selon la priorité clinique, d'attribuer des RDV et de suivre le cheminement de la DS incluant les différents délais.

SIGASS représente un outil pour obtenir de l'information régionale (données) sur les besoins (demandes) et permettre de supporter les dispensateurs de services (offre). En facilitant la gestion locale et régionale de l'accès, SIGASS permettra d'optimiser l'utilisation des ressources existantes et d'améliorer l'accès aux services spécialisés, diagnostiques et programmes-services.

L'Agence de Montréal travaille conjointement avec les partenaires de chacun des projets d'accès, afin de réaliser les travaux cliniques préalables permettant de déployer SIGASS, tel que décrit précédemment dans la section 4. En effet, bien que SIGASS soit un changement dans les façons de faire, il n'affecte que les modalités de référence et de gestion, mais nullement les pratiques cliniques.

Le déploiement de SIGASS est incrémental. La première phase inclut les mécanismes d'accès pédiatriques (APSS pédiatrique), l'accès aux ressources résidentielles en santé mentale et l'accueil clinique AC. Les phases subséquentes seront définies selon l'évolution des projets d'accès régionaux dans les prochaines années. L'annexe 6 présente les étapes de configuration prévues.

## 8. INDICATEURS

Pour l'ensemble des mécanismes d'accès, des indicateurs généraux sont mesurés et un suivi systématique est nécessaire. D'une part, des **indicateurs de suivi** permettront de quantifier l'adhésion des partenaires au projet en cours d'implantation et d'analyser l'offre et la demande afin d'atteindre l'équilibre recherché. D'autre part, des **indicateurs de performance** du GA permettront d'évaluer la conformité aux procédures établies et le respect des cibles pour le traitement et le cheminement de la DS.

### 8.1. Indicateurs de suivi

Les indicateurs de suivis généraux des projets d'APSS sont :

- ✓ Volumétrie par période
  1. Nombre de demandes de services (DS) reçues pour un service donné;
  2. Nombre de DS admissibles et inscrites;
  3. Nombre de DS non admissibles et redirigées (autre service, autre établissement, etc.);
  4. Nombre de DS réalisées;
  5. Nombre de DS hors délais et la raison expliquant le dépassement du délai ciblé;

6. Provenance des DS : par milieu de référence, par médecin, selon le territoire du patient;
7. Répartition des DS entre chaque dispensateur.

Le suivi de ces indicateurs permet de connaître l'évolution de l'implantation d'un projet et de mettre en évidence certaines actions à privilégier, afin de supporter cette implantation. Par exemple, si le nombre de médecins référents qui utilise le service sur un territoire est peu élevé, il faudra réévaluer le plan de communication, visiter les milieux de première ligne, s'assurer que le projet répond aux besoins, etc.

Une fois le projet implanté, l'analyse des données disponibles permettront d'identifier les actions à mettre en place, afin d'atteindre l'équilibre recherché entre l'offre et la demande. L'analyse des raisons justifiant les hors délais est particulièrement importante (difficulté à joindre le patient, manque de disponibilité de plages dédiées au projet chez les dispensateurs, etc.).

## 8.2. Indicateur de performance du guichet d'accès

Les indicateurs de performance identifiés sont :

✓ Mesure des délais

1. Entre la réception de la DS au GA et la validation de la conformité (cible :  $\leq 24$  heures);
2. Entre la réception de la DS et la confirmation de sa prise en charge au référent et au patient (cible :  $\leq 72$  heures);
3. Entre la réception de la DS et l'attribution d'un rendez-vous (cible déterminée selon la priorité clinique). *Cette étape peut être concomitante avec la confirmation de prise en charge de la DS;*
4. Entre la réception de la DS et la réalisation du RDV (cible déterminée selon la priorité clinique);
5. Entre la réalisation du RDV et la rétroaction au médecin référent (cible :  $\leq 7$  jours ou selon le délai clinique établi).

Le suivi des indicateurs de performance permet de s'assurer du respect des délais entourant le cheminement de la DS et la prestation de service. Ainsi, il devient plus facile d'identifier les problèmes causant les hors délais et de trouver des pistes de solution adaptée aux besoins.

## 9. MISE EN ŒUVRE DES PROJETS RÉGIONAUX D'APSS

L'implantation de l'APSS est incrémentale. La portée globale étant considérable, seules les premières phases d'implantation sont actuellement définies. Les priorités de déploiement ont été déterminées en considérant la capacité du réseau montréalais à se transformer, l'avancement des travaux cliniques et certaines opportunités [notamment les projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du CUSM].

Les différents projets d'APSS présentement déployés sur le territoire montréalais sont présentés dans cette section. Il s'agit des mécanismes d'accès pédiatriques, du centre de répartition des demandes de services de l'ouest, de l'accueil clinique et du centre de répartition des demandes de service en échographie de l'est. Plusieurs outils associés à ces projets sont présentés en annexe. Bien qu'ayant été développé pour un projet spécifique, l'ensemble des outils peut être adapté et utilisé pour la mise en œuvre de tout projet d'APSS.

Les formulaires de demandes de services et la documentation associée à chacun des projets sont disponibles pour tous les référents via les sites internet des CSSS sous l'onglet « zone partenaires/zone médecin ».

## **9.1. Mécanismes d'accès pédiatriques (MAP)**

### **9.1.1. Le contexte**

Outre les constats généraux (Annexe 1) concernant les difficultés d'accès aux services spécialisés et diagnostiques dont il a déjà été question plus avant, l'Agence de Montréal a considéré certains constats spécifiques à la clientèle pédiatrique. Inspiré entre autres des rapports de la Direction de la santé publique de Montréal, secteur Tout-petits-jeunes (2011 et 2012), sur l'utilisation des services médicaux chez les enfants montréalais de moins de 5 ans et chez les jeunes de 5 à 19 ans (voir bibliographie), voici les principaux constats concernant la clientèle pédiatrique :

- Nombre important d'enfants inscrits aux GACO (guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille) en attente de référence à un md de famille;
- Prise en charge insuffisante de la clientèle pédiatrique;
- Recours fréquents à la salle d'urgence pour des conditions non urgentes;
- Transfert des activités de suivi pédiatrique des pédiatres vers les médecins de famille, ce qui entraîne une augmentation de la demande en première ligne (demande > offre);
- Manque de soutien à la première ligne;
- Besoin de redéfinir les trajectoires de soins et d'harmoniser les processus de référence.

### **9.1.2. Les objectifs principaux**

À la suite de ces constats, l'Agence de Montréal a déterminé que le premier projet d'APSS serait dédié à la pédiatrie. Un comité de travail a été mis en place dès 2011 en partenariat avec les différents dispensateurs de services spécialisés en pédiatrie de Montréal. Un sondage auprès de 30 milieux de première ligne différents [CLSC, groupe de médecine de famille (GMF), clinique-réseau (CR), solo, etc.] a également été mené. Ces travaux ont permis de mieux définir les objectifs principaux de l'APSS pédiatrique :

- Soutenir la première ligne, afin d'augmenter la capacité de prise en charge des enfants dans la région;
- Offrir un support à la référence;
- Établir les trajectoires de consultation;
- Harmoniser le processus de références : guichet d'accès, formulaire de demande de service harmonisé par spécialité pédiatrique, échelle de priorisation clinique régionale;
- Définir les priorités cliniques associées aux principales raisons de consultation et adaptées à l'âge du patient;
- Offrir différentes modalités de support au référent, au-delà du processus de référence lui-même

### **9.1.3. Description du projet et organisation régionale**

Les MAP ont été mis en place pour favoriser l'accès aux spécialités pédiatriques (incluant la pédiatrie générale) pour les médecins de famille et éventuellement pour les pédiatres de la communauté. Les spécialistes des trois CH dispensateurs de soins spécialisés pour enfants de la région ont participé aux travaux et à la mise en œuvre du projet : le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, l'Hôpital de Montréal pour enfants du centre universitaire de santé McGill et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Chacun de ces dispensateurs (3) a développé un GA MAP (fonctions décrites à la section 6.1.1) pour son territoire de desserte.

Les MAP représentent une offre alternative de référence. Les référents peuvent conserver leurs corridors de services actuels. Cependant, en utilisant les guichets MAP, le référent est informé et guidé au niveau de son processus de référence. Il s'assure d'obtenir une rétroaction à chacune des étapes du cheminement de la DS de son patient. Le patient référé à l'un ou l'autre des guichets MAP est dirigé vers un dispensateur de services en CH ou dans la communauté, selon la priorité clinique liée à sa situation de santé et les disponibilités des spécialistes sur le territoire.

Outre le processus de référence comme tel, les MAP prévoient également d'autres modalités de support pour le référent, dont :

- La notion de **pédiatre dédié** (pédiatre disponible pour soutenir le médecin de famille). Différents modèles sont actuellement existants : support téléphonique des pédiatres des CH, pédiatres travaillant dans un milieu de première ligne, etc.;
- **Guides de pratique** disponibles sur les sites Internet des dispensateurs et qui seront inclus en support à la référence via le formulaire de DS électronique (SIGASS);
- **Formation continue** offerte sous différentes formes par les dispensateurs de service;
- **Outil informatique régional** (SIGASS) qui permettra de donner de l'information et du support au référent, en temps réel, lors de la complétion du formulaire de DS, telle :
  - Proposition de diagnostics différentiels;
  - Suggestion d'algorithmes d'investigation;
  - Prérequis cliniques à la consultation;
  - Guide de pratique, etc.

Les MAP ont d'ailleurs été identifiés comme la première phase de déploiement de l'outil SIGASS détaillé à la section 7.

L'Agence de Montréal a mis en place un comité directeur et un comité d'implantation impliquant la participation des directeurs de services professionnels et des médecins responsables des liens avec le réseau des trois dispensateurs concernés, afin d'actualiser le projet. De plus, les établissements ont chacun désigné un chargé de projet, afin d'apporter entre autres du support à l'organisation de services, à la mise en œuvre, aux liens avec les CSSS, et un soutien à l'infirmière clinicienne dans les phases d'implantation et de déploiement. L'infirmière clinicienne quant à elle, est responsable du processus d'harmonisation des DS, du soutien clinique du GA et des liens avec les référents (par exemple, prise en charge de prérequis cliniques à la consultation en spécialité). Tous ces acteurs ont participé activement à l'élaboration et la mise en œuvre du projet.

Le défi principal résidait dans l'harmonisation régionale des formulaires de DS par spécialité. Chaque dispensateur de service a assuré un leadership dans une spécialité donnée. Comme leader, il devait consulter les collègues des autres dispensateurs spécialisés et également assurer une consultation auprès de partenaires de la première ligne. Ces comités cliniques interétablissements ont travaillé en étroite collaboration. Les annexes 7 et 8 démontrent le cycle de déploiement de haut niveau et le cycle d'harmonisation et de priorisation mis de l'avant dans le projet des MAP.

Le tableau 2 présente le déploiement de l'offre de services des MAP par spécialité, en date de janvier 2015, pour tout le territoire. Les spécialités des phases 2 et 3 ont été acceptées par le comité directeur à la suite des recommandations du groupe de travail. Par contre, l'échéancier de déploiement devra être précisé dans le contexte du PL 10 qui modifie la gouvernance régionale de l'accès.

**Tableau 2** Spécialités planifiées dans le projet MAP

| Phase de déploiement | Spécialités ciblées                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pédiatrie générale – disponible</li><li>• Endocrinologie – disponible</li><li>• Médecine respiratoire – disponible</li><li>• Gastroentérologie – d’ici 31 mars 2015</li><li>• Allergologie – d’ici 31 mars 2015</li></ul> |
| 2                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cardiologie</li><li>• ORL</li><li>• Dermatologie</li></ul>                                                                                                                                                                |
| 3                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ophtalmologie</li><li>• Orthopédie</li><li>• Neurologie</li><li>• Troubles du spectre de l’autisme en collaboration avec les autres secteurs tels DI-TED /santé mentale</li></ul>                                         |

### Outils supportant la mise en œuvre

De nombreux outils ont été développés dans le cadre de ce projet. Le formulaire de DS harmonisé en pédiatrie générale se retrouve en annexe 9, à titre d’exemple.

## 9.2. Projet APSS-CUSM/CRDS-Ouest (projet d’APSS accéléré dans le cadre du plan de modernisation du CUSM/ centre de répartition des demandes de service pour l’ouest de Montréal)

### 9.2.1. Le contexte

Le plan de modernisation du CUSM présente, entre autres impacts, une diminution importante du volume de consultations externes spécialisées qui ne pourront plus s’actualiser, une fois le CUSM déménagé. Plusieurs spécialités sont concernées. Le MSSS en a priorisé 7 et l’Agence de Montréal en a ciblé une huitième. Les spécialités retenues et adoptées par le comité directeur sont : la cardiologie, l’ophtalmologie, l’orthopédie, la gastroentérologie, la pneumologie, l’otorhinolaryngologie (ORL), l’urologie et la néphrologie.

Le plan de modernisation prenant effet en avril 2015, une stratégie prospective a été retenue et la mise en œuvre d’un APSS accéléré a été proposée par l’Agence de Montréal aux différentes instances ministérielles et aux partenaires de l’ouest montréalais. Un CRDS (section 6.1.1) pour l’ensemble de l’ouest de Montréal a été élaboré et mis en place; une solution tout indiquée, permettant d’offrir une solution alternative de référence aux médecins de famille pratiquant sur les territoires de l’ouest montréalais.

La mise sur pied du CRDS-Ouest a été initiée par l’Agence de Montréal, en étroite collaboration avec le mandataire désigné, le CSSS du Sud-Ouest—Verdun (SOV) et les partenaires de l’ouest de Montréal : CSSS Cavendish (CAV), CSSS Ouest-de-l’Île (ODI), CSSS Dorval-Lachine-Lasalle (DLL), CSSS de la Montagne (DLM), Centre hospitalier de St. Mary (CHSM), Hôpital général Juif Sir Mortimer B.Davis (HGJ), CUSM.

