



ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL

Version 1 - 21 mai 2014





ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL

Version 1 - 21 mai 2014

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

ACCÈS PRIORISÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL 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

Coordination des Continuuums de santé physique

Recherche et rédaction : Marie-Josée Cyr et Docteure Stéphanie Gougoux

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.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014

ISBN978-2-89510-814-6

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Table des matières

Table des acronymes	1
1. INTRODUCTION	2
2. STRATÉGIE RÉGIONALE.....	2
3. GOUVERNANCE	3
3.1. Gouvernance régionale	3
3.2. Gouvernance locale.....	4
3.3. Le rôle du responsable local de l'accès	5
4. ORIENTATIONS	5
4.1. Orientations générales	6
4.2. Principes directeurs	6
4.3. Résultats attendus.....	7
5. OBJECTIFS	7
6. ORGANISATION RÉGIONALE DES SERVICES.....	8
6.1. Rappel du rôle du centre hospitalier de première instance au sein du RLS.....	8
6.2. Corridors de services	8
6.3. Échelle régionale de priorisation clinique	9
7. GESTION LOCALE DU MÉCANISME D'ACCÈS	9
7.1. Le guichet d'accès.....	9
7.2. Un guichet d'accès dans chaque RLS.....	10
7.3. Un guichet d'accès centralisé dans chaque dispensateur de service.....	10
7.4. Un centre de répartition des demandes de services (CRDS) comme structure temporaire.....	10
8. SOUTIEN AUX ACTIVITÉS ET MESURE DES RÉSULTATS.....	11
8.1. Système informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés	11
8.2. Indicateurs de gestion	12
9. MISE EN ŒUVRE	13
9.1. Phase 1	13
9.2. Prochaines phases	14
10. CONCLUSION	14
Annexe 1 – Territoires de desserte pour l'APSS : les RLS et leur CHPI	15
Annexe 2 – Échelle de priorisation clinique régionale	16
Annexe 3 – Modèle d'organisation du service d'accueil clinique (phase 1 de l'APSS pour les priorités cliniques A)	17
Annexe 4 – Trajectoires de communication entre les guichets d'accès	18
Annexe 5 – Lexique	19
RÉFÉRENCES	20

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

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 guichet d'accès. Plus récemment, 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.

Les orientations de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (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 services 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 diagnostiques et aux consultations spécialisées pour l'évaluation de leurs patients représente un défi majeur, n'offrant souvent pas d'autres choix que le recours à la salle d'urgence ou les obligeant à de nombreuses démarches afin d'obtenir les rendez-vous, les évaluations et les examens diagnostiques requis. Des difficultés d'accès aux programmes-services, comme la réadaptation et l'hébergement, sont aussi à considérer.

2. STRATÉGIE RÉGIONALE

C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent cadre de référence sur l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS), incluant les services diagnostiques et les programmes-services. L'amélioration de l'accès est fondée sur trois stratégies régionales :

- A. L'information au public** (sur les nouveaux services offerts à proximité de leur résidence) **et aux médecins** (sur les corridors de services formels pour accéder rapidement aux services spécialisés selon la priorité clinique du patient). Cette stratégie est prise en charge par les travaux du MSSS avec les agences des régions 514 et 450 sur le rapatriement des clientèles dans le cadre des projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).
- B. L'organisation régionale des services** afin d'orienter toute demande vers le bon fournisseur de service.
- C. La gestion locale de l'accès**, c'est-à-dire au sein des réseaux locaux de services de santé et services sociaux (RLS) et des fournisseurs de services spécialisés (principalement les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés [CHSGS] et les cliniques médicales).

Pour l'Agence de Montréal, l'implantation de mécanismes permettant l'APSS est prioritaire afin de soutenir les besoins d'accès et d'arrimage entre la première et la deuxième ligne de soins. La première initiative visée par le présent cadre de référence est l'accueil clinique, il constitue la phase 1 de la mise en œuvre de l'APSS.

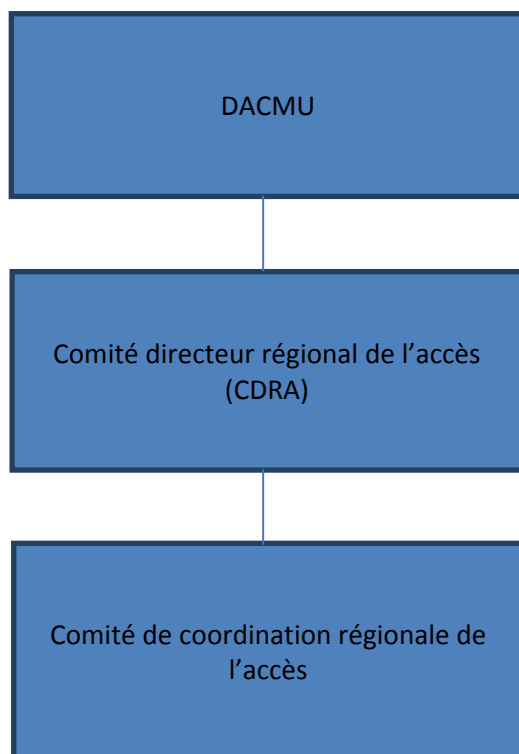
3. GOUVERNANCE

3.1. Gouvernance régionale

Considérant l'accès aux services spécialisés, services diagnostiques et programmes-services comme une priorité régionale, l'Agence de Montréal souhaite se doter d'une structure de gouvernance qui reflète bien cette priorité et visera 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 (directeur des services professionnels, Département régional de médecine générale, Table régionale des chefs de médecine spécialisée, Direction de services généraux et maladies chroniques et la Direction des Programmes-services de l'Agence de Montréal) sera mis sur pied dès mai 2014. Le rôle de ce comité sera d'apprécier, décider et implanter les différents projets régionaux en accès en lien avec le présent cadre de référence. Ce comité sera 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, leur composition et principaux rôles. L'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) est un dossier régional prioritaire et 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



