



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

**Orientations ministérielles**

**Réorientation de la clientèle  
ambulatoire non urgente  
de l'urgence**

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)**, section **Publications**

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

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89718-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	3
<b>1. Définition de la clientèle dite <i>réorientable</i></b> .....	4
<b>2. Urgences ciblées</b> .....	4
<b>3. Réorientation et fonctionnement</b> .....	5
3.1. Consentement .....	6
3.2. Algorithmes cliniques de la réorientation .....	6
3.3. Outil informatisé de réorientation .....	6
3.4. Mécanisme de suivi de la clientèle réorientée.....	7
3.5. Suivi des indicateurs de performance et des ententes de gestion .....	7
3.6. Contraintes au processus de la réorientation .....	8
3.7. Schématisation de la réorientation .....	9
<b>Conclusion</b> .....	10

## Introduction

L'amélioration de la fluidité et de l'accessibilité aux services d'urgence constitue une priorité pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). De plus, la lourdeur de la clientèle qui s'y présente ne fait qu'augmenter depuis plusieurs années. Des solutions ont été mises en place afin de pallier l'augmentation des demandes de soins et de permettre de désengorger les services d'urgence (développement des unités d'hospitalisation brève et des zones d'évaluation rapide, accueil clinique, plateforme 811, intensification des soins et du maintien à domicile des usagers, renforcement de la première ligne notamment par le développement des groupes de médecine de famille réseau [GMF-R], etc.). L'analyse des données issues des différentes urgences démontre que les Québécois visitent fréquemment les services d'urgence pour des problèmes de santé qualifiés de mineurs qui pourraient être traités dans un autre milieu que les urgences.

La mission des urgences au Québec est de fournir en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition<sup>1</sup>. L'accès à des soins appropriés peut amener à une utilisation plus efficace des services de santé et à de meilleurs résultats pour les usagers. Ceux dont l'état est moins urgent se heurtent parfois à des temps d'attente élevés. En ciblant les types de visites pour lesquels les usagers pourraient recevoir des soins plus appropriés dans d'autres milieux que les urgences, il sera possible d'améliorer la continuité et la qualité des soins. En effet, ceux-ci s'en retrouveront rehaussés et les ressources au sein des urgences pourront être plus adéquatement redirigées vers les secteurs névralgiques. La réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente vers les sites cliniques de première ligne<sup>2</sup> est unanimement reconnue par les établissements du Québec comme étant primordiale afin de diminuer le temps d'attente et de mieux répondre aux besoins de la clientèle ambulatoire.

L'approche de la réorientation au Québec vise donc à offrir une alternative aux usagers basée sur la notion « du bon patient, au bon endroit, pour les bons soins ». Il est légitime de croire que, à la suite de l'implantation d'un processus de réorientation efficace associée à une éducation populationnelle sur l'utilisation appropriée des ressources de première ligne, le nombre de visites réorientables dans les urgences sera progressivement en diminution.

---

<sup>1</sup> MSSS, *Guide de gestion de l'urgence*, 2006.

<sup>2</sup> Par *site clinique de première ligne*, on entend ici tout type de groupes de médecine de famille (GMF, GMF-R, GMF-Universitaire, etc.), les cliniques médicales et les CLSC qui offrent un service de première ligne médicale.

## 1. Définition de la clientèle dite réorientable

Les visites qualifiées de réorientables représentent les visites faites par des usagers à l'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités au moins aussi bien dans un autre service. Historiquement, les visites considérées comme réorientables étaient appelées « P4-P5 ». Cependant, il a été établi que le potentiel de réorientation d'un usager n'était pas exclusivement lié à sa cote de triage sur l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), mais plutôt à sa raison de visite ainsi qu'au portrait clinique global de son état de santé<sup>3</sup>. D'ailleurs, en fonction de leur condition clinique, certains usagers initialement évalués comme P4 sont finalement hospitalisés et ne devraient donc pas être réorientés. Bref, l'utilisation de la cote de triage en soi pour réorienter la clientèle ambulatoire est une mauvaise utilisation de l'ÉTG. Les installations qui réorientent leur clientèle utilisent la raison de visite et des critères cliniques prédéfinis et non une cote de triage pour inclure les usagers dans ce processus. Le terme *réorientable* (potentiellement admissible à la réorientation) sera donc privilégié dans ce texte. Le MSSS propose de redéfinir ce qui est qualifié ici de clientèle réorientable :

*Clientèle ambulatoire ayant une pathologie jugée non urgente selon des critères cliniques définis et pouvant être traitée dans une autre ressource que l'urgence.*

Le dénominateur de la clientèle réorientable est défini par les deux critères suivants (cf. cadre normatif SIGDU<sup>4</sup>) :

- L'usager est ambulatoire;
- L'orientation de départ est soit le retour à domicile, soit le départ sans prise en charge, soit la réorientation.