### **9.2.2. Les objectifs principaux**

Les médecins référents pratiquant sur ces territoires pourront continuer à utiliser leurs corridors habituels de référence. Toutefois, le CRDS-Ouest présente plusieurs avantages tant du point de vue du médecin référent, du spécialiste que du patient.

Les objectifs du GA exposés en section 6.1.1 résument également les objectifs généraux du CRDS-Ouest.

### **9.2.3. Description du projet et organisation régionale**

Un plan d'action spécifique a été élaboré et adopté par le comité de direction de l'Agence de Montréal et le comité directeur du projet. L'élaboration et l'implantation du CRDS-Ouest ont exigé une collaboration étroite avec l'ensemble des partenaires de l'ouest pour actualiser ce plan d'action. L'offre de services inclut les spécialistes pratiquant dans la communauté (clinique privée, bureau, etc.) sur les territoires ciblés par le projet.

Le CRDS-Ouest est en somme le GA sous régional pour l'ouest de Montréal en spécialité ambulatoire adulte. En utilisant les services du CRDS-Ouest, le médecin référent s'assure entre autres d'obtenir une rétroaction à chacune des étapes charnières du cheminement de la demande de service de son patient (voir annexe 3 : schéma du modèle de fonctionnement du CRDS-Ouest).

Le CRDS-Ouest a comme tâches principales de :

- Recevoir les nouvelles demandes de service(DS) provenant des médecins de famille ayant leur lieu de pratique dans l'ouest de Montréal;
- Valider la DS;
- Orienter la DS vers l'un des dispensateurs de service de l'ouest de Montréal en CH ou en communauté, selon la priorité clinique et la disponibilité des ressources, en respect des critères de répartition convenus (section 6.1.1);
- Confirmer la prise en charge de la demande ( $\leq 72$  heures suivant la réception) et l'attribution du rendez-vous, au médecin référent et au patient;
- Au besoin, une infirmière est disponible pour répondre aux questions des référents et des dispensateurs. Elle assure la gestion des DS qui ne peuvent être traitées directement par les agentes administratives le cas échéant.

Pour illustrer davantage les tâches du CRDS-Ouest, un logigramme des modalités de gestion et traitement de la DS par son personnel est disponible en annexe 10. De façon plus globale, l'actualisation de ces tâches et ces critères de répartition sont illustrés dans la trajectoire optimale de la DS qui se retrouve en annexe 11. Le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs y sont également représentés : patient, médecin référent, CRDS et dispensateur de service.

La mise en place du CRDS-Ouest permet ainsi d'assurer un meilleur accès aux services à la population en s'assurant :

- 1) d'une équité entre les fournisseurs de services;
- 2) d'une utilisation optimale du plein potentiel des compétences et des ressources de chacun en s'appuyant sur le concept de hiérarchisation des soins.

La mise en œuvre du projet montréalais a nécessité la mise en place de plusieurs comités impliquant des acteurs (DSP, chargés de projet, responsables locaux de l'accès, spécialistes, etc.) de tous les établissements impliqués, incluant le DRMG et l'Agence de Montréal.

- Un **comité directeur** pour assurer la gouvernance, l’implantation et la cohérence régionale du projet;
- Un **comité de coordination** prenant en charge tous les aspects opérationnels du plan d’action et conseillé du comité directeur;
- Des **sous-comités cliniques** assurant les travaux nécessaires pour l’harmonisation des formulaires de DS par spécialité.

Les sous-comités cliniques réunissent des médecins d’une même spécialité provenant des divers établissements de l’ouest de Montréal et inclus des représentants de la première ligne. Ces comités ont comme mandat principal de :

- Élaborer un formulaire de demande de service harmonisé pour cette spécialité, incluant les priorités cliniques selon l’échelle régionale;
- Valider et réviser ce formulaire de demande de service selon un calendrier de révision déterminé.

En date de février 2015, l’harmonisation de cinq spécialités a pu être complétée : la cardiologie, l’ophtalmologie, l’orthopédie, la pneumologie et la gastroentérologie. Le CRDS-Ouest a déjà déployé la cardiologie, l’ophtalmologie et l’orthopédie.

### **Outils supportant la mise en œuvre**

Pour assurer une gestion optimale des demandes de service (DS) reçues au CRDS-Ouest, le mandataire s’est doté d’une solution informatique, considérant que le déploiement de SIGASS (section 7) ne concerne pas le CRDS-Ouest dans sa phase 1. La solution retenue par CSSS SOV permet au référent de remplir et transmettre sa demande de service de façon électronique ou par télécopie. Elle représente également un outil de gestion pour les agentes administratives du CRDS-Ouest qui ont à recevoir et gérer les DS. La gestion du CRDS-Ouest en est également facilitée par la possibilité de produire des tableaux de bord multiples (provenance des DS, médecins référents, raisons de consultation demandées, etc.), ainsi que faire le suivi des indicateurs.

De nombreux outils ont été développés dans le cadre du projet APSS-CUSM/CRDS-Ouest. À titre d’exemple l’annexe 12 permet de prendre connaissance du formulaire de demande de service harmonisé en cardiologie.

## **9.3. Accueil clinique (AC)**

### **9.3.1. Le contexte**

Dès 2011, l’Agence de Montréal désirait mettre en place de meilleures pratiques permettant d’améliorer l’accès aux services spécialisés et diagnostiques pour la clientèle des médecins de famille. Le déploiement régional des services d’AC représente une première étape dans l’implantation de l’APSS puisqu’il s’agit de la prise en charge des conditions cliniques de priorité A (prise en charge < 72 h). Inspirée des travaux d’autres régions du Québec, l’Agence de Montréal, en collaboration avec le CSSS d’Ahuntsic et Montréal-Nord (AMN), a mis en place un projet pilote pour implanter le premier service d’AC montréalais; pilote qui a par la suite servi de modèle régional pour déployer ce type de service sur l’ensemble du territoire.

Notons qu’en 2013, le MSSS dans son plan d’action pour améliorer l’accès aux plateaux techniques et aux services spécialisés a également ciblé le déploiement de service d’AC comme une priorité provinciale.

### 9.3.2. Définition et objectifs principaux

L'accueil clinique est une organisation de soins et services qui reçoit, sur référence de médecins de famille de son territoire, une clientèle ambulatoire présentant des conditions cliniques de nature subaigüe ou semi-urgente. Pour certaines conditions cliniques déterminées, le patient sera pris en charge par l'infirmière clinicienne, dans les délais prescrits et selon des protocoles d'investigation établis. Le médecin référent demeure responsable de l'épisode de soin et recevra les informations cliniques pertinentes au suivi du patient. Ce service permet donc d'offrir une porte d'entrée autre que la salle d'urgence pour la clientèle ambulatoire adulte.

Principalement, l'AC vise à :

- Améliorer l'accessibilité aux services spécialisés;
- Soutenir les médecins référents dans le suivi des patients;
- Respecter les délais selon la priorité clinique;
- Optimiser l'utilisation des infrastructures;
- Éviter le recours à l'urgence.

L'annexe 13 présente les interactions entre les différents acteurs selon leurs activités et responsabilités propres, résume le cheminement d'une demande de service et les corridors de communication dans un contexte d'AC.

### 9.3.3. Description du projet et organisation régionale

La région de Montréal a développé les services d'accueil clinique en trois phases :

Phase 1 : Projet pilote régional avec le RLS AMN, débuté en 2011;

Phase 2 : Implantation dans l'est de Montréal, débutée en 2013 : RLS AMN, RLS Cœur-de-l'Île (CDI), RLS Pointe-de-l'Île (PDI), RLS Saint-Léonard et Saint-Michel (SLSM) et RLS Lucille-Teasdale (LT);

Phase 3 : Implantation pour les autres territoires, débutée en 2014 : RLS ODI, RLS SOV, RLS DLL, RLS Jeanne-Mance (JM), RLS Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent (BCSL), RLS CAV et RLS DLM.

C'est le CHPI désigné pour chaque RLS qui a le mandat de développer le service d'AC pour son (ses) territoire(s). L'annexe 3 présente la liste des CHPI désignés tels que définis actuellement. La loi 10 pourrait modifier cette distribution. De plus, le CHPI pour les territoires de DLM et de CAV devra être identifié afin de compléter le déploiement régional des services d'AC.

Le CSSS AMN comme pilote régional a partagé l'ensemble de ses travaux (algorithmes d'investigation, ordonnances individuelles standardisées, documentations pour les patients, outils cliniques, etc.) avec les partenaires de la phase 2, facilitant ainsi le déploiement pour l'est de Montréal. Par la suite, tous les dispensateurs ayant implanté l'AC ont partagé leurs travaux avec l'ensemble de la communauté régionale d'AC, supportant ainsi un développement régional cohérent et efficient.

Dans le but d'assurer une offre de services régionale harmonisée, l'Agence de Montréal a mis de l'avant le développement d'un **tronc commun régional de huit conditions cliniques** qui reflètent l'arrimage entre les ressources disponibles chez les dispensateurs de services, les besoins exprimés par la première ligne et les orientations ministérielles. Les conditions cliniques retenues sont :

- Thrombophlébite profonde (TPP);
- Accident ischémique transitoire (AIT) sans syncope;

- Saignement du premier trimestre;
- Fibrillation auriculaire (FA) asymptomatique de plus de 48 heures;
- Masse ou le nodule pulmonaire suspecté et/ou hémoptysie;
- Anémie ferriprive;
- Angine atypique;
- Rectorragie significative.

Chacun des dispensateurs de services en lien avec la première ligne de son territoire peut développer davantage son offre de services et offrir d'autres conditions cliniques.

La mise en œuvre des services d'AC a été possible grâce à l'implication des comités directeurs et comités d'implantation, et ce, à chacune des phases de déploiement. Comme pour les autres projets d'APSS, l'Agence de Montréal a apporté support et coordination tout au long des travaux.

Un des acteurs clés de l'implantation est l'infirmière clinicienne de l'AC. Celle-ci est responsable entre autres de :

- L'élaboration et les révisions des algorithmes d'investigation par condition clinique, des ordonnances individuelles standardisées (OIS) et de la documentation pour les patients, en collaboration étroite avec les médecins vigie et le médecin coordonnateur du projet local;
- Faire les liens entre les différents services impliqués dans les algorithmes, tels l'imagerie médicale, les laboratoires, etc.;
- Participer aux activités de promotion et à la diffusion de l'information auprès des médecins de première ligne du territoire;
- La prise en charge de la DS, l'application des algorithmes d'investigation cliniques et la rétroaction au référent selon les délais prescrits.

## **9.4 Centre de répartition des demandes de services (CRDS) en échographie pour l'est de Montréal**

### **9.3.4. Le contexte**

Considérant les difficultés d'accès à l'échographie au niveau provincial, ce dossier a été priorisé par le MSSS à l'été 2013. Des travaux conjoints MSSS – Agence de Montréal ont débuté dès l'automne 2013, afin d'améliorer l'accès à l'échographie pour la région, en débutant par l'est de Montréal. Ces travaux se sont déroulés en deux phases :

Phase 1 : Validation des listes d'attente en échographie à l'HMR et élimination des cas hors délais grâce à l'élaboration de corridors de service avec des CH partenaires (2<sup>e</sup> offre — gestion rétrospective);

Phase 2 : Gestion prospective des demandes de service en échographie provenant de la première ligne du territoire concerné.

Cette 2<sup>e</sup> phase a mené à la mise en place d'un CRDS, afin d'être en mesure d'orienter les DS vers le dispensateur disponible et répondant aux délais cliniquement requis par la condition du patient.

Les territoires de première ligne desservis par ce CRDS sont les RLS de Lucille-Teasdale, de Saint-Léonard St-Michel et de Pointe- de- l'Île. Les dispensateurs participant à l'offre de services du CRDS quant à eux sont l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), l'Hôpital Santa Cabrini (HSC), CSSS PDI (point de service en échographie au CLSC de Pointe-aux-Trembles) et CSSS CDI. Le mandataire désigné pour mettre en place le CRDS-Écho Est et s'assurer de sa gestion est l'HMR.

### **9.3.5. Les objectifs principaux**

Les médecins référents pratiquant sur ces territoires pourront continuer à utiliser leurs corridors habituels de référence s'ils le souhaitent. Le CRDS-Écho Est représente une offre alternative de référence pour ces médecins de famille. Il permet l'utilisation optimale des ressources en échographie parmi les participants à l'offre de services et ainsi améliore l'accès, tant pour les médecins de famille que les patients. Le médecin référent s'assure entre autres d'obtenir une rétroaction à la suite de sa DS. Le patient quant à lui n'a plus à chercher un endroit pour réaliser son examen d'échographie.

Les objectifs du GA exposés en section 6.1.1 résument également les objectifs du CRDS-Écho de l'Est.

### **9.3.6. Description du projet et organisation régionale**

L'élaboration et l'implantation du CRDS-Écho Est ont nécessité un travail de collaboration avec l'ensemble des partenaires, le MSSS et le Technocentre régional de Montréal.

L'annexe 4 présente le modèle de fonctionnement du CRDS-Écho Est. Il a comme tâches principales de :

- Recevoir les nouvelles demandes de service(DS) provenant des médecins de famille ayant leur lieu de pratique sur les territoires desservis;
- Valider la DS;
- Orienter la DS vers l'un des dispensateurs de service participants au projet selon la priorité clinique et la disponibilité des ressources, en respect des critères de répartition convenus (section 6.1.1);
- Confirmer la prise en charge de la demande ( $\leq 72$  heures suivant la réception) et l'attribution du rendez-vous, au médecin référent et au patient.

