CHUM

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Modèles organisationnels de la médecine de jour dans un centre hospitalier universitaire

Analyse comparative et pistes de transfert applicables au CHUM

Préparé par

Imane Hammana

Raouf Hassen-Khodja

Alfons Pomp

Novembre 2026

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Ce document est également offert en format PDF sur le site Web du CHUM.

Auteurs : Imane Hammana, Ph. D.
Raouf Hassen-Khodja, M.D., M. Sc.
Alfons Pomp, M.D., FRCSC, FACS

Pour se renseigner sur cette publication ou sur toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Bureau B06.8057
1050, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3J3
Téléphone : 514 890-8000, poste 36132
Télécopieur : 514 412-7460
Courriel : detmis.chum@ssss.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

« Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Modèles organisationnels de la médecine de jour dans un centre hospitalier universitaire*. Analyse comparative et pistes de transfert applicables au CHUM. Préparé par Imane Hammana, Raouf Hassen-Khodja et Alfons Pomp. Novembre 2026 ».

ISBN 978-2-89528-187-0

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES 3

MISSION 5

REMERCIEMENTS 6

RÉSUMÉ 7

SUMMARY 8

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES 9

1 INTRODUCTION 10

2 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 10

2.1 Stratégie de recherche 10

2.2 Critères de sélection 11

2.3 Appréciation de la qualité méthodologique 11

2.4 Type de synthèse proposée 11

3 RÉSULTATS 11

3.1 Médecine de jour polyvalente planifiée 12

3.2 Médecine de jour spécialisée par discipline 12

3.3 Modèle de transition post-urgence ou post-hospitalisation 13

3.4 Acute Medical Unit, Medical Assessment Unit, Ambulatory Emergency Care et Same Day Emergency Care 13

3.5 Modèles intégrés et de réseau (hub-and-spoke, filières territoriales) 14

4 ANALYSE DES RÉSULTATS 14

4.1 Éléments communs entre les modèles 14

4.2 Différences entre les modèles 14

4.3 Valeur pour les patients 15

4.4 Efficience organisationnelle et collaboration interdisciplinaire 15

5 DISCUSSION 18

6 SITUATION ACTUELLE DE LA MDJ AU CHUM EN COMPARAISON AVEC LES MODÈLES RECENSÉS 19

6.1 Éléments de contexte issus des travaux locaux sur la MDJ au CHUM 19

6.2 Correspondance entre les constats locaux et les données probantes 22

6.3 Conclusion intégrée et orientation proposée 22

7 RECOMMANDATIONS 23

8 CONCLUSION 24

9 BIBLIOGRAPHIE 25

ANNEXE A – STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE SELON LES BASES DE DONNÉES CONSIDÉRÉES 28
ANNEXE B – RÉSUMÉS DES ÉTUDES RETENUES 34
ANNEXE C – ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES RETENUES 36
ANNEXE D – CHUM ET MODÈLES ORGANISATIONNELS DE MÉDECINE DU JOUR 39
ANNEXE E — LIMITES ET PERTINENCE DES CARACTÉRISTIQUES ET CHOIX DES MODÈLES 42

Liste des tableaux

Tableau 1 – Critères de sélection 11
Tableau 2 – Critères décisionnels et données locales requises pour comparer les scénarios organisationnels 16
Tableau 3 – Comparatif des modèles 16
Tableau 4 – Synthèse par modèle : avantages, limites et conditions de succès 17
Tableau 5 – Facteurs facilitants et bloquants [19] 18
Tableau 6 – Organisation de l'hôpital du jour (incluant la médecine du jour) au CHUM 19
Tableau 7 – Offres de services des différents secteurs de l'hôpital 20
Tableau 8 – Liste des soins en médecine de jour 21
Tableau 9 – Scénarios organisationnels à comparer pour la médecine de jour au CHUM 23
Tableau 10 – Résultats de la recherche Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to September 09, 2026> 28
Tableau 11 - Études exclues 29
Tableau 12 – Études exclues après analyse du contenu 31
Tableau 13 – Caractéristiques générales des revues systématiques 37
Tableau 14 – Modèles organisationnels de médecine de jour implantés au Québec 39
Tableau 15 – Portrait synthétique des composantes de l'organisation actuelle de la médecine de jour au CHUM 39
Tableau 16 – Synthèse des données locales et de leur contribution à l'analyse du modèle organisationnel 40
Tableau 17 – Données locales, données probantes et implications pour le CHUM 41
Tableau 18 – Duplications et des complémentarités entre les services 42

MISSION

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) a pour mission de conseiller les décideurs du CHUM dans leurs choix de technologies et de modes d'intervention en santé, en basant sa méthodologie sur les données probantes, les pratiques les plus efficaces dans le domaine de la santé et l'état des connaissances actuelles. En outre, en conformité avec la mission universitaire du CHUM, elle travaille à diffuser les connaissances acquises au cours de ses évaluations, tant au sein de la communauté du CHUM qu'à l'extérieur, contribuant ainsi à l'implantation d'une culture d'évaluation et d'innovation.

En plus de s'associer aux médecins, aux pharmaciens, aux membres du personnel infirmier et aux autres professionnels du CHUM, l'UETMIS travaille de concert avec la communauté de pratique. Cette dernière est composée des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé des autres centres hospitaliers universitaires, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ainsi que du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

L'UETMIS participe également au processus permanent d'amélioration continue de la performance clinique. Elle travaille de concert avec l'équipe de la gestion de l'information à élaborer des tableaux de bord permettant une évaluation critique et évolutive des secteurs d'activités cliniques. L'UETMIS propose des pistes de solution contribuant à accroître la performance clinique par une analyse des données probantes et des lignes directrices cliniques, de même que des pratiques exemplaires. Cette démarche est réalisée en collaboration avec les gestionnaires (administratifs et cliniques).

REMERCIEMENTS

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) tient à remercier le Dr Michel Boivin, Mme Mélanie Dubé, adjointe à la directrice des soins infirmiers, Mme Catherine Dufault, coordonnatrice clinico-administrative, ainsi que Mme Marie Hubert, infirmière-chef, pour leur précieuse collaboration à la finalisation de ce rapport.

L'UETMIS exprime également sa reconnaissance à Mme Duy-Ha Ta, agente administrative, pour sa collaboration à l'élaboration de la version finale de ce rapport, ainsi qu'à Mme Daniela Ziegler, bibliothécaire à la Direction de l'enseignement et de l'Académie CHUM (DEAC), pour sa contribution à la recherche documentaire.

Divulgation de conflit d'intérêts

Aucun conflit à signaler

RÉSUMÉ

La médecine de jour (MDJ) recouvre plusieurs modèles organisationnels. Les unités polyvalentes et spécialisées répondent principalement à des besoins de traitements, d'investigations et de suivis hospitaliers planifiés sans nuitée. Le modèle de transition vise à sécuriser le retour à domicile après un passage à l'urgence ou une hospitalisation. Le modèle de médecine de jour associé aux unités de médecine aiguë et d'évaluation (AMU/MAU) accélère l'évaluation et l'orientation des patients présentant une condition médicale aiguë. Les modèles de prise en charge ambulatoire des urgences dans la journée, soit le *Same Day Emergency Care / Ambulatory Emergency Care* (SDEC/AEC), visent quant à eux à éviter une hospitalisation grâce à une évaluation, un traitement et un congé le jour même. Enfin, les modèles intégrés en réseau soutiennent principalement la continuité des trajectoires de soins complexes ou chroniques.

Les résultats les mieux documentés concernent les AMU/MAU, qui sont associées à une réduction de la durée de séjour, ainsi que les SDEC/AEC, qui favorisent les congés le jour même. Toutefois, la qualité limitée et la rareté des données économiques ne permettent pas d'effectuer des comparaisons directes robustes ni d'identifier un modèle universellement supérieur.

Au CHUM, l'offre repose sur de nombreuses unités de médecine de jour spécialisées, auxquelles s'ajoutent la médecine de jour générale du secteur C.04[1], l'accueil clinique, la Trajectoire optimisée d'investigation à l'urgence (TOI-U) ainsi que plusieurs unités associées aux plateaux techniques. Cette diversité favorise le maintien d'une expertise spécialisée, mais elle s'accompagne également d'une multiplicité de portes d'entrée, de responsabilités et de processus organisationnels.

Le portrait exploratoire réalisé à partir des données provenant de 9 unités parmi les 37 services associés à la médecine de jour fait ressortir plusieurs constats. Ainsi, 78 % de la saisie des données est effectuée manuellement, 56 % de leur compilation est réalisée par les infirmières, 56 % des unités disposent d'une procédure écrite et 89 % des responsables estiment que certaines données sont perdues. Les activités indirectes et de coordination sont également captées de façon incomplète, tandis que l'indicateur de « jour-soins » ne reflète pas adéquatement la durée, l'intensité ni la complexité des prises en charge. Ces limites empêchent d'interpréter adéquatement les écarts d'efficience observés et de déterminer si certaines activités sont dupliquées, sous-utilisées ou plus performantes que d'autres.

Pour le CHUM, ces constats soutiennent le maintien des expertises spécialisées, combiné à une harmonisation des fonctions communes. Ils invitent également à consolider et à optimiser l'architecture actuelle au sein d'une plateforme hybride regroupant les soins programmés, les services de transition rapide, les soins aigus ambulatoires et l'accès aux plateaux techniques, plutôt qu'à transposer un modèle unique.

Avant d'envisager une réorganisation, une extension des heures d'ouverture ou un ajout de capacité, il apparaît essentiel de fiabiliser les données disponibles et de mieux documenter l'activité réelle des différentes unités. Il importe également de comprendre les raisons expliquant la sous-utilisation de certains dispositifs existants. Par la suite, un scénario ciblé pourrait être expérimenté dans le cadre d'un projet pilote reposant sur des indicateurs de sécurité, de fluidité, d'expérience patient et d'utilisation des ressources.

[1] En réalité seul le niveau C.04 est utilisée pour la MDJ, selon les données coligées (communication personnelle de Madame Dufault), le secteur C.033 est dédié à d'autres activités.

SUMMARY

There are several different models of outpatient day hospital services. Multipurpose and specialized units mainly provide treatments, investigations, and planned hospital follow-ups without overnight stays. A care transition model ensures a safe return home after an emergency room visit or hospitalization. A model associated with acute care and assessment units (AMU/MAU) accelerates the evaluation and referral of acute medical patients. Models that treat emergencies as ambulatory during the day - Same Day Emergency Care/Ambulatory Emergency Care (OBCS/AEC) aim to avoid admission through same-day care and discharge. Finally, networked integrated models mainly support a continuum of complex or chronic illnesses trajectories.

The best documented results concern AMU/MAU, showing they are associated with a reduction in length of stay, and SDEC/AEC units, which allow same-day discharge. Nonetheless, the quality of published reports, combined with the scarcity of economic data limit direct comparisons and do not permit us to conclude that there is a universally superior model.

At the CHUM, outpatient care is based on many disparate specialized day care services, to which are added general day care C4 unit, out-patient clinics, an optimized emergency room investigation trajectory (TOI-U) and units for specialized medical techniques. This diversity preserves expertise, but comes with a downside of multiple entry points, poorly defined responsibilities and multiple different care processes.

An initial review of CHUM data from 9 outpatient care units (37 medical specialities) demonstrated: 78% of data entry is manual, 56% of data compilation is carried out by nurses, 56% of the units had documented procedurals and 89% of managers felt that some patient care data was lost. Indirect operations, including coordination activities, are also incompletely captured by current data. "Day-care" indicators do not sufficiently reflect the duration, intensity, or complexity of care. These limitations prevent the interpretation of efficiency gaps or the revealing of duplication, underutilization or superiority of one route over another.

For the CHUM, findings support the preservation of specialized expertise, combined with the harmonization of common functionality and the consolidation and optimisation of the current hybrid platforms. This hybrid platform would bring together scheduled care, rapid care transition, ambulatory acute care and access to specialized care venues.

Before any reorganization of the current day care systems, any extension of hours or the addition of capacity; it is important to make sure that decisional data is reliable and to document current patient care trajectories and causes of underuse of existing patient care options. The next step should be a pilot project with careful evaluations of indicators of patient safety and experience, clinical throughput and hospital resource use.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AEC	Soins d'urgence ambulatoires sans hospitalisation conventionnelle prévue (*Ambulatory Emergency Care).*
Amb	Score de soins ambulatoires utilisé pour prédire une prise en charge ou une sortie rapide (*Ambulatory Care Score).*
AMU	Unité de médecine aiguë accueillant les admissions médicales urgentes (*Acute Medical Unit*).
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire.
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
CLECC	Programme créant des environnements d'apprentissage favorisant les soins compassionnels *(Creating Learning Environments for Compassionate Care)*.
ERAS	Programme de récupération améliorée après chirurgie *(Enhanced Recovery After Surgery)*.
GAPS	Score de Glasgow de prédiction de l'admission hospitalière *(Glasgow Admission Prediction Score)*.
NHS	Système public de santé du Royaume-Uni *(National Health Service)*.
PDSA	Cycle d'amélioration continue : planifier, réaliser, étudier puis agir ou ajuster *(Plan–Do–Study–Act)*.
RAPIDO	Réseau d'aide à la prise en charge diagnostique et d'orientation.
REACH	Programme de réadaptation interdisciplinaire à domicile.
SAMBA	Audit national comparatif des services de médecine aiguë *(Society for Acute Medicine Benchmarking Audit)*.
SDEC	Évaluation, diagnostic et traitement urgents le même jour, sans admission de nuit prévue *(Same Day Emergency Care)*.
START	Outil de triage de Sydney estimant le risque d'admission hospitalière *(Sydney Triage to Admission Risk Tool)*.
STRENGTH	Nom de programme de soins transitionnels.
USI	Unité de soins intensifs. Service pour les patients nécessitant une surveillance et des soins intensifs.

1 INTRODUCTION

Dans un contexte de pression sur les lits d'hospitalisation, de vieillissement de la population et de virage ambulatoire soutenu par les orientations ministérielles québécoises [1], ainsi que par les politiques de plusieurs pays de l'OCDE [2-3], plusieurs CHU ont revu l'organisation de leur médecine de jour. Le CHUM a lui-même entrepris, depuis 2023, un chantier de consolidation et d'expansion des soins ambulatoires [4].

