

Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne

**Groupe de travail sur l'organisation des soins et des
ressources**

Guide d'implantation de l'accueil clinique

Sommaire

Introduction.....	3
Guide d’implantation accueil clinique.....	4
Définition.....	4
Objectifs.....	4
Principes directeurs.....	4
Conditions favorables à la mise en œuvre.....	5
Clientèles prioritaires.....	6
Cheminement type.....	6
Principales étapes d’implantation.....	7
Références.....	9
Annexe I (Demande de service).....	10
Annexe II (Algorithmes).....	11
Annexe III (Résultats du sondage-Accueil clinique).....	13

Membres du comité

- Denis, Lise (AQESSS), présidente
- Dubé, François (MSSS)
- Duguay, Chantal (CSSS du Rocher-Percé)
- Dulude, Serge (FMOQ)
- Gagnon, Sylvain (CSSS de la Vieille-Capitale)
- Galarneau, Yolaine (MSSS)
- Hould, Raymond (FMSQ)
- Levine, David (ASSS de Montréal)
- Marcoux, Laurent (AMQ)
- Pelletier, Michèle (AQESSS)
- Rodrigue, Jean (ASSS de la Montérégie)
- Saucier, Claude (FMOQ)
- Vaillancourt, Raymonde (ASSS de l’Estrie)
- Zahzouhi, Souad (Protection des malades)

Guide d'implantation d'un accueil clinique

Introduction

Il est maintenant reconnu qu'il y a priorité à offrir aux médecins de 1^{re} ligne un environnement qui soutient et facilite leur travail. Parmi les difficultés éprouvées par ceux-ci, notons la difficulté d'accès à des ressources diagnostiques et spécialisées pour l'évaluation de leurs patients, n'offrant d'autre choix souvent que le recours à la salle d'urgence ou obligeant le médecin à de multiples appels afin d'obtenir les examens diagnostiques et les évaluations requises.

La table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de 1^{re} ligne convoquée par le ministre Bolduc le 17 avril dernier vise la mise en place rapide de mesures concrètes en vue notamment de soutenir les approches d'interdisciplinarité et les liens entre les médecins de famille, le réseau d'établissements et les médecins spécialistes.

Un groupe de travail sur l'organisation de soins et des ressources a été mis sur pied et ses actions spécifiques porteront prioritairement sur l'implantation d'initiatives d'accueil clinique, qui est un des modèles retenus, et sur l'identification des différentes modalités permettant un plus grand soutien des professionnels aux médecins de famille.

Afin de promouvoir la mise en œuvre de projets d'accueil clinique, il a été convenu lors de la première rencontre de ce groupe de travail de produire un guide d'implantation qui, tout en laissant toute la latitude nécessaire à chaque territoire de définir ses clientèles prioritaires et ses modalités de fonctionnement, soutiendra les établissements et les cabinets médicaux dans la réalisation de ces projets.

Les projets d'accueil clinique s'inscrivent en continuité du projet de loi 83 qui confirmait le mandat des CSSS. Plus spécifiquement, l'article 99.7 spécifie que les CSSS ont la responsabilité de «créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'agence, le département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité», notamment pour les plateaux techniques diagnostiques. Ce type de projet s'inscrit aussi dans la continuité d'application du Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux négocié en 2007 entre la FMOQ et le Ministère, notamment en regard des liens entre la première et la deuxième ligne et quant au rôle et à la rémunération prévus du médecin coordonnateur médical local.

Enfin, ce guide d'implantation est grandement inspiré des expériences du CSSS du Sud de Lanaudière et du CSSS de St-Jérôme.

Guide d'implantation d'un accueil clinique

Guide d'implantation accueil clinique

Définition

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 diagnostics, et selon des critères précis établis par l'équipe médicale, cette clientèle ambulatoire bénéficie d'un accès privilégié aux plateaux technique et diagnostique, aux consultations auprès de médecins spécialistes et, dans certains cas, à des amorces de traitement en fonction de protocoles établis.

