

CENTRES DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICES

GUIDE DE GESTION

VERSION 2.0

24 AOUT 2018

Par : La direction du soutien à l'organisation clinique et de la gestion des effectifs médicaux spécialisés
Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

et avec la collaboration
Camille Bouchard-Coulombe, CIUSSS Centre-Sud de l'île de Montréal
Marie-Ève Brunelle, CIUSSS Centre-Sud de l'île de Montréal
Sylvain Pomerleau, CISSS des Laurentides
Carla Simoes, CISSS des Laurentides
Yanick Sab Leblanc, CISSS de la Montérégie-Est
Carine Sauvé, CISSS de la Montérégie-Est

Table des matières

MISE EN CONTEXTE.....	1
PRINCIPES DIRECTEURS DE L'APSS	2
OBJECTIFS DU GUIDE.....	2
AVANTAGES DU CRDS	2
RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU CRDS.....	4
RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN RÉFÉRENT.....	5
RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN SPÉCIALISTE	6
FORMULAIRES HARMONISÉS	7
GESTION DES REQUÊTES	8
1. Admissibilité et conformité des requêtes.....	8
2. Réception et traitement des demandes de consultation au CRDS	9
3. Recherche et attribution du rendez-vous.....	12
4. Gestion des hors délais.....	13
5. Réalisation du rendez-vous.....	14
6. Transfert de requête entre CRDS et offre de service absente dans un territoire de CRDS	15
COMITÉ DE VIGIE, MÉDECINS RÉPONDANTS ET MÉDECINS COORDONNATEURS	16
MESURE DE L'ATTENTE ET DES MODALITÉS DU PROJET DE LOI 20.....	19
ANNEXE I.....	20
La gestion des prérequis.....	20
ANNEXE II	22
Guichet d'accès pour la clientèle orpheline en bref.....	22
ANNEXE III	23
Circulaire MSSS 2009-019	23

MISE EN CONTEXTE

Depuis quelques années déjà, le réseau de la santé et des services sociaux fait l'objet d'une réorganisation majeure dont l'objectif est l'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services pour la population.

Les centres de répartition des demandes de services (CRDS) ont été mis sur pied pour faciliter l'accès aux services spécialisés. Ils ont été conçus pour soutenir le travail des médecins de famille de première ligne en leur garantissant l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) pour l'évaluation de leurs patients et donnent aux médecins spécialistes l'assurance que la demande reçue est orientée et priorisée adéquatement. Cela assure des délais de prise en charge de l'usager en fonction de sa condition clinique et représente une économie de temps quant à la gestion de la demande vers le bon dispensateur de service. Il s'agit donc d'une porte d'entrée unique et simple pour référer les usagers ayant besoin d'une première consultation auprès d'un spécialiste, tant en milieu hospitalier qu'en cabinet. Les CRDS sont un nouveau gage de soutien envers les médecins québécois puisqu'ils ont été créés en cohérence avec l'objectif que nous visons tous ensemble, c'est-à-dire d'offrir un réseau de santé plus fluide et plus efficace pour les médecins et pour leurs patients.

Le premier mandat des CRDS est la gestion des requêtes des 26 spécialités suivantes et son déploiement se fera en phases successives:

Phase 1 Déjà déployée	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie • Gastro-entérologie • Néphrologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologie • Pédiatrie générale • oto-rhino-laryngologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ophtalmologie • Orthopédie • Urologie
Phase 2	<ul style="list-style-type: none"> • Médecine interne • Physiatrie • Rhumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurochirurgie • Chirurgie générale 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémato-oncologie • Chirurgie vasculaire
Phases à venir	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie plastique • Oncologie générale • Obstétrique gynécologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Immunologie clinique et allergie • Endocrinologie • Psychiatrie • Pneumologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Gériatrie • Dermatologie • Microbiologie médicale et infectiologie

Pour chacune des spécialités médicales mentionnées, un formulaire harmonisé a été créé par un comité clinique formé de médecins spécialistes de la spécialité visée, de même que de médecins de famille. Ces formulaires sont révisés régulièrement par les mêmes comités cliniques. Une échelle de priorité unique a également été créée et les requêtes sont traitées selon cette échelle de priorité:

Code de priorité clinique	Orientation et délai
Urgent	Dirigé vers l'urgence
A	≤ 3 jours
B	≤ 10 jours
C	≤ 28 jours
D	≤ 3 mois
E	≤ 12 mois

PRINCIPES DIRECTEURS DE L'APSS

- L'utilisateur doit pouvoir avoir un accès équitable à des services spécialisés dont le délai prescrit est déterminé selon sa condition clinique;
- L'établissement doit assurer une prise en charge optimale des patients de son territoire, soit en offrant les services requis ou en développant des corridors avec des partenaires;
- Les professionnels de la santé utilisent les mécanismes et les outils de l'APSS.

OBJECTIFS DU GUIDE

Le guide vise plusieurs objectifs :

- Normaliser les façons de faire pour l'ensemble des CRDS;
- Encadrer les principes pour la gestion des rendez-vous;
- Soutenir les gestionnaires pour le volet opérationnel des CRDS.

AVANTAGES DU CRDS

Pour l'utilisateur

- L'utilisateur n'a plus à faire lui-même des recherches pour obtenir un rendez-vous pour une première consultation avec un médecin spécialiste;
- Le CRDS assure la prise de rendez-vous avec l'utilisateur ;
- Le rendez-vous :
 - dans un délai qui respecte sa condition clinique;
 - avec un médecin spécialiste à proximité de son lieu de résidence;
 - selon son souhait pour le lieu de rendez-vous.