3.2. Gouvernance locale

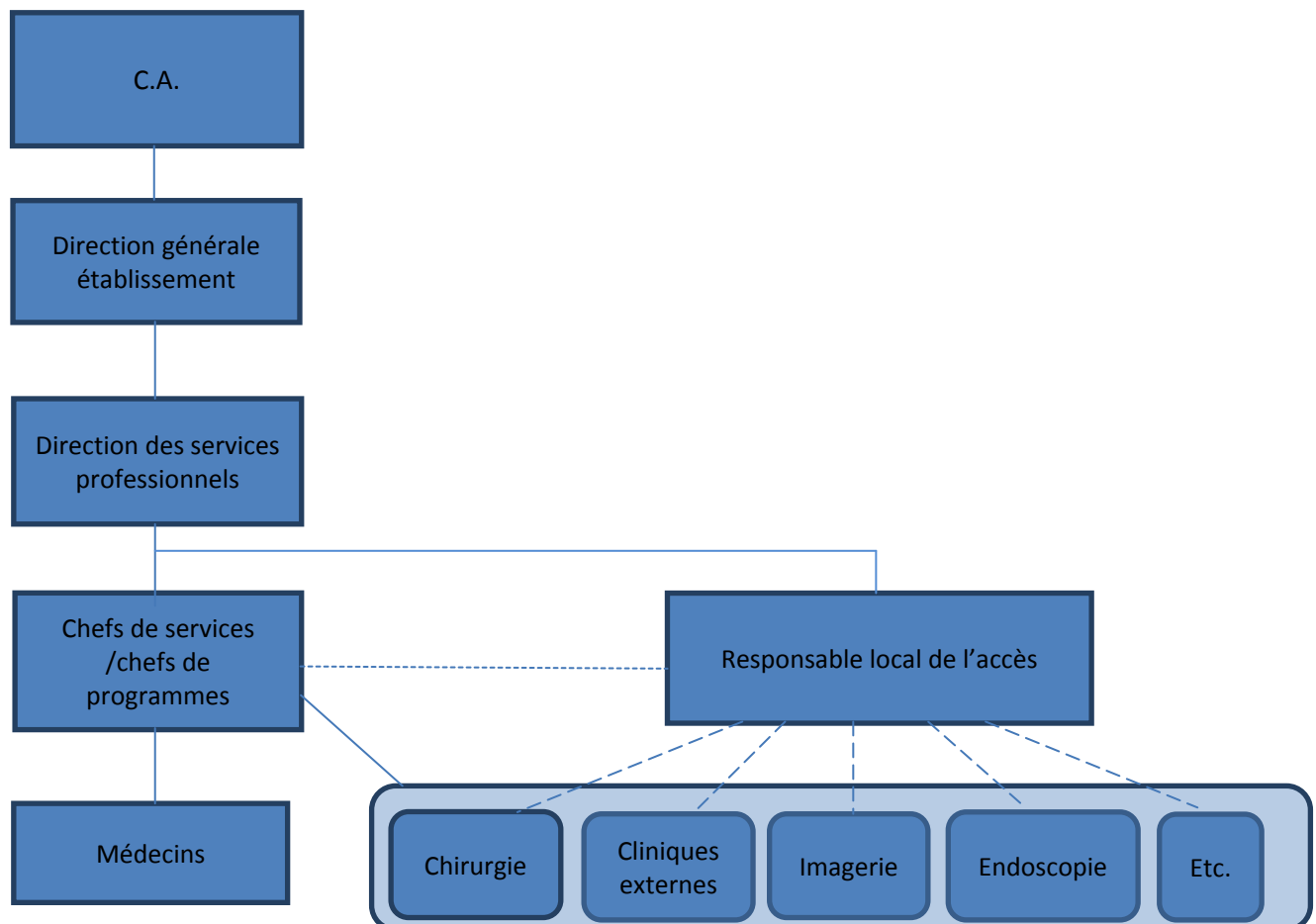
La notion d'accessibilité aux services doit également être une priorité pour l'ensemble des partenaires du réseau et se refléter au sein des organisations. De même, il importe que le rôle du **responsable local de l'accès** soit bien défini et intégré. C'est dans ce contexte que l'Agence de Montréal souhaite 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 :

- 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 et les besoins de la population;
- Les corridors de services intra établissements (entre différents services) ainsi que les corridors interétablissements nécessaires afin d'assurer les trajectoires de soins et services optimales.

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 mieux 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



3.3. 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 la 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;
- Tenir à jour le tableau de bord sur l'accès qui est déposé à la Direction des services professionnels (DSP), la Direction générale (DG) et au conseil d'administration (C.A.);
- Identifier les programmes ou services en difficulté et proposer des pistes de solution;
- Informer périodiquement la DG et le C.A. de l'état de situation de l'accès aux services et programmes de son organisation;
- Suggérer des mesures afin d'optimiser l'utilisation des ressources en place;
- Vérifier l'adéquation de l'offre de services avec la demande de services;
- Participer activement au comité de coordination régional de l'accès de l'Agence de Montréal.