Le numérateur est le nombre d'usagers réorientés par installation. La cible de la réorientation proposée pour chacune des urgences ciblées est de 10 % pour l'année 2020-2021 (usagers réorientés/usagers réorientables). Il est prévu de majorer la cible de la réorientation à 15 % pour les années subséquentes.

## 2. Urgences ciblées

Toutes les urgences québécoises ont des visites d'usagers telles que celles décrites ci-haut. Modifier les habitudes de consommation de la clientèle en les réorientant vers le

---

<sup>3</sup> Michael J. Bullard et collab., "Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines 2016", *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 2017.

<sup>4</sup> MSSS, *Cadre normatif pour le système d'information de gestion des urgences (SIGDU)*, révisé en mars 2019, [http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/getdoc/a5598c90-7295-4f33-89ca-c9b607dbde43/Cadre-normatif-SIGDU-Version-3-\(Novembre-2009\).aspx](http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/getdoc/a5598c90-7295-4f33-89ca-c9b607dbde43/Cadre-normatif-SIGDU-Version-3-(Novembre-2009).aspx).

site clinique de leur médecin de famille fait partie de la mission du réseau. Toutefois, les efforts en ce sens doivent être modulés afin d'atteindre les cibles de la réorientation.

Hors de tout doute, la cible établie par le MSSS, soit 10 % des usagers réorientés, n'est pas souhaitable pour l'ensemble des urgences au Québec. Atteindre cette cible de réorientation pour une urgence peu achalandée n'est pas nécessairement pertinent et serait contre-productif.

Certaines études dans la littérature appuient le fait que traiter les usagers non urgents dans d'autres milieux que celui de l'urgence occasionne des économies de coûts pour le système<sup>5</sup>. Le MSSS propose que les urgences qui devraient procéder à un processus de réorientation soient celles qui remplissent au moins l'un des deux critères suivants :

- Nombre de visites totales de plus de 20 000 par année;
- Taux de départs avant prise en charge supérieur à 10 %.

Les établissements ne répondant pas à ces critères pourront tout de même formuler une demande d'acquisition d'une solution de réorientation informatisée si l'analyse de leur offre de service corrobore la décision. Le respect de l'assiduité que doivent assurer les médecins de famille est un des éléments que l'établissement doit prendre en considération dans le déploiement d'un processus de réorientation, et ce, en dépit du niveau d'achalandage du milieu. Nonobstant la présence ou non d'un des deux critères mentionnés ci-haut, **tous les établissements** désirant acquérir une solution de réorientation informatisée devront respecter la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement<sup>6</sup>.

### 3. Réorientation et fonctionnement

L'infirmière du triage a la capacité d'émettre le constat que la raison de consultation est non urgente et ne justifie pas une consultation médicale dans l'immédiat. Ainsi, à la suite de son évaluation clinique, l'infirmière pourrait suggérer à l'utilisateur de regagner son domicile ou de consulter une ressource de première ligne (ex. : médecin de famille, pharmacie communautaire, dentiste, services courants en CLSC), ou encore le diriger plus formellement vers un site clinique de première ligne (GMF, clinique externe)<sup>7</sup>, idéalement en lui fournissant un rendez-vous. Toutes les installations doivent procéder à la

---

<sup>5</sup> Campbell et collab., "Re-utilization outcomes and costs of minor acute illness treated at family physician offices, walk-in clinics, and emergency departments", *Canadian Family Physician*, 2005, vol. 51, n° 1, p. 83-93.

<sup>6</sup> RLRQ, chapitre G-1.03, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/G-1.03>.

<sup>7</sup> Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Triage à l'urgence : lignes directrices*, 2019.

réorientation des usagers avec une trajectoire claire incluant les éléments énoncés ci-dessous.