Dans les centres hospitaliers de soins spécialisés et surspécialisés, la médecine de jour (MDJ) peut remplir plusieurs fonctions : offrir des traitements programmés nécessitant un plateau technique, assurer le suivi de patients complexes, accélérer une investigation médicale ou encore constituer une alternative à l'hospitalisation lorsque le retour à domicile est possible. Cependant, l'utilisation de terminologies variées [5-6] rend les comparaisons difficiles[2].

L'objectif de ce document est de décrire les principaux modèles d'organisation de la MDJ et de la médecine aiguë ambulatoire au Québec, au Canada, en France et à l'international. Il vise également à apprécier la valeur générée pour les patients, l'efficience organisationnelle ainsi que les conditions de succès de ces modèles (facteurs facilitants et obstacles à leur mise en œuvre). Enfin, il cherche à évaluer leur pertinence et leur transférabilité au CHUM dans le contexte de la transformation du réseau de santé sous l'égide de Santé Québec.

2 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Le présent document repose sur une démarche de synthèse narrative rapide (« rapid review ») fondée sur la collecte, l'analyse critique et la synthèse de données probantes de qualité. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une revue systématique, cette analyse demeure rigoureuse grâce à une double sélection indépendante des études et à une évaluation formelle de leur qualité méthodologique.

Conformément aux guides du MSSS sur l'unité de médecine de jour et la gestion de l'urgence, la MDJ est définie ici comme un ensemble d'activités diagnostiques ou thérapeutiques planifiées, généralement d'une durée supérieure à une heure et nécessitant l'accès au plateau technique hospitalier, destinées à des patients dont la complexité clinique ou l'instabilité ne permet pas une simple consultation externe [7].

Au CHUM, la définition locale inclut également des investigations coordonnées, des traitements spécialisés ainsi que la prise en charge de certaines conditions nécessitant une organisation intégrée des services au cours d'une même journée.

2.1 Stratégie de recherche

- Bases de données bibliographiques : MEDLINE (PubMed), Embase, CINAHL et Cochrane Library (annexe A).
- Littérature grise et organismes d'évaluation : MSSS, INESSS, NHS England, NICE et Agency for Clinical Innovation (Australie).
- Rapports institutionnels, guides de planification immobilière, projets d'établissement de CHU français et rapports annuels d'établissements canadiens, dont ceux du CHUM.
- Une attention particulière a été portée aux revues systématiques les plus récentes (2023-2025) portant sur les modèles d'AMU et de SDEC, considérés parmi les mieux évalués dans la littérature.

La recherche documentaire s'articule autour de cinq concepts clés : (1) médecine de jour ; (2) médecine aiguë ambulatoire (SDEC/AEC) [25] ; (3) AMU/MAU [23-24] ; (4) organisation des services *(care pathway, delivery model)* ; et (5) centres spécialisés *(tertiary/quaternary care, academic medical center)*.

[2] Le terme « médecine de jour » recouvre des réalités très différentes selon qu'on se situe au Québec, en France ou dans le monde anglo-saxon.

Une équation booléenne formalisée pour MEDLINE/PubMed a été élaborée à partir de ces concepts afin de permettre la validation, la reproduction ou la mise à jour ultérieure de la recherche documentaire.

2.2 Critères de sélection

Tableau 1 – Critères de sélection

DIMENSION	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Population	Adultes pris en charge dans des centres hospitaliers spécialisés, surspécialisés ou universitaires (CHU).	Pédiatrie, obstétrique, psychiatrie.
Intervention / modèle	Modèles organisationnels de médecine de jour, AMU, MAU, AEC, SDEC ou autres modèles ambulatoires spécialisés.	Services purement chirurgicaux, cliniques externes classiques sans composante organisationnelle de médecine de jour, soins à domicile seuls ou télésuivi non structuré.
Milieu de soins	Services hospitaliers ambulatoires, unités de médecine de jour, unités d'évaluation médicale aiguë, corridors post-urgence ou post-hospitalisation.	Milieux de première ligne ou soins communautaires non transférables à un centre hospitalier spécialisé.
Résultats d'intérêt	Fluidité, durée de séjour, admissions évitées, réadmissions, mortalité, sécurité, satisfaction, accès, continuité des soins, coûts.	Documents ne rapportant aucun élément lié à l'organisation, à la performance, à la sécurité ou à l'expérience patient.
Type de document	Revues systématiques, études observationnelles, guides organisationnels, référentiels institutionnels, rapports internes.	Opinions, éditoriaux, lettres, résumés de congrès, documents promotionnels.
Langue	Français et anglais.	Documents non accessibles en texte intégral dans ces langues.

L'extraction des données repose sur un cadre multidimensionnel couvrant la finalité, la population et l'accès, la configuration, les processus, les ressources ainsi que la nature des données probantes.

2.3 Appréciation de la qualité méthodologique

L'outil AMSTAR 2 a été utilisé pour évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques et des méta-analyses incluses dans cette revue rapide [10]. Cet outil a été retenu en raison de sa rigueur et de sa conformité aux meilleures pratiques méthodologiques actuelles. Il permet notamment d'apprécier la validité des méthodes employées, la fiabilité des résultats et leur applicabilité au contexte étudié.

2.4 Type de synthèse proposée

Compte tenu de l'échéancier du projet, une revue rapide avec synthèse narrative a été réalisée. Cette approche permet de comparer les principaux modèles d'organisation de la médecine de jour (MDJ) et de la médecine aiguë ambulatoire, leurs effets organisationnels ainsi que leurs conditions de succès, afin d'en apprécier la pertinence et la transférabilité au CHUM. La portée des conclusions demeure toutefois limitée par l'hétérogénéité des études et les adaptations méthodologiques propres à une revue rapide.

3 RÉSULTATS

Six revues systématiques portant sur le sujet ont été recensées. Selon l'évaluation réalisée à l'aide de l'outil AMSTAR 2, leur qualité méthodologique globale varie de faible à très faible (voir annexe C). Plusieurs lacunes importantes limitent la robustesse des conclusions, notamment l'absence fréquente de justification des études exclues, l'absence de déclaration des sources de financement des études primaires et, dans certaines revues,

une évaluation insuffisante du risque de biais. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence et considérés davantage comme des indications que comme des preuves concluantes.

Cinq grands modèles peuvent être distingués à partir de la littérature recensée. Cette typologie vise à clarifier leurs fonctions respectives et à éviter de regrouper sous une même appellation des services poursuivant des finalités différentes.

3.1 Médecine de jour polyvalente planifiée

Ce modèle regroupe des activités ambulatoires nécessitant l'environnement hospitalier sans hospitalisation de nuit (traitements, examens, enseignement thérapeutique et suivis sur rendez-vous). Au Québec, il est encadré par le MSSS, qui distingue deux architectures fonctionnelles : *le poste infirmier centralisé, où un seul poste dessert l'ensemble des fauteuils ou des aires de traitement, favorisant le contrôle et la standardisation, et les postes décentralisés en grappe, où plusieurs postes desservent chacun un sous-groupe de fauteuils selon un ratio patients-infirmière [7].*

Ce modèle a été implanté dans plusieurs centres hospitaliers universitaires (CHU) et centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) québécois, notamment au CHUM, au CHU de Québec–Université Laval, au CHU Sainte-Justine et au CHUS, généralement en étroite collaboration avec les services d'imagerie, de pharmacie, de laboratoire et les cliniques externes[3].

Sa principale force réside dans la mutualisation des ressources et l'accès au plateau technique. Son principal risque est toutefois de demeurer centré sur l'acte et le volume d'activité plutôt que sur l'ensemble de la trajectoire du patient, avec un potentiel de perte d'expertise spécialisée lorsque la clientèle est trop hétérogène. La littérature fournit principalement des descriptions de missions et d'activités à visée normative (guides de planification), mais peu d'études comparatives robustes évaluant les résultats cliniques ou l'efficience organisationnelle [7].

3.2 Médecine de jour spécialisée par discipline

Cette configuration concentre les compétences autour d'une spécialité, d'une thérapie ou d'un groupe de patients (perfusions, transfusions, antibiothérapie, oncologie-hématologie, rhumatologie, gériatrie, médecine interne). Dans les CHU québécois et canadiens, elle coexiste presque toujours avec la MDJ polyvalente, notamment sous la forme de centres de jour de transfusion et de chimiothérapie structurés selon le site tumoral.

Dans les CHU français, ce modèle est particulièrement développé, parfois regroupé dans un « hôpital de jour commun » polyvalent, partagé entre plusieurs pôles afin d'optimiser l'occupation des places. Le programme RAPIDO][4] du CHU de Nîmes en est un exemple bien documenté [12] : une ligne téléphonique dédiée permet à un interniste senior d'orienter, en moins de 15 jours, un patient adressé par un médecin généraliste vers une consultation spécialisée, contribuant ainsi à désengorger les urgences. Un second modèle observé en France est celui du pôle interétablissement, où un service de médecine polyvalente d'un centre périphérique est codirigé avec le service de médecine interne d'un CHU, permettant une mutualisation de l'expertise afin de répondre aux enjeux de pénurie de spécialistes en périphérie.

L'enjeu organisationnel de ce modèle consiste à préserver les avantages de l'expertise spécialisée tout en harmonisant les processus communs (accueil, triage, pharmacie, planification, mesure des résultats), sans multiplier les portes d'entrée ni les sous-unités lorsque chaque spécialité développe son propre fonctionnement.

---

[3] L'implantation de ce modèle au CHUM, au CHU de Québec–Université Laval, au CHU Sainte-Justine et au CHUS est une information descriptive institutionnelle; aucune publication externe unique ne documente cette liste de façon consolidée — elle relève de la connaissance du contexte organisationnel plutôt que d'une étude citable.

[4] https://www.health-data-hub.fr/projets/rapido-evaluation-de-la-pertinence-du-parcours-de-soin-rapido-reseau-daide-la-priseen#:~:text=de%20soin%20RAPIDO%20(R%C3%A9seau%20d%E2%80%99Aide%20%C3%A0%20la%20PrIse%20en%20charge%20Diagnostique%20et%20d%E2%80%99Orientation.

La réforme du financement à l'activité en France valorise désormais explicitement les prises en charge ambulatoires protocolisées, traduisant une tendance au transfert vers la médecine de jour d'activités auparavant réalisées en hospitalisation conventionnelle.

3.3 Modèle de transition post-urgence ou post-hospitalisation

La MDJ peut soutenir un congé plus rapide de l'urgence ou de l'hospitalisation lorsque le patient peut retourner à domicile, mais requiert encore un examen, un traitement intraveineux, un enseignement ou une réévaluation spécialisée. Au Québec, outre la MDJ, ce rôle est également assumé par des dispositifs adjacents décrits dans les guides ministériels : les unités d'hospitalisation brève (UHB) [7] et d'autres unités apparentées, adossées à l'urgence, qui constituent une alternative structurée à l'hospitalisation conventionnelle (critères d'admission précis, médecin responsable désigné, réévaluations fréquentes et séjour limité à 24 à 48 heures), ainsi que l'hospitalisation à domicile (HAD)[5], qui permet d'administrer au domicile du patient des traitements aigus de niveau hospitalier.

La viabilité de ce modèle dépend de la fiabilité du corridor de services : délai d'obtention des rendez-vous, disponibilité des plateaux techniques, responsabilité médicale, mécanismes de suivi et communication avec les services de proximité. La valeur de ce modèle doit être démontrée par des données locales portant notamment sur les admissions évitées, les revisites (à l'urgence) et la sécurité des congés.

3.4 Acute Medical Unit, Medical Assessment Unit, Ambulatory Emergency Care et Same Day Emergency Care

L'AMU/MAU est conçue comme un point d'entrée ou une unité d'évaluation rapide pour les présentations médicales aiguës. Elle se distingue de la MDJ classique par son caractère non planifié, la nécessité d'une prise de décision rapide et, selon la configuration retenue, la possibilité d'une observation de courte durée. Le SDEC (anciennement appelé *Ambulatory Emergency Care* [AEC]) vise plus spécifiquement à compléter l'évaluation, le diagnostic et le traitement le jour même pour des patients qui auraient autrement nécessité une hospitalisation, en s'appuyant sur des outils de stratification du risque et un accès prioritaire à une évaluation médicale. Au CHUM, la TOI-U[6] dispose de trajectoires définies, d'une prise en charge médicale et infirmière ainsi que d'un rôle propre dans la réalisation d'investigations urgentes.

Une revue systématique incluant 17 études portant sur 12 AMU dans cinq pays [9] a montré que toutes les analyses rapportaient une réduction de la durée de séjour allant de 0,3 à 2,6 jours, réduite à environ 0,8 jour dans l'analyse la plus rigoureuse utilisant un appariement par score de propension. Une présence accrue du médecin responsable est associée à une réduction de la mortalité et des réadmissions à 28 jours, bien que les résultats relatifs à la satisfaction demeurent globalement moins concluants. Ces unités sont également associées à une amélioration de l'expérience professionnelle et de la coordination des soins lorsqu'elles disposent d'un accès dédié aux services pharmaceutiques et de réadaptation.

Une revue systématique récente sur le SDEC a retenu 21 publications, principalement réalisées au Royaume-Uni [15]. Les taux de congé le jour même variaient de 38,3 % à plus de 92 %, tandis que la mortalité à 30 jours variait de moins de 1 % à 6 %. Toutefois, l'hétérogénéité des services, les devis principalement monocentriques et le risque de biais conduisent à un faible niveau de confiance dans les comparaisons. Des travaux complémentaires ont porté spécifiquement sur les outils de stratification du risque utilisés pour orienter les patients vers ces filières (par exemple les scores Amb et GAPS) [11] et concluent à une faible capacité discriminante, ce qui limite leur fiabilité dans la perspective d'un déploiement à grande échelle.

---

[5] L'hospitalisation à domicile (HAD) québécoise est mentionnée de façon générale; les guides ministériels sur les UHB/UIBP ci-dessus couvrent le même registre normatif.

[6] Trajectoire optimisée d'investigation - Urgence (TOI-U) : Trajectoire optimisée d'investigation diagnostique pour une condition subaiguë, sans spécialité ciblée, qui nécessite que la patiente ou le patient soit revu par un médecin généraliste (CHUM).

