

2022/04/13

Cliniques d'urgences mineures

Cadre de référence

Direction des services d'urgence et de la fluidité
Direction de l'accès et de l'organisation des services
de première ligne
MSSS

Introduction

L'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services de santé ainsi que l'utilisation efficiente des ressources du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) sont deux priorités pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). En 2019-2020, on constate que plus de deux millions d'utilisateurs ont consulté à l'urgence pour des problèmes de santé mineurs¹, ce qui représente près de 55 % des visites faites annuellement dans les urgences de la province. Actuellement, les groupes de médecine familiale (GMF) et, plus spécifiquement, les GMF accès-réseau (GMF-AR) représentent le dernier filet de sécurité avant le recours aux urgences. Néanmoins, les données démontrent que l'offre actuelle ne permet pas de répondre au besoin de la population. De plus, le type de services offerts varie selon l'installation (ex. : réparation de plaies, chirurgies mineures, traitements, etc.) et plusieurs régions n'ont aucun GMF-AR sur leur territoire (ex. : Côte-Nord et Laurentides). Ainsi, de nombreux utilisateurs consultent à l'urgence pour des soins mineurs par manque d'accès à une consultation ou à certains services en première ligne. Par exemple, les plaintes mineures, les symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures, la cellulite, les lacérations, l'infection urinaire et la douleur au niveau d'un membre font partie des 10 raisons de visite les plus fréquentes en 2019-2020 chez la clientèle ambulatoire des urgences (voir l'annexe 1 pour de plus amples détails).

De plus, soit en raison d'un faible volume de ressources ou de leur indisponibilité, certaines urgences (de catégorie 1B²) ne sont pas en mesure d'offrir à la population des soins et services 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Puisque ces installations sont de petites urgences situées à moins de 70 km d'un centre hospitalier, avec qui des ententes de service sont établies, elles traitent en grande majorité des cas mineurs³ (plus de 70 % de la clientèle). La majorité des visites sont également faites entre 7 h et 23 h. En ce sens, il apparaît essentiel de mieux définir l'offre de service de certaines de ces urgences en présentant une nouvelle organisation des soins et des services, soit les cliniques d'urgences mineures. Ces cliniques offriront des services ambulatoires mineurs nécessitant le plateau technique des urgences (ex. : chirurgies mineures, traitements intraveineux, attelles plâtrées, etc.). Celles-ci se trouvent donc au confluent des services de première ligne et des services d'urgence. L'assouplissement des normes (ex. : triage remplacé par une évaluation infirmière à l'arrivée) ainsi que le travail multidisciplinaire permettront d'augmenter le volume d'utilisateurs pris en charge (cible de 15 à 20 % d'augmentation d'utilisateurs pris en charge).

Cette nouvelle offre ici proposée amènera un meilleur arrimage entre les services de première ligne, les services généraux et ceux des urgences en offrant des soins plus adaptés et plus efficaces en ce qui a trait à la prise en charge (PEC) des besoins mineurs et semi-urgents de la population. Les cliniques d'urgences mineures offriront donc un niveau de service supplémentaire dans le RSSS afin de diminuer l'achalandage non pertinent aux urgences. Ces cliniques devront être utilisées en complémentarité des services de première ligne. Ainsi, les utilisateurs ne requérant pas le plateau technique de ces installations devraient être orientés en préférence vers d'autres services de première ligne (pharmacie communautaire, clinique du médecin de famille ou de l'infirmière praticienne spécialisée [IPS], GMF-AR, etc.). Ces cliniques pourront également accueillir des utilisateurs ayant un problème nécessitant une PEC dans les heures suivantes, lorsque

¹ Visites à l'urgence avec une cote de priorité au triage de niveau 4 ou 5.

² Voir le [Guide de gestion des urgences, section « Catégorisation des urgences »](#).

³ Visites à l'urgence avec une cote de priorité au triage de niveau 4 ou 5.

ces derniers ne sont pas en mesure d'avoir accès à un rendez-vous en première ligne. Cette nouvelle offre de service pourra également être adaptée aux différentes réalités des urgences rurales qui souhaitent se reconvertir en cliniques d'urgences mineures.

