



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

Orientations ministérielles

Désencombrement de l'urgence pour contrer les débordements à l'urgence

Édition :

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

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

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

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

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89176-5 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2021

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
MESURES GÉNÉRALES : DE LA RÉACTIVITÉ À LA PROACTIVITÉ	5
1. GOUVERNANCE, PRÉVENTION ET COMMUNICATIONS.....	8
1.1 GOUVERNANCE	7
1.2 PRÉVENTION	9
1.3 COMMUNICATIONS.....	10
2. USAGERS SUR CIVIÈRES	11
2.1 MESURES GÉNÉRALES	12
2.1.1 DÉPLOYER LE COOLSI POUR OPTIMISER LES LITS DE SOINS INTENSIFS SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL	12
2.1.2 CRÉER DES PROCESSUS DE TRANSFERTS INTERÉTABLISSEMENTS OÙ AUCUN TRANSFERT ACCEPTÉ NE PASSE PAR L'URGENCE	12
2.1.3 DÉPLOYER L'OUTIL INFORMATIQUE « SAIRC »	12
2.1.4 TRIAGE SECONDAIRE DES APPELS DE BASSE PRIORITÉ DU 911 VIA LE 811	12
2.1.5 ÉQUIPE DE COORDINATION MÉDICALE DES LITS POUR TOUS LES HÔPITAUX À FORT VOLUME.....	12
2.1.6 ACCUEILS CLINIQUES.....	13
2.2 MESURES SPÉCIFIQUES	13
3. USAGERS AMBULATOIRES.....	17
3.1 MESURES GÉNÉRALES	17
3.1.1 OUVRIR LES CLINIQUES D'HIVER	17
3.1.2 OPTIMISER LES PROCESSUS DE RÉORIENTATION	18
3.1.3 AUGMENTER L'ACCESSIBILITÉ AUX MÉDECINS DE FAMILLE.....	18
3.1.4 DÉPLOYER RENDEZ-VOUS SANTÉ QUÉBEC (RVSQ)	18
3.1.5 AMÉLIORER LES MÉTHODES DE GESTION DU FLOT À L'URGENCE AMBULATOIRE	18
3.2 MESURES SPÉCIFIQUES	19
4. GESTION DU CHANGEMENT	21
5. CONCLUSION	21

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DCM	Direction de la coordination ministérielle de la région 514-450
DGAUMIP	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
DGSP	Direction générale de la santé publique
DGPPFC	Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
DMS	Durée moyenne de séjour
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Directeur des soins infirmiers
DSP	Directeur des services professionnels
DSU	Direction des services d'urgence
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatifs
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
RPA	Résidence privée pour personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RVSQ	Rendez-vous santé Québec
SAD	Soutien à domicile
SAIRC	Système d'alerte informatique pour le repérage des clientèles
SMA	Sous-ministre adjoint

INTRODUCTION

Le débordement des urgences, tout particulièrement en saison hivernale, incarne un phénomène occidental généralisé¹ et croissant qui n'épargne pas le Québec. Dans un souci de contrer la progression du phénomène, la ministre de la Santé et des Services sociaux a confié à la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) le mandat de mettre sur pied un plan de désencombrement des urgences avec l'ensemble des partenaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces principes directeurs nécessitent un partenariat entre les différents alliés du système de la santé. Le MSSS considère toujours les réalités et obligations des différentes organisations voulant que certaines mesures soient modulées aux contextes.

Il importe de préciser en quoi consistent les débordements dont il est question. On évoque le temps d'attente dans les urgences comme problème-clé, alors que les statistiques présentées portent plutôt sur la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière. Le taux d'occupation présenté en pourcentage correspond au rapport de patients sur civière suivant :

Total des patients sur civière **Nombre de civières fonctionnelles**

Ce taux ne différencie pas les patients qui ont déjà une demande d'admission en attente de lit, ou encore ceux qui sont pris en charge par le médecin d'urgence et en attente d'orientation finale ou d'investigation. Le calcul du nombre de civières fonctionnelles doit également être revu à la hausse pour certains établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), et ce processus est en cours. Finalement, les chaises des zones d'évaluation rapide sont parfois intégrées dans le calcul des patients couchés sur civière et donc augmentent ce taux. Le MSSS, avec la publication de son guide de gestion des urgences, émet ses recommandations sur le calcul réel du taux d'occupation.

Pour mieux comprendre les actions présentées dans ce plan, quelques notions doivent être décrites :

1. Une grande majorité d'utilisateurs sur civière ont leur place à l'urgence (30 % sont admis). Il existe une grande variabilité entre les établissements et la pratique médicale sur les taux d'admission. Les problèmes concernant cette clientèle sont le flux au sein même de l'urgence (consultation spécialisée, investigation, clientèle âgée) et dans l'hôpital lors de l'admission (l'aval).
2. Une majorité de patients ambulatoires pourraient consulter ailleurs qu'à l'urgence. Teintés en partie par la culture populaire, les problèmes sont surtout reliés à l'accès aux services de première ligne (inscription à un médecin de famille, disponibilité des cliniques en heures défavorables), à une difficulté d'accès aux plateaux techniques hospitaliers ailleurs qu'à l'urgence et, finalement, à l'inégalité d'accès à la consultation spécialisée semi-urgente.