Objectifs

- Rendre accessibles à la clientèle référée à l'accueil clinique, une investigation rapide et une continuité de services;
- Soutenir les médecins de famille et les médecins spécialistes dans la prise en charge de leur clientèle qui présente une condition clinique visée par le projet d'accueil clinique;
- Créer une porte d'entrée dédiée aux services d'investigation et de consultation spécialisée, accessible aux médecins de la communauté qui désirent une évaluation diagnostique pour leurs patients présentant une condition clinique visée par le projet;
- Permettre l'accès aux plateaux technique et diagnostique par le biais de plages horaires réservées à la clientèle ciblée par le projet et référée à l'accueil clinique;
- Assurer une évaluation diagnostique systématisée en fonction des meilleures pratiques dans un délai maximal de 7 jours pour les conditions subaiguës et dans un délai maximal de 28 jours pour les conditions semi-urgentes;
- Assurer un suivi du cheminement diagnostique et thérapeutique auprès des médecins requérants;
- 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.

Principes directeurs

- Le projet doit être conçu dans le but de répondre aux besoins de la population et des médecins du territoire;

Guide d'implantation d'un accueil clinique

- Le projet implique une reconnaissance des activités médicales en cabinet privé comme faisant partie intégrante de la prestation de soins et services à la population;
- Le projet doit être réalisé en mode de gestion de projet¹ :
 - Une équipe de projet pourrait être constitué de :
 - Porteur de dossier (membre du comité de direction de l'établissement)
 - Leader médical influent (crédibilité clinique)
 - Responsable clinico-administratif (par qui les choses arrivent)
 - Coordonnateur médical local
- Gestion du changement auprès des médecins de famille et des médecins spécialistes du territoire, tant en cabinet qu'en établissement;
- Adoption d'un échéancier réaliste et convenu avec toutes les parties prenantes au projet;
- Mise en place de modalités d'amélioration continue de la qualité (révision des ordonnances collectives, des critères d'inclusion/exclusion, satisfaction des médecins référents, satisfaction de la clientèle, etc.);
- Monitoring à l'aide d'indicateurs :
 - L'équipe de projet s'assure de la justesse clinique des algorithmes en fonction des données probantes et de leur mise à jour.
 - Le projet permet d'optimiser l'utilisation des compétences et de centrer les activités des professionnels et des médecins sur le travail clinique à valeur ajoutée.

Conditions favorables à la mise en œuvre

- Les rôles du médecin consultant, du médecin traitant et celui du médecin requérant (initiant la demande) le cas échéant, ainsi que les modalités de suivi et de référence entre eux doivent être clairement définis;
- L'ensemble du processus est simple à utiliser et sécuritaire pour la clientèle;
- L'implication dès le début du projet des leaders médicaux locaux : DSP, CMDP, chef des départements de médecine générale et spécialisée, médecin coordonnateur local, table territoriale du DRMG
- Partenariat avec les leaders médicaux régionaux : DRAM, DRMG, Table régionale des Chefs de départements de médecine spécialisée;

¹ Gestion de projet : ensemble des activités qui visent à définir un projet et à en assurer la mise en place et le suivi.

Guide d'implantation d'un accueil clinique

- L'utilisation par les médecins est sur une base volontaire;
- La clientèle visée par cette organisation de soins doit être bien ciblée :
 - Conditions cliniques
 - Critères d'inclusion et d'exclusion
- L'organisation de soins adopte une conduite clinique systématisée par des algorithmes qui sont définis conjointement avec les médecins de famille et les médecins spécialistes;
- Un arrimage harmonieux avec les activités régulières du centre hospitalier;
- La systématisation de l'information au retour vers le médecin de famille;
- La disponibilité d'outils technologiques permettant la transmission de renseignements cliniques et le monitoring des activités;
- Une implantation progressive en fonction des besoins identifiés par les médecins de famille;
- La transférabilité des expériences entre les projets des différents territoires.

Clientèles prioritaires

Clientèles présentant des conditions cliniques subaiguës ou semi-urgentes :

- provenant principalement des médecins de famille;
- provenant des cabinets privés de médecine spécialisée;
- provenant de la salle d'urgence de l'établissement.