Ce modèle permet d'assurer une équité dans la répartition des DS en échographie auprès des dispensateurs et l'utilisation optimale du plein potentiel des compétences et des ressources de chacun en s'appuyant sur le concept de hiérarchisation des soins.

Un comité directeur et un comité d'implantation ont été mis en place pour assurer la participation des acteurs clés du projet et une cohérence régionale de déploiement. Compte tenu des particularités liées à l'actualisation des examens d'échographie (utilisation du PACS, gestion des numéros de dossier dans le logiciel RadImage, etc.), l'implication des équipes des technologies de l'information et des services d'admission des dispensateurs de service a aussi été nécessaire, pour mettre en place l'ensemble des modalités de support au fonctionnement du CRDS- Echo Est et permettre d'augmenter sa performance.

Un comité clinique composé des spécialistes provenant des divers établissements impliqués dans le projet, et des représentants de la première ligne a travaillé à l'harmonisation du formulaire de DS en échographie. Ce comité clinique a comme mandat de :

- Élaborer un formulaire de DS harmonisé spécifique à l'échographie, incluant les priorités cliniques selon l'échelle régionale (formulaire DS harmonisé en échographie en annexe 14);
- Valider et réviser ce formulaire de DS selon un calendrier de révision déterminé.

En date de septembre 2014, le CRDS-Écho Est a entrepris son offre de services; d'abord pour des milieux pilotes, puis pour l'ensemble des médecins de première ligne des territoires desservis.

## 10. CONCLUSION

Afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés et aux services diagnostiques, l'Agence de Montréal a défini une stratégie régionale d'accès priorisé aux services spécialisés. Cette stratégie repose principalement sur l'implantation de guichets d'accès et l'harmonisation régionale du processus de référence, incluant la gestion des demandes de service par priorité clinique.

De plus, il est essentiel d'assurer une gestion continue de l'accès et un suivi systématique des indicateurs, tant au niveau local que régional, afin d'atteindre l'équilibre entre l'offre et la demande et ainsi éliminer les demandes de service hors délais.

Pour soutenir les activités des médecins référents, des guichets d'accès et des dispensateurs de services, l'Agence de Montréal a acquis une solution informatique - SIGASS. Le déploiement de cet outil se fera par phase, selon l'évolution des projets d'accès régionaux.

L'implantation des projets d'APSS représente un changement majeur par rapport à la situation actuelle pour le référent, les dispensateurs, mais surtout pour le patient. Pour s'assurer de l'adhésion aux différents projets, un plan de communication permettant de faire connaître les nouvelles modalités de référence au réseau ainsi qu'au public est primordial.

La transformation du réseau secondaire à l'adoption de la Loi 10 représente une opportunité de définir et revoir la gestion de l'accès. Nous espérons que le présent cadre de référence sera utile pour les acteurs concernés par cette réforme.

## ANNEXE 1

### CONSTAT DES ECARTS ENTRE LA SITUATION ACTUELLE ET LA SITUATION SOUHAITÉE CONCERNANT L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET DIAGNOSTIQUES DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL

| Situation actuelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Situation souhaitée                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Gains                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Le référent doit utiliser de <b>nombreux types de formulaires</b> de demande de service selon le service, l'endroit, etc.</p> <p>Il ne connaît pas les règles selon lesquelles son patient sera ou non priorisé.</p>                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Harmonisation de la demande de service</b> : formulaire de référence unique selon le type de service</li> <li>• <b>Critères de priorisation clinique uniformisés</b> selon le type de service</li> <li>• Aucune recherche de formulaire nécessaire, mais formulaire identifié selon le service demandé</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du temps nécessaire à faire une demande de service</li> <li>• Formulaire adapté à chaque type de service; facilite la référence et assure que l'information pertinente à la référence et à la priorisation est demandée</li> <li>• Gain d'efficacité et diminution du temps de traitement de la référence</li> </ul>                                  |
| <p>Le référent fait de <b>multiples références à des endroits différents</b> pour tenter de faire voir son patient le plus rapidement possible.</p> <p><b>Résultats</b> : listes d'attente multiples, doublons et aucun moyen de les identifier, aucun portrait de la demande réelle, répétitions d'examens et d'expertises pour un même patient.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Liste d'attente unique</b> pour un service ou un programme donné d'un même établissement, idéalement de la région</li> <li>• <b>Identification des doublons</b> et information communiquée aux référents</li> </ul>                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleur état de situation de la demande réelle pour un service ou programme donné (par établissement, territoire, pôle, région, etc.).</li> <li>• Meilleur suivi du patient pour le référent.</li> <li>• ↓ examens, ↓ expertises en double et ↓ des coûts associés</li> <li>• Portrait réel de l'attente pour le médecin, mais aussi pour le patient</li> </ul> |
| <p>Le référent a besoin de « <b>magasiner</b> » par des appels téléphoniques, pour trouver le bon endroit, le bon dispensateur de service, etc.</p> <p><b>Résultat</b> : perte d'efficacité (jusqu'à 20 % du temps actuellement consacré par les médecins de famille).</p>                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Corridors et trajectoires cliniques convenus et connus</b></li> <li>• <b>Disponibilités connues</b> des médecins et des services</li> </ul>                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ Temps de référence et le « magasinage » devient inutile (mais choix du md demeure).</li> <li>• Partenaires identifiés et connus selon le service demandé</li> <li>• Accès garanti aux services en utilisant les bons corridors et trajectoires.</li> </ul>                                                                                                     |

## ANNEXE 1(suite)

### CONSTAT DES ECARTS ENTRE LA SITUATION ACTUELLE ET LA SITUATION SOUHAITÉE CONCERNANT L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET DIAGNOSTIQUES DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL

| Situation actuelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Situation souhaitée                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Gains                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le référent n'a pas ou peu de <b>support</b> lors de son <b>processus de référence</b> . Il doit remplir la demande de service selon les connaissances dont il dispose, faire appel à un collègue, faire des recherches d'informations, etc.                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Support</b> à la référence</li> <li>• <b>Formulaire de demande de service intelligent</b> et supportant pendant le processus de demande, incluant entre autres : critères inclusion/exclusion, prérequis cliniques à la consultation, algorithmes cliniques (AC), etc. (souvent appliqués par infirmière clinicienne)</li> <li>• <b>Support à la pratique</b> en faisant des hyperliens avec des guides de pratiques, d'informations cliniques, etc. (SIGASS)</li> </ul>                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du temps nécessaire à la référence</li> <li>• Pertinence et conformité de la référence</li> <li>• Examens prérequis à la consultation = ↑ vitesse de traitement de la demande et optimisation du temps de RDV en spécialité</li> <li>• Formation continue et support pour situations moins fréquentes</li> </ul>            |
| Suite à une demande de service, le référent peut voir sa <b>demande refusée</b> . Elle peut aussi être jugée <b>incomplète</b> et il doit la reprendre et y joindre des documents avant qu'elle ne soit admise et traitée (pertes de temps, augmentation injustifiée des délais pour le patient en attente d'un service, inscription du patient parfois plusieurs semaines/mois suivants la demande de service initiale du référent, etc.). | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1<sup>re</sup> validation automatisée</b> : champs obligatoires complétés selon les algorithmes définis à chaque service (SIGASS)</li> <li>• <b>1<sup>re</sup> priorisation clinique</b> suggérée par le système (SIGASS) et sur le formulaire de demande de service selon les indicateurs définis par service et validation de la priorité par le référent</li> <li>• <b>2<sup>e</sup> validation</b> par le GA (guichet d'accès) au niveau de la priorisation clinique, prérequis à la consultation, etc., selon les algorithmes cliniques définis par service</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ Temps de référence : moins d'aller-retour entre le référent et le dispensateur de service (appels téléphoniques, correspondances, etc.)</li> <li>• ↓ Temps du temps de traitement de la DS demande de service.</li> <li>• ↓ des coûts</li> <li>• Temps d'attente réel pour le patient, en lien avec sa condition clinique</li> </ul> |

## ANNEXE 1(suite)

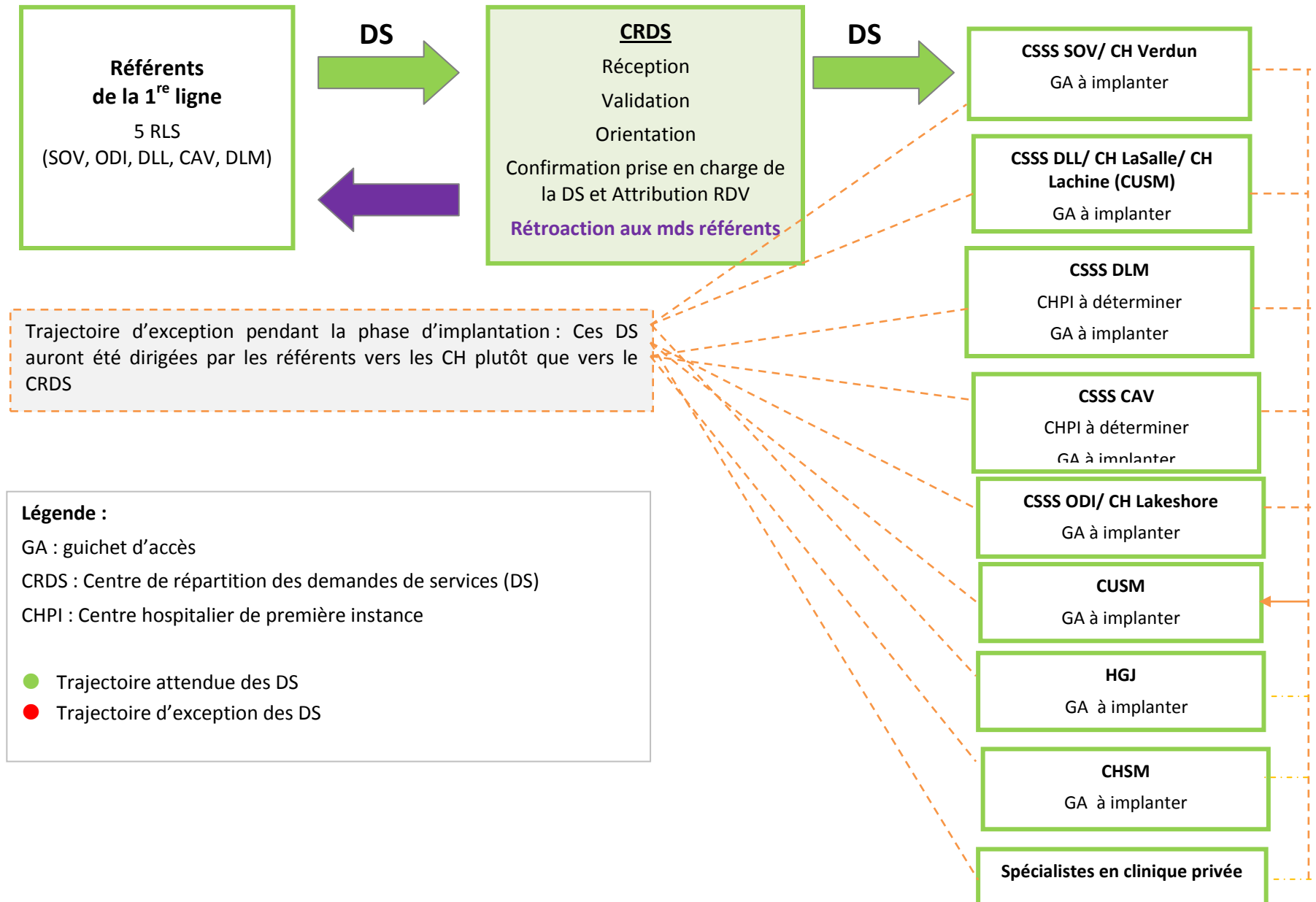
| Situation actuelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Situation souhaitée                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Gains                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Une fois sa demande de service envoyée, le référent n'a pas ou très peu d'information lui permettant de faire le <b>suivi</b> de sa demande. Il n'arrive pas toujours à obtenir les <b>résultats</b> des examens ou de la consultation demandée.                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Notification</b> (par télécopie, téléphone ou électroniquement par courriel ou SIGASS) à toutes les étapes-clés du processus de cheminement; date de réception, confirmation de prise en charge de la demande, date du rendez-vous, etc. (<i>workflow</i>)</li> <li>• <b>Retour des résultats</b> au référent avec documents joints au besoin</li> <li>• Obtention de <b>Données et possibilité de suivis d'indicateurs</b></li> </ul>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicateurs de suivi pour le référent.</li> <li>• Indicateurs de gestion et de performance pour le dispensateur</li> <li>• ↑ capacité de gestion pour le service, l'établissement, le territoire, la région, etc. en lien avec les délais/hors délais, suivis des demandes, etc.</li> </ul>                   |
| Peu ou pas <b>d'informations sur le cheminement</b> des demandes de service : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume réel;</li> <li>• Délais vs hors délais;</li> <li>• Priorisation variable des demandes;</li> <li>• Pas ou peu de moyens pour faire la gestion des délais, listes d'attente.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notifications « workflow »</li> <li>• Alarmes</li> <li>• Priorisation clinique uniformisée</li> <li>• Liste d'attente réelle pour un service donné.</li> <li>• Tableau de bord/tableau de suivi des demandes pour le référent, le dispensateur de service et le GA, les gestionnaires, etc.</li> </ul>                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactivité rendue possible</li> <li>• Réelle priorisation du client et gestion des délais possibles</li> <li>• ↑ capacité de gestion et de suivi des demandes de services, des services rendus, du respect ou non des délais prescrits</li> </ul>                                                            |
| Demande de service <b>avec support : papier, fax, ou téléphonie.</b><br>Formulaire Web à imprimer et à envoyer ensuite. De rares services ou régions ont la possibilité de faire une demande de service directement en ligne et ils ne sont pas en mesure d'en faire le suivi ensuite.                              | Avec SIGASS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de service sous format électronique</li> <li>• Processus de suivi, de notification, d'alarme de façon électronique</li> <li>• Accessibilité, peu importe le lieu de travail via une solution Web</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution du temps de référence</li> <li>• Augmentation de la capacité de suivi</li> <li>• Processus structuré et uniforme facilitant</li> </ul>                                                                                                                                                             |
| Liste d'attente/établissement<br>Certaines ententes de partenariats pour des services donnés<br>Travail de gestion des listes d'attente surtout fait de façon intraétablissement (« silo »)                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Optimisation</b> des ressources pour un service donné et un territoire donné</li> <li>• Possibilité de voir <b>les disponibilités</b> des autres GA pour un service donné, à titre informatif, afin de voir les possibilités de répondre à une demande dans les délais prescrits par la priorité clinique (communication inter GA et SIGASS)</li> <li>• Obtenir un <b>outil d'aide à la décision</b>, permettant de trouver des solutions en partenariats interétablissements</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenariats établis pour répondre aux besoins de la population de façon régionale</li> <li>• Augmentation des services aux patients dans les délais prescrits; avantage pour le md référent, le médecin consultant, le patient et le gestionnaire</li> <li>• Données régionales et gestion locale</li> </ul> |