Organisation des services

La clinique d'urgences mineures se veut un point de service ambulatoire sans rendez-vous (de type *walk-in*), où les services offerts sont semblables à ceux du secteur ambulatoire des urgences. Comme mentionné précédemment, deux types d'installations peuvent être désignées clinique d'urgences mineures, soit :

- Les urgences de catégorie 1B;
- Les centres locaux de services communautaires (CLSC) des régions rurales offrant des services comparables à ceux décrits dans la section « Offre de service ».

Les cliniques d'urgences mineures ayant pour mission d'offrir des services ambulatoires, elles ne recevront aucune ambulance. Un ou plusieurs corridors de services, selon l'organisation des soins de la région, devront être mis en place pour la clientèle instable qui doit être transférée vers une urgence. De plus, des ententes devraient être conclues avec les centres de communication santé afin que le médecin de la clinique d'urgences mineures ait autorité sur le choix du milieu receveur. Pour les cliniques en milieu rural désirant offrir des soins à la clientèle instable se présentant sur pieds, le CMDP devra autoriser toute activité complémentaire, et ce, en fonction des normes de pratique en vigueur, des équipements disponibles sur place et de la formation du personnel médical et infirmier. Pour les personnes se présentant peu de temps avant la fermeture des portes, celles qui ne peuvent être traitées à la clinique d'urgences mineures doivent être évaluées par l'infirmière. Par la suite, elles pourront être réorientées en première ligne, si leur état le permet, ou redirigées vers l'urgence via le corridor de services préétabli.

En ce qui a trait aux équipements disponibles pour le traitement des usagers, les cliniques d'urgences mineures, à la suite de l'évaluation de leurs besoins par le MSSS, pourraient se munir de fauteuils afin d'observer certains usagers après leur PEC médicale pour des pathologies nécessitant un temps de traitement plus élevé (par exemple : traitement de l'asthme, antibiothérapie, analgésie, etc.). Néanmoins, le traitement des usagers ne devrait pas prendre plus d'une à deux heures pour la majorité des cas. Ainsi, l'utilisation des fauteuils doit viser l'amélioration de l'expérience de soins des usagers en mode ambulatoire plutôt que la PEC de pathologies nécessitant l'intensité des soins requis en centre hospitalier. Une civière de stabilisation pourrait également être autorisée par le MSSS pour les cliniques en milieu rural qui effectuent des soins de stabilisation.

Dès leur arrivée, tous les usagers doivent être évalués par une infirmière afin de s'assurer que leur état clinique est adapté au type de soins offerts dans les cliniques d'urgences mineures. Malgré le fait qu'aucun triage ne soit nécessaire, certains usagers peuvent être priorisés selon le jugement clinique de l'infirmière. En ce sens, la formation *Canadian Triage and Acuity Scale* n'est pas obligatoire, mais demeure recommandée.

À la suite de l'évaluation initiale et lorsque l'état de santé des usagers le permet, ces derniers devraient être réorientés vers leur domicile, en précisant les autosoins requis et les éléments à surveiller, ou vers un autre professionnel de la santé tel qu'un pharmacien. À cet égard, des outils d'aide à la décision clinique ainsi que des guides d'autosoins devraient être mis en place afin de

faciliter la réorientation lors de l'évaluation initiale. Les infirmières pourront également diriger les usagers vers les autres ressources de l'établissement, telles qu'une travailleuse sociale ou un programme d'aide spécialisé, et ce, d'après un modèle de type AAOR (accueil, analyse, orientation, référence). Selon les besoins de la population locale et le nombre de visites annuelles, d'autres professionnels pourraient joindre l'équipe traitante après l'accord du MSSS (ex. : travailleur social, physiothérapeute et pharmacien). Ainsi, des réorientations pourront être faites directement vers ces professionnels en fonction des raisons de consultation de la clientèle. La collaboration avec les GMF et les cliniques médicales demeure essentielle. Pour les usagers inscrits, l'information pertinente devrait être transmise à leur équipe soignante afin d'assurer la continuité des soins.