La spécification de NHS England constitue un référentiel organisationnel utile [8] : service dédié, effectifs propres, critères standardisés, accès direct à partir de plusieurs sources, pharmacie intégrée, accès diagnostique comparable à celui de l'urgence, disponibilité minimale de 12 heures par jour et 7 jours sur 7, prise en charge attendue en moins de 8 heures, organisation multidisciplinaire et gouvernance clinique explicite. Il s'agit toutefois d'un modèle normatif et non d'une preuve d'efficacité en soi. Ce type de modèle demeure peu implanté sous cette forme au Québec, où la logique de triage à l'urgence et les unités d'hospitalisation brève jouent un rôle partiellement analogue, notamment la TOI-U [4], sans toutefois présenter le même degré de protocolisation. Son principal intérêt pour le CHUM réside dans la logique de redirection précoce vers une trajectoire ambulatoire structurée plutôt que dans la reproduction intégrale de ce modèle.

3.5 Modèles intégrés et de réseau (hub-and-spoke, filières territoriales)

Un cinquième modèle vise à intégrer la MDJ dans un réseau plus vaste de soins, notamment pour les patientèles chroniques ou vulnérables. On observe des modèles de type *hub-and-spoke*, dans lesquels un CHU joue un rôle de centre d'expertise et de coordination pour des sites périphériques ou des milieux de vie, ainsi que des modèles de cliniques secondaires de suivi intégré des maladies chroniques affiliées à un CHU [16]. Ces modèles s'appuient sur le *Chronic Care Model* et misent sur la coordination entre les soins spécialisés hospitaliers et les soins de première ligne [17]. Ils s'appliquent davantage à la gestion de trajectoires longitudinales de maladies chroniques qu'à la MDJ au sens strict, mais partagent avec celle-ci un objectif commun de continuité des soins et de réduction du recours à l'hospitalisation complète.

Ce type de modèle demeure encore peu défini au Québec. Toutefois, plusieurs travaux collaboratifs réunissant différents CHU sont actuellement en cours afin de développer un réseau de cliniques intégrées axé sur la qualité des soins.

4 ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 Éléments communs entre les modèles

L'analyse des données met en évidence plusieurs éléments communs aux différents modèles organisationnels de soins. Ces modèles se caractérisent par une définition claire de leur mission et de la clientèle visée, ainsi que par des critères d'admission et d'exclusion harmonisés. Au CHUM, les critères retenus sont les suivants : patient cliniquement stable, douleur contrôlée, activité non disponible ailleurs dans le réseau et maintien de la responsabilité clinique par le médecin référent pendant toute la durée du séjour. Leur fonctionnement repose sur une prise de décision clinique rapide, assurée par du personnel expérimenté, ce qui permet d'éviter les délais associés à la multiplication des étapes décisionnelles. L'accès aux examens diagnostiques, aux médicaments et aux consultations spécialisées est également facilité et accéléré.

Ces modèles s'appuient par ailleurs sur une équipe interdisciplinaire stable, dont la composition est adaptée aux trajectoires de soins prises en charge. Le personnel infirmier y assume un rôle élargi, tandis que les responsabilités liées au congé du patient, à son suivi et à l'escalade clinique sont clairement définies.

Enfin, la gestion des capacités, qu'il s'agisse des horaires, des lits, des fauteuils ou du financement, est encadrée par une gouvernance distincte de celle de l'hospitalisation conventionnelle. Cette organisation leur confère une plus grande souplesse opérationnelle.

4.2 Différences entre les modèles

Les différences les plus marquées entre les modèles concernent les délais de prise en charge, la provenance des patients, le niveau d'acuité médicale ainsi que l'objectif de substitution visé. Une unité planifiée répond avant tout à une logique de capacité ambulatoire, tandis qu'une unité de médecine aiguë (AMU) s'inscrit dans une logique d'évaluation, de stabilisation et d'orientation des patients nécessitant des soins aigus. Pour sa part, le Same Day Emergency Care (SDEC) vise principalement à éviter une admission hospitalière en offrant une prise en charge le jour même.

Bien que ces modèles partagent certaines caractéristiques organisationnelles, ils répondent à des besoins distincts et ciblent des clientèles différentes. Leur fusion au sein d'une même structure, sans distinction claire de leurs missions respectives, pourrait engendrer des conflits de priorisation entre les patients planifiés et les patients nécessitant une prise en charge aiguë, au détriment de l'efficacité opérationnelle et de la fluidité des parcours de soins.

4.3 Valeur pour les patients

Les données probantes portant sur l'expérience des patients et l'accessibilité concernent principalement les modèles à accès rapide protocolisé, tels que le RAPIDO et le Same Day Emergency Care (SDEC). Ces modèles sont associés à une réduction mesurable des délais de consultation et de prise en charge, tout en contribuant à éviter certaines hospitalisations.

Sur le plan de la sécurité, l'aménagement physique des unités influence directement le risque d'infections nosocomiales et de chutes. À cet égard, le guide ministériel québécois souligne l'importance de la centralisation des postes de lavage des mains et de la standardisation des aires de traitement comme leviers favorisant la sécurité des patients [7].

Les effets sur les résultats cliniques, notamment la mortalité et les réadmissions, sont documentés presque exclusivement dans les modèles de type AMU et SDEC. Toutefois, le niveau de preuve demeure limité et les résultats rapportés sont hétérogènes. Ces indicateurs sont largement absents de la littérature portant sur les unités polyvalentes ou les hôpitaux de jour spécialisés. Cette absence reflète davantage une lacune des données disponibles qu'une absence démontrée d'effet clinique.

4.4 Efficience organisationnelle et collaboration interdisciplinaire

Les gains d'efficience les mieux documentés concernent la réduction de la durée de séjour hospitalier et l'amélioration de la fluidité des trajectoires de soins. Une étude de simulation par événements discrets réalisée dans une clinique de médecine interne a démontré que l'élargissement des heures d'ouverture d'une unité de soins ambulatoires a un effet plus important sur la capacité de prise en charge que l'agrandissement physique de l'unité [18].

Ce constat est particulièrement pertinent dans le contexte du CHUM, où les contraintes liées à l'espace physique sont bien connues. La MDJ bénéficie déjà d'horaires étendus en semaine, ainsi que les fins de semaine et les jours fériés, ce qui représente un levier organisationnel important pour optimiser l'utilisation des ressources existantes.

Sur le plan économique, la littérature demeure parcellaire[7]. Les données disponibles suggèrent généralement une neutralité des coûts, voire de modestes économies comparativement à l'hospitalisation conventionnelle. Toutefois, plusieurs auteurs soulignent l'existence de coûts indirects souvent sous-estimés, notamment ceux associés à la coordination des soins et au recours à des ressources humaines hautement spécialisées.

Les études qualitatives d'implantation convergent également vers l'importance d'une équipe infirmière spécialisée et stable comme facteur déterminant du succès des unités de jour, particulièrement dans les contextes de forte spécialisation clinique. Une revue de portée récente portant sur la collaboration interprofessionnelle en milieu hospitalier identifie d'ailleurs plusieurs facteurs facilitants récurrents, dont la familiarité entre les professionnels, la clarté des rôles et la présence de mécanismes de communication structurés. À l'inverse, elle met en lumière certains obstacles persistants, notamment l'ambiguïté des responsabilités professionnelles et la surcharge de travail [19].

[7] Les données de coûts (neutralité/légère économie par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, coûts cachés de coordination) et les données spécifiques à l'AVC sont mentionnées de façon générale dans le texte source.

Tableau 2 – Critères décisionnels et données locales requises pour comparer les scénarios organisationnels

CRITÈRE	QUESTION DÉCISIONNELLE	DONNÉES LOCALES MINIMALES
Pertinence clinique	Quelles patientèles peuvent recevoir des soins ambulatoires sécuritaires et à forte valeur ?	Volumes, diagnostics, stabilité, besoins de suivi, exclusions.
Valeur pour le patient	Le modèle améliore-t-il accès, continuité, expérience et sécurité ?	Délais, PREMs, complications, revisites, réadmissions.
Fluidité	Quelle capacité hospitalière peut réellement être évitée ou libérée ?	Admissions, durée de séjour, conversions, passages à l'urgence.
Faisabilité	Les ressources critiques sont-elles disponibles au bon moment ?	Médecins seniors, diagnostics, pharmacie, professionnels, locaux.
Équité	Le modèle demeure-t-il accessible aux patients vulnérables ou éloignés ?	Provenance, transport, proche aidant, accès numérique, langue.
Pérennité	La gouvernance et le financement permettent-ils une offre stable ?	Rôles, budget, règles de capacité, indicateurs, imputabilité.

Tableau 3 – Comparatif des modèles

DIMENSION	PLANIFIÉE POLYVALENTE	SPÉCIALISÉE	TRANSITION	AMU/MAU	SDEC/AEC
Temporalité	Planifiée	Planifiée	Rapide, post-épisode	Non planifiée, aiguë	Non planifiée ou urgente
But principal	Réaliser des actes	Expertise de trajectoire	Sécuriser le retour à domicile	Évaluer et orienter	Éviter l'admission le jour même
Entrée	Rendez-vous	Spécialité / référent	Urgence ou unités	Urgence, communauté	Multiples sources directes
Décision médecin sénior	Variable	Variable	Importante	Centrale	Centrale
Diagnostics rapides	Selon activité	Selon trajectoire	Souvent requis	Essentiels	Essentiels
Présence type	Quelques heures	Quelques heures	Quelques heures	Souvent jusqu'à 24-48 h	Même jour, sans nuitée
Preuve comparative	Limitée	Limitée	Limitée	Modérée (≈0,3-2,6 j; ≈0,8 j ajusté)	Émergente, faible confiance

Tableau 4 – Synthèse par modèle : avantages, limites et conditions de succès

MODÈLE	AVANTAGES DOCUMENTÉS	LIMITES / RISQUES	CONDITIONS DE SUCCÈS
MDJ polyvalente (Québec/MSSS)	Mutualisation des ressources; flexibilité d'usage; l'aménagement en grappe est associé à une meilleure efficience de surveillance et une réduction des déplacements du personnel.	Peu d'évaluation comparative des résultats cliniques ou de l'efficience; risque de perte d'expertise si la patientèle est trop hétérogène; fonctionnement centré sur l'acte plutôt que la trajectoire.	Standardisation des espaces et aires de traitement; gouvernance de capacité dédiée; postes infirmiers décentralisés selon le ratio patient/infirmière.
Hôpital de jour spécialisé (France, Europe, Canada)	Expertise clinique concentrée; circuits d'accès rapide pour référents (ex. RAPIDO, délai réduit à moins de 15 jours); désengorgement de l'urgence pour patients complexes.	Fragmentation entre plusieurs hôpitaux de jour disciplinaires; sous-utilisation possible des places hors des pics de demande; risque de silos.	Ligne téléphonique dédiée avec clinicien senior; protocoles d'orientation clairs; mutualisation des places entre pôles (hôpital de jour commun).
Transition post-urgence/ post-hospitalisation (incl. UHB, UIBP, HAD)	Libération de capacité et continuité des soins si l'accès est rapide et fiable; admission évitée ou congé précoce avec soutien.	Risque de transfert de charge sans capacité réelle; délais de rendez-vous; absence d'imputabilité clinique clairement définie.	Créneaux rapides, critères de référence simples, mécanisme d'escalade et responsabilité médicale explicites.
AMU / MAU (Royaume-Uni, Irlande, Australasie)	Réduction de la durée de séjour (≈0,3-2,6 jours; ≈0,8 jour ajusté); association entre présence médicale senior et réduction de la mortalité/ réadmissions à 28-30 jours.	Effet sur la mortalité et les réadmissions de confiance faible à très faible; preuve surtout observationnelle et monocentrique; hétérogénéité des configurations.	Présence de consultants, pharmacie clinique, ergothérapie dédiée, transmissions formalisées, clinique d'accès rapide, gouvernance médicale claire.
SDEC / AEC (Royaume-Uni et adoption internationale)	Taux de congé le jour même de 38,3 % à plus de 92 %; alternative structurée à l'hospitalisation aiguë intégrée aux soins urgents.	Preuve comparative faible; outils de triage (Amb, GAPS) à capacité discriminante modeste; forte dépendance au contexte local (financement, gouvernance de l'urgence).	Unité dédiée, équipe propre, accès direct multi source, pharmacie, disponibilité ≥12 h/j 7 j/7, coordination avec l'urgence et les soins primaires.
Modèles intégrés/réseau (hub-and-spoke, filières)	Continuité des soins pour patientèles chroniques ou vulnérables; réduction du recours à l'hospitalisation complète; coordination ville-hôpital renforcée.	Portée davantage longitudinale que « MDJ » au sens strict; dépendance à la qualité de l'intégration avec les partenaires externes.	Gouvernance conjointe formalisée; rôles cliniques clairement répartis; systèmes d'information partagés.

Tableau 5 – Facteurs facilitants et bloquants [19]

FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS BLOQUANTS
Accès direct et rapide pour les référents[8]	Partage d'espaces et de ressources entre patientèles cliniquement hétérogènes
Standardisation des trajectoires cliniques par protocole[9]	Pénurie ou instabilité du personnel spécialisé, en particulier infirmier
Équipe interdisciplinaire stable et dédiée, avec un rôle infirmier élargi et spécialisé[10]	Fragmentation de la communication interprofessionnelle et flou des responsabilités entre professions.
Concentration de la patientèle par spécialité ou par plage horaire dédiée lorsque l'unité est polyvalente	Modèles de financement inadaptés au mode ambulatoire protocolisé
Extension des plages horaires d'ouverture	Résistance culturelle liée à des pratiques historiquement orientées vers l'hospitalisation complète
Gouvernance de projet interprofessionnelle, portée par un groupe de pilotage mixte, avec un partenaire de recherche ou d'évaluation associé au suivi de l'implantation	Outils de stratification du risque encore imparfaits pour orienter de façon fiable vers la filière ambulatoire plutôt que vers l'hospitalisation.

5 DISCUSSION

Les modèles d'évaluation aiguë (AMU/SDEC) présentent un intérêt organisationnel réel, particulièrement pour réduire la durée de séjour et accélérer les décisions de prise en charge. Les données montrent que le SDEC peut être implanté avec succès et permettre des congés le jour même dans des proportions variables. L'avantage le plus fréquemment rapporté réside dans sa capacité à regrouper différents éléments clés : décision médicale, accès au diagnostic, critères d'admission, équipe dédiée ainsi que processus de congé et de suivi. Par ailleurs, l'élargissement des plages horaires semble avoir un effet plus important sur la capacité de prise en charge que l'agrandissement physique des unités. À cet égard, le CHUM pourrait bénéficier d'une analyse de l'utilisation de ses plages horaires actuelles.