## ANNEXE 2 – TERRITOIRES DE DESSERTE POUR L'APSS : LES RLS ET LEUR CHPI

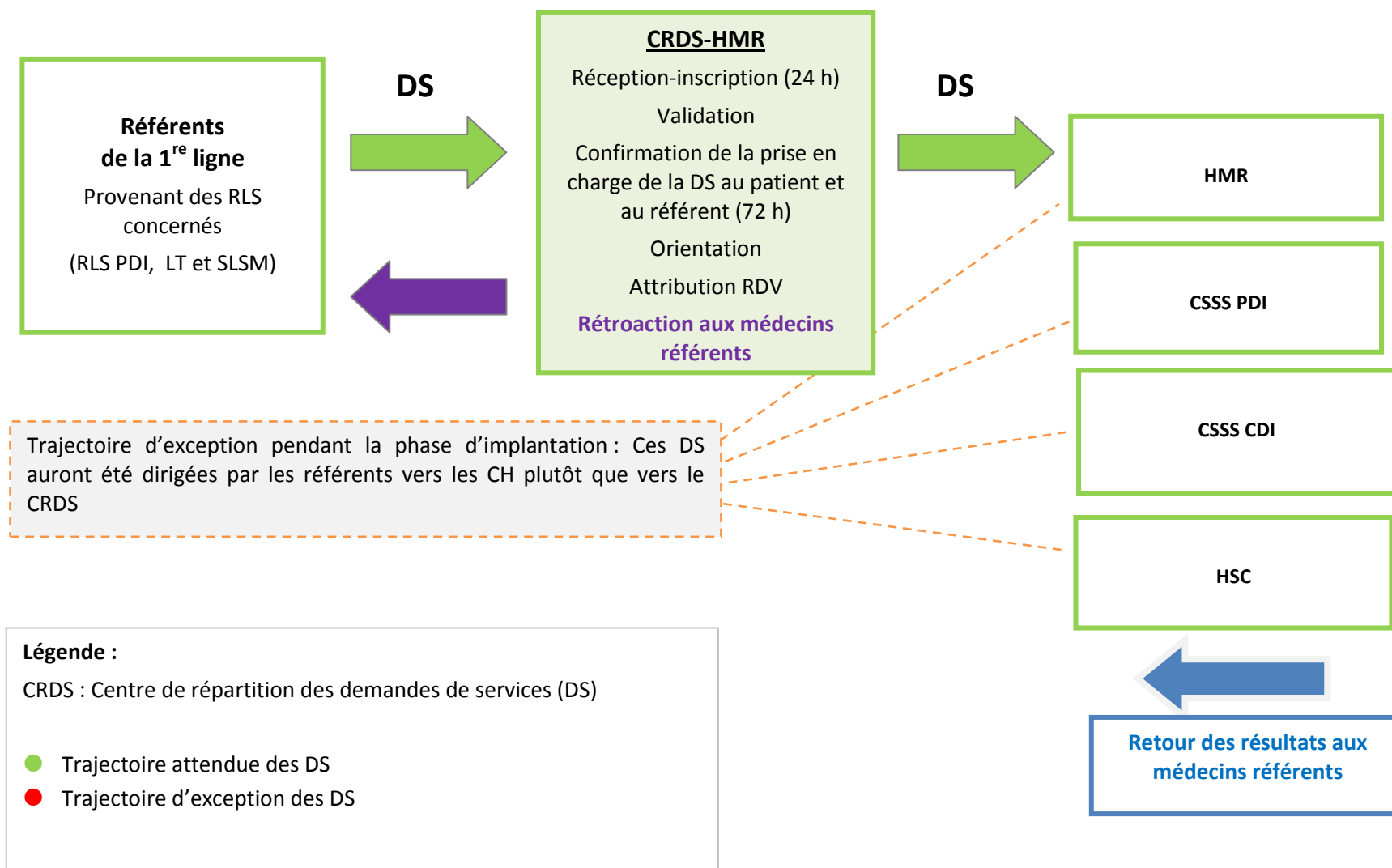
| Territoire de RLS                             | CH de première instance (CHPI)                                                                                             |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ouest-de-l'île (ODI)                          | Hôpital général du Lakeshore                                                                                               |
| Bordeaux-Cartierville et Saint-Laurent (BCSL) | Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal                                                                                          |
| Cavendish (CAV)                               | Consortium Centre hospitalier de St. Mary, Hôpital général juif et Centre universitaire de santé McGill                    |
| De la Montagne (DLM)                          | Consortium Centre hospitalier de St. Mary, Hôpital général juif et Centre universitaire de santé McGill                    |
| Dorval-Lachine-Lasalle (DLL)                  | Hôpital de LaSalle                                                                                                         |
| Sud-Ouest-Verdun (SOV)                        | Centre hospitalier Verdun                                                                                                  |
| Jeanne-Mance (JM)                             | Centre hospitalier de l'Université de Montréal<br>À partir de 2016 : Hôpital communautaire Notre-Dame du CSSS Jeanne-Mance |
| Ahuntsic et Montréal-Nord (AMN)               | Hôpital Fleury                                                                                                             |
| Cœur-de-l'île (CDI)                           | Hôpital Jean-Talon                                                                                                         |
| Saint-Léonard et Saint-Michel (SLSM)          | Hôpital Santa Cabrini                                                                                                      |
| Lucille Teasdale (LT)                         | Hôpital Maisonneuve-Rosemont                                                                                               |
| Pointe-de-l'île (PDI)                         | Hôpital Maisonneuve-Rosemont                                                                                               |

**N.B.** Si un CHPI ne peut offrir tous les services nécessaires pour répondre aux besoins de la population de son territoire, ce dernier demeure responsable d'établir un corridor avec un autre établissement pour compléter son offre de services. Cette description du réseau est celle avant l'adoption de la Loi 10.

### ANNEXE 3 : MODÈLE DE FONCTIONNEMENT DU CRDS-OUEST



## ANNEXE 4 : MODÈLE DE FONCTIONNEMENT DU CRDS-ÉCHO DANS L'EST DE MONTRÉAL



## ANNEXE 5 : ÉTAPES D'IMPLANTATION DE LA GESTION PROACTIVE DES RENDEZ-VOUS

### I. LA PHASE PRÉPARATOIRE

L'implantation de la GPR demande une période d'analyse et de préparation qui peut s'étendre sur quelques semaines et parfois jusqu'à 12 mois, selon le type de clinique ou de département en centre hospitalier et de la complexité des processus qui y sont réalisés<sup>1</sup>. Il s'agit en premier lieu d'effectuer un bilan complet de la clinique. Sommairement, selon le « National health service (NHS) » (2010), les étapes ou composantes de ce bilan préparatoire sont :

1. Cartographier l'ensemble du processus d'accès aux services et de prise en charge de la clientèle (qui fait quoi, quand, pourquoi et combien de temps chaque tâche ou étape prend-elle?);
2. Quantifier la demande et la capacité de la clinique à y répondre;
3. Analyser l'achalandage et sa variation dans le temps (variation naturelle des maladies à certains moments de l'année et variation artificielle liée à la manière dont les services de la clinique sont organisés et gérés);
4. Identifier les goulots d'étranglement et les causes (contraintes humaines ou systémiques) à l'origine de ces bris d'accès;
5. Rechercher des solutions potentielles, en s'interrogeant sur les processus cliniques et administratifs. Revoir la distribution des tâches afin d'optimiser la contribution des membres de l'équipe multidisciplinaire et du personnel administratif;
6. Mettre en place le nouveau système de gestion de l'accès, la gestion proactive des rendez-vous dans le cas présent, et implanter un modèle de suivi et de mesure systématique des résultats.

### II. ÉTAPES D'IMPLANTATION DE LA GESTION PROACTIVE DES RDV

L'implantation de la gestion proactive des rendez-vous se fait en six étapes :

1. Mesurer la demande et la capacité de la clinique à y répondre;
2. Réduire et adapter la demande pour des rendez-vous;
3. Ajuster la capacité de la clinique en fonction de la demande;
4. Réduire les types de rendez-vous;
5. Éliminer les listes d'attente et les demandes hors délais;
6. Planifier les effectifs cliniques en fonction des hausses prévisibles et fortuites de l'achalandage.

#### Mesurer la demande et la capacité de la clinique à y répondre

La mesure de la demande doit se faire prospectivement puisqu'une mesure rétroactive ne nous renseigne que sur les demandes qui ont été répondues et non pas sur l'ensemble des demandes reçues (c'est-à-dire toutes celles auxquelles on a répondu, celles qui ont été refusées, mises en attente ou réacheminées ailleurs).

La mesure se fait à un temps zéro et pour une période déterminée (par ex. : pendant trois semaines à partir du 15 janvier 2015).

---

<sup>1</sup> Le site de l'*Institute for innovation and improvement* (NHS) de la Grande-Bretagne ([www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools)) contient de nombreux documents qui permettent de procéder étape par étape à une analyse systémique des problèmes d'accès, des goulots d'étranglement, de leurs causes et des solutions à apporter aux problèmes identifiés, qui permettront de procéder par la suite à l'implantation d'un mode efficace de gestion de l'accès.

La compilation doit inclure les demandes en provenance de toutes les sources : les références déjà reçues et en attente, les nouvelles demandes de l'externe (provenant des médecins de la communauté ou des patients), la demande interne et les suivis demandés par les médecins de l'équipe.

En parallèle de cette démarche, il s'agit de mesurer la capacité de la clinique à faire face à la demande objectivée. Tant les ressources humaines, informationnelles que, le cas échéant, les équipements et le personnel requis pour les opérer doivent être comptabilisés. Cette mesure doit être aussi précise et exhaustive que celle de la demande.

### **Réduire et adapter la demande pour des rendez-vous**

#### **Stratégies à privilégier pour les services spécialisés :**

- Transférer ou retourner les patients vers la première ligne dès qu'ils ne nécessitent plus de suivi en services spécialisés;
- Diminuer le nombre de RDV nécessaire avant la prise de décision thérapeutique en déterminant des prérequis à la consultation, lorsqu'indiquée;
- Augmenter le temps entre les RV de suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, utiliser le téléphone ou les courriels pour les suivis, fournir de l'information écrite sur les maladies et recommandations aux usagers, etc.

### **Ajuster la capacité de la clinique en fonction de la demande**

Cet ajustement pourrait impliquer une redistribution des tâches à d'autres professionnels comme des infirmières afin de libérer du temps pour les suivis médicaux. De plus, lorsque l'écart entre l'offre et la demande est trop important, la GPR ne suffira pas à résoudre la problématique d'accès. Un ajout d'effectifs médicaux ou d'autres professionnels est alors requis.

### **Réduire les types de rendez-vous**

Le consensus actuel qui se dégage de la littérature est que deux types de rendez-vous sont habituellement suffisants. Les rendez-vous courts de suivi et les plus longs pour les évaluations initiales (nouvelles demandes de service) ou les cas complexes. La durée des RDV dépend des caractéristiques de chacune des spécialités concernées. Des plages dédiées pour les urgences sont aussi nécessaires.

### **Éliminer les listes d'attente et les demandes hors délais**

Le bilan préparatoire qu'aura réalisé la clinique lui permettra d'obtenir une information complète quant au nombre de patients en attente au temps zéro de la mesure. Il est nécessaire de valider cette liste afin d'exclure les cas qui n'ont plus besoin du service et de mettre en place des moyens pour éliminer les demandes hors délais. Cette étape d'élimination ou d'épuration des cas en attente ne devrait se faire qu'une fois, soit au début de la mise en place d'une gestion de l'accès en continu. Elle nécessite habituellement un accroissement temporaire de la capacité d'accueil de la clinique ou de l'aide de partenaires.

### **Planifier les hausses prévisibles et fortuites de l'achalandage**

Il est important de mesurer la variation épisodique moyenne de l'achalandage et de cibler les paramètres d'une variation normale et anormale ponctuelle qui commande un ajustement de l'offre. Le personnel médical et clinique devra possiblement ajuster leur temps de travail en fonction des habitudes de consommation des services, par exemple augmenter les plages horaires lors de périodes de grand achalandage.

Certaines hausses ou variations sont prévisibles (ex. : saison de la grippe), d'autres le sont moins (ex. : congés de maladie, départ d'un employé). Toutes ces situations demandent une gestion proactive des effectifs cliniques afin de maintenir en tout temps l'équilibre entre l'offre et la demande. Afin d'appliquer la GPR en 2<sup>e</sup> ligne, il est recommandé de prévoir la capacité de la clinique sur un horizon de deux semaines à la fois.