Pour le médecin de famille

- L'ensemble du processus de recherche et d'attribution du premier rendez-vous est assuré par le CRDS;
- Utilisation de formulaires harmonisés, développés par un comité de médecins de famille et de spécialistes représentant ainsi les fédérations médicales;
- Un seul point de chute pour l'envoi de toutes les requêtes;
- Possibilité d'une référence nominative à un médecin spécialiste, un établissement ou une clinique de son choix;
- Traitement des requêtes en fonction de la priorité clinique déterminée par le médecin référent;
- Le soutien dans l'obtention de rendez-vous pour certains prérequis d'imagerie à la consultation avec le médecin spécialiste. (Annexe I)

Pour le médecin spécialiste

- La demande est faite sur un formulaire harmonisé;
- Les rendez-vous sont offerts selon les priorités A-B-C-D-E;
- La requête est acheminée avant la visite de l'utilisateur;
- Les consultations sont en lien avec sa spécialité et son expertise;
- Les prérequis sont réalisés avant la consultation;
- Les rapports (résultats) doivent être disponibles dans le Dossier santé Québec (DSQ) ou joints avant la réalisation de la consultation;
- Au besoin, les demandes sont révisées par un médecin répondant de la spécialité médicale.

Rôle et responsabilités du CRDS

Tel que son nom l'indique, le CRDS a comme première mission, de répartir les demandes de services pour une première consultation en médecine spécialisée parmi les médecins spécialistes de son territoire, en établissements ou en cabinets de médecine spécialisée, qui lui ont offert des disponibilités.

Pour se faire, les responsabilités du CRDS sont les suivantes :

- **Point de chute unique** : Le CRDS est point de chute unique pour les médecins référents de son territoire. Le CRDS reçoit l'ensemble des premières demandes de consultation des médecins qui pratiquent sur son territoire de desserte. Le médecin référent doit envoyer sa demande de consultation **au CRDS du territoire où il pratique**, peu importe le lieu de résidence de l'utilisateur. Le CRDS aura la responsabilité de transférer la demande de consultation au CRDS du territoire où réside ce dernier. Il ne doit pas remettre la requête à l'utilisateur.
- **Admissibilité et conformité des requêtes** : Le CRDS doit valider l'admissibilité et la conformité des requêtes transmises. En cas de non-conformité, il assure une rétroaction auprès du médecin référent.
- **Recherche et prise de rendez-vous** : Le CRDS d'un territoire assure la recherche et la prise de rendez-vous auprès des dispensateurs de service de son territoire. Le CRDS s'assure que les informations en lien avec ce rendez-vous sont transmises à l'utilisateur et au médecin spécialiste.
- **Références nominatives** : Le CRDS doit procéder à l'obtention d'un rendez-vous selon la référence nominative reçue. Si aucun rendez-vous n'est disponible dans le délai prescrit, le CRDS doit recontacter le médecin de famille référent pour valider l'orientation.
- **Respect du souhait de l'utilisateur ou du médecin référent pour le lieu du rendez-vous** : Une case *référence nominative* a été prévue sur tous les formulaires de demande de consultation. La case *référence nominative* permet au médecin référent de demander une consultation avec un médecin spécialiste spécifique, un hôpital ou une clinique en particulier. S'il est impossible de trouver un rendez-vous auprès de cette référence nominative dans le respect du délai clinique, le CRDS proposera d'autres possibilités au médecin référent afin d'assurer une prise de rendez-vous adaptée aux besoins de l'utilisateur.
- **Respect du principe d'alternance** : Le CRDS doit respecter le principe d'alternance entre les médecins spécialistes d'un même territoire disponibles selon des délais similaires dans l'attribution d'un rendez-vous.
- **Communications avec l'utilisateur** : Le CRDS, ou son partenaire communique directement avec l'utilisateur pour attribuer le rendez-vous.

Rôle et responsabilités du médecin référent

Les responsabilités du médecin référent sont les suivantes :

- **Transmission d'une requête conforme** : Le médecin référent doit s'assurer de transmettre une requête conforme au CRDS. Si la requête n'est pas conforme, le CRDS la retournera au médecin référent.
- **Formulaire électronique** : Le médecin référent favorisera la transmission des requêtes électroniques présente dans les dossiers médicaux électroniques (DMÉ).
- **Délai de transmission** : Le médecin référent doit transmettre les requêtes au CRDS dès que possible suivant la consultation avec l'utilisateur.
- **Prérequis** : Le médecin référent s'assure que l'ensemble de prérequis à la consultation en médecine spécialisée a été réalisé ou a été prescrit à l'utilisateur. Pour les prérequis prescrits, il communique à l'utilisateur l'importance que les examens doivent être réalisés le plus rapidement possible, avant la consultation.
- **Prérequis d'imagerie** : Il transmet au CRDS les requêtes pour les examens d'imagerie lorsque des prérequis en imagerie sont nécessaires (échographie, tomodensitométrie (TDM) ou imagerie par résonance magnétique (IRM)).

Rôle et responsabilités du médecin spécialiste

Les responsabilités du médecin spécialiste sont les suivantes :

- **Disponibilité des plages de rendez-vous** : Le médecin spécialiste, ou son représentant, communique avec le CRDS pour lui transmettre ses plages de disponibilité selon les délais et les processus entendus avec le CRDS.
- **Dossier santé Québec** : Lorsque disponibles, le médecin spécialiste consulte les prérequis au DSQ.
- **Rétroaction** : Le médecin spécialiste s'assure de transmettre au CRDS la date réelle de réalisation de chaque consultation selon les délais et les processus entendus avec le CRDS.

Formulaires harmonisés

- Les formulaires sont disponibles dans les dossiers médicaux électroniques des médecins. Ceux qui n'ont pas de DMÉ pourront avoir accès aux formulaires en format PDF dynamique en recherchant «CRDS» à l'adresse suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/partitreweb?openview&count=250> sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). **Toutefois, la transmission des formulaires par voie électronique est privilégiée.**
- Tout commentaire concernant les formulaires doit être acheminé au président de l'association de la spécialité concernée et au coordonnateur médical de la première ligne.