Parmi les éléments recensés, les données ne démontrent pas qu'un modèle hybride polyvalent soit supérieur à une unité spécialisée bien organisée, ni qu'une porte d'entrée unique convienne à l'ensemble des spécialités et à tous les niveaux d'acuité.

Parmi les limites des études recensées, on note que la majorité sont observationnelles, de type avant-après et monocentriques, et proviennent principalement du Royaume-Uni, de l'Irlande et de l'Australie. La comparabilité entre les modèles demeure limitée en raison de l'hétérogénéité des définitions utilisées et des différences entre les systèmes de santé (Québec, France, Royaume-Uni, Australie). Ces facteurs peuvent introduire des biais, notamment par la sélection de patients plus stables dans les parcours ambulatoires. De plus, les preuves d'efficacité clinique portent principalement sur des populations spécifiques (gériatrie, réadaptation, etc.) plutôt que sur la médecine de jour (MDJ) polyvalente générale.

Les données canadiennes et québécoises sont surtout descriptives et normatives, les études comparatives directes entre les différents modèles demeurent rares et les données relatives aux coûts et au rapport coût-efficacité spécifiques à la MDJ polyvalente sont également peu documentées. Une mise à jour des analyses comparatives de coût-efficacité entre la MDJ et l'hospitalisation conventionnelle, appliquées à des trajectoires cliniques précises et pertinentes pour le CHUM, apparaît nécessaire.

[8] Ligne dédiée, algorithme de triage.

[9] Meilleure lisibilité pour le personnel.

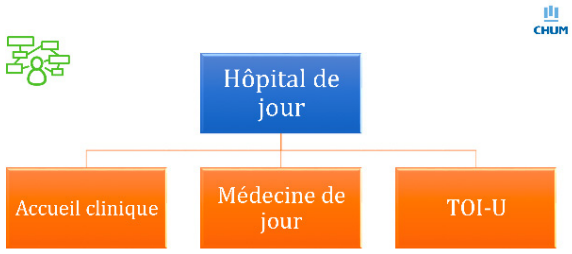
[10] Identifié comme facteur de succès majeur dans plusieurs contextes disciplinaires.

6 SITUATION ACTUELLE DE LA MDJ AU CHUM EN COMPARAISON AVEC LES MODÈLES RECENSÉS

Le CHUM est un centre hospitalier universitaire à mission quaternaire et multispécialisée qui s'est engagé, depuis 2023, dans un programme structuré de consolidation et d'expansion des soins ambulatoires (« Cap sur les soins ambulatoires : Ensemble pour soigner autrement »). La cession de l'un de ses trois hôpitaux fondateurs a entraîné une reconfiguration de ses espaces et de ses trajectoires cliniques. Dans ce contexte, la MDJ doit être en mesure de soutenir des trajectoires complexes tout en facilitant l'accès à des ressources hospitalières spécialisées et limitées. La pertinence d'un modèle organisationnel doit donc être évaluée à partir des besoins locaux, des interfaces existantes et de la capacité réelle à offrir un accès rapide, sécuritaire et efficient aux soins.

Une configuration particulière de la médecine de jour concerne les unités adossées à des plateaux techniques spécialisés, notamment en radiologie interventionnelle, en hémodynamie, en endoscopie et en radio-oncologie. Ces unités assurent des fonctions de préparation, de coordination, de surveillance et de récupération entourant une intervention ou un examen spécialisé. Elles peuvent être organisées sous la forme d'unités dédiées ou être intégrées à une médecine de jour plus polyvalente[11].

Tableau 6 – Organisation de l'hôpital du jour (incluant la médecine du jour) au CHUM[12]



6.1 Éléments de contexte issus des travaux locaux sur la MDJ au CHUM

L'organisation actuelle de la médecine de jour (MDJ) au CHUM repose sur la coexistence de nombreuses unités spécialisées ainsi que de plusieurs fonctions ambulatoires distinctes. Cette configuration permet de répondre à une grande diversité de besoins cliniques et de soutenir des expertises spécifiques. Elle contribue toutefois à une certaine fragmentation de l'offre, puisque les modes de fonctionnement, les responsabilités, les critères d'accès et les interfaces organisationnelles varient d'un service à l'autre.

Les travaux réalisés au CHUM mettent en évidence des possibilités d'améliorer la coordination de certaines fonctions communes et de renforcer l'intégration de certains processus transversaux. Toutefois, les données disponibles ne soutiennent ni un regroupement uniforme de l'ensemble des activités ni une remise en question du maintien des expertises spécialisées. Elles suggèrent plutôt la pertinence d'un modèle favorisant une meilleure harmonisation des mécanismes d'accès, de coordination et de suivi, tout en préservant l'autonomie fonctionnelle des secteurs dont les besoins cliniques ou opérationnels sont distincts (annexe D, tableaux 14 et 15).

[11] Pour le CHUM, cette distinction est importante. Lorsque les activités associées aux plateaux techniques sont intégrées aux résultats globaux de médecine de jour, il est pertinent de separer, lorsque ces données sont disponibles, les volumes, les durées de préparation, l'utilisation des ressources, les transferts non planifiées en hospitalisation ainsi que les résultats de sécurité et d'expérience des patients pour chacune de ces trajectoires.

[12] Présentation : Hôpital de jour par Catherine Dufault Coordonnatrice Clinico-Administrative et Marie Hubert, infirmière-chef.

Tableau 7 – Offres de services des différents secteurs de l'hôpital[13]

SECTEUR	HORAIRES	ACCESSIBILITÉ ET CRITÈRES EXCLUSIONS	OFFRE
Médecine de jour	8 h-20 h en semaine et 8 h-16 h les FDS et jours fériés	▪ Médecin réquérant reste responsable de la prise en charge ▪ Exclusions : • Traitement/intervention disponible dans le réseau ou dans un autre secteur du CHUM • Patient instable • Présence de douleur non soulagée à plus de 6/10	▪ Traitements/interventions non disponibles dans le réseau ▪ Investigations coordonnées (traitements, examens, consultations, …) ▪ Accès pour patient ayant une condition particulière (handicap physique important, coordination la même journée, …)
Accueil clinique	8 h-16 h 7 j/7	▪ Disponible pour les patients du CHUM uniquement ▪ Accès à 11 trajectoires prédéfinies ▪ Élaboration d'algorithme et ordonnance collective ▪ Prise en charge du patient par infirmière en autonomie ou le médecin réquérant reste responsable de la prise en charge	▪ TPP membre inférieur/ supérieur ▪ Saignement vaginal du 1ertrimestre ▪ Grossesse arrêtée ▪ Cellulite • Infection tissus mous sous ATB IV • Échecs ATB oraux ▪ Hématurie macroscopique ▪ Colique néphrétique ▪ Diverticulite ▪ Tube d'alimentation obstrué, fissuré ou tombé ▪ TPP membre supérieur ▪ PBS ▪ IRA
TOI-U	▪ Trajectoire optimisée d'investigation • Horaires : 8 h-16 h en semaine • N'est pas : une clinique de relance et de spécialités	▪ Disponible pour patients du CHUM uniquement ▪ Investigations patients non réorientables dans le réseau ni à l'accueil clinique ▪ Prise en charge assurée par médecin sur place et infirmière	▪ Trajectoires • PPE • Fièvre oncologique, ordonnance collectives initiées au triage de l'urgence

[13] Présentation : Hôpital de jour par Catherine Dufault Coordonnatrice Clinico-Administrative et Marie Hubert, infirmière-chef.

Tableau 8 – Liste des soins en médecine de jour[14]

SECTEUR D'INTERVENTIONS	TYPE DE SOINS
Médecine transfusionnelle	Administration de culot globulaire Administration d'immunoglobulines Administration de plaquettes Administration de plasma Administration d'albumine Administration de WinRho
Médication intraveineuse	Cyclophosphamide Flolan Fer Hydratation Insuline HAIV Magnésium Antibiotique Cortrosyn Rituximab Potassium Solu-Cortef DDAVP
Médication IM/SC	Vaccin Pénicilline IM
Ponctions diverses	Ponction d'ascite Ponction pleurale Ponction lombaire Drainage PleurX Biopsie de moelle
Pansements	Pansement de PICC line Soins et suivi de plaie
Traitements divers	Installation d'un Jelco Soins de Port-a-Cath Retrait de PICC line Phlébotomie Instillation vésicale Surveillance post-endoscopie Attente de lit Pentamidine inhalée Dose test inhalée Expectoration induite
Investigation	Investigation pré-greffe

L'interprétation de la performance demeure toutefois limitée par l'hétérogénéité des pratiques de saisie et des indicateurs utilisés. Le recours prédominant à la saisie manuelle, la variabilité des responsabilités associées à la compilation des données ainsi que la captation incomplète de certaines activités indirectes peuvent contribuer à une sous-estimation de l'activité réelle.

Par ailleurs, l'indicateur de « jour-soins » regroupe des prises en charge très différentes quant à leur durée, leur intensité et leur complexité. Ces variations dépendent notamment de l'état clinique des patients, du niveau de surveillance requis et du nombre d'interventions réalisées au cours d'une même journée. De plus, le mode actuel de comptabilisation des jours-soins ne favorise pas le regroupement de plusieurs activités ou rendez-vous au

[14] Document d'orientation – check liste des soins en MDJ. DSI CHUM– Octobre 2026.

cours d'une même visite, alors que cette approche peut améliorer de façon importante l'expérience patient et l'efficience opérationnelle. Dans ce contexte, les écarts observés entre les différentes MDJ ne peuvent être interprétés d'emblée comme des différences de performance ou d'efficience. Ils peuvent également refléter la diversité des missions cliniques, des clientèles desservies, des niveaux de complexité, des charges de travail et des pratiques de codification.

Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence. Avant d'envisager toute transformation organisationnelle, il apparaît essentiel de mieux documenter les volumes d'activité, les portes d'entrée, les délais d'accès, les refus et les redirections, la durée et la complexité des épisodes de soins, les conversions en hospitalisation ainsi que les activités de coordination clinique et administrative. La consolidation de ces informations permettrait de distinguer plus clairement les variations attribuables aux missions cliniques de celles découlant des processus organisationnels. Elle offrirait également une base plus robuste pour évaluer les possibilités de transfert d'activités, d'équilibrage de la charge de travail, de mutualisation des ressources et d'optimisation des trajectoires de soins (annexe D, tableau 5).

6.2 Correspondance entre les constats locaux et les données probantes

L'offre de soins de la MDJ du CHUM est actuellement répartie entre plusieurs services. Cette organisation repose sur une architecture déjà définie, mais ses interfaces, son utilisation réelle et ses indicateurs de performance demeurent insuffisamment documentés. Elle se présente comme un ensemble décentralisé regroupant plusieurs services spécialisés, des fonctions transversales et diverses portes d'entrée, ce qui soulève des enjeux de duplication des activités et de variabilité dans l'utilisation des ressources. Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'établir une configuration organisationnelle définitive de la MDJ (annexe D, tableaux 9 et 14).

Les données locales mettent en lumière six enjeux principaux : la duplication de services, la variabilité de l'utilisation des ressources, l'expérience patient, la sous-utilisation du C3-C4, de l'accueil clinique et de la TOI-U, le choix du modèle d'alternative à l'hospitalisation ainsi que la mission universitaire[15]. Elles permettent également d'en dégager les principales implications organisationnelles (annexe D, tableau 15).

Les données disponibles ne permettent pas, à ce stade, de justifier un élargissement des heures d'ouverture au-delà des plages horaires usuelles. Une telle mesure ne pourrait être envisagée qu'à la suite de la confirmation documentée d'un besoin local et sous réserve de la disponibilité des ressources cliniques et logistiques requises. Une validation approfondie des données locales demeure donc nécessaire (annexe D).

En ce qui concerne les situations de duplication, une analyse des services fondée sur leur fonction réelle, leur population cible, leur temporalité, leurs ressources et leurs responsabilités cliniques est recommandée avant de privilégier un regroupement des activités ou le maintien de trajectoires distinctes (annexe D, tableau 16).

6.3 Conclusion intégrée et orientation proposée

La normalisation ministérielle déjà en vigueur pour les MDJ polyvalentes au Québec constitue un levier favorable à l'implantation d'un modèle reposant sur un aménagement en grappes et une gouvernance de capacité dédiée. Dans le contexte du CHUM, dont la patientèle est référée par l'ensemble du réseau, la mise en œuvre d'un point d'entrée rapide, unique et protocolisé apparaît particulièrement pertinente, notamment pour les spécialités confrontées à une forte demande de consultation, telles que la médecine interne, les maladies rares, la rhumatologie et la néphrologie non dialytique.

En outre, la récente reconfiguration immobilière du CHUM pourrait représenter une occasion stratégique de revoir l'implantation physique de la MDJ conformément aux principes de standardisation, de flexibilité et d'optimisation des parcours recommandés par le MSSS.

---

[15] L'interdisciplinarité, la standardisation et la mesure des résultats soutiennent l'enseignement, l'innovation et le transfert des connaissances. Intégrer ces dimensions dans la gouvernance et dans les critères de succès (voir tableau 10).

Tableau 9 – Scénarios organisationnels à comparer pour la médecine de jour au CHUM

SCÉNARIO	DESCRIPTION	AVANTAGES POTENTIELS	RISQUES OU EXIGENCES
A. Optimisation du modèle actuel	Harmoniser processus, critères, planification et indicateurs sans modifier fondamentalement la mission.	Moins disruptif; améliore la lisibilité; valorise les ressources existantes.	Peut-être insuffisant si le besoin prioritaire est l'évitement d'admissions aiguës.
B. MDJ intégrée par trajectoires	Regrouper les processus communs tout en organisant l'offre autour de trajectoires spécialisées.	Équilibre mutualisation et expertise; facilite la standardisation.	Nécessite gouvernance transversale et arbitrage de capacité.
C. Fonction aiguë ambulatoire distincte	Créer un corridor AMU/MAU ou SDEC séparé des activités planifiées.	Protège les deux flux; cible explicitement la fluidité et l'admission évitable.	Exige décision sénior, diagnostics rapides, amplitude horaire et volume suffisant.
D. Plateforme hybride à deux flux	Une gouvernance commune avec flux programmé et flux aigu distincts, ressources partagées lorsque pertinent.	Vision intégrée; flexibilité; potentiel systémique élevé.	Complexité de pilotage; risque que le flux aigu déstabilise le programmé sans règles fermes.