### **III. ASSURER LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME DE GESTION DE L'ACCÈS**

Une application de l'ensemble des composantes du modèle de gestion des rendez-vous couplée à un suivi rigoureux de la performance de la clinique au regard de l'accès est requise afin d'obtenir les résultats souhaités à court et à long terme. Cela nécessite un leadership clinique fort du corps médical, des incitations à la performance et une compréhension commune des intervenants du besoin et de l'obligation de contrôler l'accès.

Il a été démontré que la mise en place d'une partie seulement des composantes, un manque de suivi ou de vigilance quant à la performance au regard de l'accès auront des effets néfastes sur l'accès et détérioreront la performance de la clinique en deçà parfois de la performance initiale (Degani, 2013; Murray et Berwick, 2003; Van der Voort et coll., 2013; Lembke, 2013; Mehrotra, Keel-Markowitz et Ayanian, 2008).

La liste des facteurs qui influencent la pérennité du système de gestion de l'accès est longue. Elle inclut des facteurs suivants : individuels, managériaux, organisationnels, financiers, culturels, politiques, procéduraux, contextuels, temporels et dépendent globalement du leadership médical instauré dans la clinique. Les éléments clés sont : une vision partagée de ce qui constitue un accès juste et équitable, la présence de champions au sein de la clinique, une motivation indéfectible du personnel, une rétroaction régulière sur la performance de la clinique et un soutien administratif (résumé, entre autres, par Van der Voort et coll., 2013).

### **IV. LES INDICATEURS DE RÉSULTAT**

Les quatre indicateurs les plus fréquemment utilisés dans les différentes études pour mesurer la performance de la clinique sont :

- Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous;
- Le délai pour le 3<sup>e</sup> rendez-vous disponible. Ce délai traduit la capacité de la clinique à répondre aux demandes de la clientèle et doit être le plus court possible. Le 3<sup>e</sup> RV disponible est utilisé, car souvent le premier et le second résultent d'annulations et ne reflètent pas le délai normal;
- La satisfaction des patients, des médecins et du personnel;
- Le nombre de rendez-vous manqués. La GPR n'aurait d'impact sur cet élément que si le volume antérieur d'annulations était supérieur à 15 %.

## ANNEXE 6 : SIGASS ÉTAPES DE CONFIGURATION PRÉVUES

**Bloc 1** : Utilisation de SIGASS à même l'application WEB

**Bloc 2A** : Intégration de SIGASS aux divers systèmes d'Index-patients et de rendez-vous

**Bloc 2B**: Visualisation des plages horaires des autres GAC

**Bloc 3A** : Intégration de la solution aux DMÉ et DCI

**Bloc 3B** : Création de la DS à même le DMÉ et DCI

**Bloc 3C (optionnel)** : Transfert des résultats vers le DMÉ ou DCI

**Bloc 4** : Outil de coordination régionale

### Légende :

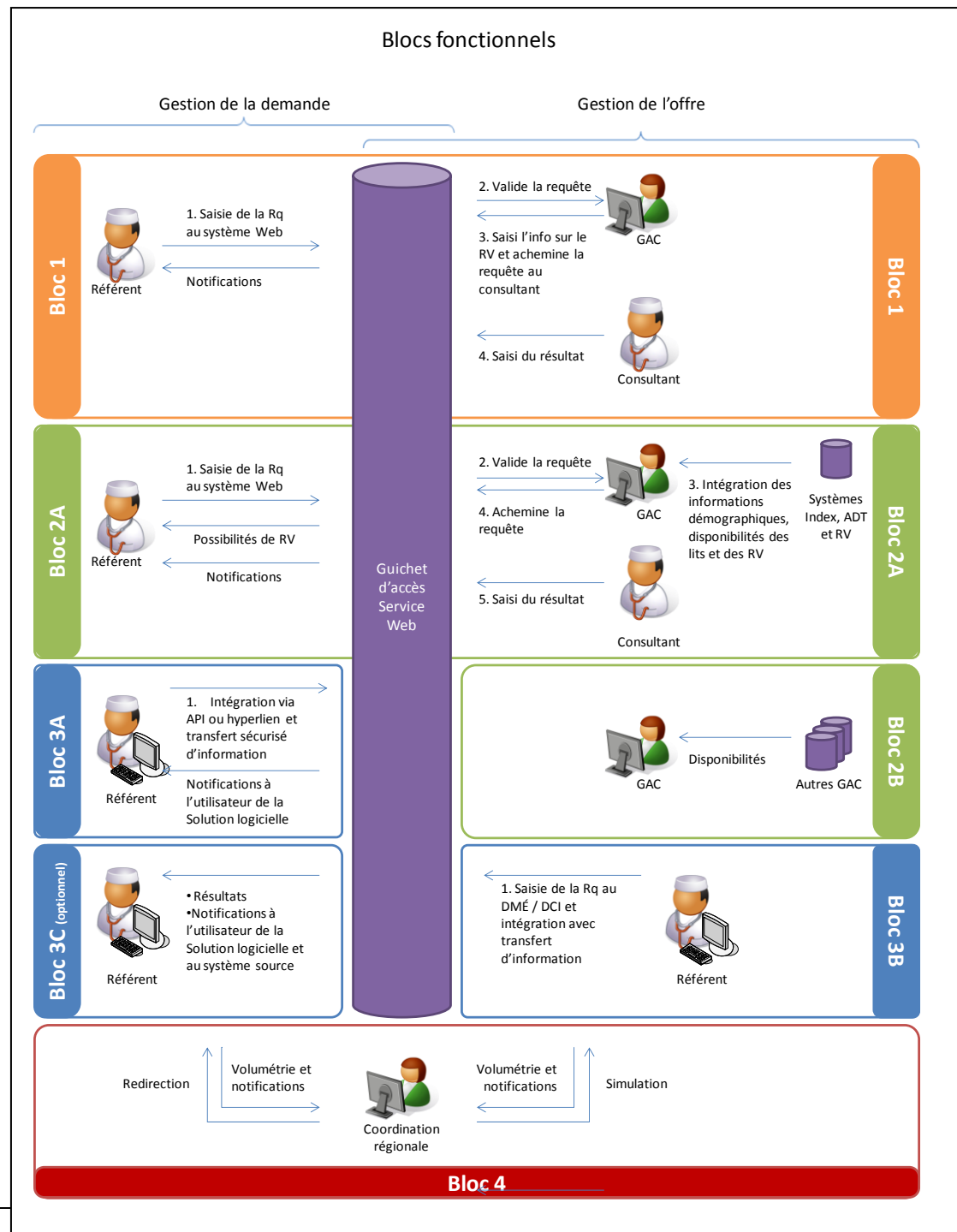
**DS** : Demande de services

**GA**: Guichet d'accès. (structure déjà existante ou à définir)

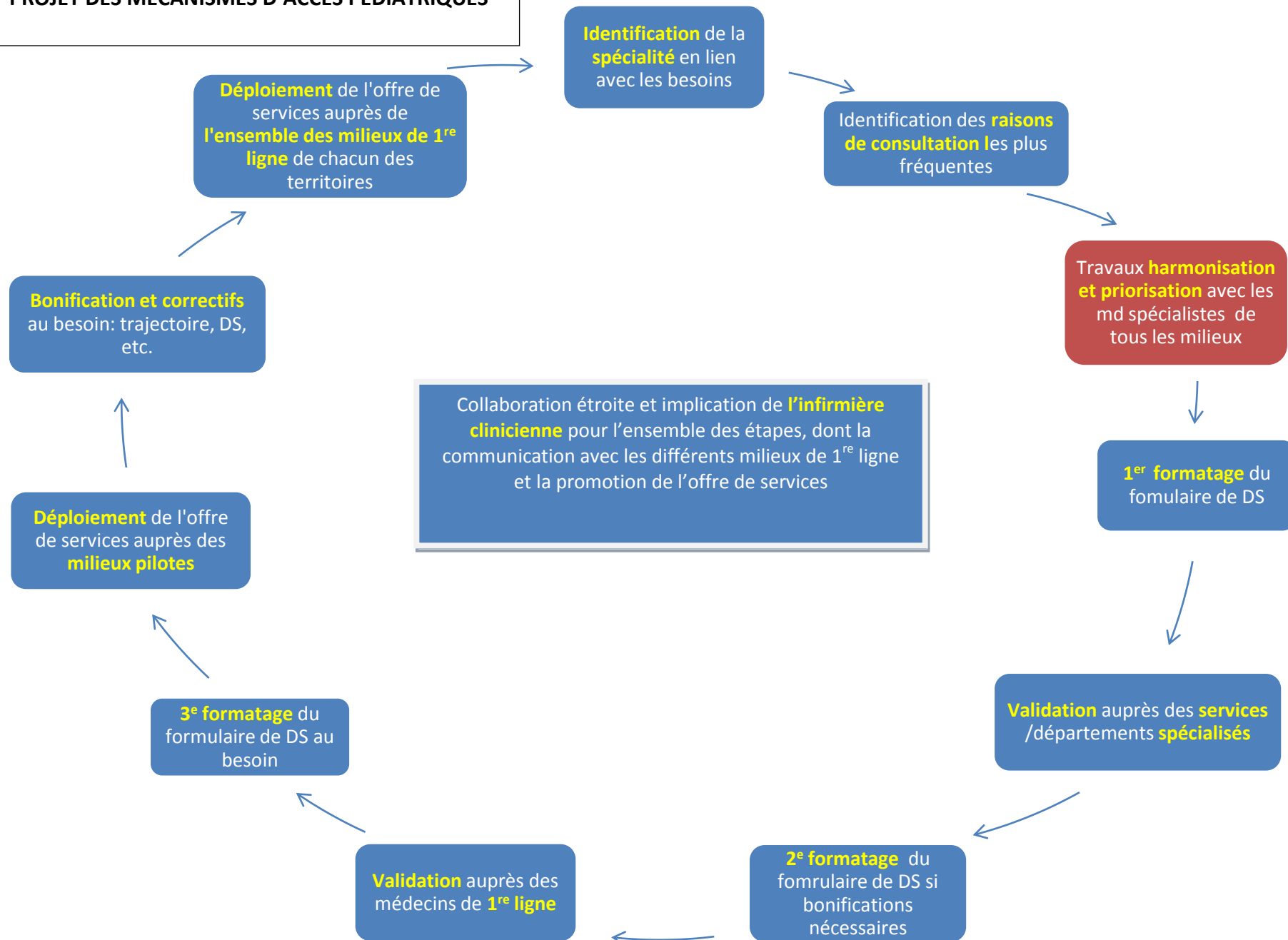
**Notification** : Information transmise automatiquement concernant un changement au niveau de la DS (étapes du cheminement de la DS) ou concernant l'état d'une DS (exemple les hors délais)

**Coordination régionale** : Fonction à définir de façon locale et régionale permettant d'avoir un regard d'ensemble sur une situation donnée, à l'égard de services donnés/indicateurs à définir par les milieux en collaboration avec l'Agence de Montréal en respect des mandats et spécialités de chacun

\*Schéma extrait du devis d'appel d'offres DACMU2013-05



**ANNEXE 7: CYCLE DE DÉPLOIEMENT DE HAUT NIVEAU  
PROJET DES MÉCANISMES D'ACCÈS PÉDIATRIQUES**



## ANNEXE 8 : CYCLE DE D'HARMONISATION ET DE PRIORISATION

### Mécanismes d'accès pédiatriques

Travaux **harmonisation et priorisation** avec les médecins spécialistes des milieux participants (un milieu leader)

- 
- Travaux harmonisation et priorisation: identifier un milieu leader/spécialité ou service
  - Mise sur pied comité spécialistes des différents milieux
  - Relevé des différentes raisons de consultation les plus fréquentes (catégories, etc.)
  - Priorisation clinique des raisons de consultation avec l'échelle régionale
  - Identifier les informations nécessaires à apparaître sur la demande de service

# ANNEXE 9A : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE, L'EXEMPLE DE LA PÉDIATRIE GÉNÉRALE- PROJET MAP (RECTO)