GESTION DES REQUÊTES

1. Admissibilité et conformité des requêtes

Admissibilité des requêtes

Seuls les médecins de famille qui pratiquent en première ligne et qui ont besoin d'une première consultation avec un médecin spécialiste pour leurs patients peuvent transmettre une requête au CRDS en utilisant les formulaires harmonisés.

Définition d'une première consultation : Première référence d'un médecin de famille à un médecin spécialiste pour une condition particulière. Toute consultation pour la même condition à l'intérieur d'une période de 2 ans suivant la première consultation est considérée comme une consultation de suivi et n'est pas une première consultation.

Les requêtes suivantes sont admissibles :

- Toute demande pour une première consultation en médecine spécialisée pour une spécialité visée par l'APSS et ce, selon le calendrier de déploiement des spécialités.
- Toute requête pour un patient ayant une adresse au Québec (étudiants, réfugiés, militaires, etc.), transmise par un médecin omnipraticien pratiquant en première ligne;
- Requêtes en provenance de médecins omnipraticiens hors Québec si le patient réside au Québec;
- Requêtes en provenance de médecins omnipraticiens non participants à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) si le patient réside au Québec.

Les requêtes suivantes ne sont pas admissibles :

- Requête pour un rendez-vous de suivi;
- Requêtes pour tous patients admis dans un établissement de santé;
- Requêtes pour un prisonnier;
- Requêtes en provenance d'un médecin spécialiste;
- Requêtes en provenance d'un professionnel de la santé autre que médecin omnipraticien (infirmière, psychologue, optométriste, etc.);
- Requêtes provenant de l'urgence;
- Les demandes de 2^e avis, les demandes d'expertises pour la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), les demandes d'expertises pour la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et les demandes d'expertises pour des compagnies d'assurance. Les médecins qui désirent obtenir ces services devront utiliser d'autres corridors pour transmettre leurs requêtes.

Conformité administrative des requêtes

Pour qu'une requête soit conforme, elle doit être faite sur un formulaire de l'APSS. À compter du 4 septembre 2018, les médecins référents devront utiliser les formulaires révisés pour les spécialités de la phase 1. Une période de transition doit être prévue pour éviter de refuser trop de requêtes. De plus, les informations suivantes doivent être présentes :

- Nom de l'utilisateur;
- Prénom de l'utilisateur;
- Numéro d'assurance maladie (NAM) ou date de naissance;
- Sexe de l'utilisateur;
- Numéro de téléphone de l'utilisateur;
- Adresse de l'utilisateur ou son code postal;
- Raison de consultation;
- Priorité clinique;
- Signature du médecin référent;
- Numéro de permis du médecin référent;
- Coordonnées du point de service du médecin référent.

2. Réception et traitement des demandes de consultation au CRDS

Une fois la demande de consultation reçue, le CRDS prend en charge l'ensemble du processus de prise de rendez-vous auprès du médecin spécialiste. Le processus comporte plusieurs étapes :

- Toutes les demandes de services (requêtes) reçues doivent être comptabilisées;
- Dès réception de la demande de consultation, l'équipe du CRDS vérifie son admissibilité et sa conformité selon les critères présentés au point précédent :
 - Les requêtes non conformes de priorités C, D et E, incluant celles reçues sur un mauvais formulaire, sont retournées au médecin référent.
 - Pour les requêtes de priorité A et B non conforme, incluant celles sur un mauvais formulaire, le CRDS fait les démarches pour obtenir les informations manquantes dans les plus brefs délais (appels téléphoniques, etc.);
 - Les requêtes sont traitées en fonction de la date de réception initiale même si elles doivent être retournées au médecin référent.
- Les demandes sont triées en fonction des priorités cliniques afin de traiter les priorités A, B et C en premier.
- Les médecins référents doivent indiquer si l'utilisateur a un médecin de famille ou non sur le formulaire. Le CRDS fournira les informations nécessaires à l'inscription au guichet d'accès au médecin de famille (GAMF) aux usagers sans médecin de famille. (Annexe II)

Modification de la priorité clinique et raison de consultation « autre »

Si une priorité clinique est modifiée par le médecin référent, ou si le formulaire contient une raison de consultation « autre », la requête est acheminée au médecin répondant de la spécialité visée. Celui-ci est responsable de réviser les demandes de services de la catégorie « autre » avec priorité A, B, C et D, de même que les requêtes dont les priorités cliniques ont été modifiées. Au besoin, le médecin répondant interpelle le médecin de famille pour obtenir des informations supplémentaires à la demande ce service. Le CRDS doit transmettre les requêtes aux médecins répondants selon les délais présentés dans le tableau suivant. De leur côté, les médecins répondants doivent répondre dans les délais entendus avec entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Priorité	Délai de transmission aux médecins répondants
A	Dans les 4 heures ouvrables
B	Dans les 24 heures ouvrables
C	Dans les 72 heures ouvrables
D	5 jours ouvrables

Examens préalables à la consultation avec le médecin spécialiste (voir annexe I)

Certaines conditions cliniques figurant sur les formulaires nécessitent que des examens soient effectués avant la consultation avec le médecin spécialiste. Deux types d'examens préalables à la consultation avec le médecin spécialiste se retrouvent sur les formulaires :

Rapports : Lorsqu'un rapport est demandé sur le formulaire APSS, le rapport de cet examen doit être disponible (au DSQ ou transmis au CRDS) au moment de la transmission de la requête au CRDS. Le médecin référent devrait tenir compte de ces examens avant de référer en médecine spécialisée.

Examens prérequis : Les examens prérequis sont des examens qui doivent absolument être réalisés avant la consultation avec le médecin spécialiste. Il s'agit d'examen d'imagerie médicale, d'analyse de laboratoire ou d'autres examens spécialisés. Les résultats de ces examens sont nécessaires au médecin spécialiste pour la réalisation de la consultation.

De plus, pour certaines raisons de consultation, des examens souhaitables sont demandés. Ces examens ne sont pas obligatoires pour la consultation avec le médecin spécialiste, mais la réalisation de ces examens avant la consultation est souhaitable. Si disponible, le médecin référent peut les joindre à la requête.