Considérant la pénurie actuelle de personnel, des infirmières auxiliaires peuvent aider les infirmières lors de l'évaluation initiale en prenant, par exemple, les signes vitaux des usagers. Elles peuvent également effectuer des soins auprès de la clientèle sous un modèle de dyade infirmière-infirmière auxiliaire. Des modèles de cellule de travail peuvent également être implantés afin de maximiser le travail de chacun des professionnels. Ainsi, deux professionnels procèdent à une partie des soins selon leur champ d'expertise dans des salles adjacentes et ils s'entraident pour la réalisation de tâches communes afin d'éviter les goulots d'étranglement dans la trajectoire de soins offerts.

Afin d'assurer la réussite de ce type d'organisation de services, une définition claire et une compréhension commune des rôles de chacun ainsi qu'une bonne collaboration et communication entre les professionnels sont des éléments clés. Pour la mise en place d'un modèle interdisciplinaire, il est possible de se référer au [Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme](#), rédigé par le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Des formations sur la collaboration interprofessionnelle et les champs d'expertise de chacun des professionnels peuvent également être offertes aux membres de l'équipe.

Le modèle des cliniques d'urgences mineures étant basé notamment sur la collaboration interprofessionnelle et la mise à profit du champ d'expertise des professionnels, l'utilisation d'ordonnances collectives diagnostiques et thérapeutiques est obligatoire afin d'accélérer la PEC des usagers. Il est également recommandé qu'une monitrice clinique puisse accompagner l'équipe clinique en début de projet afin d'assurer la qualité des soins et l'utilisation efficiente des trajectoires de soins, selon les besoins des usagers, ainsi que des champs d'expertise de chacun des professionnels.

Malgré le fait que le MSSS ne recommande pas l'implantation d'IPS dans les urgences actuelles, les cliniques d'urgences mineures représentent, pour la Direction des services d'urgence et de la fluidité et la Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne, des milieux intermédiaires entre les urgences et les GMF-AR. Les IPS faisant déjà partie intégrante des GMF, elles seront intégrées à l'un des projets pilotes. En fonction des résultats obtenus, des modèles de PEC par des médecins et des IPS pourraient être envisagés pour ces milieux. Les IPS travaillant au sein des cliniques d'urgences mineures devraient idéalement avoir deux années d'expérience en sans rendez-vous. En accord avec la Direction nationale des soins et des services infirmiers du MSSS, l'évaluation par une IPS dans ce type de milieu devrait être en moyenne de 20 minutes par usager.

Des modèles hybrides peuvent également être élaborés, permettant de combiner des plages de rendez-vous via le système Rendez-vous santé Québec (RVSQ) à du sans rendez-vous de type *walk-in*. Ainsi, les rendez-vous permettront d'offrir un meilleur service à la clientèle tout en offrant un accès direct aux usagers ayant besoin d'une consultation rapide. Néanmoins, du sans rendez-vous de type *walk-in* doit être offert durant toute la période d'heures d'ouverture.

Finalement, des ententes peuvent être prises avec les urgences à proximité qui ont des problèmes d'engorgement chronique pour la réorientation de cas mineurs. Cependant, comme mentionné préalablement, les usagers ne requérant pas le plateau technique de ces cliniques devraient être orientés en préférence vers d'autres services de première ligne (pharmacie communautaire, clinique du médecin de famille ou de l'IPS, GMF-AR, etc.). De plus, il est préférable que les usagers se dirigent directement vers les cliniques d'urgences mineures plutôt que de créer des *fast track* via les urgences.

Obligations minimales attendues

- Urgence de catégorie 1B en milieu urbain :
 - Ouvert de 16h, 7 j/7;
 - Fermeture des portes 2h avant la fermeture officielle (sauf pour les cas urgents);
 - Obligation minimale de 30 000 visites sans rendez-vous de type *walk-in*.
- Urgence de catégorie 1B en milieu rural :
 - Ouverture minimale de 12 heures par jour, 7 j/7;
 - Obligation de sans rendez-vous populationnel de type *walk-in*.