Cheminement type

1. Identification d'un patient répondant aux critères d'inclusion par un professionnel de la santé participant au programme (md famille, urgentiste, inf. liaison, etc.).
2. Complétion du formulaire qui précise :
 - a. les données sociodémographiques du patient;
 - b. les coordonnées du médecin traitant;
 - c. la condition clinique identifiée;
 - d. le délai souhaité de prise en charge;
 - e. les renseignements cliniques pertinents, incluant la médication actuelle;
 - f. les résultats d'investigation récente en lien avec la condition clinique.

Guide d'implantation d'un accueil clinique

3. Prise en charge par une infirmière à l'intérieur du délai prédéterminé :
 - a. Vérifie l'admissibilité du patient en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion;
 - b. Priorise la demande de référence, à l'intérieur du délai prédéterminé, suite à une évaluation téléphonique ou à une rencontre avec l'utilisateur si requis et selon la disponibilité des plateaux techniques diagnostique et thérapeutique;
 - c. Initie la démarche d'investigation, d'évaluation et de traitement selon l'ordonnance collective prévue;
 - d. Oriente le patient vers les différents services (diagnostiques, cliniques externes spécialisées, cabinets de médecins spécialistes);
 - e. Assure le suivi des résultats des examens diagnostiques conformément aux ordonnances collectives et communique avec le médecin requérant ou le médecin spécialiste au besoin;
 - f. Transmet le résumé du cheminement clinique au médecin requérant et au médecin traitant.

Principales étapes d'implantation

1. S'assurer de l'adhésion et de l'appui des représentants des différentes instances médicales locales, (CMDP, Chefs de départements de md générale et spécialisée du CH ou CSSS) et des représentants de la table territoriale du DRMG;
2. Former l'équipe de projet et définir l'ampleur du projet initial;
3. Former un comité de validation avec les médecins et les professionnels impliqués;
4. Définir les clientèles cibles notamment par sondage des besoins auprès des omnipraticiens du territoire;
5. Définir les critères de participation au projet;
6. Identifier les conditions cliniques prioritaires pour une première phase d'implantation; (suggestion : 15 maximum)
7. Définir le cheminement du patient, les responsabilités des intervenants ainsi que les modalités de références;
8. Prévoir un échéancier réaliste;
9. Élaborer les ordonnances collectives et développer les outils nécessaires au fonctionnement de l'accueil clinique, tels que :

Guide d'implantation d'un accueil clinique

- a. Demande de consultation à l'accueil clinique;
 - b. Questionnaire téléphonique;
 - c. Collecte de données;
 - d. Agenda client (le résumé de l'investigation, un suivi des résultats des examens diagnostiques et les statistiques);
 - e. Registre des protocoles d'investigation;
 - f. Retour systématisé d'information au médecin référant.
10. Identifier les plages horaires dédiées avec les médecins spécialistes et les plateaux techniques;
 11. Identifier les ressources nécessaires à la mise en place (ressources humaines, financières, locaux, ressources matérielles et informationnelles);
 12. Identifier des indicateurs de résultat en vue du monitoring et les mécanismes de rétroaction;
 13. Diffuser et publiciser l'information concernant la mise en place du service.

Guide d'implantation d'un accueil clinique

Références

1. Le guide de référence à l'accueil clinique
Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
Personnes ressources : Mesdames Michèle Paquette et Josée Berthelette
450 654-7525 poste 22207
2. Accueil clinique – Guide de référence
Centre de santé et de services sociaux de Saint Jérôme
Personne ressource : Madame Johanne Naud
3. Guide de partenariat en clinique -réseau Québec
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Personnes ressources : Dre Pascale Cholette, Médecin coordonnateur local
418-529-4777 – 20248
Dr Alain-Philippe Lemieux, Directeur des services professionnels et hospitaliers
418-691-0743
4. Leduc, Nicole et al. 2003. *Les alternatives au recours à l'urgence hospitalière dans le sud de la région de Lanaudière*. Rapport de recherche. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