La gestion des examens préalables :

Les CRDS n'effectuent pas la gestion des examens souhaitables. Pour ce qui est des examens prérequis:

1. Ceux dont les résultats sont présents au DSQ;
2. Ceux dont les résultats ne sont pas présents au DSQ.

1. Prérequis dont les résultats apparaissent au DSQ – par exemple : résultats de laboratoire, rapports de radiologie.

Dans tous les cas où le résultat du prérequis se retrouve au DSQ, le médecin spécialiste est responsable de consulter les résultats des examens directement dans le DSQ. Le CRDS ne transmet pas les résultats aux médecins spécialistes.

Pour les prérequis qui sont déjà réalisés au moment où le médecin référent remplit le formulaire APSS, et que le résultat est présent au DSQ, le médecin référent doit l'indiquer sur le formulaire (papier ou électronique) à l'endroit prévu à cet effet. Le CRDS peut attribuer le rendez-vous au patient dès la réception de la requête. Le médecin spécialiste consulte le résultat au DSQ.

Si le prérequis n'a pas encore été réalisé au moment où le médecin référent remplit le formulaire APSS, le médecin référent doit prescrire le prérequis.

1. Dans le cas des examens sans rendez-vous comme les prélèvements pour les analyses de laboratoire et les radiographies simples, le patient est responsable de se présenter pour faire réaliser ses examens. Le CRDS peut attribuer le rendez-vous au patient dès la réception de la requête. Au moment où il communique avec le patient, le CRDS s'assure que le patient a bien passé ses examens. Si ce n'est pas le cas, le CRDS rappelle au patient l'importance que ses examens prérequis soient réalisés avant la consultation avec le médecin spécialiste. Le médecin spécialiste consulte le résultat au DSQ.
2. Pour les examens d'imagerie avec rendez-vous tel que l'échographie, l'IRM et le TDM, chaque installation devra identifier une personne responsable de recevoir et coordonner les demandes d'imagerie médicale en provenance des CRDS – agent de liaison en imagerie. Ainsi, les établissements devront s'assurer d'attribuer un rendez-vous en imagerie dans les délais requis par la requête de l'APSS. L'établissement devra tenir compte des délais de lecture et de transcription dans l'attribution du rendez-vous en imagerie. Il devra également retourner la date du rendez-vous d'imagerie du patient au CRDS pour que celui-ci fixe le rendez-vous pour la consultation.

Pour ces examens prérequis, le médecin référent transmet au CRDS la requête pour l'examen prérequis avec la requête de consultation. Le CRDS transmet la requête d'imagerie à l'agent de liaison en imagerie avec la priorité clinique associée à la raison de consultation de même que la date du rendez-vous si connu. Le service d'imagerie de l'établissement est responsable de la gestion de la conformité des requêtes d'imagerie. Le CRDS attribue le rendez-vous en consultation en fonction du délai requis et de la date de rendez-vous pour l'examen d'imagerie qu'il a reçu de l'établissement. Le médecin spécialiste consulte le résultat au DSQ.

2. Prérequis dont les résultats n'apparaissent pas au DSQ – par exemple : Évaluation SNAP IV ou Connors, rapports de pathologie.

Pour les prérequis dont les résultats n'apparaissent pas au DSQ, le médecin référent est responsable de joindre les résultats à la requête transmise au CRDS. Le CRDS peut attribuer le rendez-vous dès qu'il reçoit la requête et les prérequis. Le CRDS fera suivre ces résultats au médecin spécialiste avant la consultation.

3. Recherche et attribution du rendez-vous

Après avoir reçu, saisi et validé l'admissibilité et la conformité des demandes de consultation des médecins référents, le CRDS s'assure de l'attribution du rendez-vous auprès des médecins spécialistes.

Les orientations concernant cette activité sont les suivantes :

- Priorisation : Les demandes de services de priorité A, B et C doivent être traitées prioritairement. Pour une même date cible, les A, B et C doivent être priorisés sur les D et E. La date cible est la date la plus tardive à laquelle un rendez-vous devrait avoir lieu. De même, pour un nombre de plages limité, les A doivent être attribuées en premier, les B en 2^e et les C en 3^e. Ensuite, les D en 4^e et les E 5^e si des plages sont restantes;
- Le CRDS, avec ses partenaires (par exemple : cabinets de médecins spécialistes, établissements, etc.), assurent la gestion des rendez-vous en établissement et en cabinet;
- Le CRDS s'assure de l'attribution des rendez-vous à l'intérieur des délais prescrits;
- Le CRDS doit obtenir la confirmation de la réalisation des rendez-vous en établissement et en cabinet.

À cette étape, le personnel du CRDS doit trouver un rendez-vous qui tient compte de la priorité clinique et de la proximité du lieu de résidence de l'utilisateur. Si la demande de consultation comporte une référence nominative, la démarche est d'abord entreprise auprès du dispensateur précisé sur la demande de consultation.

- Le principe d'alternance entre les médecins spécialistes disponibles est respecté dans l'attribution des rendez-vous. Il est essentiel d'être en mesure de produire, au besoin, des rapports qui permettent de s'assurer d'une répartition équitable des rendez-vous.
- Les plages horaires qui n'auront pas été utilisées par le CRDS seront automatiquement libérées 72 heures avant la date de disponibilité. Un mécanisme pour assurer la gestion des priorités A devra être mis en place.

Dans certaines régions, les médecins internistes reçoivent en consultation des patients qui sont référés à certaines autres spécialités comme la cardiologie, la néphrologie, gastroentérologie, neurologie ou autres spécialités selon leurs champs de compétences particuliers. Le CRDS peut référer les requêtes reçues pour ces spécialités à un médecin interniste après validation auprès du médecin référent ou si cette pratique est approuvée par le chef du Département régional de médecine générale (DRMG) de la région. Idéalement, cette approbation est transmise par écrit au CRDS.