Offre de service

Chacune des cliniques d'urgences mineures doit offrir minimalement les services suivants :

- Réparation de plaies (points de suture ou colle à peau);
- Pansement;
- Chirurgie mineure;
- Drainage d'abcès;
- Retrait de corps étrangers;
- Traitement des épistaxis;
- Traitement d'inhalothérapie avec médication en aérochambre et par nébulisation;
- Traitement intramusculaire (ex. : antibiotique pédiatrique, vaccination, traitement pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang [ITSS]);
- Traitement intraveineux (ex. : antibiothérapie pour cellulite);
- Réhydratation intraveineuse;
- Électrocardiogramme;
- Attelle plâtrée ou autre immobilisation nécessaire;

- Investigation avec cathétérisme urinaire et installation de sonde urinaire d'urgence;
- Lampe à fente pour évaluation ophtalmique;
- Prélèvement d'urgence offert sur place (sanguin, urinaire, culture de selles, dépistage ITSS);
- Radiographie sur place (entente pour sans rendez-vous rapide [< 1 h] en externe possible pour les milieux ruraux);
- Entente pour échographie sans rendez-vous rapide (< 1 h);
- Renouvellement de formulaires de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail et de la Société de l'assurance automobile du Québec pour la clientèle orpheline.

A priori, il sera essentiel d'évaluer les besoins de la population qui consulte afin d'offrir des soins et des services adaptés à ceux-ci. Ainsi, des services complémentaires pourraient être offerts en fonction de l'évaluation réalisée. De plus, des professionnels pourraient venir compléter l'équipe traitante, avec l'accord du MSSS, à la suite de l'évaluation des besoins identifiés et du volume annuel de visites qui pourraient être traités par ceux-ci (ex. : travailleur social, physiothérapeute, pharmacien, etc.). L'utilisation efficiente de ces derniers est primordiale considérant le manque de ressources dans l'ensemble du RSSS.

Un message populationnel fort et clair sera essentiel afin d'assurer l'utilisation efficiente de cette nouvelle offre de service. La hiérarchisation des services devra être communiquée à la population afin que ces nouvelles cliniques d'urgences mineures ajoutent une plus-value au système actuel de santé (voir l'annexe 2). Des liens devront également être établis avec les services d'Info-santé 811, les services courants ainsi que les services de soutien à domicile (SAD) afin de faire connaître cette nouvelle offre de service et ainsi d'éviter l'orientation non pertinente des usagers vers l'urgence. Des trajectoires directes entre les infirmières du SAD et celles des cliniques d'urgences mineures permettront également d'assurer la PEC des usagers référés.

Les problèmes de santé visés par cette nouvelle offre de service devront également être mis de l'avant. Par exemple, les raisons de visite suivantes devraient être ciblées :

- Fracture ou douleur à un membre;
- Plaie ouverte;
- Corps étranger dans l'œil;
- Cellulite;
- Crise d'asthme modérée;
- Traitement intraveineux;
- Etc.

Ces cliniques pourront également accueillir des usagers ayant un problème nécessitant une PEC dans les heures suivantes, lorsque ces derniers ne sont pas en mesure d'avoir accès à un rendez-vous en première ligne, par exemple :

- Otite chez l'enfant souffrant;
- Infection urinaire;
- Douleur dorsale;
- Hyperthermie persistante;

- Dépistage d'ITSS;
- Etc.

Indicateurs de suivi

Les cliniques d'urgences mineures devront utiliser un système de gestion des urgences (SGU) afin que les gestionnaires de ces installations ainsi que le MSSS puissent assurer une vigie des services offerts dans ces nouvelles cliniques. Les indicateurs suivants devraient être suivis par les gestionnaires sur une base périodique :

Volet clinique :

- Nombre de visites quotidiennes;
- Délai de prise en charge (PEC) médicale;
- Délai moyen entre l'évaluation par l'infirmière et le départ de l'utilisateur;
- Pourcentage de réorientations à domicile et vers un autre professionnel;
- Pourcentage de retours dans les 48 heures;
- Taux de départ avant PEC médicale.

Volet ressources humaines :

- Nombre de patients vus par heure et par médecin;
- Nombre de patients vus par heure et par infirmière;
- Nombre de patients vus par heure et par professionnel.