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Hôpital Maisonneuve-Rosemont</b><br>Centre affilié à l'Université de Montréal<br><br><b>Centres de santé et de services sociaux</b><br><br> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahuntsic et Montréal-Nord</li> <li>• Lucille-Teasdale</li> <li>• Pointe de l'île</li> <li>• Saint-Léonard et Saint-Michel</li> </ul> <br>HMR0252                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                | N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____<br><br>Nom, Prénom : _____<br><br>Nom de la mère : _____<br><br>Adresse : _____<br><br>Téléphone : _____<br><br>NAM : _____ Expiration : _____ |                                                                                                                                                                                        |
| <b>RÉFÉRENCE AU MÉCANISME D'ACCÈS PÉDIATRIQUES (MAP)</b><br><b>CONSULTATION : PÉDIATRIE GÉNÉRALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
| Date de la demande (aaaa/mm/jj) : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                | Veuillez télécopier ce formulaire au N° : 514 252-3845                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partie I : Identification de l'enfant ayant besoin d'une référence</b><br><i>Compléter les informations qui ne se retrouvent pas sur l'adressographe ci-haut ou si illisibles</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
| 1. Nom : _____ Prénom : _____<br>Si enfant < 1 an, numéro de RAMQ de la mère (obligatoire) : _____ Exp. (aaaa/mm) : _____<br>2. Nom de fille de la mère (requis pour créer N° dossier) : _____<br>3. Adresse : _____ Appartement : _____<br>Ville : _____ (Québec) Code postal : _____<br>4. Numéro de téléphone (principal) : _____ Autres : _____<br>5. Sexe : <input type="radio"/> H <input type="radio"/> F Courriel des parents ou représentants : _____<br>6. Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____<br>7. N° de dossier de l'hôpital où la référence sera acheminée (CUSM, HMR ou HSJ selon le cas) : _____<br>8. Langue : <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Autres : _____<br>a. Malentendant <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>b. Besoin d'interprète ? <input type="radio"/> Oui, spécifier : _____ <input type="radio"/> Non |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partie II : Provenance de la demande</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
| Nom et prénom du médecin référent (lettres moulées) : _____<br>N° permis : _____<br>N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____<br>Courriel professionnel : _____<br>Adresse professionnelle : _____<br>Ville : _____ (Québec) Code postal : _____<br><b>Identification et coordonnées du médecin ou professionnel qui pourra assurer le suivi de l'épisode de soin (si différent de ci-haut) :</b><br>1. Nom : _____ Prénom : _____<br>N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____<br>Courriel professionnel : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
| <b>Partie III : Raison de la consultation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
| <i>N.B. : Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-jointes mais l'équipe du mécanisme d'accès pédiatriques se réserve le droit de le modifier selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités.</i><br><b>* Légende selon échelle de priorisation clinique régionale : A : 0-3 jours, B : 3-10 jours, C : 10-28 jours, D : &lt; 3 mois, E : &gt; 3 mois</b><br>Si cas urgent : SVP envoyer à l'urgence                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
| <b>Raisons de consultation</b><br><br><input type="checkbox"/> Difficulté aux boires chez enfant < 1 an<br><br><input type="checkbox"/> Retard de croissance statural et/ou pondéral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Priorité souhaitée par médecin référent</b> | <b>Pré-requis pour l'envoi de la demande</b><br>Courbe de croissance (si possible)                                                                                                                       | <b>Cible souhaitée selon échelle de priorisation clinique régionale*</b><br><br>Si enfant < 3 mois : B<br>Si enfant > 3 mois : B ou C<br><br>Si enfant < 6 mois : B<br>Si > 6 mois : C |
| 3900000252 2014-09-11 1 de 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

# **ANNEXE 9B : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE, L'EXEMPLE DE LA PÉDIATRIE GÉNÉRALE- PROJET MAP (VERSO)**

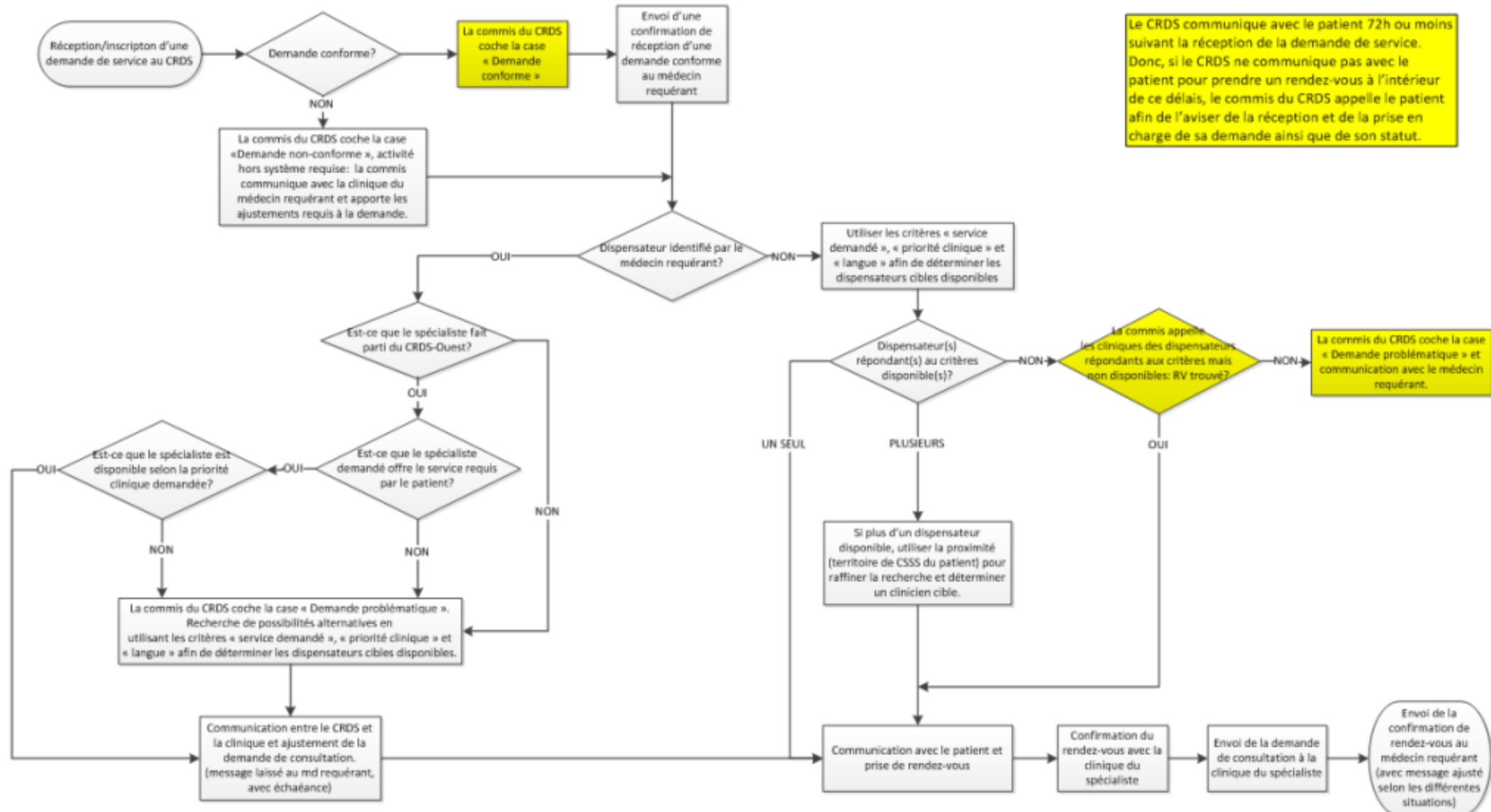
NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du patient :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                | N° dossier :                                                                                        |                                                                                                                         |
| <b>Raisons de consultation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Priorité souhaitée par médecin référent</b> | <b>Pré-requis pour l'envoi de la demande</b><br>Courbe de croissance (si possible)                  | <b>Priorité selon échelle de priorisation clinique régionale*</b>                                                       |
| <input type="checkbox"/> Retard du développement chez enfant 0 - 5 ans                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                | - Périmètre crânien (si possible)                                                                   | D                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Évaluation de trouble scolaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                | - Inclure une évaluation scolaire de SNAP IV ou Connors ou évaluation psychologique (si disponible) | D                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Constipation / Encoprésie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                     | D                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Douleur abdominale chronique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                                                                     | Si impact fonctionnel : C<br>Autres cas : D                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Céphalées chroniques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                                                                                     | C                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Toux chronique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                     | Si enfant < 6 mois : C<br>Autres cas : D<br>N.B. Selon triage, l'enfant sera vu en pédiatrie générale ou en pneumologie |
| <input type="checkbox"/> Infections urinaires à répétitions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                | - Analyse et culture d'urine antérieures                                                            | D                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Énurésie diurne et/ou nocturne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                | - Analyse et culture d'urine                                                                        | D                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <b>Renseignements complémentaires pertinents :</b><br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <b>Traitement(s) antérieur(s) (pharmacologique ou non) :</b><br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <b>Références antérieures (ajouter si pertinent) :</b><br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <b>Partie IV : Médication actuelle</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <input type="radio"/> Aucune <input type="checkbox"/> Voir profil pharmacologique joint    Si médication en cours et aucun profil joint, svp spécifier : _____<br><input type="checkbox"/> Autre(s) traitement(s) ex. (homéopathie, massage, chiropractie, etc) : _____                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <b>Partie V : Bilan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <b>Évaluation déjà faite par un professionnel de la santé (psychologue, audiologiste, professionnel, etc) ?</b><br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non    Rapport(s) joint(s) : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>Titre du ou des professionnel(s) consulté(s) (inclure date approximative de l'évaluation) : _____<br>_____                                                                                                                         |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <b>Tests de laboratoires déjà faits?</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non    Résultats joints en annexe : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>En attente : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non    Si oui, lesquels ? _____                                                                                                                                                                                                          |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <b>Si culture d'urine réalisée, quelle est la méthode de prélèvement utilisée?</b> <input type="radio"/> Cathéter <input type="radio"/> Sac <input type="radio"/> Mi-jet<br><b>Examens en imagerie médicale déjà faits?</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non    Résultats joints en annexe : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non<br>Si oui, lesquels ? _____<br>CD remis au patient/représentant : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| _____<br>Signature du médecin référent                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                | _____<br>No permis                                                                                  | _____<br>Date (aaaa/mm/jj)                                                                                              |
| <b>Pour joindre l'infirmière du Mécanisme d'accès pédiatriques, composez : 514 252-3400 poste : 5010</b><br><b>Veillez télécopier ce formulaire au N° : 514 252-3845</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2014-09-11</span> <span>2 de 2</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                                                                     |                                                                                                                         |

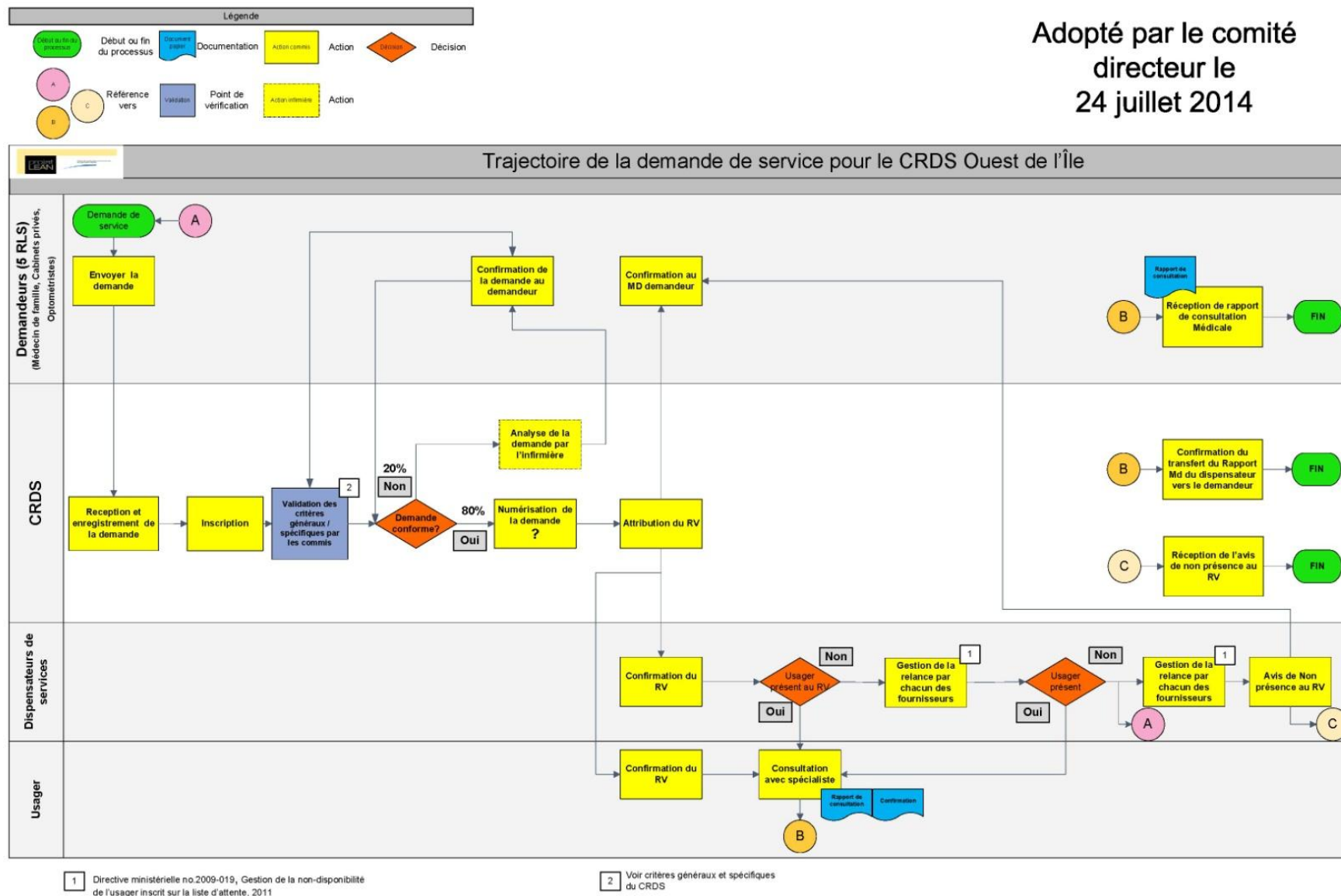
## ANNEXE 10 : MODALITÉS DE GESTION ET TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE SERVICE PAR LE PERSONNEL DU CRDS-OUEST