4. ORIENTATIONS

L'état de situation régional actuel nous indique que les demandes de service (DS) sont reçues et traitées de façon multiple et majoritairement par ordre chronologique de réception par les différents dispensateurs de services. Le suivi du cheminement de la DS, tant pour le dispensateur de service que pour le référent, est difficile et souvent déficient.

Résultat : les cibles régionales d'accès ne sont pas atteintes et l'accès demeure un défi de taille.

L'Agence de Montréal priorise donc une organisation des soins et services de type **APSS**, soit :

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

4.1. Orientations générales

L'Agence de Montréal souhaite mettre en place un mécanisme d'APSS pour toute la région montréalaise et ainsi harmoniser son offre de service sur l'ensemble de son territoire, incluant le cas échéant, la nécessité d'élaborer des ententes interétablissements pour s'assurer de la présence de corridors de services formels et fonctionnels permettant une offre de service complète à chacun des territoires de RLS. Les orientations générales de l'APSS sont :

- Respecter la préférence du patient et/ou du médecin référent dans le choix du dispensateur (centre hospitalier et/ou médecin spécialiste);
- Offrir, lorsque le patient le désire, des soins à proximité de son lieu de résidence;
- Améliorer l'accessibilité aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques;
- Améliorer la prise en charge des patients;
- Adapter l'offre de service aux besoins populationnels;
- Soutenir les médecins référents dans le suivi de leurs patients lors d'une demande de services spécialisés et de services diagnostiques;
- Établir un partenariat entre la première et la deuxième ligne médicale;
- Respecter les délais établis par priorité clinique;
- Mesurer les délais d'attente à compter du temps « 0 » (moment où le médecin référent fait sa demande);
- 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.

4.2. 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.
Pour le médecin référent ➡	Le médecin référent demeure responsable du patient. 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. Plus spécifiquement pour l'accueil clinique, le médecin complète la demande et assure le suivi (lui-même ou un médecin de son groupe) auprès du patient selon les résultats obtenus.
Pour le fournisseur de services ➡	Le fournisseur 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 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 un mécanisme d'accès aux services spécialisés, afin d'atteindre les objectifs définis.
Pour le centre de santé et de services sociaux (CSSS) ➡	Le CSSS s'assure de la présence de conditions favorables pour améliorer les liens entre la première ligne et les services diagnostiques et consultations spécialisées. À ce titre, il doit, en collaboration avec la table locale du Département régional de médecine générale (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.

4.3. Résultats attendus

Pour le patient	➡	• Accroître la prise en charge globale de son épisode de soins; • Obtenir les services requis par sa condition clinique, tout en diminuant le recours à la salle d'urgence.
Pour le médecin de famille	➡	• Gain de temps et d'efficacité; • Réception des résultats et des informations cliniques pertinentes au suivi du patient; • Augmentation de la capacité de prise en charge de patients puisque mieux soutenu dans sa pratique.
Pour le médecin spécialiste	➡	• Gain de temps et d'efficacité, notamment en accueil clinique, par une investigation du patient préalable à la consultation, convenue et débutée, selon la condition clinique du patient (par exemple : pré requis cliniques et algorithmes d'investigation convenus, etc.); • Augmentation de l'offre de service et des disponibilités en spécialité.
Pour le CSSS	➡	• Développer et optimiser un réseau intégré par une complémentarité et un meilleur arrimage des services de première et de deuxième ligne; • Permettre une meilleure prise en charge des patients, dont ceux inscrits aux GACO, en supportant davantage les médecins de famille dans leur pratique.
Pour le fournisseur de services (CHSGS)	➡	• Optimiser l'utilisation des plateaux techniques et l'accès aux services spécialisés; • 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.

5. OBJECTIFS

Le but de l'APSS est de créer une modalité d'accès à des services diagnostiques et de consultation spécialisée, accessible aux médecins référents d'un territoire donné peu importe le lieu de pratique (CLSC ou cabinet) par l'implantation de guichets d'accès.

Plus spécifiquement, l'APSS vise à :

- En lien avec le plan d'action ministériel sur les mécanismes d'accès entre la 1^{re} et la 2^e ligne, développer un service d'accueil clinique pour les pathologies aiguës et subaiguës les plus courantes, pour chacun des territoires de RLS, première phase d'implantation de l'APSS;
- Assurer un suivi du cheminement diagnostique et thérapeutique auprès des médecins référents afin d'assurer la continuité des services, et ce, par la trajectoire optimale de soins et services;
- Soutenir le médecin référent dans sa démarche de référence;
- Assurer une évaluation diagnostique systématisée en fonction des meilleures pratiques, afin de respecter le délai prescrit par la condition et la priorité clinique du patient;
- Déterminer les critères de priorisation clinique pour chacun des services spécialisés et/ou condition médicale, et ainsi permettre l'accès à ces services de façon équitable et dans les temps requis pour la clientèle;

- Utiliser une échelle de priorisation qui soit commune aux différents acteurs. Pour la région montréalaise, l'échelle retenue est présentée en annexe (annexe 2) et inspirée des travaux de la région de Lanaudière;
- Notamment pour l'accueil clinique, mettre à profit la collaboration médecin/infirmière dans le but d'agir conjointement auprès de la clientèle présentant des problèmes de santé, et ce, dans leurs champs de compétences respectifs.