Volet financier :

- Ratio d'utilisation des fonds associés au projet.

Afin d'assurer la fiabilité de ces données, les gestionnaires devront s'assurer que l'ensemble des champs du SGU sont remplis, à l'exception de la cote de triage, qui ne sera plus nécessaire (P5 par défaut).

Cibles

Afin d'assurer l'efficacité et la sécurité des services offerts, le MSSS a fixé cinq cibles qui seront suivies sur une base périodique, soit :

- Pourcentage de réorientations à domicile ou vers un autre professionnel : ≥ 20 %;
- Délai moyen de PEC médicale : < 90 minutes;
- Délai moyen entre l'évaluation par l'infirmière et le départ de l'utilisateur : < 2 heures;
- Pourcentage de retours dans les 48 heures : < 5 %;
- Pourcentage de départs avant PEC médicale : < 5 %.

Personnel requis

Des balises en termes d'équivalents temps complet (ETC) ont été élaborées en cohérence avec les principes de collaboration interprofessionnelle qui sous-tendent ce nouveau modèle. Néanmoins, des ajustements pourront être requis en fonction du personnel disponible au sein de l'établissement.

Pour les cliniques d'urgences mineures en milieu rural, le nombre d'ETC sera déterminé principalement par les heures d'ouverture. Pour les milieux urbains, les balises suivantes ont été établies (voir les sections subséquentes pour le détail des calculs) :

Nbre de visites	Infirmière*	Infirmière auxiliaire	Agent administratif	Physiothérapeute**	Travailleur social**	Pharmacien**	ETC médecin
< 25 000	≤ 8,3	≤ 2,5	3,0	optionnel	optionnel	optionnel	≤ 5,0
25 000 – 30 000	8,3 – 8,8	2,5 – 3,0	3,0	optionnel	optionnel	optionnel	5,0 – 5,3
30 000 – 35 000	8,8 – 9,3	2,5 – 3,0	3,0	optionnel	optionnel	recommandé	5,3 – 6,2
35 000 – 40 000	9,3 – 9,7	3,0 – 3,5	3,0	optionnel	optionnel	recommandé	6,2 – 7,1
40 000 – 45 000	9,7 – 10,2	3,0 – 3,5	3,0 – 3,5	recommandé	optionnel	recommandé	7,1 – 8,0
45 000 – 50 000	10,2 – 10,7	3,0 – 3,5	3,5 – 4,0	recommandé	optionnel	recommandé	8,0 – 8,9
50 000 et plus	≥ 10,7	≥ 3,5	≥ 4,0	recommandé	optionnel	recommandé	≥ 8,9

* Un ETC peut être ajouté en début de projet pour une monitrice clinique.

** Ces professionnels peuvent être requis en fonction des besoins de la clientèle qui consulte à la clinique d'urgences mineures (ex. : pharmacien pour les clientèles avec polypharmacologie et promotion de la loi 31 auprès des pharmaciens de la région). Si ces services ne sont pas offerts sur place, des réorientations peuvent être faites suivant un modèle AAOR.

Calcul du nombre d'ETC pour l'équipe médicale

Le nombre d'ETC requis a été calculé en fonction des considérations suivantes :

- Un ETC pour un médecin d'urgence est de 147 quarts de 8 heures par année selon les normes établies par le MSSS dans le document *Orientations ministérielles : quantification des effectifs médicaux dans les urgences du Québec*;
- Un médecin peut prendre en charge quatre usagers par heure dans les services offrant des soins mineurs (donnée basée sur les balises des programmes GMF-AR);
- Une cible de 20 % de réorientation ou de PEC par un autre professionnel est fixée;
- La mise en place d'ordonnances collectives permettra d'accélérer la PEC des usagers.

Ainsi, un ETC devrait être en mesure de prendre en charge 5 645 usagers/an, soit 4 usagers/h x 8 h/quart x 147 quarts/an x 1,2 (20 % de réorientation).