Annexe I

DEMANDE																						
<input type="checkbox"/> CONSULTATION		RENDEZ-VOUS <input type="checkbox"/>																				
(Indiquez la spécialité ou l'examen)																						
ENCERCLEZ		la priorité de soins selon le Guide de partenariat en CRQ																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Priorité</th> <th style="width: 40%;">Description</th> <th style="width: 15%;">Délai</th> <th rowspan="5" style="width: 35%; text-align: center; vertical-align: middle;">Le délai de rendez-vous sera déterminé après évaluation par l'équipe de spécialistes.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>Subaigu 1</td> <td style="text-align: center;">1-3 jours</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>Subaigu 2</td> <td style="text-align: center;">3-10 jours</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td>Semi-urgent</td> <td style="text-align: center;">10-28 jours</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>Électif 1</td> <td style="text-align: center;">> 28 jours</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Électif 2</td> <td style="text-align: center;">3-12 mois</td> </tr> </tbody> </table>	Priorité	Description	Délai	Le délai de rendez-vous sera déterminé après évaluation par l'équipe de spécialistes.	A	Subaigu 1	1-3 jours	B	Subaigu 2	3-10 jours	C	Semi-urgent	10-28 jours	D	Électif 1	> 28 jours		Électif 2	3-12 mois			
Priorité	Description	Délai	Le délai de rendez-vous sera déterminé après évaluation par l'équipe de spécialistes.																			
A	Subaigu 1	1-3 jours																				
B	Subaigu 2	3-10 jours																				
C	Semi-urgent	10-28 jours																				
D	Électif 1	> 28 jours																				
	Électif 2	3-12 mois																				
Médecin référant : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Signature : _____ No permis : _____																						
Raison de consultation / tableau clinique : _____ _____																						
Médication actuelle : _____ _____ _____																						
Traitement initié : _____ _____ _____																						
Impression diagnostique : _____ _____																						
Allergies : _____ Poids : _____ Taille : _____ Autres : _____																						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: right;"> <p>Le Mesnil Orléans Pierre-Bertrand St-Louis St-Vallier</p> </div> </div>																						

Téléphone 1 : _____
 Téléphone 2 : _____
 Date : _____

DEMANDES SPÉCIFIQUES / SUIVI

- DIRECTIVES À DONNER AU PATIENT EN VUE DU RENDEZ-VOUS**
- Avoir en main une copie de vos résultats d'examen relié à la pathologie.
 - Avoir en main une copie de vos **résultats antérieurs** en rapport avec le problème clinique.
 - Apporter vos films radiologiques en rapport avec le problème clinique.
 - Apporter la liste à jour de votre médication.

Annexe II
Les infections urinaires symptomatiques récidivantes
(≥ que 3/année)

Homme

Femme

- Examen génital
- Toucher rectal
- SMU
- Cultures
- Echo abdo et pelvienne

1. Traitement minimal de 2 sem.

- Préférentiellement Quinolone pour la pénétration prostatique
- Si réinfection rapide traiter comme une prostatite (4 à 6 semaines)

2. Référer en urologie

*** Conseils**

- Boire
- Uriner après les relations sexuelles
- Vérifier si le patient suivi le Tx rigoureusement et complètement

Bactériurie asymptomatique:
Pas d'investigation
Pas de traitement

EXCEPTIONS:

- un enfant
- un homme
- la grossesse
- le diabète
- avant de subir une procédure urologique

Remplacement hormonal local

Infections post coïtales*
 Non Oui

Antibioprophylaxie HS long terme 6 à 12 mois
Auto traitement (traitement court, 3j) de chaque épisode

Antibioprophylaxie post coïtale
Auto traitement (traitement court, 3j) de chaque épisode

Mesures alternatives : Jus de canneberge, probiotiques en ovule

Examen des urines
 (bâtonnet multistix)
 Culture Pré-Tx
TRAITEMENT

Bactérie et Antibiogramme Identiques

Non

Oui

Réinfections*

Rechute*

Ménopause
 Oui Non

Echo
 Nég. Pos

Traiter selon Antibiogramme

Référer en urologie

Les urologues de la Clinique d'urologie Berger

En collaboration avec



Hématurie microscopique

L'hématurie dépistée au bâtonnet doit être confirmée par un examen microscopique démontrant des hématies (G.R.)