Dans une logique de réseau, le modèle retenu devrait être clairement défini, compatible avec les trajectoires régionales et mesurable à l'aide de définitions communes. Cet arrimage suppose un objectif partagé : des critères de référence, des délais cibles, des protocoles de suivi, des mécanismes de rétroaction et des indicateurs comparables. Pour le CHUM, cette logique renforcerait son rôle de centre surspécialisé tout en évitant que la MDJ ne devienne une solution générique à l'ensemble des problèmes de capacité [4,9,19].

En conclusion, à la lumière des données recueillies, plutôt que de privilégier un modèle unique (médecine de jour, hôpital de jour ou modèle international), les résultats de l'étude soutiennent la consolidation d'une plateforme[16] hybride [1], accompagnée d'une clarification des interfaces, des trajectoires, de la gouvernance et des règles de gestion de la capacité. Avant toute généralisation des heures d'ouverture élargies, il importe d'évaluer la contribution respective du C4, de l'accueil clinique et du TOI-U au moyen d'une phase d'optimisation suivie d'un projet pilote ciblé.

7 RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes visent à orienter les décisions organisationnelles et les travaux de transformation de la MDJ au CHUM.

Parmi les recommandations qui découlent de notre analyse :

- **Réaliser un diagnostic local rigoureux** intégrant les flux réels et la culture décisionnelle clinique. Il s'agit d'un préalable jugé essentiel avant toute implantation[17]. Il peut exister des facteurs locaux expliquant la sous-utilisation de certaines périodes de la journée. Au CHUM, par exemple, il demeure difficile de combler les plages horaires de fin de journée (17 h à 20 h) en raison de la disponibilité limitée des plateaux techniques, d'une présence médicale réduite en soirée, du refus de certains patients de se déplacer en soirée ainsi que des contraintes liées au transport ou à la disponibilité des proches après 17 h.

[16] Bâti autour de quatre flux de soins (programmé, transition rapide, aigu ambulatoire, plateaux techniques) reliés à une plateforme commune de coordination, sans imposer de regroupement physique.

[17] Documenter les résultats de la transformation du CHUM, afin de combler une lacune reconnue de la littérature sur l'efficience et les résultats cliniques des modèles de médecine de jour polyvalente en contexte de CHU nord-américain.

- **Optimiser le fonctionnement du modèle hybride** de MDJ polyvalente et mutualisée entre les spécialités médicales, conformément aux principes du guide ministériel (aménagement en grappes, postes décentralisés et standardisation des aires de traitement)[18].
- **Évaluer l'élargissement des plages horaires d'ouverture** de la MDJ comme premier levier d'augmentation de capacité avant d'investir dans un agrandissement physique. Les données de simulation suggèrent que l'extension des heures d'ouverture pourrait avoir un impact supérieur sur la capacité globale.
- **Mettre en place un guichet d'accès unique et protocolisé** destiné aux médecins référents internes et externes, assorti d'une ligne dédiée et d'un accès rapide à un avis clinique, particulièrement pour les spécialités les plus sollicitées.
- **Développer et valider, en amont ou en aval de l'urgence, des outils de stratification** du risque adaptés au contexte du CHUM afin d'orienter vers la MDJ les patients pouvant éviter une hospitalisation. Cette démarche devrait être placée sous la responsabilité d'un clinicien senior (chef médical). L'absence d'un leadership médical transversal peut nuire à la résolution rapide des enjeux cliniques, à l'harmonisation des pratiques et au développement des trajectoires de soins.
- **Mettre en place une gouvernance de la capacité** spécifiquement dédiée à la médecine de jour, distincte de celle de l'hospitalisation conventionnelle[19].
- **Assurer un mécanisme structuré de suivi et d'évaluation.** Celui-ci devrait distinguer les traitements, les interventions, les investigations, les activités de coordination et les périodes d'attente d'un lit. Il devrait également documenter les volumes, les délais, les refus, les redirections, la durée des épisodes de soins, l'intensité des activités, les heures d'utilisation ainsi que les conversions en hospitalisation.

8 Conclusion

La littérature décrit un continuum allant de la MDJ programmée à la médecine aiguë ambulatoire. Les unités programmées et spécialisées répondent principalement à un besoin d'accès à des traitements et à des suivis hospitaliers sans nuitée. Les modèles d'AMU/MAU concentrent l'évaluation et l'orientation des patients médicaux aigus, les données démontrant une réduction de la durée de séjour. Le SDEC vise plus directement le traitement et le congé le jour même comme solution de rechange à l'hospitalisation, avec des résultats encourageants quant à sa faisabilité. La MDJ traditionnelle canadienne, québécoise et française demeure toutefois principalement documentée sous un angle descriptif et normatif.

Pour le CHUM, compte tenu de sa mission quaternaire, de son caractère multispécialisé et du virage ambulatoire déjà amorcé, la voie la plus prometteuse et la plus facilement transférable à court terme consiste à consolider le modèle hybride. Celui-ci repose sur une plateforme de MDJ polyvalente structurée autour de trajectoires standardisées, reconnues et soutenues par des points d'accès rapides et protocolisés destinés à des clientèles ciblées à fort volume.

Afin d'optimiser, d'articuler et d'évaluer un tel modèle, il demeure indispensable de documenter la demande, les trajectoires, les ressources critiques, les interfaces avec le réseau ainsi que les résultats de référence. Enfin, nos résultats ne soutiennent pas la création d'une nouvelle médecine de jour. Ils plaident plutôt en faveur de la transformation des MDJ existantes en un système intégré de soins ambulatoires reposant sur une gouvernance commune, un accès simplifié, des trajectoires standardisées et la préservation des expertises spécialisées.

[18] Avant de retenir un modèle hybride ou une fonction aiguë ambulatoire distincte, documenter la demande, les trajectoires, les ressources critiques, les interfaces avec le réseau.

[19] Allocation de plages horaires, suivi des indicateurs de délai et de volume, stabilité et la spécialisation du personnel infirmier affecté à la médecine de jour, imputabilité budgétaire propre.

9 BIBLIOGRAPHIE

1- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Plan stratégique 2023-2027. Gouvernement du Québec.

2- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). The future of health systems. OECD Policy Issues; 2026.

3- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Adapting health systems to an ageing population. Dans: The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care; 2024-2025.

4- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Rapport annuel de gestion 2023-2024 : Agir maintenant pour la santé de demain.

5- Dean S, Barratt J. What is the existing evidence base for adult medical Same Day Emergency Care in UK NHS hospitals? Scoping review. Future Healthc J. 2024;11(1):100011.

6- Reid LEM, Pretsch U, Jones MC, Lone NI, Weir CJ, Morrison Z. The acute medical unit model: a characterisation based upon the National Health Service in Scotland. PLoS One. 2018;13(10):e0204010.

7- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Unité de médecine de jour — Répertoire des guides de planification immobilière, Centres hospitaliers de soins de courte durée. 12-610-03W; 2012.

8- NHS England. Same Day Emergency Care: service specification. 2024; mise à jour 2026.

9- Reid LEM, Dinesen LC, Jones MC, et al. The effectiveness and variation of acute medical units: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2016;28(4):433-446.

10- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017;358:j4008.

11- Atkin C, Khosla R, Belsham J, Hegarty H, Hennessy C, Sapey E. Strategies to identify medical patients suitable for management through same-day emergency care services: a systematic review. Clin Med. 2024;24(4):100230.

12- Grasland A, Mortier E. L'hôpital de jour en médecine interne : un atout pour le virage ambulatoire. Rev Med Interne. 2018;6306(1):e1-e2.

13- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Guide de gestion de l'urgence : service de médecine de jour.

14- Santé Québec / MSSS. Unité d'intervention brève en psychiatrie — Une alternative à l'hospitalisation du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale. Guide d'application; 2025.

15- Jones K, Carroll C, Goodacre S, Marincowitz C, Sutton A, Bastounis A, Booth A. Impact of same day emergency care services on urgent and emergency care delivery outcomes: a systematic review. Emerg Med J. 2025;42(10):643-651.

16- Dallaire C, St-Pierre M, Juneau L, Legault-Mercier S, Bernardino E. Secondary care clinic for chronic disease: protocol. JMIR Res Protoc. 2015;4(1):e12.

17- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec: barrières et éléments facilitant.

18- Boonmee C, Thamtrakul W. Data-Driven Leadership in Internal Medicine Clinics: A DES-DOE Framework for Optimizing Patient Flow and Turnaround Time. J Healthc Leadersh. 2025;17:749-777.

19- de Gans ST, Maessen GC, van de Pol MHJ, van der Zwaard BC, Keijsers CJPW. Facilitators and barriers to interprofessional collaboration in the hospital setting: a scoping review. Journal of Interprofessional Education and Practice. 2026.

20- Collet R, van Grootel J, van der Leeden M, et al. Facilitators, barriers, and guidance to successful implementation of multidisciplinary transitional care interventions: a qualitative systematic review using CFIR. Int J Nurs Stud Adv. 2024;8:100269.

21- Cowie J, Nicoll A, Dimova ED, Campbell P, Duncan EA. The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):588.

22- Agency for Clinical Innovation (NSW). Evidence brief: Medical Assessment Unit. 18 juin 2024.

23- NICE. Emergency and acute medical care in over 16s: assessment through acute medical units. 2018.

24- Reid LEM, Crookshanks AJF, Jones MC, et al. How is it best to deliver care in acute medical units? A systematic review. QJM. 2018;111(8):515-523.

25- Chalk D. Using computer simulation to model the expansion needs of the ambulatory emergency care unit at Derriford Hospital. Future Healthc J. 2020;7(1):60-64.

26- Meynard M, Couillard F, Loiselet G, Jourdan D, Kim Heang L, Fauchais AL. Un pôle inter-établissement de médecine polyvalente: retour sur une expérience réussie. Rev Med Interne. 2023;44(Suppl 1):A193.

27- Hamad MMAA, Connolly VM. Ambulatory emergency care — improvement by design. Clin Med. 2018;18(1):69-74.

28- Martín Martínez MA, Zaragoza Gaynor GA, Martínez Fernández C, Gobbo Montoya M, García-Vicuña R. Barriers to and Facilitators of Implementing Quality Standards in Hospital Day Care Units in Rheumatology: Qualitative Approach to the VALORA Study. Reumatol Clin. 2018;14:196-201.

29- Mortier E, Grasland A, Simonpoli AM, Mahe I. Un hôpital de jour de médecine interne organisé par des médecins de ville : expérience de 2 ans de fonctionnement. Rev Med Interne. 2014;35(Suppl 2):A38.

30- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les établissements de santé en 2024. Édition 2025.

31- Association des hôpitaux du Québec. Modèles d'organisation des services ambulatoires dans un centre hospitalier. Collection La reconfiguration du réseau; 1997.

32- Jones M. The evidence for acute internal medicine and acute medical units. Future Hosp J. 2016;3(1):45-48.

33- Sasseville M, et al. Secondary Care Clinic for Chronic Disease: Protocol. JMIR Res Protoc. 2015;4(1):e22.

34- Vorobyov VV, Belevich VL, Ovchinnikov DV. Organization and efficiency assessment of day surgery units. Bull Russ Mil Med Acad. 2025;27(1):51-57.

35- Watts M, Powys L, Hora CO, Kinsella S, Saunders J, Reid L, Finucane P. Acute medical assessment units: an efficient alternative to in-hospital acute medical care. Ir Med J. 2011;104(2):47-49.

ANNEXES

Annexe A – Stratégie de recherche documentaire selon les bases de données considérées

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to September 09, 2026>[20]

Tableau 10 – Résultats de la recherche Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to September 09, 2026>

N°	STRATÉGIE DE RECHERCHE	RÉSULTATS
1	Day Care, Medical/ or Outpatients/ or *Ambulatory Care/	50 400
2	((ambulatory or day) adj1 (care or unit* or ward* or hospital*)).ti,kf	12 242
3	((ambulatory or day) adj1 (care or unit* or ward* or hospital*)).ab. /freq=3	3 085
4	outpatient*.ti,kf	51 569
5	outpatient*.ab. /freq=3	23 364
6	or/1-5	96 619
7	exp Academic Medical Centers/ or ((academic or university or teaching) adj2 (medical center* or hospital*)).tw,kf	331 112
8	Models, Organizational/ or "Quality of Health Care"/ or Quality Improvement/ or Efficiency, Organizational/ or critical pathways/ or exp clinical pathway/	163 069
9	Patient Satisfaction/ or exp Health Services Accessibility/ or Patient Safety/	278 212
10	exp Time-to-Treatment/ or Intersectoral Collaboration/ or exp "Costs and Cost Analysis"/	307 089
11	((organizational or Institutional or hospital* or medical center*) adj2 (model* or framework*)).tw,kf	8 480
12	(delivery model* or "model of care").tw,kf	13 865
13	(quality or efficien* or accessibility or safety or time-to-treatment or patient flow or hospital trajector* or healthcare trajector* or care trajector* or collaborat* or success or barrier* or facilitator* or roi or "return on investment").ti	972 462
14	(quality or efficien* or accessibility or safety or time-to-treatment or patient flow or hospital trajector* or healthcare trajector* or care trajector* or collaborat* or success or barrier* or facilitator* or roi or "return on investment").ab. /freq=3	815 994
15	(quality or efficien* or accessibility or safety or time-to-treatment or patient flow or hospital trajector* or healthcare trajector* or care trajector* or collaborat* or success or barrier* or facilitator* or roi or "return on investment").kf	429 797
16	((critical or clinical or practice) adj2 (path or paths or pathway or pathways or protocol*)).ti,kf	8 027
17	((critical or clinical or practice) adj2 (path or paths or pathway or pathways or protocol*)).ab. /freq=3	1 357
18	or/8-17	2 234 565
19	6 and 7 and 18	1 221
20	guidelines as topic/ or exp clinical protocols/ or exp consensus/ or exp consensus development conference/ or exp consensus development conferences as topic/ or exp guideline/ or practice guidelines as topic/ or health planning guidelines/ or Standard of Care/	473 862

[20] https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=N&PAGE=main&SHAREDSEARCHID=5JCNsGSNoXVEkCF62D6mYoGLZflX1P6IZMybQZHrYEAy8LQe98tNKWEg5NjAhwLkt.