Pour assurer les 16 heures de couverture demandées, 5 ETC seront requis. Néanmoins, ces milieux ne pourront avoir accès au mécanisme de dépannage médical en accord avec les conditions d'accès déterminées par le comité paritaire FMOQ-MSSS.

Calcul du nombre d'ETC pour le personnel infirmier

Le nombre d'ETC pour le personnel infirmier a été calculé en fonction des considérations suivantes :

- Une infirmière à temps complet travaille 37,25 heures par semaine pendant 48 semaines par année;
- L'évaluation initiale prend en moyenne 8 minutes par usager;
- 20 % des usagers seront réorientés, ce qui demandera en moyenne 10 minutes supplémentaires;
- Une infirmière sera attitrée aux soins des usagers (prélèvements, pansements, médication intraveineuse, application d'ordonnances collectives, etc.);
- Une infirmière sera attitrée au remplacement des pauses et au soutien des équipes cliniques;
- Le rapport désiré est d'environ trois infirmières pour une infirmière auxiliaire.

Pour couvrir les 16 heures d'ouverture demandées, le nombre minimal d'ETC requis est donc de 3 ETC ($[2 \text{ quarts/j} \times 365 \text{ j}] / [5 \text{ quarts/sem.} \times 48 \text{ sem.}] = 3 \text{ ETC}$).

Pour le calcul du nombre d'ETC requis en fonction du volume de visites 6 ETC ont été comptabilisés, en plus du nombre d'ETC requis pour le triage et la réorientation (ex. de calcul pour 25 000 visites : $[25\,000 \text{ visites} \times 8 \text{ min}] + [25\,000 \text{ visites} \times 20\% \times 10 \text{ min}] = 250\,000 \text{ min}$, soit $4\,167 \text{ h} / [37,25 \text{ h/sem.} \times 48 \text{ sem.}] = 2,3 \text{ ETC} + 6,0 \text{ ETC} = 8,3 \text{ ETC}$).

Considérant la pénurie actuelle d'infirmières et comme mentionné précédemment, l'infirmière auxiliaire pourra contribuer à l'évaluation initiale, ce qui pourrait modifier le nombre d'ETC requis.

Le personnel infirmier des urgences de catégorie 1B qui participera aux projets pilotes pourra bénéficier de la prime de soins critiques. À la suite des projets pilotes, une réévaluation de la pertinence de cette dernière devra être réalisée, en collaboration avec le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, et ce, en fonction des normes établies par le MSSS.

Pour les IPS, le nombre d'ETC sera déterminé en fonction du nombre de médecins disponibles, du nombre de visites annuelles ainsi que des stages offerts.

Volet formation

Les cliniques d'urgences mineures étant des milieux de formation intéressants pour les professionnels de la santé (IPS, omnipraticiens, infirmières, etc.), l'accueil de résidents et de stagiaires est fortement recommandé. Pour ce faire, des ententes devront être conclues avec les maisons d'enseignement. Le nombre de médecins et d'IPS requis pourra également être ajusté selon le niveau de formation des étudiants (ex. : R1 ou R2).

Projets pilotes

Plusieurs projets pilotes seront mis en place dans différents milieux afin de tester le modèle de soins et de bonifier ce cadre de référence. Ce dernier servira de guide pour le déploiement d'autres cliniques d'urgences mineures, mais des adaptations seront requises afin d'ajuster les services aux besoins spécifiques de la clientèle servie par l'installation. L'offre de soins pourra également être améliorée au fil des années en fonction de l'évolution des besoins de la population et de l'offre de service des différentes régions, et ce, dans une perspective d'amélioration continue. De plus, des méthodes de gestion et d'organisation du travail visant à améliorer la performance des organisations, de type *Lean management*, pourront être déployées afin d'améliorer l'efficacité des services offerts et, par conséquent, l'accès populationnel.

Trois installations seront ciblées pour les projets pilotes, dont une urgence de catégorie 1B en milieu urbain, une urgence de catégorie 1B en milieu rural ainsi qu'un CLSC en milieu rural offrant des services d'urgences mineures.