Communication à l'utilisateur

- Le CRDS communiquera avec l'utilisateur pour l'informer de la date, de l'heure et du lieu de son rendez-vous ainsi que le nom du médecin spécialiste. Les informations pertinentes en lien avec le rendez-vous sont alors transmises à l'utilisateur (p. ex. : où aller pour faire la carte d'hôpital, emplacement du stationnement, qui appeler en cas de retard ou d'annulation, etc.).

Communication au médecin spécialiste

- À la suite de la prise du rendez-vous, le CRDS fait parvenir le formulaire de la demande de consultation dûment rempli par le médecin référent, de même que les documents complémentaires, au médecin spécialiste. Conséquemment, l'utilisateur n'aura pas le formulaire en sa possession lorsqu'il se présentera à son rendez-vous.

4. Gestion des hors délais

Dans le but de réduire les hors délais, principalement pour les priorités A, B et C, le personnel infirmier des CRDS sera sollicité pour faciliter l'attribution d'un rendez-vous dans les délais pour les requêtes de priorité A et B. Le personnel infirmier pourra notamment, faire la liaison avec les médecins spécialistes, le médecin référent ou le médecin répondant de la spécialité concernée. Pour ce qui est des requêtes de priorité C, des stratégies entre le personnel administratif et le personnel infirmier devront être mises de l'avant localement, selon les processus en place et les disponibilités de chacun. L'objectif étant de limiter le nombre de rendez-vous hors délais principalement pour les priorités A, B et C.

Le personnel infirmier ne doit être sollicité que pour les requêtes qui ont de fortes probabilités d'être hors délais. Il ne doit pas être sollicité pour les requêtes pour lesquelles un rendez-vous est attribué normalement.

Pour les requêtes hors délais de priorité D et E, l'intervention du personnel infirmier n'est pas nécessaire. Les médecins référents seront invités à suivre leurs requêtes par l'outil de traçabilité lorsque celui-ci sera en place.

Priorité	Action du CRDS
A	Prise en charge par le personnel infirmier
B	Prise en charge par le personnel infirmier
C	Stratégie entre les agentes et le personnel infirmier
D	Outil de traçabilité
E	Outil de traçabilité

Le MSSS et ses partenaires travaillent actuellement à développer un outil de traçabilité des requêtes pour le personnel GMF et CRDS. Cet outil de traçabilité permettra aux différents intervenants de valider l'état des requêtes transmises au CRDS. Ainsi, ils pourront en tout temps, savoir où en est rendu le traitement des requêtes transmises.

En attendant la mise en place de l'outil de traçabilité, le CRDS doit assurer une rétroaction aux médecins référents s'il n'est pas en mesure de trouver un rendez-vous à l'intérieur des délais prescrits. Le texte suivant doit être privilégié pour communiquer avec le médecin référent pour lui signaler que l'on ne peut pas attribuer un rendez-vous à l'intérieur du délai pour une requête transmise. Le texte peut être adapté à la réalité régionale :

Par la présente, nous voulons vous informer qu'en raison de l'offre limitée dans notre région, ainsi que du nombre important de demandes en attente pour la spécialité associée à votre demande, il nous est malheureusement impossible d'offrir à votre usager cité en rubrique, un rendez-vous dans les délais prescrits selon la priorité médicale associée à votre demande. Veuillez prendre note que

vosre demande reste active et prioritaire. Lors d'une éventuelle attribution de rendez-vous, vous en serez avisé.

Soyez assuré(e) que la gestion de notre liste d'attente et le développement de nouveaux corridors de service s'effectuent dans le souci d'offrir à l'ensemble de notre clientèle un accès à des soins de santé dans des délais raisonnables.

Le CRDS peut communiquer avec les médecins référents à d'autres étapes du processus d'attribution du rendez-vous selon les ententes prises avec ces derniers et selon les processus en place. Ces rétroactions ne sont toutefois pas obligatoires. Elles comprennent, notamment, les situations suivantes : accusé réception, confirmation d'attribution de rendez-vous, etc.

5. Réalisation du rendez-vous

L'ensemble du processus de prise de rendez-vous ayant été complété, l'utilisateur peut maintenant se présenter chez le médecin spécialiste qui lui a été référé par le CRDS.

Confirmation, modification ou annulation d'un rendez-vous

- Pour déplacer ou annuler son rendez-vous, l'utilisateur doit s'adresser directement au cabinet ou au centre hospitalier (CH) où son rendez-vous a été fixé. Le CRDS aura communiqué toutes les coordonnées du cabinet ou de la centrale de rendez-vous à l'utilisateur, lors de l'attribution du rendez-vous.
- Dans l'éventualité où l'utilisateur annule son rendez-vous, le cabinet ou le CH procède selon les mécanismes déjà en place.
- Si l'utilisateur modifie la date de son rendez-vous, le cabinet ou le CH tente, dans la mesure du possible, de lui trouver un nouveau rendez-vous correspondant à sa condition clinique et au délai prescrit. La nouvelle date du rendez-vous doit être transmise au CRDS. Si aucun rendez-vous n'est disponible, le cabinet ou la centrale de rendez-vous doit renvoyer la demande de consultation au CRDS pour qu'il accomplisse cette tâche.
- Si l'utilisateur ne se présente pas à son rendez-vous, le CH doit appliquer la circulaire 2009-019 (ANNEXE III). Le CH tente, dans la mesure du possible, de lui trouver un rendez-vous correspondant à sa condition clinique et au délai prescrit. Dans les cas où la requête a été transmise dans un cabinet privé, celui-ci retourne la requête au CRDS. Le CRDS tente, dans la mesure du possible, de lui trouver un nouveau rendez-vous correspondant à sa condition clinique et au délai prescrit.
- Si le rendez-vous de l'utilisateur doit être annulé ou modifié (changement dans la disponibilité du médecin), le cabinet ou le CH est responsable de communiquer avec l'utilisateur et de lui trouver un rendez-vous à l'intérieur des délais prescrits selon la condition clinique de l'utilisateur. La date de réalisation du rendez-vous doit être communiquée au CRDS.