≥ 3 G.R. / champ

2 tests + sur 3 et
aucun facteur de
risque

1 test + et 1
facteur
de risque*

- Écho abdominale et pelvienne
- Cytologie
- **Référer en urologie pour cystoscopie**

- Globules rouges dysmorphiques
- Cylindres hématiques
- Protéinurie
- Insuffisance rénales chroniques
- Hypertension

Référer en
néphrologie

Facteurs de risque :

- > 40 ans

Histoire de...

- *Tabagisme*
- *Radiation pelvienne*
- *Exposition à des produits chimiques et colorants*
- *Symptômes irritatifs*
- *Abus d'analgésiques*
- *Hématurie macroscopique antérieure*
- *Infections urinaires chroniques*

Les urologues de la Clinique d'urologie Berger

Résultats du sondage – Accueil clinique

Dans le cadre des travaux du comité sur l'organisation des soins et des ressources découlant de la «Table de concertation sur l'accessibilité à un médecin de famille» créée par le ministre Bolduc en avril 2009, un sondage a été réalisé auprès des établissements membres de l'AQESSS afin de recenser les projets d'accueil clinique mis en place ou en cours d'implantation dans les CSSS du Québec. Ce sondage s'inscrit dans la foulée du premier mandat du comité visant la mise en œuvre de telles initiatives à compter de septembre 2009.

Nombre de répondants

On note que 51 établissements ont répondu au sondage et ce, pour les différentes régions du Québec. Parmi ceux-ci, on peut noter que neuf établissements ont mis en place un accueil clinique répondant à la définition du comité de travail. La majorité des établissements s'inspire du modèle du CSSS du Sud de Lanaudière, le modèle du CSSS de Saint-Jérôme étant également mentionné. Malgré des précisions quant à sa définition lors de l'envoi du sondage, on observe une certaine confusion dans la compréhension du concept d'accueil clinique par les répondants. Il est parfois associé à la notion de guichet d'accès pour la clientèle orpheline.

Résultats complémentaires

Pour les 42 établissements n'ayant pas d'accueil clinique :

- 14 d'entre eux ont des projets en cours d'élaboration;
- 23 d'entre eux expriment un intérêt manifeste de l'établissement et du DRMG local au projet et sont intéressés à l'implanter d'ici le 31 mars 2010.

Modalités d'organisation

Des entrevues téléphoniques ont été réalisées auprès des établissements ayant mis en place un accueil clinique à la suite des réponses reçues par le biais du sondage. Voici quelques précisions quant aux modalités d'organisation :

- Développement de l'accueil clinique s'effectuant parfois sur la base d'un projet pilote;
- Deux modèles d'implantation prédominants :
 - Démarrage avec un nombre limité de conditions cliniques ouvert à l'ensemble des cliniques médicales,
 - Démarrage avec un plus grand nombre de conditions cliniques mais ouvert à un nombre restreint de cliniques médicales.
- Accueil clinique généralement regroupé avec le guichet d'accès pour la clientèle orpheline, les mêmes ressources assurant les deux activités cliniques (tant l'infirmière clinicienne que le médecin responsable), souvent en raison du volume d'activités qui ne justifie pas des ressources distinctes;
- Accueil clinique pouvant également être arrimé avec les activités de médecine de jour, ce qui semble facilitant pour la coordination des activités cliniques et professionnelles;
- Recours, dans certains établissements, à des infirmières en retrait préventif qui sont réassignées à ces fonctions, de sorte qu'il n'y a pas vraiment d'investissement budgétaire additionnel;
- Critères d'inclusion et d'exclusion généralement retenus :
 - Clientèle de plus de 16 ou 18 ans, selon les établissements,