6. 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 demande de service (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, centre hospitalier, etc.) pouvant offrir le service, avec les spécialités et les ressources appropriées, et ce, dans les délais de priorités cliniques requis par la condition du patient. Cette organisation régionale met à l'avant-plan le CHPI dans chaque RLS et qui assure, lorsque nécessaire, la mise en place de corridors de services formels entre chaque CHPI et un ou plusieurs CHSGS afin de compléter l'offre de service.

6.1. Rappel du rôle du centre hospitalier de première instance au sein du RLS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, articles 99.2 et suivants) définit le rôle de l'instance locale, notamment dans la coordination des soins et services afin de répondre aux besoins de la population de son territoire. À Montréal, lors de la création des CSSS, comme plus de la moitié des CSSS n'avaient pas de CHSGS intégré, l'Agence de Montréal a alors défini le concept de centre hospitalier de première instance. Ainsi, chaque RLS avait un CHSGS « désigné » qui devait jouer le rôle d'un CHSGS pour la population et les médecins du CSSS.

De par la mission de l'instance locale selon la LSSSS, l'Agence de Montréal entend revaloriser le rôle du CHPI en tant que fournisseur privilégié de services spécialisés à la population du RLS. L'annexe 1 présente la liste des CHPI pour chaque RLS. Ainsi, tous les médecins de famille pratiquant dans un RLS donné seront invités à envoyer toutes leurs DS vers leur CHPI d'appartenance qui assurera la réception, l'analyse/validation, le traitement et le suivi de ces demandes. À terme, lorsque l'APSS sera en fonction dans toute la région de Montréal, les divers CHPI s'arrimeront afin d'orienter les demandes vers le bon CHPI selon le RLS de résidence de chaque patient.

6.2. Corridors de services

Lorsqu'un CHPI ne peut offrir un service spécialisé (notamment en l'absence d'expertise médicale pour y répondre), ce CHPI a la responsabilité de conclure un corridor de services formel avec un CHSGS en mesure d'offrir ce service. L'Agence de Montréal s'assurera de définir, conjointement avec les RLS et les CHPI, les corridors de services nécessaires.

6.3. Échelle régionale de priorisation clinique

Afin d'harmoniser la priorisation des demandes de service et la prise en charge de la clientèle référée, peu importe le milieu de soins et le territoire de provenance du patient, l'Agence de Montréal prévoit l'utilisation d'une échelle de priorisation clinique régionale (voir annexe 2). Plus spécifiquement pour les services d'accueil clinique, dans un premier stade d'implantation, l'échelle de priorité A (conditions cliniques subaigües et semi-urgentes nécessitant une prise en charge dans un délai allant jusqu'à 72 heures) sera retenue comme base de développement de l'offre des services. Par la suite, l'évolution de l'offre de service devra inclure une échelle de priorisation de A à E pour chaque spécialité.

L'utilisation d'une échelle de priorisation clinique régionale et éventuellement provinciale permettra une prise en charge optimale des patients, et ce, peu importe le territoire ou la condition clinique de celui-ci. L'échelle harmonisée facilitera le suivi des indicateurs reliés à la gestion intégrée de l'accès. Le patient sera priorisé selon sa condition clinique de la même façon, peu importe où il réside et à quel établissement il est suivi. La complémentarité régionale et interrégionale entre établissements ne pourra qu'en être facilitée, et ce, à l'avantage des patients.

7. GESTION LOCALE DU MÉCANISME D'ACCÈS

7.1. Le guichet d'accès

La pierre angulaire de cette organisation régionale de services pour l'ensemble des services spécialisés et diagnostiques est l'implantation de **guichets d'accès** (GA). Le GA est le point de chute des demandes de service, mais aussi le point de contact principal pour les médecins référents. Il représente le service responsable de l'**accueil centralisé** et se doit d'assurer la gestion de bout en bout du cheminement des demandes de service qui lui sont acheminées. Il a donc comme fonctions principales :

- La réception de la DS;
- La validation de la DS (conformité des informations, etc.);
- L'orientation de la demande de services selon la provenance, le service requis, le dispensateur approprié et la disponibilité des ressources, le respect de la priorité clinique;
- Le retour des résultats au médecin référent;
- La rétroaction au médecin référent à chacune des étapes du cheminement de la DS.

Ces demandes de services lui seront dirigées selon des corridors établis et en lien avec des territoires de desserte définis, selon le service ciblé. Le territoire de desserte est d'abord celui du RLS et de son CHPI d'appartenance. Toutefois, cela peut aller au-delà du territoire du RLS lorsque cela concerne par exemple, des services spécialisés qui ne sont pas disponibles au CHPI d'appartenance, ou encore lorsque cela concerne des services surspécialisés. Dans ces situations, l'élaboration d'ententes permettant l'utilisation de corridors de services interétablissements devient essentielle.

Le modèle optimal régional de gestion de l'accès nécessite la mise en place d'un guichet d'accès centralisé dans chaque centre hospitalier (CHPI, CHSGS, centre hospitalier affilié [CHA], centre hospitalier universitaire [CHU], etc.) et le déploiement du Système informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés (SIGASS [section 8.1]).