N°	STRATÉGIE DE RECHERCHE	RÉSULTATS
21	(guideline or practice guideline or consensus development conference or consensus development conference, NIH).pt	44 543
22	(position statement* or policy statement* or practice parameter* or best practice* or standards or guideline or guidelines).ti	154 651
23	(CPG* or recommendat* or consensus*).ti	108 396
24	or/20-23	610 880
25	6 and 7 and 24	167
26	19 or 25	1 343
27	limit 26 to yr="2016 -Current"	658

Analyse des références bibliographiques colligées par la bibliothèque CHUM)

Tableau 11 - Études exclues

ÉTUDES	STATUTS
Abernethy, J., K. Shaw, D. A. Martinez, A. Vargas, C. Lopez-Bray, C. Lopez-Silva, E. W. Corty, A. Moore, S. J. Conway et K. R. Page (2025). « The Access Partnership: Expanding Outpatient Health Care Access for Uninsured Patients at One Academic Medical Center. » Academic Medicine, 100(12), 1464-1468. DOI : 10. 1097/ACM	HS
AlMubarak, Z., K. Fung et L. J. Sowerby (2025). « Establishing Usage Patterns and Repair Costs for Video Rhinolaryngoscopes at a Tertiary Academic Outpatient Center. » Otolaryngology - Head & Neck Surgery, 173(4), 897-902. DOI : 10.1002/ohn.1362.0000000000006222	HS
Bosch, X., P. Moreno, M. Guerra-Garcia, N. Guasch et A. Lopez-Soto (2020). « What is the relevance of an ambulatory quick diagnosis unit or inpatient admission for the diagnosis of pancreatic cancer? A retrospective study of 1004 patients. » Medicine, 99(11), e19009. DOI : 10.1097/MD.0000000000019009	HS
Bouleau, A., N. Bouzou et Fondapol (2022). Prestataires de santé à domicile : les entreprises au service du virage ambulatoire. Fondapol	HS
Briggs, M. S., K. K. Rethman, J. Crookes, F. Cheek, K. Pottkotter, S. McGrath, J. DeWitt, L. E. Harmon-Matthews et C. C. Quatman-Yates (2020). « Implementing Patient-Reported Outcome Measures in Outpatient Rehabilitation Settings: A Systematic Review of Facilitators and Barriers Using the Consolidated Framework for Implementation Research. » Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 101(10), 1796-1812. DOI : 10.1016/j.apmr.2020.04.007	HS
City of Paris (2026). Hôpital de jour de remédiation cognitive des troubles cognitifs liés à l'alcool. City of Paris	HS
Deslauriers, S., J. Déry, K. Proulx, M. Laliberté, F. Desmeules, D. E. Feldman et K. Perreault (2021). « Effects of waiting for outpatient physiotherapy services in persons with musculoskeletal disorders: a systematic review ». Disability and Rehabilitation, 43(5), 611-620. DOI : 10.1080/09638288.2019.1639222	HS
Hastrup, S., S. P. Johnsen, M. Jensen, P. von Weitzel-Mudersbach, C. Z. Simonsen, N. Hjort, A. T. Moller, T. Harbo, M. S. Poulsen, H. K. Iversen, D. Damgaard et G. Andersen (2021). « Specialized Outpatient Clinic vs Stroke Unit for TIA and Minor Stroke: A Cohort Study. » Neurology, 96(8), e1096-e1109. DOI : 10.1212/WNL.0000000000011453	HS
Hui, D., M. Mori, S. M. Watanabe, A. Caraceni, F. Strasser, T. Saarto, N. Cherny, P. Glare, S. Kaasa et E. Bruera (2016). « Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. » The Lancet Oncology, 17(12), e552-e559. DOI : 10.1016/S1470-2045(16)30577-0	HS
Jamdade, K., P. Opokuansah et S. Kalkur (2024). « Evaluation of Efficacy and Cost-effectiveness of Outpatient Resection of Endometrial Pathologies in a University Hospital in the UK. » Journal of Mid-life Health, 15(3), 182-187. DOI : 10.4103/jmh.jmh_73_24	HS

ÉTUDES	STATUTS
Larkin, S., E. Harness, K. S. Arora, N. Qasba, A. Chesnokova, E. Banks, K. George et K. Vinekar (2025). « Payer-Based Segregation in Obstetrics and Gynecology Ambulatory Care: Implications for Quality, Safety, and Equity. » Obstetrics & Gynecology, 145(5), 469-474. DOI : 10.1097/AOG.0000000000005883	HS
Laurainne, P., M.-H. Jobin, J.-F. Cordeau, G. Becker, A. Shanti, J.-E. Kurtz et B. Gourieux (2017). « Optimisation du parcours patient en Hôpital de Jour en oncohématologie par simulation intégrée à une démarche kaizen*. » Logistique & Management, 25(1), 34-42. DOI : 10.1080/12507970.2017.1316175	HS
Leroy, B. et C. Demoulin (2020). « The “Pain Management Program” (PGD) in outpatient medicine. » Douleur et Analgésie, 33(1), 19-23. DOI : 10.3166/dea-2020-0098	HS
Nguyen, L. T., G. Annick, O. Catherine, G. Magali et C. Coline (2023). Soins complexes en hospitalisation de jour en addictologie	HS
Seet, M. J., K. Koh et M. Mathur (2021). « Challenges, reorganisation and recovery of obstetrics and gynecology outpatient services during and after the COVID-19 pandemic in a tertiary hospital. » Journal of Hospital Management and Health Policy, 5	HS
Shannon, J. (2016). « Acute mental health day hospital opens. » Irish Medical Times, 50(43), 14	HS

Tableau 12 – Études exclues après analyse du contenu

ÉTUDES	DESCRIPTIF	STATUT
American Hospital Association The changing ambulatory care landscape : Strategies for delivering convenient, consumer-centric care. (2026).	Discussion : Évolution des stratégies et des services ambulatoires.	G
Atkin C, Gallier S, Wallin E, Reddy-Kolanu V, Sapey E. Performance of scoring systems in selecting short stay medical admissions suitable for assessment in same day emergency care: an analysis of diagnostic accuracy in a UK hospital setting. BMJ Open. 2022 Dec 16;12(12): e064910. doi: 10.1136/bmjopen-2022-064910. PMID: 36526319; PMCID: PMC9764605.	Détermination de la performance des scores Ambs et GAPS pour la sélection des patients nécessitant une prise en charge en soins de courte durée (SDEC) dans un centre urbain diversifié du Royaume-Uni. L'étude a évalué en particulier la capacité de ces scores à discriminer les admissions médicales aiguës éligibles à une SDEC de celles nécessitant une hospitalisation d'au moins 12 à 48 heures.	G
Blair, K. A. « Where to Turn: Outpatient Services and Management. » Physician Assistant Clinics, 6(3), 2021, 433-439. DOI: 10.1016/j.cpha.2021.02.006. https://www.physicianassistant.theclinics.com/article/S2405-7991(21)00020-7/pdf).	Présentation de solutions structurelles liés à la prise en charge des patients en santé mentale dans un cadre ambulatoire ou communautaire, plutôt que dans les structures hospitalières traditionnelles pour soins aigus.	HS
Bonnet-Zamponi, D. et C. Ecoffey. « Le virage ambulatoire. » Sécurité des patients et inégalités de santé. Actualité et dossier en santé publique n° 118 (2022), p. 64.	Constats des pratiques mises en œuvre dans le cadre du virage ambulatoire.	G
Corbella, X., Barreto, V., Bassetti, S., Bivol, M., Castellino, P., de Kruijf, E. J., Dentali, F., Durusu-Tanriover, M., Fierbinteanu-Braticevici, C., Hanslik, T., Hojs, R., Kinova, S., Lazebnik, L., Livcane, E., Raspe, M., Campos, L. et Working Group on Professional Issues and Quality of Care. (2018). Hospital ambulatory medicine: A leading strategy for Internal Medicine in Europe. European Journal of Internal Medicine, 54, 17-20.	Proposition de la Fédération Européenne de Médecine Interne (EFIM) du développement d'unités de diagnostic rapide, d'hôpitaux de jour et de l'hospitalisation à domicile afin d'optimiser l'efficience économique et la sécurité des patients.	HC
Cummings J, Tuyishimire D, St-Jacques S. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2024). « L'hôpital de jour en santé mentale : S'inspirer de la littérature pour bien camper l'offre de services et revaloriser la pratique ». https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/Mission universitaire/etmisss/sommaire-executif-hopital-jour(anglais).pdf.	Santé mentale.	HS
Chan, R. J., W. Marx, N. Bradford, L. Gordon, A. Bonner, C. Douglas, D. Schmalkuche et P. Yates (2018). « Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: A systematic review. » International Journal of Nursing Studies, 81, 61-80.	Évaluation de l'efficacité clinique, les résultats économiques et les principales caractéristiques de mise en œuvre des services dirigés par des infirmiers dans le secteur des soins ambulatoires.	H Contexte
Chen, J. A., S. Macchiano, D. Beckmann, W. J. Chung, S. Gartaganis et J. C. Huffman (2022). « Implementing Multidisciplinary, Team-Based Care in an Academic Outpatient Psychiatry Department. » Psychiatric Services, 73(11), 1290-1293. DOI: 10.1176/appi.ps.202200030.	Mise en œuvre d'un modèle de soins pluridisciplinaire fondé sur le travail d'équipe au sein d'un service de psychiatrie ambulatoire rattaché à un grand centre hospitalier universitaire.	HC Implantation
De Gray, L. E. et B. Seth. « Delivering an outpatient pain service. » Anaesthesia & Intensive Care Medicine, 26(5), May 2025,240-244.	Implantation et gestion d'une consultation efficace pour les patients souffrant de douleurs chroniques, en s'appuyant sur une approche multidisciplinaire biopsychosociale.	HC

ÉTUDES	DESCRIPTIF	STATUT
Elias TCN, Bowen J, Hassanzadeh R, Lasserson DS, Pendlebury ST. Factors associated with admission to bed-based care: observational prospective cohort study in a multi-disciplinary same day emergency care unit (SDEC). BMC Geriatr. 2021 Jan 6;21(1):8. doi: 10.1186/s12877-020-01942-9. PMID: 33407210; PMCID: PMC7788859.	Identification des éléments clés de l'hospitalisation qu'il convient de reproduire dans les modèles de soins aigus pour personnes fragiles et recherche de données sur les SDEC et sur les facteurs associés à la réussite d'une prise en charge ambulatoire chez les personnes âgées fragiles.	HS
Gendelman R, Preis H, Chandran L, Blair RJ, Chitkara M, Pati S. Healthcare workforce transformation: implementing patient-centered medical home standards in an academic medical center. BMC Med Educ. 2021 Jun 3;21(1):313. doi: 10.1186/s12909-021-02775-9. PMID: 34078360; PMCID: PMC8173877.	Initiatives pédagogiques du Stony Brook University Hospital visant à transformer les pratiques pour intégrer le modèle soins médicaux centré sur les patients (patient-centered medical home : PCMH) et ses principes dans la formation médicale, en ciblant trois groupes clés du corps médical des centres médicaux académiques (academic medical centers, AMC) : les étudiants en médecine, les médecins résidents et le corps enseignant.	G
Goyal, A.; Konieczny, K.; Plombon, S.; Rodriguez, J.A.; Leeson, M.; Fiskio, J.; Yoon, C.; Lipsitz, S.R.; Dalal, A.K. Frequent Ambulatory Care Visits Predict Harmful Diagnostic Errors in High-Risk Hospitalized Patients: a Retrospective Cohort Study. J. Gen. Intern. Med. 2026, 1–10, https://doi.org/10.1007/s11606-026-10527-y.	Évaluation de l'association entre des prédicteurs liés à l'admission — dérivés de données structurées issues du dossier de santé électronique (DSE) — et la survenue d'ED préjudiciables chez des patients à haut risque pris en charge par des services de médecine générale en milieu hospitalier.	HS
Hämmerli M, Milstein R, Mueller M. Incentivising patient pathways in outpatient care. A review of gatekeeping and cost-sharing policies across the OECD. JEL classification: I11, I13, I18, H51. 2026.	État des lieux des pays de l'OCDE ayant mis en place ces politiques et décrit leurs modalités de conception (Données sur les dépenses de santé, d'efficience et de résultats sanitaires).	HS
Institut canadien d'information sur la santé. Document sur la qualité des données, Système national d'information sur les soins ambulatoires — information sur l'exercice courant, 2023-2024. Ottawa, ON : ICIS; novembre 2024.	Information contextuelle sur le système d'information.	HS
Kravet SJ, Bailey J, Demski R, Pronovost P. Establishing an Ambulatory Medicine Quality and Safety Oversight Structure : Leveraging the Fractal Model. Acad Med. 2016 Jul;91(7): 962-6. doi: 10.1097/ACM.0000000000001102. PMID: 26826071.	Avantages de la mise en place au Johns Hopkins Medicine (JHM) une structure de gouvernance, de supervision et de responsabilisation pour les initiatives de qualité et de sécurité au sein des services ambulatoires de l'organisation.	HS
Leback C, Hoang Johnson D, Anderson L, Rogers K, Shirley D, Safdar N. Barriers and Facilitators to Injection Safety in Ambulatory Care Settings. Infect Control Hosp Epidemiol. 2018 Jul; 39(7):841-848. doi: 10.1017/ice.2018.82. PMID: 29970202.	Identification des obstacles ou des facilitateurs susceptibles d'entraver ou de favoriser des pratiques d'injection sûres dans les services de soins ambulatoires, afin d'orienter les démarches d'amélioration de la qualité.	HS
Lonergan PE, Logan J, Diver S, Nugent C, Hegarty I, Plunkett O, Mealy K, Hyland JM, McNamara DA, Rogers E. Does clinical validation and the implementation of new models of outpatient service delivery have the potential to reduce waiting lists? A pilot study in Letterkenny University Hospital. Ir J Med Sci. 2020 Aug; 189(3):777-782. doi: 10.1007/s11845-020-02183-w. Epub 2020 Feb 6. PMID: 32030622.	Les modèles de prestation de soins ambulatoires (anciens et nouveaux) et la de réduction des listes d'attente existantes et mis en œuvre au sein d'autres groupements hospitaliers irlandais.	G
Luu NP, Nigrin C, Peairs K, Dy SM, Sawyer M, Pitts S, Petty B. Increasing Advance Care Planning Completion at an Academic Internal Medicine Outpatient Clinic. J Pain Symptom Manage. 2017 Sep;54(3):383-386. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.05.006. Epub 2017 Aug 8. PMID: 28797865.	Approche d'équipe pluridisciplinaire impliquant les professionnels de santé et le personnel de la clinique.	HS