### CRDS-Ouest: Processus d'analyse et de répartition des demandes de service à partir des critères généraux



## ANNEXE 11 : TRAJECTOIRE OPTIMALE DE LA DEMANDE DE SERVICE – CRDS-OUEST

Adopté par le comité  
directeur le  
24 juillet 2014



# ANNEXE 12A : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE, L'EXEMPLE DE LA CARDIOLOGIE-PROJET CRDS-OUEST (RECTO)



| DEMANDE DE CONSULTATION EN CARDIOLOGIE                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Veuillez télécopier ce formulaire au numéro : (514) 732-5121                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                | Date de la demande :                                         |
| <b>Partie I : Identification complémentaire de l'utilisateur ayant besoin d'une référence</b>                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                              |
| Compléter les informations qui ne se retrouvent pas sur l'adressographe ci-dessus ou si illisibles                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                |                                                              |
| Nom :                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Prénom :                                                                                                                                       | Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Date de naissance :                                                                                                                                                                                                                                                                      | No. assurance-maladie :                                                                                                                        | Code postal :                                                |
| Numéro de téléphone principal : ( )                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                | Autre : ( )                                                  |
| Langue(s) comprise(s) par l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                |                                                              |
| Besoins spéciaux :                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                |                                                              |
| <b>Partie II : Raison(s) de la consultation</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                |                                                              |
| N.B. Le délai du rendez-vous a été établi pour chacune des conditions cliniques ci-dessous, mais le CRDS se réserve le droit de le modifier selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités, après discussion avec le médecin référent.                           |                                                                                                                                                |                                                              |
| <b>ALERTE – Ne pas compléter de demande de consultation pour les raisons suivantes (liste non exhaustive)</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syncope</li> <li>• Fibrillation auriculaire de novo de moins de 48 h</li> <li>• Angine de novo ou instable</li> <li>• Dyspnée rapidement progressive</li> <li>• Dyspnée au repos, apparition récente avec ou sans douleur thoracique</li> </ul> | <b>Intervention immédiate</b><br>Référer directement à l'urgence de proximité tout patient se présentant avec un ou plusieurs de ces symptômes |                                                              |
| <b>Compléter le formulaire pour les raisons suivantes</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>Priorité selon le médecin référent</b>                                                                                                      | <b>Cible selon l'échelle de priorisation régionale</b>       |
| <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire de novo de plus de 48h et stable (référer à l'accueil clinique si disponible)                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                | <b>A (≤ 3 jours)</b>                                         |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'angine d'effort (typique ou atypique avec facteurs de risque) évoluant depuis plus d'un mois (référer à l'accueil clinique si disponible)                                                                                                           |                                                                                                                                                |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque de novo stable                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                | <b>B (3-10 jours)</b>                                        |
| <input type="checkbox"/> Évaluation post-infarctus ou post-pontage coronarien et angioplastie coronarienne                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                | <b>C (10-28 jours)</b>                                       |
| <input type="checkbox"/> Histoire de syncope ou lipothymie dans le passé                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Palpitations, sans syncope, sans douleur rétrosternale, sans dyspnée                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Angine atypique sans facteur de risque ou douleur rétrosternale atypique                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                | <b>D (≤ 3 mois)</b>                                          |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque athérosclérotique connue ou angine stable pour suivi                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque ou dyspnée à l'effort pour suivi                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque (si échographie cardiaque joindre le rapport)                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Autres (veuillez svp inscrire la priorité) :                                                                                                                                                                                                                    | <b>Priorité selon le médecin référent :</b>                                                                                                    |                                                              |
| Langue du rapport : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Pas de préférence                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                |                                                              |

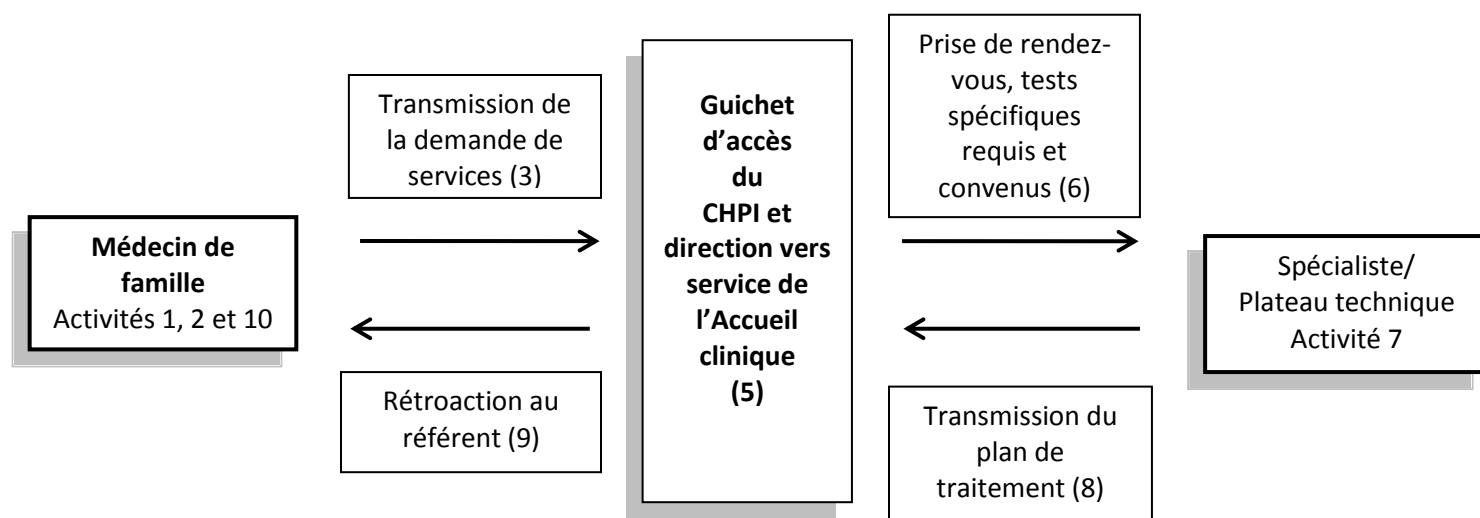
## ANNEXE 12B : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE, L'EXEMPLE DE LA CARDIOLOGIE- PROJET CRDS-OUEST (VERSO)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Nom de l'usager :                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          |
| <b>Partie III : Renseignements complémentaires/Antécédents</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |
| Facultatif – Spécifier le nom du spécialiste ou de la clinique/établissement privilégié :<br>_____                                                                                                                                                                                                   |                                                                          |
| <b>a) Médication actuelle</b><br><input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Voir profil pharmacologique joint<br><input type="checkbox"/> Si médication en cours, mais aucun profil joint, spécifier s.v.p. : _____                                                                    |                                                                          |
| <b>b) Examens/tests de laboratoire pertinents déjà faits</b><br><input type="checkbox"/> Oui, spécifier : _____ Résultat(s) joint(s) en annexe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> En attente, spécifier : _____ |                                                                          |
| <b>c) Références antérieures en cardiologie</b><br><input type="checkbox"/> Oui, spécifier : _____                                                                                                                                                                                                   |                                                                          |
| <b>d) Antécédents pertinents :</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |
| <b>e) Diagnostic maladie actuelle/reenseignements complémentaires :</b> _____                                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                          |
| <b>Partie IV : Provenance de la demande</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                          |
| Nom et prénom du médecin référent (lettres moulées) : _____<br><br>Numéro de permis : _____<br>N° téléphone : (    )    N° télécopieur : (    )<br>Nom de la clinique : _____<br>Adresse professionnelle : _____ Code postal : _____                                                                 | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |
| <b>Identification et coordonnées du médecin ou professionnel qui assurera le suivi de l'épisode de soins (si différentes de ci-dessus)</b><br>Nom et prénom du médecin (lettres moulées) : _____<br>No téléphone : (    )    No télécopieur : (    )                                                 |                                                                          |
| Signature du médecin référent                                                                                                                                                                                                                                                                        | No. de permis                                                            |
| <b>À l'usage du CRDS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |
| Date et heure de réception :                                                                                                                                                                                                                                                                         | Traité par :                                                             |
| Date, heure et lieu du rendez-vous avec le cardiologue :                                                                                                                                                                                                                                             | Nom du cardiologue :                                                     |

N° télécopieur du CRDS : 514 732-5121  
[CRDS.SOV@ssss.gouv.qc.ca](mailto:CRDS.SOV@ssss.gouv.qc.ca)

Pour joindre l'infirmière du CRDS : 514 766-0546 (55121)

## ANNEXE 13 – MODÈLE D'ORGANISATION DU SERVICE D'ACCUEIL CLINIQUE



| Activités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Responsable                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. Effectue le diagnostic de conditions aiguës ou subaiguës.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Médecin référent                                                  |
| 2. Complète les informations cliniques et initie, si indiqué à l'algorithme d'investigation, les éléments du traitement.                                                                                                                                                                                                                          | Médecin référent                                                  |
| 3. Transmets la demande au guichet d'accès de l'accueil clinique de son territoire.                                                                                                                                                                                                                                                               | Médecin référent                                                  |
| 4. Confirme au référent la prise en charge et prend le relai du médecin de famille auprès du patient.                                                                                                                                                                                                                                             | Guichet d'accès de l'accueil clinique—<br>Infirmière clinicienne  |
| 5. Entreprend l'algorithme d'investigation et de traitement – prérequis cliniques (si le patient répond aux critères compris dans le registre des diagnostics et symptômes de l'accueil clinique, le cheminement clinique via l'accueil clinique se poursuit. Si non, aviser le médecin requérant et discuter avec lui d'alternatives possibles). | Infirmière clinicienne                                            |
| 6. Complète la fiche du patient, s'assure de la prise de rendez-vous et effectue les tests spécifiques requis et convenus selon la condition clinique.                                                                                                                                                                                            | Guichet d'accès de l'accueil clinique—<br>Infirmière clinicienne  |
| 7. Poursuis l'investigation et établis le plan de traitement, s'il y a lieu.                                                                                                                                                                                                                                                                      | Médecin spécialiste                                               |
| 8. Reçois le plan de traitement.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Infirmière clinicienne                                            |
| 9. Retourne l'ensemble des informations pertinentes au suivi médical du patient au médecin référent (fiche, résultats d'examen, plan de traitement, etc.).                                                                                                                                                                                        | Guichet d'accès de l'accueil clinique —<br>Infirmière clinicienne |
| 10. Reprends en charge le patient et assure le suivi du plan de traitement.                                                                                                                                                                                                                                                                       | Médecin référent                                                  |

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

## ANNEXE 14B : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE HARMONISÉE EN ÉCHOGRAPHIE (VERSO)

| Guide clinique: Veuillez consulter ce Guide et justifier toute modification de la priorité clinique suggérée au formulaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Conditions cliniques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Niveau de priorité suggéré                                                         |
| - Gynécologique :<br><input type="checkbox"/> Saignement 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> trimestre<br><input type="checkbox"/> Coeur foetal négatif 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> trimestre<br><input type="checkbox"/> Douleur abdominale aigue<br><input type="checkbox"/> Recherche de grossesse ectopique post BHCG positive<br>- Surface (testis, thyroïde, etc) :<br><input type="checkbox"/> Syndrome du compartiment<br><input type="checkbox"/> Douleur testiculaire<br><input type="checkbox"/> Arthrite aigue septique<br>- Abdomino-pelvienne :<br><input type="checkbox"/> Dissection aortique, rupture d'anévrisme<br><input type="checkbox"/> Traumatisme abdominal majeur, patient instable<br><input type="checkbox"/> Douleur abdominale aigue chirurgicale (appendicite)<br><input type="checkbox"/> État toxique, suspicion d'abcès<br><input type="checkbox"/> Hémorragie intra abdominale<br><input type="checkbox"/> Infection urinaire recherche d'obstruction<br>- Doppler :<br><input type="checkbox"/> Thrombophlébite (si accueil clinique non disponible)<br><input type="checkbox"/> Thrombose, dissection des vaisseaux du cou                                                                                                                                                                                                                   | <b>si urgent,</b><br><b>référer directement à l'urgence</b><br><b>de proximité</b> |
| - Gynécologique :<br><input type="checkbox"/> Saignement du 1 <sup>er</sup> trimestre post BHCG positif<br><input type="checkbox"/> Recherche d'abcès<br><input type="checkbox"/> Rétention placentaire<br>- Abdomino-pelvienne :<br><input type="checkbox"/> Recherche d'abcès<br>- Surface (testis, thyroïde, etc) :<br><input type="checkbox"/> Traumatisme ligamentaire ou tissus mous aigus<br>- Doppler :<br><input type="checkbox"/> AVC sténose carotide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>A</b><br><b>Délai ≤ 0-3 jours</b>                                               |
| - Gynécologique :<br><input type="checkbox"/> Échographie datation 1 <sup>er</sup> trimestre<br>- Abdomino-pelvienne :<br><input type="checkbox"/> Préciser l'image TDM dans bilan métastatique<br><input type="checkbox"/> Recherche d'ascite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>B</b><br><b>Délai 4-10 jours</b>                                                |
| - Gynécologique :<br><input type="checkbox"/> Échographie 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> trimestre<br><input type="checkbox"/> Ménométrorragie<br><input type="checkbox"/> Échographie datation ou âge gestationnel<br><input type="checkbox"/> Staging de néoplasie<br><input type="checkbox"/> Saignement post ménopausique<br><input type="checkbox"/> Évaluation de masse annexielle sans contexte gestationnel<br><input type="checkbox"/> Croissance d'une masse cancéreuse<br>- Surface (testis, thyroïde, etc) :<br><input type="checkbox"/> Déchirure de la coiffe<br><input type="checkbox"/> Tendinite<br><input type="checkbox"/> Masse des tissus mous<br><input type="checkbox"/> Lymphadénie<br><input type="checkbox"/> Thyroïdite<br><input type="checkbox"/> Masse cancéreuse<br><input type="checkbox"/> Masse testiculaire<br>- Abdomino-pelvienne :<br><input type="checkbox"/> Bilan métastatique<br><input type="checkbox"/> Bilan pré-greffe<br><input type="checkbox"/> Évaluation d'une anomalie au TDM ou IRM hors contexte néoplastique<br><input type="checkbox"/> Suspicion d'anévrisme de l'aorte asymptomatique<br><input type="checkbox"/> Croissance d'une masse cancéreuse<br><input type="checkbox"/> Hématurie<br><input type="checkbox"/> Bilan hépatique perturbé<br>- Doppler :<br><input type="checkbox"/> Souffle carotidien asymptomatique | <b>C</b><br><b>Délai 11 - 28 jours</b>                                             |
| - Gynécologique :<br><input type="checkbox"/> Screening histoire familiale de néoplasie<br><input type="checkbox"/> Douleurs chroniques<br>- Surface (testis, thyroïde, etc) :<br><input type="checkbox"/> Kyste de Baker<br><input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien<br><input type="checkbox"/> Lipome cutané<br>- Abdomino-pelvienne :<br><input type="checkbox"/> Souffle abdominal asymptomatique<br><input type="checkbox"/> Screening histoire familiale d'anévrisme<br><input type="checkbox"/> Screening cirrhose ou hépatite<br><input type="checkbox"/> Douleurs chroniques<br><input type="checkbox"/> Suivi d'anévrisme<br><input type="checkbox"/> Fièvre d'origine indéterminée<br>- Doppler :<br><input type="checkbox"/> Mesure des artères poplitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>D</b><br><b>Délai &lt; 3 mois</b>                                               |