- Selon les conditions cliniques prévues aux ordonnances collectives (avec les symptômes associés),
- Clientèle ambulatoire, surtout en provenance d'une clinique médicale,
- Clientèle provenant ou non du territoire, davantage associé à la localisation de la clinique médicale d'où provient la clientèle,
- Référence médicale requise, avec un document de référence bien complété. Selon les établissements et leur choix quant à la modalité d'implantation, la demande doit provenir des cliniques médicales visées (il peut s'agir de médecins n'exerçant pas au CSSS où l'accueil clinique est implanté, de médecins non participants à la RAMQ, et parfois de médecins spécialistes, ce qui est toutefois plus rare),
- Processus de référence des cas de l'urgence vers l'accueil clinique implanté dans certains établissements seulement,
- En général, exclusion des cas de santé mentale, d'obstétrique ou provenant d'un CHSLD;
- Délai de prise en charge se situant généralement entre 24 heures et 14 jours;
- Système d'information développé localement au sein de certains établissements en soutien aux activités cliniques afin de faciliter le suivi et la prise en charge de la clientèle et ainsi assurer le respect des délais de prise en charge.

Analyse complémentaire des impacts associés à l'implantation d'un accueil clinique

Parmi les établissements ayant mis en place un accueil clinique, des questions complémentaires ont été soulevées quant aux aspects suivants :

- Coûts et efforts lors de la mise en place (\$ ou jours-personnes);
- Coûts récurrents directs et indirects;
- Avantages pour l'établissement incluant les retombées positives;
- Inconvénients;
- Conditions de succès;
- Difficultés ou pièges à éviter.

Le tableau suivant présente une synthèse des éléments soulevés par les répondants au regard des différents impacts liés à l'implantation d'un accueil clinique.

Analyse des impacts de la mise en place d'un accueil clinique

1. Coûts et efforts lors de la mise en place (\$ ou jours-personnes)

Impacts globaux

- Absence de système de mesure systématique des coûts relatifs à la mise en place de l'accueil clinique. Les répondants nous ont toutefois mentionné les activités requises à l'implantation qui permettent d'estimer sommairement les impacts
- Échéancier s'échelonnant sur une période de 3 à 6 mois afin de préparer l'implantation

Personnel clinique et cléricale

- Les coûts de mise en œuvre doivent inclure la présence de l'infirmière clinicienne au début du projet, notamment pour l'élaboration et la validation des ordonnances collectives, de même que pour la rencontre des acteurs impliqués afin d'assurer tous les arrimages requis dès le début du projet

Équipe médicale

- Travail du directeur médical et des médecins s'échelonnant sur une période de 2 ans pour l'élaboration des protocoles associés aux 60 conditions cliniques (au CSSS du Sud de Lanaudière, cet établissement étant le précurseur pour l'implantation d'un accueil clinique). Pour les établissements qui s'inspirent des protocoles existants, il faut prévoir du temps pour le médecin responsable et les médecins spécialistes afin d'adapter les protocoles aux réalités locales
- Temps de rencontre pour le médecin responsable avec les médecins des cliniques médicales pour leur présenter le projet et les modalités qui y sont associées, de même qu'avec les spécialistes qui seront impliqués dans l'application des ordonnances collectives

Gestionnaire

- Estimation d'un minimum de 2 à 3 rencontres pour les membres du comité d'implantation (médecin responsable, gestionnaires impliqués, infirmière clinicienne, etc.). La fréquence peut être plus élevée à raison d'une rencontre aux 2 semaines pendant 3 à 6 mois, selon les établissements, certaines tâches étant réalisées entre les rencontres
- Détermination d'un gestionnaire chargé de projet en soutien au démarrage, ce dernier assumant cette fonction en complément à ses autres activités

2. Coûts récurrents directs et indirects

Infirmière clinicienne

- Présence d'une infirmière clinicienne à raison de 5 jours/semaine en moyenne (à titre informatif, coûts s'élevant à 75 000 \$ en moyenne annuellement)
- Présence d'une deuxième infirmière dans les établissements ayant un plus grand volume d'activités
- Ressources qui répondent également aux activités liées au guichet d'accès pour la clientèle orpheline dans plusieurs établissements (ou parfois aux activités de la médecine de jour)
- Ajout de ressources à prévoir selon l'augmentation de volume et l'ajout de nouvelles conditions cliniques ou de cliniques médicales