ÉTUDES	DESCRIPTIF	STATUT
Oxford University Hospitals (2026). Lionel Cosin Day Hospital and Daily Diagnostic Clinic (LCDH & DDC). NHS Trusts. https://www.ouh.nhs.uk/media/2nxbgxhj/112118cosin.pdf.	Présentation des services de L'hôpital de jour Lionel Cosin.	HS
Raus K, Mortier E, Eeckloo K. Past, present and future of university hospitals. Acta Clin Belg. 2020 Jun;75(3):177-184. doi: 10.1080/17843286.2019.1590024. Epub 2019 Mar 21. PMID: 30896377.	Histoire de la médecine universitaire et des hôpitaux universitaires.	G
Reed, S., N. Crellin et Nuffield Trust (2022). Patient-initiated follow-up: will it free up capacity in outpatient care? Nuffield Trust. https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2022-08/1659606343_rset-patient-initiated-follow-up-web.pdf.	Cette note d'information du NIHR RSET fait le point sur les connaissances issues des données disponibles et des évaluations antérieures du (PIFU : patient-initiated follow-up (PIFU), en examinant comment la personnalisation du suivi influe sur le recours aux services, ainsi que sur l'expérience et les résultats de santé des patients.	HS
Rule A, Bedrick S, Chiang MF, Hribar MR. Length and Redundancy of Outpatient Progress Notes Across a Decade at an Academic Medical Center. JAMA Netw Open. 2021 Jul 1;4(7): e2115334. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.15334. PMID: 34279650; PMCID: PMC8290305.	Dans cette étude transversale portant sur près de 3 millions de notes d'évolution en consultation externe rédigées dans 46 spécialités au sein d'un centre médical universitaire.	HS
Sanclemente-Ansó C, Bosch X, Salazar A, Moreno R, Capdevila C, Rosón B, Corbella X. Cost-minimization analysis favors outpatient quick diagnosis unit over hospitalization for the diagnosis of potentially serious diseases. Eur J Intern Med. 2016 May; 30:11-17. doi: 10.1016/j.ejim.2015.12.015. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26944565.	Évaluer les coûts de l'unité de diagnostic rapide (UDR) par rapport à l'hospitalisation conventionnelle pour le diagnostic du cancer et de l'anémie, au moyen d'une analyse de minimisation des coûts fondée sur l'hypothèse avérée de l'équivalence des résultats cliniques des deux approches.	Études économiques
Taube-Schiff M, Mehak A, Marangos S, Kalim A, Ungar T. Advancing Care Within an Adult Mental Health Day Hospital: Program Re-Design and Evaluation. J Behav Health Serv Res. 2019 Jan;46(1):15-28. doi: 10.1007/s11414-017-9568-5. PMID: 29134557.	Santé mentale. Étapes suivies par un hôpital de soins aigus lors de la conception et de la mise en œuvre de nouveaux volets au sein de son programme d'hôpital de jour.	HS
van Engen V, Bonfrer I, Ahaus K, Buljac-Samardzic M. Identifying consensus on activities that underpin value-based healthcare in outpatient specialty consultations, among clinicians. Patient Educ Couns. 2023 Apr; 109:107642. doi: 10.1016/j.pec.2023.107642. Epub 2023 Jan 20. PMID: 36696878.	Éléments d'orientation et d'évaluation des activités des cliniciens et des patients dans le cadre des soins spécialisés ambulatoires.	HS
Syrjä V., Parviainen L. & Niemi A. Outpatient care arrangements at health centres 2019 – outsourcing, personnel, work inputs and transfers of tasks. Data brief 21, 2020. Finnish Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki.	Enquête sur l'organisation des soins ambulatoires dans les centres de santé 9 (Finlande).	HS

SDEC : Same day emergency care unit - unité de soins d'urgence en ambulatoire.

Le score AMBS (souvent appelé Amb score ou AMB score) est un outil d'évaluation médicale utilisé pour identifier les patients qui peuvent recevoir des soins ambulatoires ou sortir de l'hôpital en moins de 12 heures.

Le score GAP désigne principalement deux mesures importantes selon le domaine médical concerné (chirurgie orthopédique (pour la colonne vertébrale) et en pneumologie (pour la fibrose pulmonaire).

ANNEXE B – RÉSUMÉS DES ÉTUDES RETENUES

AUTEUR, ANNÉE	TYPE D'ÉTUDE	OBJECTIF / RÉSULTATS CLÉS
MSSS, guide de gestion de l'urgence, 2026	Guide organisationnel / pratique de gestion	Positionne la médecine de jour comme mécanisme de continuité post-urgence, sous réserve d'un accès rapide, d'une responsabilité clinique claire et de mécanismes de suivi; efficacité à mesurer localement.
Boonmee & Thamtrakul, 2025	Étude de simulation (DES-DOE)	Dans une clinique de médecine interne, l'extension des plages horaires d'ouverture a un effet plus important sur la capacité de traitement des patients que l'agrandissement physique de l'unité.
Drees (France), 2025	Rapport statistique national	Dans les établissements de santé français en 2024, la baisse du nombre de lits ralentit et les alternatives à l'hospitalisation complète poursuivent leur progression.
Jones et al., 2025	Revue systématique	21 publications décrivant 20 évaluations du SDEC. Congé le jour même de 38,3 % à plus de 92 %; mortalité à 30 jours de moins de 1 % à 6 %. Le SDEC est faisable et favorise le congé le jour même, mais la confiance dans les résultats demeure faible à très faible.
Agency for Clinical Innovation (NSW), 2024	Synthèse rapide / évidence brief	Les MAU/AMU sont associées à une augmentation de la capacité, une réduction de la durée de séjour, de la mortalité hospitalière, des admissions aux soins intensifs et du séjour à l'urgence dans certaines études; effets variables selon la configuration et le contexte.
Collet et al., 2024	Revue systématique qualitative	Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation réussie d'interventions de soins transitionnels multidisciplinaires (cadre CFIR).
Atkin et al., 2024	Revue systématique	Stratégies et outils (score Amb, GAPS) pour identifier les patients médicaux pouvant être pris en charge en SDEC; capacité discriminante des outils.
Dean & Barratt, 2024	Revue de portée (scoping review)	État des lieux de la base probante existante pour le SDEC médical adulte dans les hôpitaux du NHS britannique; confirme l'hétérogénéité et le caractère émergent de la preuve.
NHS England, 2024 Mise à jour 2026	Référentiel organisationnel / spécification de service	Définit les exigences organisationnelles minimales d'un service SDEC sécuritaire et standardisé : service dédié, ≥12 h/jour et 7 j/7, critères de sélection, équipe propre, diagnostics rapides, pharmacie, gouvernance clinique. Référentiel normatif, non une preuve comparative d'efficacité.
Meynard et al., 2023	Retour d'expérience	Pôle inter-établissement de médecine polyvalente : mutualisation de l'expertise entre un centre périphérique et le service de médecine interne d'un CHU, répondant à des enjeux de pénurie de spécialistes.
Cowie et al., 2020	Revue systématique	Facteurs influençant la pérennité des interventions hospitalières.
Grasland & Mortier, 2018 Mortier et al., 2014	Retours d'expérience	L'hôpital de jour en médecine interne comme atout pour le virage ambulatoire; expérience de fonctionnement organisée avec des médecins de ville.
Hamad & Connolly, 2018	Article / retour d'expérience	L'Ambulatory Emergency Care (AEC) comme amélioration par la conception (« improvement by design »).

AUTEUR, ANNÉE	TYPE D'ÉTUDE	OBJECTIF / RÉSULTATS CLÉS
Martín Martínez et al., 2018	Étude qualitative (VALORA)	Obstacles et facilitateurs à l'implantation de standards de qualité dans les unités de jour hospitalières en rhumatologie.
NICE, 2018	Revue de données probantes / guide	L'admission initiale en AMU peut réduire la mortalité hospitalière à 30 jours et la durée de séjour pour les urgences médicales non différenciées; base probante limitée.
Reid et al., 2018	Revue systématique	Neuf études retenues sur les composantes organisationnelles des AMU. Effets favorables associés à une présence accrue de consultants, des soins pharmaceutiques renforcés, une ergothérapie dédiée, une clinique d'accès rapide et des transmissions formalisées; pas de configuration optimale démontrée.
Reid et al., 2018 (PLoS One)	Étude de caractérisation	Caractérisation du modèle d'AMU au sein du National Health Service en Écosse; met en évidence l'hétérogénéité des configurations existantes.
Reid et al., 2016	Revue systématique	17 études sur 12 AMU dans cinq pays. Réduction de la durée de séjour de 0,3 à 2,6 jours dans toutes les analyses; mortalité diminuée dans 12 des 14 analyses; résultats sur les réadmissions et la satisfaction moins concluants.
Dallaire et al., 2015	Protocole d'étude	Clinique secondaire de suivi intégré des maladies chroniques, adossée à un centre hospitalier affilié universitaire québécois, construite sur le Chronic Care Model.
MSSS, 2012	Guide normatif / planification immobilière	Décrit une unité ambulatoire permettant des activités diagnostiques ou thérapeutiques planifiées, avec espaces adaptés, surveillance et accès aux ressources hospitalières; fournit un cadre de conception, sans évaluation comparative de la performance.

Annexe C – Évaluation de la qualité des études retenues

	CRITÈRE AMSTAR-2	ATKIN 2024	COLLET 2025	COWIE 2020	JONES 2025	REID 2016	REID 2018
1	Question de recherche et critères d'inclusion pour PICO	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2	Protocole et méthodes de révision préalablement faits	Oui	Oui	Oui	Oui partiel	Non	Non
3	Justification de la sélection	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
4	Stratégie de recherche	Oui partiel	Oui partiel	Oui	Oui partiel	Oui	Oui
5	Sélection des études en paire	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
6	Extraction des données en paire	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
7	Justification des exclusions	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
8	Description des études incluses	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
9	Appréciation du risque de biais	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
10	Déclaration des sources de financement des études incluses	Non	Non	Non	Non	Non	Non
11	Agrégation des résultats	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse
12	Impact du risque de biais sur les résultats	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse
13	Impacts du risque de biais sur l'interprétation des résultats	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Appréciation de l'hétérogénéité	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
15	Appréciation du biais de publication	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse	Sans méta-analyse
16	Appréciation des conflits d'intérêt	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Jugement global : Confiance	**Faible**	**Faible**	**Faible**	**Faible**	**Extrêmement faible**	**Extrêmement faible**

Tableau 13 – Caractéristiques générales des revues systématiques

REVUE SYSTÉMATIQUE	NOMBRE D'ÉTUDES INCLUSES	PAYS	OBJECTIF	DEVIS	POPULATION / MILIEU	NOMBRE DE PATIENTS OU DE SERVICES	DURÉE DE L'ÉTUDE	DONNÉES OU RÉSULTATS
Atkin et al. 2024	9	Royaume-Uni (dont Pays de Galles); Malte; Italie	Évaluer la performance des scores Amb, GAPS et START pour identifier les patients pouvant être pris en charge en soins d'urgence ambulatoires ou recevoir une sortie précoce.	9 études observationnelles + un résumé de congrès: dérivation et validation, rétrospectives ou prospectives; Aucun ECR inclus.	Patients adultes consultant pour des soins médicaux urgents, à l'urgence ou dans des unités d'évaluation médicale; une étude ciblait les patients fragiles de plus de 70 ans. Hétérogénéité des populations.	Non rapportés une étude couvrait six unités et une autre deux hôpitaux universitaires.	Non rapportée de façon uniforme dans la revue.	Performances variables des scores. GAPS >20 : 74,2 % correctement classés (IC 95 % : 71,9–76,5 %); dans une cohorte, Amb surpassait GAPS et START, mais le jugement clinique restait meilleur. Preuves limitées : forte hétérogénéité et risque de biais dans 6/9 études.
Collet et al. 2025	12	Canada; Australie; Pays-Bas; Danemark; Royaume-Uni	Identifier les obstacles, facilitateurs et conditions favorisant l'implantation réussie d'interventions multidisciplinaires de transition entre l'hôpital et le domicile.	10 études qualitatives. Aucun ECR; une évaluation de processus était liée à un essai randomisé. 2 études à méthodes mixtes; entrevues, groupes de discussion et évaluations de processus.	Personnes âgées ayant des besoins complexes, proches et professionnels de santé; transitions de l'hôpital vers le domicile ou la communauté.	Non rapportés.	Non rapportée de façon uniforme dans la revue.	79 facteurs d'implantation : facilitateurs = évaluation des besoins, suivi adapté et communication; obstacles = manque de lits, de temps et de professionnels, horaires incompatibles et coûts. Synthèse qualitative; certitude globale non graduée.
Cowie et al. 2020	32	Royaume-Uni; Canada; États-Unis; Suède; Pays-Bas; Afrique du Sud; Norvège	Identifier les obstacles et facilitateurs influençant la pérennité des interventions mises en œuvre en milieu hospitalier.	23 études qualitatives, 7 à méthodes mixtes et 2 études d'amélioration de la qualité. Aucun ECR indiqué; grande diversité des interventions et milieux, avec synthèse narrative des thèmes.	Professionnels, équipes et services hospitaliers dans divers secteurs : chirurgie, médecine, urgence, pédiatrie, santé mentale et soins périnataux.	Non rapportés.	Variable selon les études; non rapportée de façon uniforme.	Principaux facilitateurs : rôles clairs (23/32), leadership ou champions (22/32) et soutien organisationnel (21/32). Principal obstacle : ressources humaines insuffisantes (15/32). Résultats narratifs hétérogènes, sans effet combiné.