## ANNEXE 15

### LEXIQUE

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Algorithmes d'investigation | Issu de protocoles d'investigation définis conjointement avec les médecins de famille et les médecins spécialistes, algorithmes permettant d'adopter une conduite clinique systématisée et supporter une première investigation par l'infirmière clinicienne via des tests et prérequis clinique et le plus souvent représenté par une suite d'actions cliniques en lien avec une situation ou un diagnostic particuliers. |
| Catalogue de services       | Ensemble des services disponibles via la Solution logicielle SIGASS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Corridor de services        | Modèle d'organisation des services impliquant une entente interétablissement, afin de compléter une offre de services et répondre aux besoins de la population d'un territoire donné.                                                                                                                                                                                                                                      |
| Demande de services         | Demande d'accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques d'un référent vers un dispensateur de services, incluant les demandes en programmes-services (hébergement et réadaptation).                                                                                                                                                                                                                   |
| Dispensateur de services    | Organisation de qui relèvent la planification et la prestation d'un ou plusieurs services, le plus souvent, le centre hospitalier de première instance.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Référent                    | Médecin ou professionnel (par exemple, Infirmière praticienne spécialisée- IPS) de qui provient la demande de service, le plus souvent le médecin de famille en première ligne.                                                                                                                                                                                                                                            |

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Arsenault, C., Bisson, G.** 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*, (document interne), 2014, pp 1-22.
2. **Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux**, Guide d'implantation de l'accueil clinique, 2009.
3. **Baugh, R.F., Alpard, C.R., Colon, E.** Advanced access to otolaryngology : lessons learned. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, 2008, 138(2), pp 140-142.
4. **Baxley, E.G., Weir, S.** Advanced access in academic settings : definitional challenges. *Ann Fam Med.*, 2009, 7(1), pp 90-91.
5. **Baxter, S.K., Blank, L., Buckley Woods, H., Payne, N., Rimmer, M., Goyder, E.** Using logic model methods in systematic review synthesis : describing complex pathways in referral management interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 2014, 14(62), pp 1-9. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/14/62>.
6. **Bennett, K.J., Baxley, E.G.** The effect of a carve-out advanced access scheduling system on no-show rates. *Fam. Med.*, 2009, 41(1), pp 51056.
7. **Blank, L., Baxter, S., Woods, H.B., Goyder, E., Lee, A., Payne, N., Rimmer, M.** Referral interventions from primary to specialist care : a systematic review of international evidence. *Br J Gen Pract.*, 2014, 64(629) : e765-74. Doi : 10.3399/bjqp 14X682837.
8. **Boelke, C., Boushon, B., Isensee, S.** Achieving open access : the road to improved service & satisfaction. *Med Group Manage J.*, 2000, 47(5), pp 64-68.
9. **Cameron, S., Sadler, L., Lawson, B.** Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Can Fam Physician*, 2010, 56(9), pp 906-911.
10. **Centre de santé et des services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord**, Cadre de référence accueil clinique, septembre 2013.
11. **Cherniack, E.P., Sandals, L., Gillespie, D., Maymi, E., Aguilar, E.** The use of open-access scheduling for the elderly. *J Healthc Qual.*, 2007, 29(6), pp 45-48.
12. **Cheung, W.Y., Dove, J., Lervy, B., Russell, I.T., Williams, J.G.** Shared care in gastroenterology : GPs' view of open access to out-patient follow-up for patients with inflammatory bowel disease. *Fam Pract.*, 2002, 19(1), pp 53-56.
13. **Degani, N.** Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases : an evidenced-based analysis. *Ontario Health Technol Assess Service*, 2013, 13(7), pp 1-48.
14. **Direction de la santé publique de Montréal, secteur Tout-petits-Jeunes**, L'utilisation des services médicaux chez les enfants montréalais de moins de 5 ans, 2011
15. **Direction de la santé publique de Montréal, secteur Tout-petits-Jeunes**, L'utilisation des services médicaux chez les jeunes de 5 à 19 ans, 2012
16. **DuMontier, C., Rindfleisch, K., Pruszyński, J., Frey, J.J. 3rd.** A multi-method intervention to reduce no-shows in an urban residency clinic. *Fam Med.*, 2013, 45(9), pp 634-641.
17. **Fournier, J., Heale, R., Rietze, L.L.** I can't wait : advanced access decreases wait time in primary healthcare. *Healthc Q.*, 2012, 15(1), pp 64-68.

18. Gladstone, J., Howard, M. Effect of advanced access scheduling on chronic health care in a Canadian practice. *Can Fam Physician*, 2011, 57(1), pp e21-25.
19. Heuss, L.T., Haenggeli, C. Open-access to part-time specialist training – the Swiss experience. *Swiss Med Wkly.*, 2003, 133(17-18), pp 263-266.
20. Hudec, J.C., MacDougal, S., Rankin, E. Advanced access appointments : effects on family physician satisfaction, physician' office income and emergency department use. *Can Fam Physician*, 2010, 56(10), pp e361-367.
21. Knight, A., Lembke, T. Appointments 101—how to shape a more effective appointment system. *Aust Fam Physician*, 2013, 42(3), pp 152-156.
22. Knight, A.W., Padgett, J., George, B., Datoo, M.R. Reduced waiting times for the GP : two examples of «advanced access» in Australia. *Med J Aust.*, 2005, 183(2), pp 101-103.
23. Mahajan, R.J., Barthel, J.S., Marshall, J.B. Appropriateness of referrals for open-access endoscopy. How do physicians in different medical specialties do ? *Arch Intern Med.*, 1996, 156(18), pp 2065-2069.
24. Mainous, A.G., 3rd, Salisbury, C. Advanced access, open access, and continuity of care : should we enforce continuity ? *Fam Med.*, 2009, 41(1), pp 57-58.
25. Mehrotra, A., Keehl-Markowitz, L., Ayanian, J.Z. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices : a cautionary tale. *Ann Intern Med.*, 2008, 148(12), pp 915-922.
26. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Guide de gestion : accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques, Gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés, janvier 2013.
27. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan de travail pour l'implantation de mécanismes d'accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques, 18 octobre 2013.
28. Mitchell, V. Same-day booking : success in a Canadian family practice. *Can Fam Physician*, 2008, 54(3), pp 379-283.
29. Murray, M., Berwick, D.M. Advanced access : reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, 2003, 289(8), pp 1035-1040.
30. Newman, E.D., Harrington, T.M., Olenginski, T.P., Perruquet, J.L., McKinley, K. «the rheumatologist can see you now» : Successful implementation of an advanced access model in a rheumatology practice. *Arthritis Rheum.*, 2004, 51(2), pp 253-257.
31. NHS Institute for innovation and improvement, Seven ways to no delays – version 2.0, Janvier 2010, 24 p.
32. NHS Institute for innovation and improvement, Demand and capacity – a comprehensive guide, 2008, [http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools)
33. NHS Institute for innovation and improvement, Variation – an overview, 2008, [http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools)
34. NHS Institute for innovation and improvement, Matching capacity and demand : process and systems thinking; improvement leaders' guide, 2005, [http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools)
35. O'Connor, M.E., Matthews, B.S., Gao, D. Effect of open access scheduling on missed appointments, immunizations, and continuity of care for infant well-child care visits. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 2006, 160(9), pp 889-893.
36. Patrick, J. A. Markov decision model for determining optimal outpatient scheduling. *Health Care Manag Sci.*, 2012, 15(2), pp 91-102.
37. Pierdon, S., Charles, T., McKinley, K., Myers, L. Implementing advanced access in a group practice network. *Fam Pract Manag.*, 2004, 11(5), pp 35-38.

38. **Pinto, M.B., Parente, D., Barber, J.C.** Selling open access health care delivery to patients and administrators : what's the hook ? *Health Mark Q.*, 2002, 19(3), pp 57-69.
39. **Pomerantz, A., Cole, B.H., Watts, B.V., Weeks, W.B.** Improving efficiency and access to mental health care : combining integrated care and advanced access. *Gen Hosp Psychiatry*, 2008, 30(6), pp 546-551.
40. **Pope, C., Banks, J., Salisbury, C., Lattimer, V.** Improving access to primary care : eight case studies of introducing advanced access in England. *J Health Serv Res Policy*, 2008, 13(1), pp 33-39.
41. **Preston, C., Cheater, F., Baker, R., Hearnshaw, H.** Left in Limbo : patients' view on care across the primary/secondary interface. *Quality in Health Care*, 1999, 8, pp 16-21.
42. **Randolph, G.D.** Where next for advanced access : will it be embraced by specialties ? *N C Med J.*, 2005, 66(3), pp 226-228.
43. **Rohrer, J.E., Bernard, M., Naessens, J., Furst, J., Kircher, K., Adamson, S.** Impact of open-access scheduling on realized access. *Health Serv Manage Res.*, 2007, 20(2), pp 134-139.
44. **Rose, K.D., Ross, J.S., Horwitz, L.I.** Advanced access scheduling outcomes : a systematic review. *Arch Intern Med.*, 2011, 171(13), pp 1150-1159.
45. **Rust, G., Ye, J., Baltrus, P., Daniels, E., Adesunloye, B., Fryer, G.E.** Practical Barriers to timely primary care access : impact on adult use of emergency department services. *Arch Intern Med.*, 2008, 168(15), pp 1705-1010.
46. **Salisbury, C.** Does advanced access work for patients and practices ? *Br J Gen Pract.*, 2004, 54(502), pp 330-331.
47. **Salisbury, C., Montgomery, A.A., Simons, L., Sampson, F., Edwards, S., Baxter, H., Goodall, S., Smith, H., Lattimer, V., Pickin, D.M.** Impact of advanced access on access, workload, and continuity : a controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br J Gen Pract.*, 2007, 57(541), pp 608-614.
48. **Shiner, B., Watts, B.V., Pomerantz, A., Groft, A., Scott, D., Street, B., Young-Xu, Y.** Access to what ? An evaluation of the key ingredients to effective advanced mental health access at a VA medical center and its affiliated community-based outreach clinics. *Mil Med.*, 2009, 174(10), pp 1024-1032.
49. **Solberg, L.I., Hroschikoski, M.C., Sperl-Hillen, J.M., O'Connor, P.J., Crabtree, B.F.** Key issues in transforming health care organizations for quality : the case of advanced access. *Jt Comm J Qual Saf.*, 2004, 30(1), pp 15-24.
50. **Sperl-Hillen, J.M., Solberg, L.I., Hroschikoski, M.C., Crain, A.L., Engebretson, K.I., O'Connor, P.J.** The effect of advanced access implementation on quality of diabetes care. *Prev Chronic Dis.*, 2008, 5(1), pp A16. Epub 2007 Dec 15.
51. **Straus, S.G., Chen, A.H., Yee, H.F., Kushel, M.B., Bell, D.S.** Implementation of an electronic referral system for outpatient specialty care. *AMIA Annu Symp Proc.*, 2011; Published online Oct 22, 2011, pp 1337-1346.
52. **Strindhall, M., Henriks, G.** How improved access to healthcare was successfully spread across Sweden. *Qual Manag Health Care*, 2007, 16(1), pp 16-24.
53. **Stubbs, N.D., Geraci, S.A., Stephenson, P.L., Jones, D.B., Sanders, S.** Methods to reduce outpatient non-attendance. *Am J Med Sci.*, 2012, 344(3), pp 211-219.
54. **Subramanian, U., Ackermann, R.T., Brizendine, E.J., Saha, C., Rosenman, M.B., Willis, D.R., Marrero, D.G.** Effect of advanced access scheduling on processes and intermediate outcomes of diabetes care and utilization. *J Gen Intern Med.*, 2009, 24(3), pp 327-333.
55. **Tantau, C.** Accessing patient-centered care using the advanced access model. *J Ambul Care Manage.*, 2009, 32(1), pp 32-43.
56. **Taylor, D., Lahey, M.** Increasing the involvement of specialist physicians in chronic disease management. *J Health Serv Res Policy*, 2008, pp 51-56.

57. **Tuli, S.Y., Thompson, L.A., Ryan, K.A., Srinivas, G.L., Fillipps, D.J., Young, C.M., Tuli, S.S.** Improving quality and patient satisfaction in a pediatric resident continuity clinic through advanced access scheduling. *J Grad Med Educ.*, 2010, 2(2), pp 215-221.
58. **Valenti, W.M., Bookhardt-Murray, J.** Advanced-access scheduling increases quality, productivity, and revenue. *AIDS Read.*, 2004, 14(5), pp 220-224.
59. **Van der Voort, M.R., Van Wijngaarden, J., Janssen, S., Berden, B., Van Merode, F.** Sustainability of improvements in access to outpatient specialist care in the Netherlands. *J Health Serv Res Policy*, 2013, pp 1-8.
60. **Witt, M.J.** Advanced access works! Improved patient satisfaction, access, and P4P scores. *J Med Pract Manage.*, 2006, 22(2), pp 107-111.