7.2. Un guichet d'accès dans chaque RLS

Pour supporter les médecins référents dans leurs activités cliniques, l'Agence de Montréal propose d'identifier un GA unique dans chaque RLS. Ce GA sera géré par le CHPI du territoire. Chaque médecin référent, selon son RLS de pratique, interagira avec un seul et unique GA pour l'ensemble des demandes de service peu importe où résident ses patients. Il se créera alors un lien privilégié entre le GA et les médecins pratiquant sur son territoire. Ce guichet a la responsabilité d'assurer la réception, la validation et l'orientation de la demande de service. Si le CHPI est en mesure d'offrir le service, il donnera le rendez-vous au patient, sinon il sollicitera la collaboration d'un autre GA selon les besoins et la priorité clinique du patient. Dans tous les cas, une rétroaction au médecin référent est essentielle.

Un schéma des trajectoires de communication entre les différents types de guichets est joint à l'annexe 4. La porte d'entrée unique du CHPI est bien représentée et la communication se passe toujours de guichet à guichet, et ce, peu importe le type de demande de service.

7.3. Un guichet d'accès centralisé dans chaque dispensateur de service

Dans un contexte d'optimisation et d'harmonisation des pratiques internes, l'Agence de Montréal recommande à chaque dispensateur de service, qu'il soit un CHSGS, un CHA, un CHU, etc., d'instaurer un guichet d'accès. Ce GA devra, à terme, agir notamment comme centrale de rendez-vous, tel que proposé par le MSSS dans son *guide de gestion : accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques, Gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés*. Dans les CHSGS, la mise en place de ce guichet permettra la coordination des différents rendez-vous (RDV) requis par la condition du patient lorsque plusieurs services sont requis (exemple : examens de laboratoire, imagerie et service spécialisé pour le même épisode de soins). Lorsqu'un CHSGS agit aussi comme CHPI pour un RLS, les différents guichets devraient être réunis en une seule structure.

7.4. Un centre de répartition des demandes de services (CRDS) comme structure temporaire

Pour certains projets en cours, en attendant la mise en place de ces guichets d'accès et le déploiement du *Système informatique du guichet d'accès centralisé aux services spécialisés, services diagnostiques et programmes-services*, l'Agence de Montréal propose de créer des centres de répartition de demandes de service (CRDS) pour des services spécialisés ciblés sur certains territoires, afin d'atteindre les cibles de gestion intégrée de l'accès durant la période intérimaire. Ces CRDS seront temporaires. Les principaux projets concernés sont mentionnés à la section 9.2.

Ces CRDS permettront de créer un seul point de chute pour le médecin référent, d'orienter les demandes de service selon la capacité de chaque établissement concerné et de permettre une gestion de bout en bout du cheminement de la DS, incluant les notifications et la rétroaction au médecin référent.

8. SOUTIEN AUX ACTIVITÉS ET MESURE DES RÉSULTATS

8.1. Système informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés

En support à l'ensemble des mécanismes d'accès, le Système informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés (SIGASS) se veut un outil de support et de gestion pour l'ensemble des acteurs référents et fournisseurs de services. SIGASS permettra :

- 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);
- De gérer les délais d'attente de ces demandes de services, 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. SIGASS sera donc aussi un outil d'aide à la décision pour la gestion optimale des ressources régionales.

L'Agence de Montréal travaillera conjointement avec les établissements afin d'établir et maintenir un catalogue de services qui sera disponible aux référents. En effet, pour chacun de ces services accessibles via SIGASS, un travail clinique préalable sera essentiel afin de :

- Harmoniser les références;
- Harmoniser les critères de priorisation en lien avec l'échelle de priorisation régionale (annexe 2);
- Identifier les prérequis cliniques, lorsque nécessaires (algorithmes d'investigations, ordonnances individuelles et collectives, etc.);
- Déterminer les corridors de services nécessaires;

L'implantation de SIGASS représente pour l'Agence de Montréal une condition gagnante et un support essentiel puisqu'il sera possible de :

- Connaître, coordonner et diffuser l'offre de service de chaque centre hospitalier du territoire (informations cliniques, corridors, disponibilités, suivi des patients, liens entre les partenaires, réponses optimisées);
- Gérer de façon intégrée et en temps réel l'accès aux services spécialisés et les listes d'attente;
- Diffuser l'information pertinente à la prise de décision;
- Faciliter la coordination locale et régionale de la demande et de l'offre de service.

Bien que SIGASS soit un changement dans les façons de faire, il n'affectera que les modalités de référence et de gestion, mais nullement les pratiques cliniques. C'est un outil d'aide à la référence qui sera un catalyseur permettant des discussions et consensus cliniques, afin d'alimenter la solution informatique et en optimiser son utilisation. Cet outil informatique permettra l'utilisation optimale des corridors et trajectoires qui auront été cliniquement déterminés par établissement, spécialité, etc., en respect des mandats et missions de chacun. Ainsi, SIGASS deviendra un support aux référents.

SIGASS représente également un outil pour obtenir de l'information régionale (données) sur les besoins (demandes) et permettre de supporter les fournisseurs de services (offre). En résumé, SIGASS est un outil de gestion local et régional permettant d'optimiser l'utilisation des ressources existantes et l'accès aux services spécialisés, diagnostiques et programmes-services, afin de s'assurer du bon service, au bon patient, au bon endroit et au bon moment selon la priorité clinique.

Le déploiement de SIGASS se fera de façon progressive. La première phase inclut l'accueil clinique dans les cinq RLS de l'est de Montréal, l'accès aux ressources résidentielles en santé mentale et les mécanismes d'accès pédiatriques (APSS pédiatrique).