Personnel clérical

- Présence d'une secrétaire (ou commis) à temps complet en général (répondant aussi aux activités du guichet d'accès pour la clientèle orpheline et parfois de la médecine de jour) (à titre informatif, coûts s'élevant à 40 000 \$ en moyenne annuellement pour un agent administratif classe 4)

Équipe médicale

- Disponibilité d'un médecin qui est aussi coordonnateur du guichet d'accès pour la clientèle orpheline dans plusieurs établissements (responsabilité qui peut être assumée par le médecin coordonnateur local)

3. Avantages pour l'établissement incluant les retombées positives

Avantages pour la clientèle

- Mécanisme constituant une alternative à l'urgence
- Accès au plateau diagnostique et au spécialiste dans les délais prévus, assurant ainsi une prise en charge rapide et une meilleure continuité avec le médecin traitant
- Coordination des interventions qui évite des déplacements multiples pour la personne
- Amélioration de la qualité des soins par le recours aux meilleures pratiques (ordonnances collectives)

Avantages pour l'établissement

- Objectif d'améliorer l'accessibilité aux examens diagnostiques et aux médecins spécialistes
- Objectif de réduction des visites à l'urgence et du nombre d'hospitalisations, particulièrement celles avec une DMS de moins de 48 heures
- Mesure difficile des impacts, les projets étant implantés depuis peu. Pour les établissements dont l'accueil est implanté depuis plus longtemps, il est difficile d'isoler les impacts directement associés à l'accueil clinique des autres mesures mises en place et ayant des impacts similaires
- Collaboration accrue entre le médecin et l'infirmière
- Arrimage avec la médecine de jour qui permet d'initier plus rapidement un traitement si requis
- Mise en place de modalités de collaboration entre l'établissement et les cliniques médicales pour la référence des cas de priorité 4 ou 5 de l'urgence vers les cliniques dans certains cas

Avantages pour les médecins omnipraticiens

- Gain pour le médecin traitant qui devait faire lui-même les démarches auparavant, minimisant ainsi les pertes de temps
- Réception rapide des résultats lui permettant d'initier les interventions requises

Avantages pour les médecins spécialistes

- Accélération du processus de prise de décision pour le médecin spécialiste lors de la première visite en raison du bilan réalisé par l'infirmière avant la consultation, selon les ordonnances collectives
- Réduction des pertes de temps par une meilleure planification et coordination des activités et des plages horaires du médecin spécialiste

Avantages pour les infirmières

- Valorisation du rôle clinique des infirmières

4. Inconvénients

- Aucun nouveau financement, on doit donc choisir comme établissement d'investir dans un tel projet
- Préoccupation quant à la stabilité et à la pérennité des ressources (infirmières cliniciennes) particulièrement dans le cadre d'un projet pilote ou lors de l'assignation d'infirmières en retrait préventif où des changements d'affectation surviennent plus fréquemment. L'adhésion des médecins est plus difficile dans ce contexte et le climat de confiance plus précaire
- Équilibre toujours précaire nécessitant d'être constamment à l'affût pour s'ajuster rapidement et régulièrement
- Disponibilité plus limitée des spécialistes particulièrement en région
- Scepticisme de la part des médecins quant à la capacité réelle de respecter les délais d'attente pour les plateaux diagnostiques