Rapport de consultation

- Le médecin spécialiste est responsable d'acheminer le rapport de consultation au médecin référent selon les normes en place.
- Si l'utilisateur doit revoir ce spécialiste une fois l'épisode de soins et de suivi complété, le médecin de famille détermine la pertinence de faire une nouvelle demande de consultation.

6. Transfert de requête entre CRDS et offre de service absente dans un territoire de CRDS

Les médecins référents doivent transmettre les requêtes au CRDS de la région de son cabinet.

Dans certaines circonstances, les CRDS doivent transférer des requêtes vers un autre CRDS. Nous distinguons deux situations pour lesquelles un CRDS doit transférer une requête vers un autre CRDS : les cas de transfert inter CRDS automatiques et les cas de problématiques d'accès.

Dans les cas suivants, les CRDS doivent transférer automatiquement la requête vers un autre CRDS, et ce, dans un délai maximum de 24 heures ouvrables après la réception de la requête :

- Pour une requête qui concerne un patient qui habite le territoire d'un autre CRDS, sauf dans le cas d'une requête nominative pour un établissement ou un médecin de son territoire;
- Pour une requête nominative qui précise un établissement ou un médecin de son territoire d'un autre CRDS.

Dans ces cas, la conformité de la requête est validée par le second CRDS.

Les CRDS peuvent également transférer des requêtes vers un autre CRDS s'il y a des problèmes d'accès sur leur territoire, soit s'il ne dispose pas de l'offre de service demandée sur son territoire, ou si l'offre est insuffisante.

Avant le transfert, le CRDS qui a reçu la requête doit :

- Faire un état de situation de la problématique : spécialité, corridors existants, stratégies de développement si possible, etc.;
- Transmettre la documentation à la Direction du soutien à l'organisation clinique et de la gestion des effectifs médicaux spécialisés (DSOCGEMS);
- Établir une entente avec un autre CRDS qui peut offrir le service. L'entente doit spécifier les éléments suivants : spécialité, volumétrie prévue, durée de temps, autres modalités. La DSOCGEMS peut accompagner le CRDS pour établir une entente avec un autre CRDS.

COMITÉ DE VIGIE, MÉDECINS RÉPONDANTS ET MÉDECINS COORDONNATEURS

Chaque CRDS doit se doter d'un comité de vigie sous la responsabilité du directeur des services professionnels (DSP). Ce dernier avec le comité de vigie est responsable de l'accès priorisé aux services spécialisés. Le comité doit être constamment au fait des problématiques d'accès dans son établissement. Ensemble, ils doivent établir les priorités d'intervention à mettre en place afin de résoudre la situation.

Mandats du comité de vigie

- Assurer un suivi des indicateurs d'accès et de performance du CRDS à l'aide d'un tableau de bord.
- S'assurer du respect des ententes de collaboration :
 - respect des cibles;
 - respect des processus.
- Identifier les problématiques et mettre en place les mécanismes pour en assurer les correctifs en fonction des priorités établies;
- Faire le lien avec les partenaires (chef de DRMG et les médecins-conseils) concernant les problématiques en matière d'accès ;
- Intervenir auprès de la DSOCGEMS du MSSS pour les régions ayant des problématiques en matière d'accès aux services spécialisés et d'arrimage inter CRDS.

Composition du comité de vigie

- Le DSP ou son représentant;
- Le responsable de l'imagerie médicale;
- Le responsable de la première ligne (chef du DRMG ou son représentant);
- Le responsable du CRDS;
- Le responsable de l'accès;
- Médecin coordonnateur en spécialité (description de tâches à venir);
- Médecin coordonnateur en première ligne (description de tâches à venir).

Rôle et responsabilités du coordonnateur des médecins répondants en spécialité

Désigné par ses pairs (médecins répondants en spécialité), le coordonnateur :

- Collabore avec le CRDS pour favoriser l'accès aux consultations dans chacune des spécialités concernées;
- Participe activement au comité de vigie du CRDS;
- Discute des enjeux identifiés, émet des recommandations et les soumet au comité de vigie du CRDS;
- Contribue à la bonne progression de l'APSS et du CRDS;
- Participe au suivi et à l'évaluation des résultats;
- Collabore au développement d'indicateurs de gestion du CRDS.

Rôle et responsabilités du médecin répondant de chacune des spécialités visées par le CRDS

Le médecin répondant sera mandaté pour:

- Travailler en étroite collaboration avec le coordonnateur médical local pour toute situation relative aux problématiques de 1re ligne et du CRDS.
- Supporter les médecins de famille dans l'évaluation des problématiques cliniques avant la transmission de la demande de service;
- Émettre un avis en cas de non-pertinence d'une demande de service au médecin référent et faire état de ces avis au comité de vigie;
- À la demande du CRDS, réviser les demandes de service de la catégorie « Autre » avec priorité clinique A, B ou C, de même que les autres dont les priorités cliniques ont été modifiées;
- Interpeller au besoin le médecin de famille et inscrire les informations cliniques complémentaires sur la demande de service et faire parvenir au CRDS;
- Participer à l'identification des problématiques (offre et demande) les plus fréquentes pour lesquelles les médecins de famille demandent une consultation dans sa spécialité;
- Diriger les propositions d'amélioration des demandes de service au coordonnateur des médecins répondants en spécialité de sa région.