Les principales étapes pour le déploiement des projets pilotes en phase 1 seront les suivantes :

1. Confirmation des milieux par le MSSS (sur une base volontaire);
2. Évaluation des besoins financiers par le MSSS et les établissements (ressources matérielles et humaines);
3. Branchement des installations au Système d'information de gestion des urgences et à RVSQ, le cas échéant;
4. Remise d'un plan de déploiement par l'établissement;
5. Préparation à l'interne (affichage de postes, aménagement des lieux physiques, recrutement de médecins, d'IPS et autres professionnels selon les besoins, mise en place d'ententes avec les maisons d'enseignement pour la formation, élaboration d'un plan de communication à la population, etc.);
6. Suivis réguliers avec les installations concernant l'avancement des travaux;
7. Début des projets pilotes à partir d'avril 2022, pour une durée de six mois;
8. Suivi des indicateurs ciblés sur une base périodique;
9. Post-mortem avec les installations et analyse rétrospective.

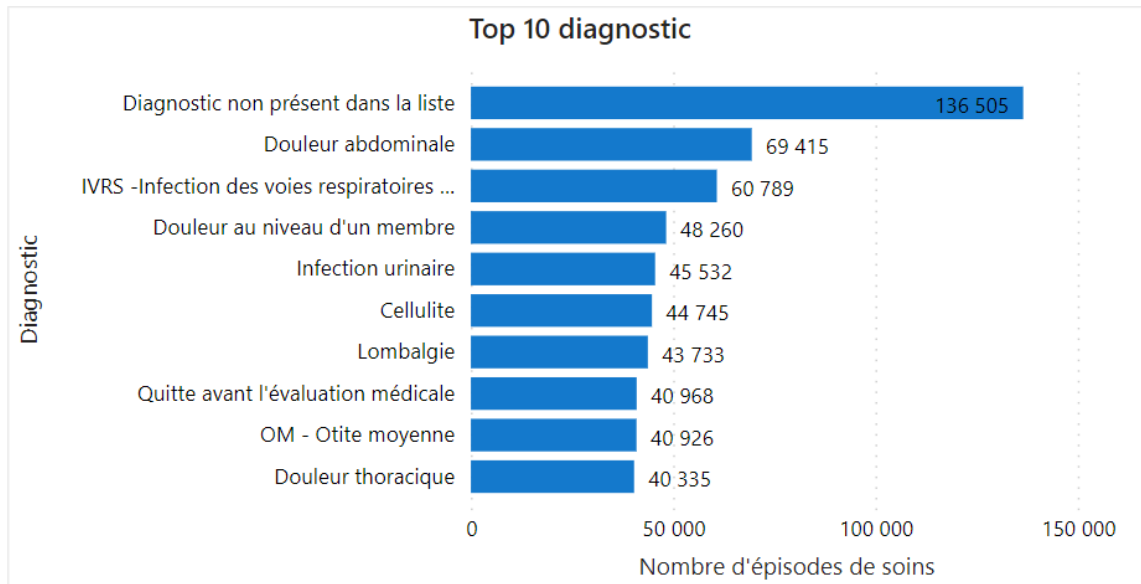
Si les projets pilotes sont concluants, le déploiement des cliniques d'urgences mineures se poursuivra, et ce, selon l'intérêt des établissements ainsi que la réalité de chacune des installations. Par la suite, l'implantation de cliniques d'urgences mineures sous la responsabilité du CISSS ou du CIUSSS dans des régions ayant des difficultés d'accès en première ligne pourrait être envisagée. Par exemple, la région des Laurentides, qui n'a actuellement aucun GMF-Réseau ni urgence de catégorie 1B sur son territoire, pourrait être un milieu idéal pour tester ce nouveau modèle. De plus, une contribution équitable de l'ensemble des médecins et des IPS du territoire permettrait de répartir la responsabilité de l'accès populationnel, en plus d'assurer la pérennité de l'offre de service.