8.2. Indicateurs de gestion

Pour l'ensemble des mécanismes d'accès, les indicateurs généraux suivants seront mesurés :

- Mesure des délais :
 - o Entre la réception de la demande de service au guichet d'accès et l'inscription (cible : ≤ 24 heures);
 - o Entre l'inscription et l'attribution d'un rendez-vous (cible : à déterminer selon la priorité clinique);
 - o Entre l'attribution de la date de rendez-vous et le service requis (examen, spécialiste, etc.) (cible : à déterminer selon la priorité clinique);
 - o Entre le service requis et la rétroaction au médecin référent (cible : maximum 7 jours ou selon le délai clinique établi);
- Volumétrie par période :
 - o Nombre de demandes de services reçues pour un service donné;
 - o Nombre de demandes de services admissibles et inscrites;
 - o Nombre de demandes de services non admissibles et redirigées (autre service, autre établissement, etc.);
 - o Nombre de demandes de service en attente pour un service donné;
 - o Nombre de demandes de services réalisées;
 - o Pour chaque étape du processus : Nombre de demandes de services traitées selon les délais requis et nombre de demandes de services traitées hors délais.

Pour l'**accueil clinique**, les indicateurs spécifiques suivants seront mesurés :

- Mesure des délais selon les cibles cliniques établies pour chacune des conditions cliniques :
 - o Entre la réception de la demande de service au guichet d'accès de l'accueil clinique et la prise en charge téléphonique du patient par l'infirmière clinicienne;
 - o Entre la prise en charge téléphonique de l'infirmière clinicienne et la rencontre du patient permettant l'actualisation des services requis par la condition clinique (algorithmes d'investigations);
 - o Entre les services de l'infirmière clinicienne et le rendez-vous en spécialité, lorsque requis par la condition clinique;
 - o Mesure des délais entre le service (investigation/spécialité) au patient et la rétroaction au médecin référent (respect des délais cliniques établis, maximale dans un délai de sept jours);
- Volumétrie :
 - o Nombre de conditions cliniques admissibles à l'accueil clinique (en cours de développement, en attente d'approbation par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), ou actualisées et fonctionnelles);
 - o Nombre de cliniques participantes et nombre de médecins utilisant le service sur le territoire du CSSS;
 - o Nombre de patients référés, par période et par condition clinique;
 - o Plages horaires d'ouverture avec minimum 8 heures par jour ouvrable du lundi au vendredi.

9. MISE EN ŒUVRE

L'implantation des éléments constituant l'organisation régionale des services et la gestion locale de l'accès sera incrémentale. La portée globale étant considérable, seules les premières phases d'implantation sont actuellement définies. Le choix des priorités est basé sur la capacité du réseau montréalais à se transformer et sur certaines contraintes (notamment les projets de modernisation du CHUM et du CUSM).

9.1. Phase 1

Dans la phase 1 et en lien avec les priorités ministérielles, la région montréalaise implante des services d'**accueil clinique** qui se définissent comme suit :

« L'accueil clinique est une organisation de soins et services qui reçoit, sur référence de médecins de la communauté, une clientèle présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente. Regroupée sous certaines présentations cliniques ou diagnostiques, et selon des critères précis établis par l'équipe médicale, cette clientèle ambulatoire bénéficie d'un accès privilégié aux plateaux techniques et diagnostiques, aux consultations auprès de médecins spécialistes et, dans certains cas, à des amorces de traitement en fonction de protocoles établis. » (AQESSS, 2009).

Le choix des conditions cliniques reflète l'arrimage entre les ressources disponibles chez les fournisseurs de services et les besoins populationnels exprimés par la première ligne. Actuellement, l'Agence de Montréal vise le développement de ces services en se basant sur le consensus des tables locales du DRMG des cinq CSSS de l'est de Montréal pour un minimum de cinq conditions cliniques, soit :

- i. Thrombophlébite profonde;
- ii. Accident ischémique transitoire (AIT) sans syncope;
- iii. Saignement sans douleur du premier trimestre;
- iv. Fibrillation auriculaire asymptomatique de plus de 48 heures;
- v. Masse ou nodule pulmonaire suspecté et/ou hémoptysie.

À maturité, l'ensemble des RLS aura développé un service d'accueil clinique pour 10 à 15 conditions cliniques semi-urgentes et subaiguës (priorité A selon l'échelle de priorisation régionale). Par la suite, le modèle de service évoluera vers un APSS par spécialité (échelle de A à E). L'annexe 3 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'accueil clinique.

La phase 1 comprend aussi les **mécanismes d'accès pédiatriques** permettant l'APSS pédiatriques chez les trois fournisseurs hospitaliers de la région montréalaise (CHU Sainte-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM et Hôpital Maisonneuve-Rosemont). Tous les RLS de la région sont ciblés. Ainsi, des guichets d'accès seront implantés dans ces trois établissements, en débutant par les spécialités suivantes : pédiatrie générale, pneumologie, endocrinologie, gastroentérologie et allergologie.