Rôles et responsabilités du coordonnateur médical local

Tel que convenu avec la FMOQ, le médecin coordonnateur local est aussi le coordonnateur médical au CRDS. *Le médecin coordonnateur local, en lien avec le CSSS, collabore à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne du territoire en cause. Le coordonnateur médical local est nommé par le DRMG.* Dans sa fonction de coordonnateur médical au CRDS, il :

- Répond aux plaintes des médecins de la première ligne lorsqu'ils sont insatisfaits du suivi effectué par le CRDS;
- Interpelle les représentants coordonnateurs médicaux locaux (CML) pour intervenir auprès de médecins de famille identifiés par le CRDS;
- Recueille les problématiques et commentaires des représentants CML;
- Assure la promotion et l'explication des procédures du CRDS auprès des représentants CML et DRMG;
- Assure les liens avec les présidents d'association de la FMSQ;
- Assure les liens avec les médecins spécialistes répondants pour des questions cliniques relatives aux requêtes reçues au CRDS;
- Accompagne le CRDS dans la réflexion, le déploiement et le suivi des processus de gestion des requêtes;
- Soumet les problématiques et commentaires des représentants CML au comité de vigie;
- Recueille les propositions pour l'amélioration continue des formulaires de l'APSS;
- Discute des enjeux identifiés, émet des recommandations et les soumet au comité de vigie du CRDS;
- Contribue à la bonne progression de l'APSS et du CRDS;
- Procède au suivi et à l'évaluation des résultats;
- Participe activement au comité de vigie du CRDS;
- Participe au développement des indicateurs de gestion du CRDS;

- Travaille en étroite collaboration avec le médecin spécialiste coordonnateur;
- Assure les liens avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Responsabilités de l'infirmière au CRDS

Le rôle de l'infirmière au CRDS s'inscrit principalement dans les situations où une évaluation clinique est requise avant d'acheminer les demandes de services reçues aux médecins spécialistes. À ce titre, elle peut notamment agir, lorsque le contexte le requiert :

- En support auprès du personnel administratif pour interpréter certains renseignements ou situation complexes;
- Comme agent de liaison entre le médecin référent et le CRDS ou encore, entre le CRDS et le médecin répondant;
- Dans l'évaluation des demandes de services dont la raison de consultation n'est pas standardisée (case « autres ») ayant une priorité E;
- La prise en charge des demandes de services hors délai, ou sur le point de l'être, pour les priorités A et B;
- Dans l'acheminement des requêtes vers les accueils cliniques.

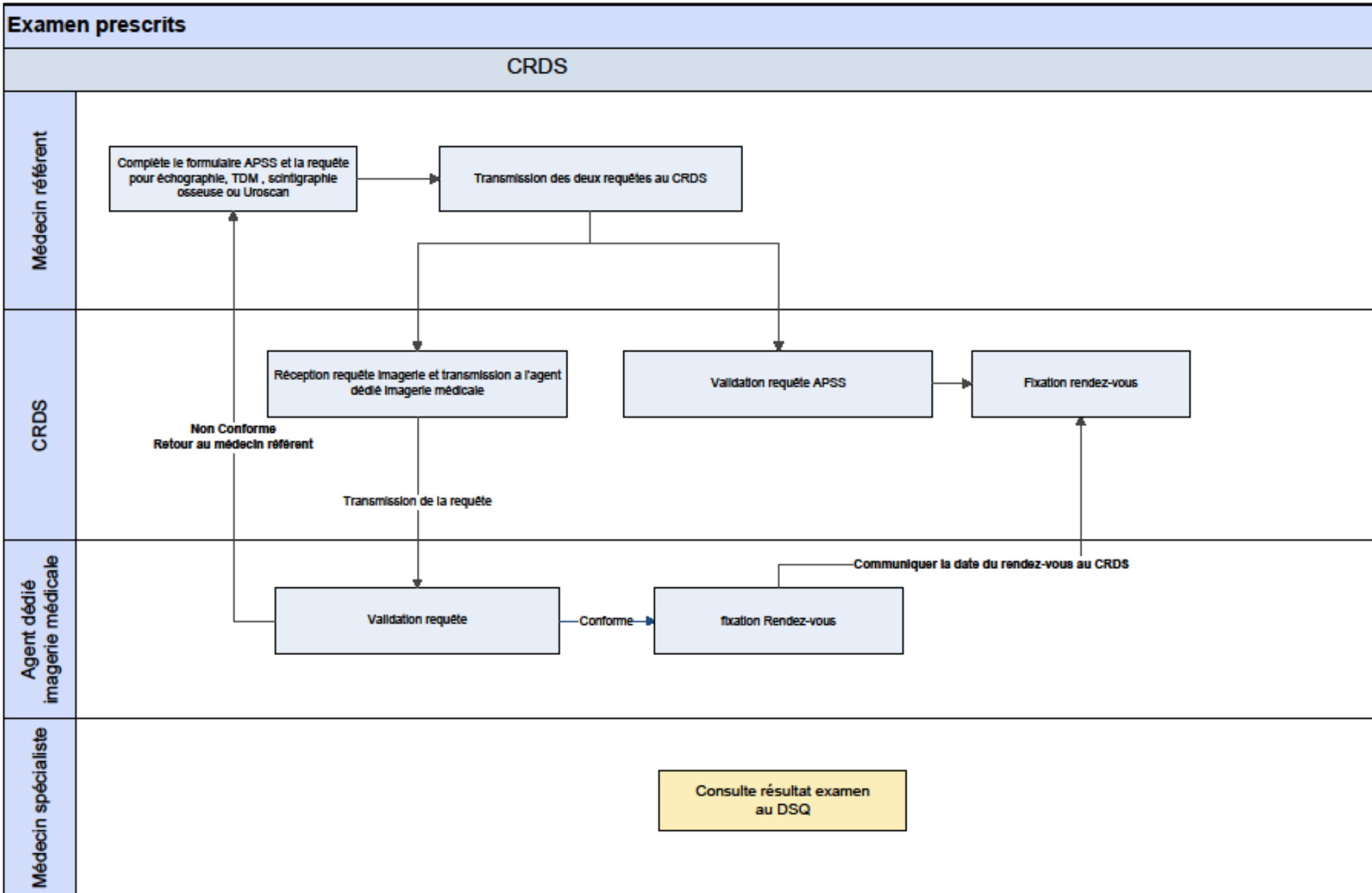
MESURE DE L'ATTENTE ET DES MODALITÉS DU PROJET DE LOI 20

Les directives concernant la mesure de l'attente et des modalités du projet du Loi 20 sont présentées dans le « Guide de saisie et d'extraction des données - Accès aux services spécialisés (APSS) et Centres de répartition des demandes de services (CRDS) ».