Annexe 1

Les 10 principaux diagnostics et raisons de visite pour la clientèle ambulatoire des urgences (2019-2020)



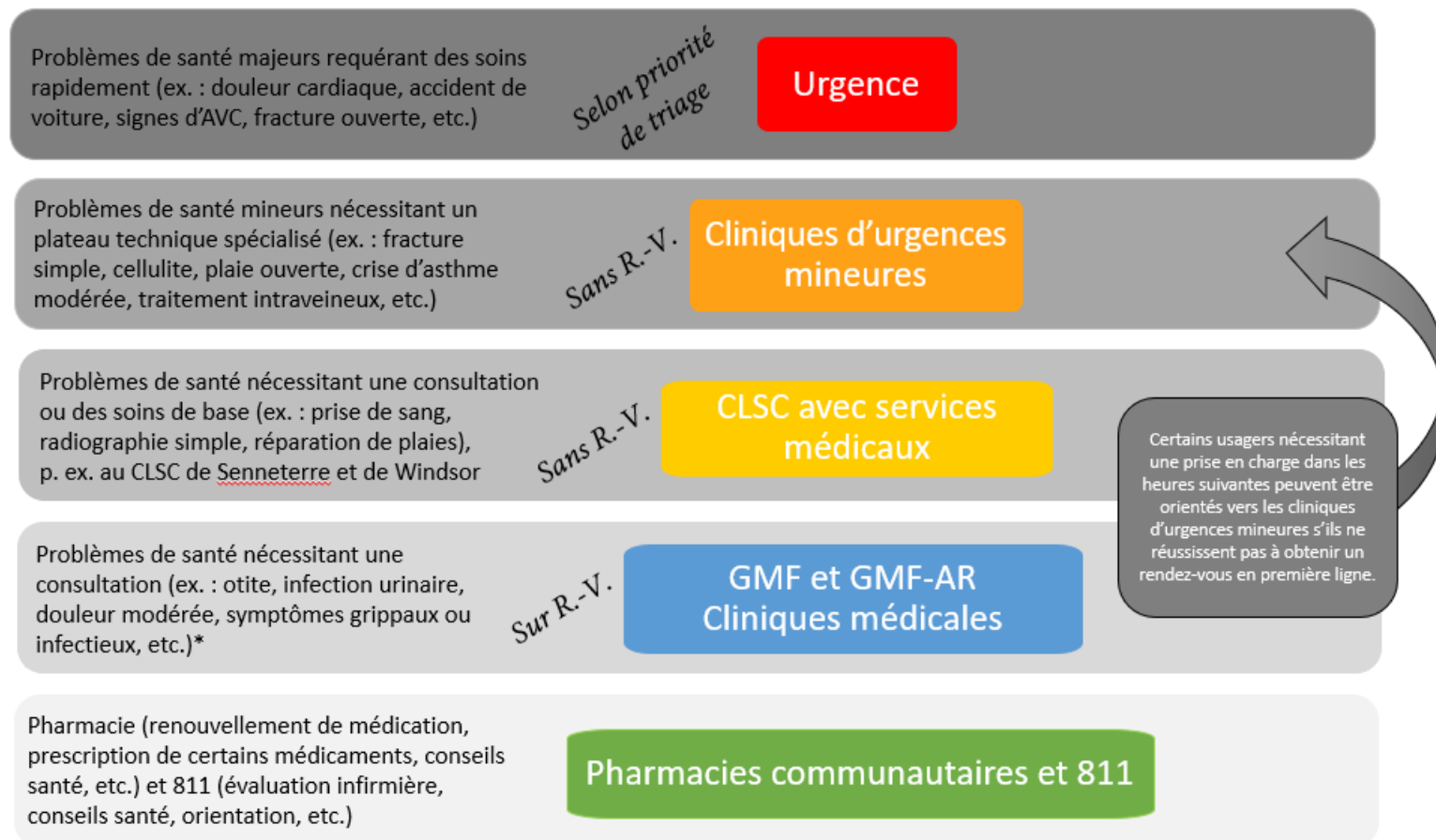
Source : Tableau de bord Urgence, section « Sommaire détaillé ».



Source : Tableau de bord Urgence, section « Sommaire détaillé ».

Annexe 2

Hiérarchisation des services



* Les usagers inscrits doivent consulter auprès de leur médecin de famille ou IPS en premier lieu ou au sans rendez-vous de leur clinique respective.