9.2. Prochaines phases

Les prochaines phases de mise en œuvre couvriront, sans s'y limiter, les services suivants :

- Déploiement accéléré de l'accès priorisé aux services spécialisés pour le CUSM et les CHSGS de la partie ouest de Montréal (territoire montréalais du RUIS McGill) en prévision du plan de modernisation du CUSM au printemps 2015. Ce projet implique la mise en place d'un CRDS temporaire pour l'ouest de Montréal.
- Mise en place de l'accueil clinique dans les sept autres RLS de Montréal.
- Mise en place d'un CRDS temporaire en échographie pour le Pôle 1 (CSSS de la Pointe-de-l'Île, CSSS Lucille-Teasdale et CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel).

10. CONCLUSION

Afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés, aux services diagnostiques et aux programmes-services, l'Agence de Montréal a défini une stratégie régionale d'accès priorisé aux services spécialisés. Cette stratégie repose sur un plan de communication auprès de la population et des médecins, une organisation régionale de services (rôle de l'hôpital de première instance au sein du RLS, corridors de services entre les centres hospitaliers, échelle de priorisation clinique régionale) et sur une gestion locale de l'accès (guichet d'accès).

Pour soutenir les activités des médecins référents et des fournisseurs de services, l'Agence de Montréal implantera le SIGASS. Le déploiement par phase de cet outil est privilégié. La première phase inclut l'accueil clinique dans les cinq RLS de l'est de Montréal, l'accès aux ressources résidentielles en santé mentale et les mécanismes d'accès pédiatriques (APSS pédiatrique).

L'objectif de l'Agence de Montréal est, au 31 mars 2015, d'avoir des modalités d'accès disponibles et fonctionnelles en ce qui a trait minimalement aux services d'accueil clinique et aux mécanismes d'accès pédiatriques, pour l'ensemble des RLS de Montréal.

La version 2 du présent cadre de référence sera disponible à l'automne 2014. Cette version inclura notamment des précisions sur :

- Les mécanismes d'accès pédiatriques;
- Le concept de guichet d'accès et ses étapes de mise en œuvre;
- Le fonctionnement des guichets dans le cadre de l'utilisation de SIGASS;
- Les cibles relatives aux indicateurs de gestion;
- Les prochaines phases de mise en œuvre.

Annexe 1 – Territoires de desserte pour l'APSS : les RLS et leur CHPI

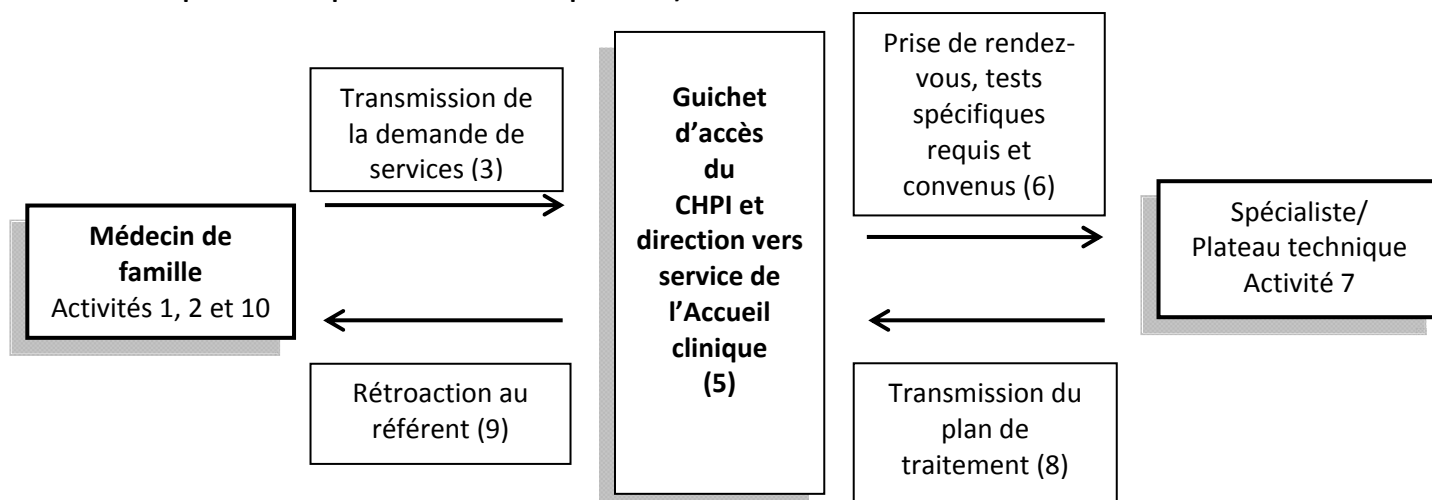
Territoire de RLS	CH de première instance (CHPI)
ODI	Hôpital général du Lakeshore
BCSL	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
CAV	Consortium Centre hospitalier de St. Mary, Hôpital général juif et Centre universitaire de santé McGill
DLM	Consortium Centre hospitalier de St. Mary, Hôpital général juif et Centre universitaire de santé McGill
DLL	Hôpital de LaSalle
SOV	Centre hospitalier Verdun
JM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal À partir de 2016 : Hôpital communautaire Notre-Dame du CSSS Jeanne-Mance
AMN	Hôpital Fleury
CDI	Hôpital Jean-Talon
SLSM	Hôpital Santa Cabrini
LT	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
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 service.