5. Conditions de succès

- Gouverne médicale forte :
 - Présence d'un médecin porteur du dossier, omnipraticien de préférence, et crédible auprès de ses collègues. Il exerce un rôle de coordination et d'arrimage avec les médecins du territoire, de même qu'un rôle clinique en soutien à l'infirmière
 - Disponibilité du médecin porteur pour des rencontres personnalisées avec les médecins de famille en cabinet (accompagné de l'infirmière) et les médecins spécialistes
 - Importance de l'implication et de la collaboration des médecins dès le début du projet
- Stabilité au niveau des infirmières cliniciennes afin de favoriser la création du lien de confiance avec le médecin responsable, les spécialistes, les médecins du territoire et les équipes des services diagnostiques
- Nécessité de bien cibler les conditions cliniques visées avec les médecins de première ligne en fonction de différents paramètres :
 - Choisir les conditions cliniques et les ordonnances collectives en s'assurant qu'elles sont réalisables selon la capacité du plateau diagnostique et des médecins spécialistes de répondre à la demande
 - Répartir les conditions cliniques selon les différentes spécialités
 - Obtenir le consensus auprès des médecins omnipraticiens pour les conditions cliniques qui auront le plus d'impacts positifs dans leur pratique
 - Adapter les protocoles à la réalité locale et les valider avec tous les acteurs concernés (spécialistes, équipes médicales, DSI, CMDP, etc.)
- Début avec un nombre limité de conditions cliniques afin d'assurer le bon fonctionnement d'un cheminement avant d'en ajouter de nouveaux. Le déploiement doit être progressif et tenir compte des besoins d'adaptation requis
- Rigueur requise dans les processus notamment dans la détermination des critères d'inclusion et d'exclusion, de même que des règles d'éligibilité afin d'assurer une utilisation pertinente de l'accueil clinique. Le médecin porteur exerce un rôle important à ce niveau, en complémentarité avec

l’infirmière. Un resserrement des critères et des protocoles peut être requis afin de mieux circonscrire les conditions cliniques et d’éviter des différences de compréhension et d’interprétation

- Vigilance constance afin d’éviter tout dérapage et d’être à l’écoute des besoins pour se réajuster rapidement
- Nécessité de tenir compte des réalités locales et de la capacité et des contraintes de chaque milieu
- Arrimage étroit avec les services diagnostiques, notamment l’imagerie médicale, pour la gestion optimale des plages horaires. Il peut être nécessaire de trouver des solutions alternatives face à un accès au plateau technique devenant trop restreint
- Arrimage et complémentarité avec les services existants et les autres projets en cours afin d’éviter la duplication et le développement en parallèle de projets qui interagissent entre eux
- Déroulement des activités de l’accueil clinique en milieu hospitalier, facilitant ainsi les arrimages avec les spécialistes et les services diagnostiques
- Normes et cibles réalistes quant aux délais d’accès afin de rencontrer les objectifs inscrits aux protocoles et ainsi assurer la crédibilité du projet
- Plan de communication tant à l’interne qu’à l’externe
- Approche de gestion de projet, avec un plan d’implantation adapté permettant d’apporter les ajustements requis au fur et à mesure et assurant l’implication de tous les acteurs concernés dès le début et tout au long du projet
- Gestion du changement en raison des changements de pratique qu’impose l’accueil clinique pour les différents intervenants
- Accès à une ressource en accompagnement (mentor qui connaît bien l’accueil clinique, provenant d’un autre établissement, le cas échéant)
- Disponibilité d’activités de formation médicale continue sur les conditions cliniques, en lien avec les meilleures pratiques cliniques et la mise à jour des ordonnances collectives
- Mise en place d’un système d’évaluation du projet

6. Difficultés ou pièges à éviter

- Implication insuffisante d’un médecin coordonnateur pouvant compromettre la viabilité du projet
- Pression évidente pour implanter des accueils cliniques mais importance de ne pas aller trop rapidement et de respecter les étapes d’implantation
- Précarité du projet en l’absence de postes stables pour les infirmières
- Manque de soutien à l’équipe médicale au regard de la gestion de projet afin d’assurer la coordination du projet
- Accueil clinique fragilisé en raison d’un accès limité aux plateaux diagnostiques. Prudence quant à l’utilisation du plateau technique pour ne pas recréer d’autres problèmes ailleurs et désavantager les autres secteurs prioritaires
- Plan de communication tardif ou incomplet de sorte que le projet n’est pas connu avec une participation mitigée des médecins de première ligne
- Isolement professionnel de l’infirmière à éviter en l’intégrant à des services de deuxième ligne, avec l’implication et la disponibilité d’un gestionnaire facilitateur afin de dénouer des situations problématiques