### 3.1. Consentement

Le consentement à la réorientation se doit d'être colligé au dossier de l'utilisateur. Afin que le consentement de l'utilisateur soit libre, il doit être exempt de pression, d'influence, de menace ou de promesse de la part d'un intervenant de l'établissement de santé. La réorientation doit être présentée comme une alternative à la visite à l'urgence et l'utilisateur peut, si tel est son désir, la refuser sans risque de préjudice. Le consentement doit également être éclairé, c'est-à-dire que l'infirmière doit expliquer à l'utilisateur, dans des termes accessibles et compréhensibles, les informations en lien avec son état de santé. Il doit comprendre les bénéfices et les risques de la réorientation afin de prendre une décision qu'il jugera la meilleure pour lui. En plus du consentement libre et éclairé à la réorientation elle-même, l'utilisateur doit consentir à la transmission des informations sur son état de santé actuel à un autre site clinique de première ligne. Sans l'approbation de l'utilisateur, il sera impossible pour l'urgence de fournir au site clinique receveur les informations sur la raison de visite de l'utilisateur, voire les notes du triage. Or, ces informations cliniques sont habituellement souhaitées par les cliniciens de première ligne pour optimiser le temps consacré à la consultation des usagers réorientés.

### 3.2. Algorithmes cliniques de la réorientation

Les établissements doivent élaborer un algorithme clinique afin de prédéfinir les critères d'une réorientation sécuritaire. Ces critères sont établis par un groupe d'experts. Bien que ces critères servent à guider l'infirmière dans l'évaluation du potentiel de réorientation d'un usager, c'est son jugement clinique qui prédomine lors de la prise de décision. Ainsi, une infirmière peut prendre l'initiative de ne pas réorienter un usager malgré l'absence de critères généraux d'exclusion ou de contre-indication. L'infirmière est imputable de sa décision clinique en lien avec la réorientation. Par ailleurs, il est proscrit de réorienter un usager ayant un critère d'exclusion ou une contre-indication. Cependant, l'algorithme clinique est en constante évolution et pourrait être amendé selon les rétroactions des milieux. L'analyse de l'incidence de la réorientation entre les établissements et partenaires du réseau permettra d'améliorer le processus.

### 3.3. Outil informatisé de réorientation

L'optimisation et la normalisation du processus de réorientation passent par l'informatisation de la solution. Cet aspect vient faciliter la prise de décision de l'infirmière par l'intégration de l'algorithme clinique et rend l'ensemble du processus plus efficient. La charge de travail de l'infirmière au triage étant déjà élevée, la réorientation ne doit pas générer un fardeau additionnel pour le personnel des urgences et ainsi nuire à la

réorientation. L'avantage le plus notable de l'informatisation du processus est d'offrir à l'utilisateur la possibilité de prendre rendez-vous en temps réel dans un autre site clinique. Ainsi, comme le prévoit le fonctionnement de Rendez-vous santé Québec (RVSQ), entre autres, l'octroi de rendez-vous doit se faire prioritairement auprès du médecin de famille de l'utilisateur ou dans le même site clinique de pratique que son médecin de famille, et ce, pour une meilleure prise en charge de l'utilisateur et également un meilleur taux d'assiduité pour ce médecin de famille. En l'absence de disponibilité dans ce site clinique, ou pour un utilisateur non inscrit auprès d'un médecin de famille, l'utilisateur se verra attribuer un rendez-vous dans un autre site clinique offrant des disponibilités. De plus, la solution de réorientation choisie par l'établissement devra permettre aux sites cliniques de ne pas dupliquer leur système actuel de gestion électronique de rendez-vous afin d'éviter la mise à jour des rendez-vous des médecins dans plusieurs systèmes informatiques en parallèle. RVSQ permet également d'offrir des plages de rendez-vous spécifiquement réservées à la réorientation par l'urgence. Ainsi, le personnel peut, lorsque le besoin se présente, attribuer un rendez-vous à un utilisateur et le laisser partir tout en ayant l'assurance que ce dernier sera pris en charge dans les temps prescrits.

#### 3.4. Mécanisme de suivi de la clientèle réorientée

En plus du nombre de retours à l'urgence, les établissements doivent être en mesure d'assurer un suivi des raisons de visites liées à la réorientation qui sont les plus sujettes à un retour à l'urgence dans les heures suivant la réorientation. L'assiduité aux rendez-vous offerts par la réorientation est un autre indicateur de performance qui doit pouvoir être mesuré afin d'assurer la sécurité du processus. Par ailleurs, il ne revient pas à l'établissement de suivre systématiquement chacun des utilisateurs ayant consenti à la réorientation pour évaluer leur assiduité. Les données statistiques extraites des systèmes informatisés permettent plutôt d'assurer une amélioration continue du processus.