Annexe 2 – Échelle de priorisation clinique régionale

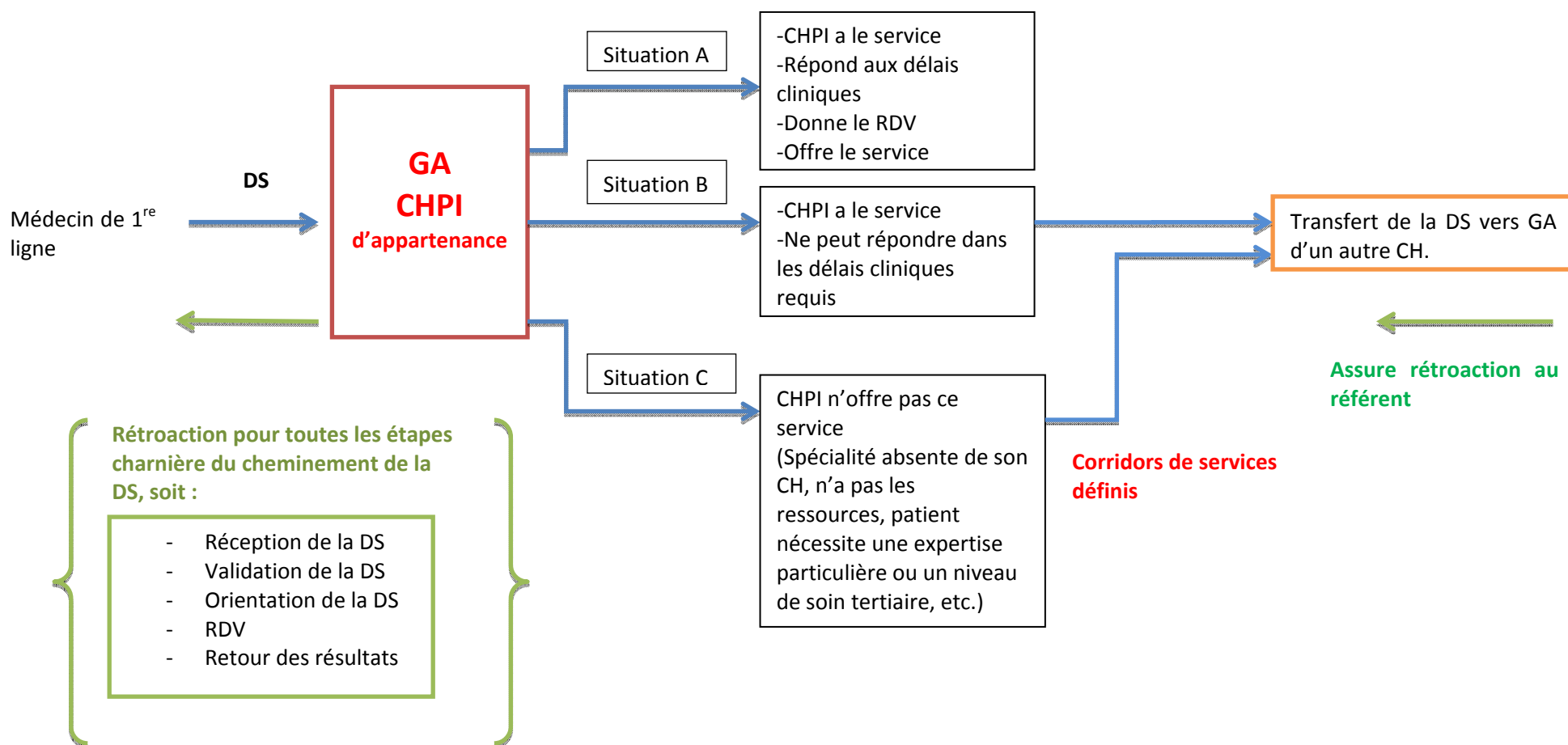
INDICATEURS	ORIENTATION
URGENT	VERS L'URGENCE
A	0-3 JOURS
B	3 À 10 JOURS
C	10 À 28 JOURS
D	< 3 MOIS
E	> 3 MOIS

Annexe 3 – Modèle d’organisation du service d’accueil clinique (phase 1 de l’APSS pour les priorités cliniques A)



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. Transmet 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 — Infirmière clinicienne
5. Débute l’algorithme d’investigation et de traitement – pré requis 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 — Infirmière clinicienne
7. Poursuit l’investigation et établit le plan de traitement, s’il y a lieu.	Médecin spécialiste
8. Reçoit 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 — Infirmière clinicienne
10. Reprend en charge le patient et assure le suivi du plan de traitement.	Médecin référent

Annexe 4 – Trajectoires de communication entre les guichets d'accès



Légende :

DS : demande de service

GA : guichet d'accès

CHPI : Centre hospitalier de première instance

Annexe 5 — 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 particulier.
Catalogue de services	Ensemble des services disponibles via la Solution logicielle SIGASS.
Corridor de service	Modèle d'organisation des services impliquant une entente interétablissements, afin de compléter une offre de service et répondre aux besoins de la population d'un territoire donné.
Demande de service	Demande d'accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques d'un référent vers un fournisseur de services, incluant les demandes en programmes-services (hébergement et réadaptation).
Fournisseur 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.
Guichet d'accès	Secteur ou unité d'affaires d'une organisation de santé responsable de la centralisation et de la gestion de bout en bout des demandes de consultations spécialisées et de services diagnostiques lui étant adressés.
Référent	Médecin ou professionnel de qui provient la demande de service, le plus souvent le médecin de famille en première ligne.

RÉFÉRENCES

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, Guide d'implantation de l'accueil clinique, 2009.

Centre de santé et des services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, Cadre de référence accueil clinique, septembre 2013.

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.

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.