REVUE SYSTÉMA-TIQUE	NOMBRE D'ÉTUDES INCLUSES	PAYS	OBJECTIF	DEVIS	POPULATION / MILIEU	NOMBRE DE PATIENTS OU DE SERVICES	DURÉE DE L'ÉTUDE	DONNÉES OU RÉSULTATS
Jones et al. 2025	21	Royaume-Uni principalement; Australie	Évaluer l'impact des services de soins d'urgence le jour même sur les parcours et les résultats des soins urgents et d'urgence.	21 publications (audits, études transversales, avant-après, cohortes observationnelles, évaluations de service ou d'amélioration de la qualité et une évaluation économique) aucun ECR plusieurs résumés de congrès.	Patients pris en charge en SDEC/ AEC, unités de médecine aiguë ou services spécialisés; données également recueillies au niveau des unités et hôpitaux.	Variables : 24 patients à plusieurs milliers; deux audits nationaux couvraient 158 unités / 156 hôpitaux et 152 unités / 149 hôpitaux.	Variable; deux audits transversaux de 24 h, autres durées non rapportées uniformément.	Sortie le jour même : 38,3 % à >92 %; mortalité à 30 jours : <1 % à 6 %. Les comparaisons favorisaient généralement le SDEC, mais avec une confiance faible à très faible et un risque élevé de biais.
Reid et al. 2016	17	Royaume-Uni; Irlande; Pays-Bas; Australie	Évaluer l'efficacité et la variation organisationnelle des unités de médecine aiguë pour les admissions médicales urgentes.	17 études, aucun ECR; cinq publications concernaient la même unité irlandaise et l'hétérogénéité limitait les comparaisons.	Patients ou épisodes de soins médicaux urgents pris en charge dans des unités de médecine aiguë.	Non rapportés de façon uniforme dans la revue; 17 publications documentaient 12 unités ou programmes.	Non rapportée de façon uniforme dans la revue.	Réduction du séjour : 0,3 à 2,6 jours dans toutes les analyses. Mortalité réduite dans 12/14 analyses, avec des variations de +0,1 % à −8,8 %; résultats sur les réadmissions non concluants. Confusion résiduelle probable.
Reid et al. 2018	9	Royaume-Uni	Déterminer comment organiser et fournir au mieux les soins dans les unités de médecine aiguë.	7 études observationnelles et 2 études d'amélioration de la qualité; contrôles historiques ou concurrents et cycles PDSA. Aucun ECR; une seule étude avec ajustement multivarié explicite des facteurs de confusion.	Patients et professionnels en unités de médecine aiguë; interventions cliniques, organisationnelles, pharmaceutiques.	Non rapportés de façon uniforme dans la revue; 9 études et 9 unités ou programmes.	Non rapportée de façon uniforme dans la revue.	Neuf études : 1,3 million d'épisodes, 3 617 patients et 49 professionnels. Une présence accrue des consultants était associée à une mortalité réduite; certains services spécialisés semblaient bénéfiques. Preuves limitées, surtout issues d'études uniques observationnelles.

STRENGTH : Nom du programme de soins transitionnels.
TRANSITION : Nom de l'outil de communication transitionnelle; développement non précisé dans la revue.

ANNEXE D – CHUM ET MODÈLES ORGANISATIONNELS DE MÉDECINE DU JOUR[21]

Tableau 14 – Modèles organisationnels de médecine de jour implantés au Québec

MODÈLE	DESCRIPTION	IMPACTS
Médecine de jour polyvalente — poste centralisé.	Un seul poste infirmier dessert l'ensemble des fauteuils / aires de traitement.	Favorise le contrôle et la standardisation.
Médecine de jour polyvalente — postes décentralisés « en grappe ».	Plusieurs postes desservent chacun un sous-groupe de fauteuils, selon un ratio patient/infirmière.	Tendance actuelle jugée plus efficiente : surveillance rapprochée, réduction des déplacements, meilleure confidentialité.
Unités d'hospitalisation pour courts séjours (UHB) et unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP).	Unités adossées à l'urgence, alternative structurée à l'hospitalisation conventionnelle.	Efficacité reposant sur des critères d'admission précis, un médecin responsable désigné, une réévaluation fréquente, un accès diagnostique privilégié et une durée de séjour limitée à 24-48 heures.
Hospitalisation à domicile (HAD).	Traitements aigus de niveau hospitalier au domicile du patient pour une condition qui nécessiterait autrement une hospitalisation conventionnelle.	Admission évitée ou congé précoce avec soutien.

Le modèle « polyvalent » normé par le MSSS a été implanté dans plusieurs CHU/CHAU québécois (CHUM, CHU de Québec–Université Laval, CHU Sainte-Justine, CHUS), généralement en lien étroit avec l'imagerie, la pharmacie, le laboratoire et les cliniques externes.

Tableau 15 – Portrait synthétique des composantes de l'organisation actuelle de la médecine de jour au CHUM

COMPOSANTE	FONCTION RAPPORTÉE	ENJEU À DOCUMENTER
MDJ générale C3-C4	Plateau transversal pour traitement ou investigation en moins de 72 heures; offre 7 jours sur 7, incluant les jours fériés; médecin requérant responsable du suivi.	Volumes, taux d'occupation, provenance, refus, délais, conversions en hospitalisation et potentiel réel d'admissions évitées.
Accueil clinique	Accès ambulatoire rapide à une évaluation spécialisée et au plateau technique afin d'éviter l'urgence ou l'hospitalisation.	Chevauchement avec le C3-C4, critères d'orientation, délais, responsabilité médicale et résultats.
TOI-U	Interface urgentiste intégrée à l'hôpital de jour selon la définition locale, disponible pour les patients du CHUM uniquement.	Population cible, investigation des patients non-réorientables (réseau ou accueil clinique) contribution mesurable à la fluidité et disponibilité (par jour, heure).

[21] Tirés des données internes du CHUM.

COMPOSANTE	FONCTION RAPPORTÉE	ENJEU À DOCUMENTER
MDJ radiologie, radio-oncologie, endoscopie et soins coronariens	Évaluation, préparation et surveillance pré-post examen pour des patientèles liées à un plateau technique.	Activités non substituables à une MDJ générale, mais processus communs potentiellement mutualisables.
Cliniques et programmes spécialisés	Traitements, investigations ou suivis ambulatoires recensés dans différentes structures.	Cartographie exhaustive des activités, codes, ressources, volumes et interfaces.

Tableau 16 – Synthèse des données locales et de leur contribution à l'analyse du modèle organisationnel

DONNÉE LOCALE EXPLOITABLE	LECTURE INTÉGRÉE	CONTRIBUTION À LA QUESTION CENTRALE
Un système composé de nombreuses MDJ spécialisées		
37 services associés à la MDJ; 9 MDJ visitées dans le portrait.	L'offre est largement décentralisée et spécialisée. Les résultats de l'échantillon exploratoire ne peuvent toutefois pas être généralisés automatiquement aux 37 services.	Le modèle local se rapproche d'une juxtaposition de MDJ spécialisées, avec un besoin potentiel de coordination et de mutualisation des fonctions communes.
MDJ générale C3-C4, accueil clinique, TOI-U, MDJ liées aux plateaux techniques et programmes spécialisés.	Plusieurs fonctions coexistent : soins programmés, transition rapide, prise en charge aiguë ambulatoire et surveillance pré-post examen.	Ces fonctions doivent être distinguées avant de comparer les modèles ou de choisir une architecture cible.
Une forte hétérogénéité des pratiques de saisie		
78 % des MDJ étudiées utilisent principalement une saisie manuelle; 22 % disposent d'une automatisation.	La qualité des données dépend du mode de saisie et varie selon les unités.	La maturité du système d'information doit être considérée comme une composante du modèle organisationnel.
56 % des statistiques sont compilées par les infirmières et 56 % des MDJ étudiées disposent d'une procédure écrite.	La responsabilité et la standardisation de la saisie sont hétérogènes; la compilation peut entrer en concurrence avec les soins.	Les comparaisons de productivité doivent tenir compte de la charge administrative et des écarts de pratiques.
Une sous-estimation de l'activité réelle		
89 % des responsables rencontrés estiment que des données sont perdues; 89 % ne diffusent pas la volumétrie à leurs équipes.	L'activité réelle est probablement sous-documentée et les données sont peu mobilisées pour l'amélioration continue.	Les constats de sous-utilisation ou de sous-performance doivent demeurer des hypothèses tant que la qualité des données n'est pas améliorée.
Les activités indirectes et certaines fonctions de coordination sont incomplètement captées.	Le suivi de laboratoire, la tenue de dossier, les réunions interdisciplinaires et certaines tâches d'AIC peuvent augmenter les heures travaillées sans générer un jour-soins correspondant.	La mesure actuelle sous-estime la charge réelle et la valeur organisationnelle de certaines MDJ.
Indicateur de performance peu sensible à la complexité		
Une ou plusieurs activités réalisées le même jour correspondent à un seul jour-soins.	Une transfusion complexe de longue durée et un acte plus court peuvent être comptés de façon équivalente.	Le ratio administratif ne mesure pas adéquatement l'intensité, la durée, la complexité ou le nombre d'actes.

DONNÉE LOCALE EXPLOITABLE	LECTURE INTÉGRÉE	CONTRIBUTION À LA QUESTION CENTRALE
Une variation importante entre les MDJ		
Ratio moyen rapporté de 1,889 heure travaillée par jour-présence, avec une variation de 0,887 à 7,965.	L'écart peut refléter la mission, la durée des soins, la complexité, la dotation, le codage ou une inefficience réelle.	Une comparaison brute entre MDJ n'est pas valide sans ajustement pour le profil d'activité et la fiabilité des données.
Duplication, variation des ressources, expérience patient variable et sous-utilisation du C3-C4, de l'accueil clinique et du TOI-U rapportées localement.	Ces constats convergent avec les risques de fragmentation associés aux modèles spécialisés, mais leur ampleur et leurs causes doivent être quantifiées.	Ils soutiennent un diagnostic par trajectoire et par fonction avant toute réorganisation ou extension de capacité.
Pistes locales : mutualisation, transfert de certaines activités, lissage de la charge, meilleure communication du TOI-U et de l'accueil clinique.	Des gains pourraient être recherchés sans créer immédiatement une nouvelle structure.	Ces pistes appuient surtout une médecine de jour intégrée par trajectoires ou une plateforme hybride à flux distincts.

Tableau 17 – Données locales, données probantes et implications pour le CHUM

CONSTAT OU ORIENTATION DU RAPPORT D'ÉTAPE	RÉPONSE DE LA REVUE	IMPLICATION POUR LE CHUM
Duplication d'activités.	Les modèles spécialisés favorisent l'expertise, mais peuvent multiplier les silos et les portes d'entrée.	Harmoniser les processus communs et réserver la spécialisation aux besoins cliniques réellement distincts.
Variation d'utilisation des ressources.	La performance dépend de la cohérence entre population, capacité, diagnostics, décision médicale et suivi.	Mesurer la capacité utile par plage horaire et par flux plutôt que le seul volume annuel.
Expérience-patient variable.	La continuité, la clarté du suivi, le délai et le fardeau de déplacement sont des composantes centrales de la valeur.	Ajouter des mesures d'expérience, de compréhension du plan et d'équité d'accès.
Sous-utilisation du C3-C4, de l'accueil clinique et du TOI-U.	Une capacité ambulatoire ne produit pas automatiquement des admissions évitées sans critères simples, accès direct, responsabilité clinique et diagnostics rapides.	Analyser les causes de la sous-utilisation avant d'ajouter de la capacité ou d'élargir les heures.
Alternative à l'hospitalisation.	Le modèle de transition et le SDEC sont les plus directement alignés, tandis que l'AMU répond davantage à l'évaluation aiguë.	Distinguer les patients programmés, les transitions post-urgence et les demandes aiguës.
Mission universitaire.	L'interdisciplinarité, la standardisation et la mesure des résultats soutiennent l'enseignement, l'innovation et le transfert des connaissances.	Intégrer ces dimensions dans la gouvernance et dans les critères de succès.

Tableau 18 – Duplications et des complémentarités entre les services

DIMENSION	QUESTION D'ANALYSE	DÉCISION POSSIBLE
Population	Les mêmes patients sont-ils admissibles à plusieurs services ?	Clarifier l'orientation ou créer un guichet de triage commun.
Fonction	Les services réalisent-ils la même étape de trajectoire ?	Regrouper la fonction commune ou formaliser la complémentarité.
Temporalité	L'offre est-elle programmée, rapide post-épisode ou aiguë non élective ?	Maintenir des flux distincts afin d'éviter les conflits de priorité.
Ressources	Les mêmes compétences, médicaments, diagnostics et espaces sont-ils requis ?	Mutualiser les ressources transversales sans diluer l'expertise.
Responsabilité clinique	Qui accepte, traite, donne congé, suit et escalade ?	Établir une imputabilité médicale pour chaque trajectoire.

ANNEXE E — LIMITES ET PERTINENCE DES CARACTÉRISTIQUES ET CHOIX DES MODÈLES

- Le modèle cible devrait préserver les expertises spécialisées tout en structurant des processus communs de triage, de planification, de gestion pharmaceutique, de diagnostics, de suivi et de gouvernance.
- Avant d'envisager l'élargissement des heures d'ouverture, le déplacement d'activités ou la mutualisation des ressources, les données devraient être fiabilisées et complétées par des informations portant sur les volumes selon les portes d'entrée, les délais, la durée et l'intensité des soins, les refus, les conversions en hospitalisation, les admissions évitées, les revisites, l'expérience des patients et les coûts par épisode de soins. Une extension des heures d'ouverture sans ressources additionnelles risque davantage d'allonger la durée de présence des patients que d'éviter des admissions. Les principaux éléments à prendre en considération sont les suivants :
  - ***Indications favorables :*** demande documentée en dehors des heures habituelles, visites évitables à l'urgence, traitements ou réévaluations réalisables le jour même, et disponibilité de la capacité diagnostique.
  - ***Conditions minimales :*** critères d'admissibilité et d'exclusion clairement définis, responsable clinique identifié, accès aux services pharmaceutiques et diagnostiques, coordination du transport, modalités de suivi et mécanismes d'escalade.
  - ***Approche recommandée :*** tester des plages horaires ciblées en fonction des données de demande et en évaluer les résultats avant toute généralisation.
  - ***Indicateurs de suivi :*** nombre de patients traités en dehors des heures habituelles, admissions réellement évitées, conversions en hospitalisation, revisites à 72 heures et à 30 jours, délais d'accès, coûts différentiels et expérience patient.