ANNEXE I

LA GESTION DES PRÉREQUIS

	1) Examen prescrits - CRDS	2) Examen prescrits – usager	3) Rapport ou information clinique à transmettre	4) Traitement préalable
Types de prérequis (priorités cliniques)	<ul style="list-style-type: none"> • Échographie (B, D, E) • TDM (C, D) • Uroscan (C, D) • Scintigraphie osseuse (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • Examens de laboratoires (B, C, D, E) • Graphie abdominale (C) 	<ul style="list-style-type: none"> • IRM ou arthro-IRM (C, D) • Échographie (C, D) • Graphie (B, C, D, E) • EMG (D, E) • Pathologie (C) • IM – non spécifiée (B, C, D, E) • Acuité visuelle (B, C, D, E) • Optométriste (E) • MMSE ou MOCA (D) • Évaluation psychosociale (E) • Évaluation SNAP, Conners, Poulin (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthopédie : 3 mois de physiothérapie + 2 infiltrations (D) • Ophtalmologie : Débuter traitement antiviral (B) • Ophtalmologie : Traitement médical amorcé depuis 3 mois – Chalazion (E) • Neurologie : Échec du traitement (migraine) (D) • Cardiologie : Débuter anticoagulothérapie (C)
Responsabilité du CRDS	<p><u>Préalable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Convenir de la trajectoire conjointement avec le service d'IM. • Identifier une personne responsable de la coordination des rendez-vous (CRDS ou IM). <p><u>Gestion du prérequis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valider la conformité. • Transmettre la requête au service d'imagerie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valider la conformité 	<ul style="list-style-type: none"> • Valider la conformité 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
Critères de conformité associés au prérequis	<ul style="list-style-type: none"> • Réception de la requête pour l'examen diagnostique. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Examen fait</u> : Indication sur la requête APSS « Résultats disponibles au DSQ ». • <u>Examen à faire</u>: Indication sur la requête APSS «Examen prescrit ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le type de prérequis : a) réception du rapport d'évaluation, ou b) indication au formulaire APSS « Résultats disponibles au DSQ ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
Mesure du délai	<ul style="list-style-type: none"> • Dès que tous les critères de conformité sont rencontrés (APSS + prérequis). • Aucun arrêt du délai 	<ul style="list-style-type: none"> • Dès que tous les critères de conformité sont rencontrés (APSS + prérequis). • Aucun arrêt du délai 	<ul style="list-style-type: none"> • Dès que tous les critères de conformité sont rencontrés (APSS + prérequis). • Aucun arrêt du délai 	<ul style="list-style-type: none"> • Dès que tous les critères de conformité sont rencontrés (APSS + prérequis). • Aucun arrêt du délai



ANNEXE II

GUICHET D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE ORPHELIN EN BREF

Objectif :

- Faciliter l'accès à un médecin de famille selon une priorisation clinique et selon la disponibilité des effectifs médicaux.

Rôles du GACO (en bref) :

- Accompagner la clientèle sans médecin de famille de leur territoire de réseau local de services (RLS) dans la recherche d'un médecin de famille;
- Utiliser le nouveau système informatique le Guichet d'accès aux médecins de famille (GAMF). De cette façon, les données de tous les guichets d'accès continueront d'être standardisées et ainsi être valides, fiables et comparables (branché sur la RAMQ).

Structure des guichets :

- Le CISSS/CIUSSS ainsi que le chef du département régional de médecine générale à jouer un rôle de supervision et de contrôle sur le fonctionnement des guichets d'accès de leur territoire;
- Chaque CISSS/CIUSSS a la responsabilité de coordonner l'ensemble des guichets d'accès de leur territoire.

Cheminement d'une demande :

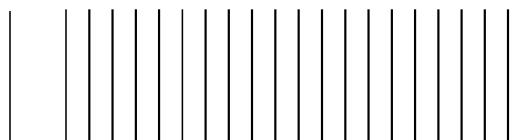
- Si votre patient n'a pas de médecin de famille :
 - Vous devez transférer directement votre patient orphelin de médecin de famille vers le site web : www.gamf.gouv.qc.ca
 - Si pas Internet : Transfert vers guichet d'accès à la fin de votre appel (numéro de téléphone).

Recommandation : Rencontrer le gestionnaire du guichet d'accès de votre CISSS/CIUSSS pour déterminer les processus détaillés de la référence d'un patient

ANNEXE III

CIRCULAIRE MSSS 2009-019

NORMES ET PRATIQUES DE GESTION, Tome II, Répertoire



CIRCULAIRE

Expéditeur

Date

Le sous-ministre

2009-04-15

Destinataires (*)

Les directrices et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux exploitant la mission de centre hospitalier

Sujet

Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé

OBJET

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

CONTEXTE

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

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

(Page révisée le 2 mai 2011)

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

Direction(s) ou service(s) ressource(s)

Numéro(s) de téléphone

Numéro de dossier

Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques

418 266-6946

2009-019

Document(s) annexé(s)

Volume

Chapitre

Sujet

Document

01

02

10

01

MODALITÉS

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

SECTION 1 : GESTION DES PÉRIODES DE NON-DISPONIBILITÉ PERSONNELLE

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

1.1 GESTION DE LA PÉRIODE DE NON-DISPONIBILITÉ PERSONNELLE²

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

1.2 PÉRIODE PROLONGÉE DE NON-DISPONIBILITÉ PERSONNELLE

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

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

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

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

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

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

REPORT

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

REFUS

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

2.2 INCAPACITÉ À REJOINDRE L'USAGER

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

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

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

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

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

SUIVI

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

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

Original signé par

Yves Jalbert

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