#### 3.5. Suivi des indicateurs de performance et des ententes de gestion

L'analyse statistique de la réorientation permet aux gestionnaires d'urgence un monitoring des effets de la réorientation sur les délais de prise en charge médicale et la durée moyenne de séjour pour la clientèle ambulatoire. De plus, les établissements de santé devront communiquer au personnel et à la population le changement de pratique que représente la réorientation afin d'atteindre l'objectif de 10 % de la clientèle réorientable fixé par le MSSS pour l'année 2020-2021. Il est important de souligner qu'à l'heure actuelle, certains établissements réorientent déjà au-delà de 20 % de leur clientèle. Le suivi de la réorientation repose notamment sur les indicateurs suivants :



- Le nombre et le pourcentage d'usagers réorientés par rapport aux usagers réorientables;
- Le nombre et le pourcentage de départs avant prise en charge médicale;
- Le pourcentage de retours à l'urgence des usagers réorientés dans les 12 heures, les 24 heures et les 48 heures;
- Les raisons de visites associées aux usagers retournés à l'urgence dans les 24 heures;
- Le délai de prise en charge ambulatoire;
- Le délai moyen de séjour ambulatoire;
- Le délai moyen entre la visite à l'urgence et l'accès à un médecin d'un site clinique;
- Le nombre et le pourcentage d'usagers réorientables.

### 3.6. Contraintes au processus de la réorientation

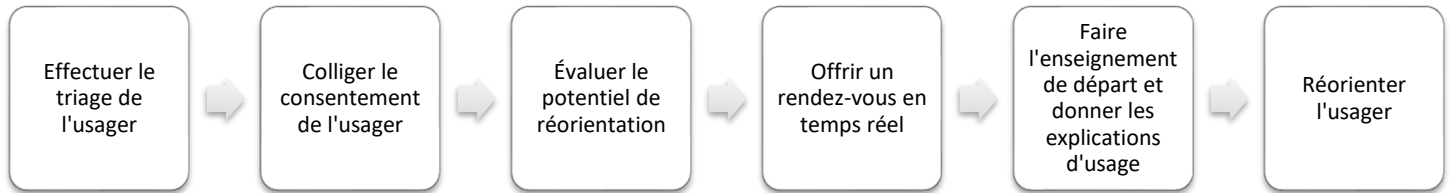
#### 3.6.1. Mesures compensatoires

Plusieurs partenaires du réseau ont fait valoir au MSSS qu'un des plus grands freins à la réorientation était les frais de stationnement engendrés par la visite à l'urgence. Des dédommagements sont à envisager par les établissements selon le contexte du milieu. Le remboursement des frais de stationnement pour les usagers réorientés ou l'extension de la plage de gratuité du stationnement afin d'éviter le remboursement inutile de frais de stationnement sont des exemples de mesures mises en place dans le réseau.

#### 3.6.2. Prise du rendez-vous

La charge de travail de l'infirmière du triage étant déjà considérable, il faut éviter que les tâches administratives soient un second obstacle à la réorientation. Afin de permettre à l'infirmière d'optimiser son rôle clinique, les agents administratifs peuvent contribuer au processus de réorientation en fournissant aux usagers les explications courantes sur les cliniques médicales (coordonnées, localisation, moyen de transport, etc.). Cependant, le choix du rendez-vous proposé doit être fait par l'infirmière du triage, car il découle de son jugement clinique. L'infirmière du triage pourrait décider de ne pas réorienter un usager si les rendez-vous disponibles ne sont pas dans un délai jugé raisonnable en fonction de la condition clinique de l'utilisateur (exemple : le délai à respecter pour refermer une plaie à l'aide de points de suture).

### 3.7. Schématisation de la réorientation



## Conclusion

Pour le MSSS, ce document est le premier à poser des balises provinciales sur le processus de réorientation. C'est un travail continu et l'expérience des établissements nous permettra de moduler ces balises. Le MSSS s'attend à une participation des établissements du réseau à l'atteinte des objectifs et à l'amélioration des processus de gestion des urgences. Les algorithmes cliniques permettent une certaine flexibilité afin d'atteindre une efficacité des services. La priorité derrière la réorientation, c'est de comprendre qu'il s'agit d'un bénéfice pour l'utilisateur, pour l'établissement et pour les cliniques qui accueillent cette clientèle. L'enseignement à la population doit se retrouver derrière chaque intervention en lien avec la réorientation. La promotion de la première ligne doit être mise de l'avant afin de diminuer la récurrence du nombre de consultations considérées comme non urgentes chez la clientèle ambulatoire de l'urgence. Idéalement, la réorientation devrait devenir marginale. À terme, les usagers s'orienteront directement vers le milieu clinique le plus adapté à leur condition de santé.