La recherche scientifique internationale sur l'encombrement des urgences (*overcrowding*) est riche et permet de présenter des solutions appuyées sur des preuves tangibles². Le plan s'appuie sur des principes de soins optimaux pour chaque clientèle et de gestion du risque. Le secret du succès reste dans l'application de ces solutions et dans la gestion du changement.

¹ S. Di Somma, L. Paladino, L. Vaughan, I. Lalle, L. Magrini et M. Magnanti, "Overcrowding in emergency department: an international issue", *Internal and Emergency Medicine*, 2015, p. 171-175.

² S. Bucci, A. G. De Belvis, S. Marventano, A. C. De Leva, M. Tanzariello, M. L. Specchia, W. Ricciardi et F. Francheschi, "Emergency Department crowding and hospital bed shortage: is Lean a smart answer? A systematic review", *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2016, p. 4209-4219.

MESURES GÉNÉRALES : DE LA RÉACTIVITÉ À LA PROACTIVITÉ

Un des principaux enjeux du désencombrement des salles d'urgence québécoises est une meilleure planification de la demande en lits d'hospitalisation. Plusieurs études ont prouvé que les prévisions des admissions à l'urgence ne sont pas aléatoires et se planifient sur une année avec un intervalle de confiance calculable³.

Chaque établissement peut analyser ses données pour planifier le nombre d'admissions prévisibles par mois et par année, pour les cas médicaux et chirurgicaux en importance (par exemple : moyenne de fractures de la hanche par mois). D'autres études démontrent aussi à quel point l'admission des chirurgies électives est beaucoup plus difficile à prévoir, et ce, par manque de planification, qui a un lien direct avec l'encombrement de nos urgences⁴.

La notion de fluidité hospitalière est essentielle pour désencombrer les urgences. Ce travail signifie que les gestionnaires doivent tenter de diminuer au minimum les variations d'admission et de congé pour permettre un meilleur roulement des usagers, une diminution des heures supplémentaires obligatoires, une diminution de l'annulation des chirurgies électives et une meilleure gestion des coûts.

Les autres mesures générales sont aussi dans la planification des besoins d'hébergement pour la clientèle vulnérable et les niveaux de soins alternatifs (NSA). Encore une fois, ces besoins sont grandissants, mais prévisibles. Propres à chacun des établissements, les données fournies par la direction de la performance clinique et organisationnelle permettent une analyse rigoureuse de la situation en temps opportun. Nous devons nous munir de meilleures techniques de planification, qui, à long terme, auraient un effet bénéfique puisque les lits de courte durée seraient mieux utilisés. Des travaux pour éviter les visites à l'urgence, avec les services de première ligne, mais également avec les services préhospitaliers d'urgence, sont à bâtir.

Finalement, par les établissements du réseau de la santé et, de façon plus globale, par le MSSS, un plan de sensibilisation et d'éducation pour la population sur les aides décisionnelles doit être prévu et prescrit.

Ce travail doit être fait par les leaders élargis des établissements (président-directeur général [PDG], directeur des services professionnels [DSP], directeur des soins infirmiers [DSI], département régional de médecine générale [DRMG], etc.).

Dès l'été, la saison hivernale doit être planifiée. Les demandes majeures pour le système sont de trois ordres :

- a. Clientèle vulnérable et gériatrique – suivi à domicile, hospitalisation, prévention des consultations à l'urgence;
- b. Clientèle ambulatoire autonome – travailleurs et familles avec besoins aigus;
- c. Planification de la main-d'œuvre, de la fluidité hospitalière et de la gestion des lits.

³ E. Litvak, "Optimizing patient flow by managing its variability", dans S. Berman (dir.), *Front Office to Front Line: Essential Issues for Health Care Leaders*, Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission Resources, 2005.

⁴ McManus et collab., "Impact of variability in surgical caseload on access to intensive care services", *Anesthesiology*, 2003, vol. 98, p. 1491-1496.

Il est entendu que les clientèles vulnérables soient définies comme étant celles présentant l'un des problèmes suivants⁵ :

- Problèmes de santé mentale chroniques et récidivants, toxicomanie ou alcoolisme;
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme de modéré à sévère, pneumopathie professionnelle, maladie cardiaque artériosclérotique, insuffisance cardiaque, hypertension sévère, insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique;
- Cancer, diabète, VIH/SIDA, hépatite C, douleur chronique;
- Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension;
- Maladies dégénératives du système nerveux, démence, blessure médullaire avec séquelles permanentes;
- Maladies inflammatoires chroniques, maladies nécessitant une anticoagulation à vie, fibrillation auriculaire;
- Troubles de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité pour les patients âgés de moins de 18 ans;
- Déficience intellectuelle, déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin.

Voici donc quelques pistes de solution à envisager. Ces solutions devraient être implantées à longueur d'année, mais modulables lors des périodes critiques comme la saison hivernale.

a. Clientèle vulnérable :

- Augmenter l'offre de service de soutien à domicile (SAD) entre décembre et mars au moyen de divers mécanismes;
- Planter des équipes de dépistage, d'infirmières répondantes ou autre dans les résidences privées pour personnes âgées (RPA) problématiques où il y a un volume important d'utilisateurs orientés vers l'urgence
- Maximiser la vaccination avec des visites dans les RPA;
- Établir des mécanismes avec les médecins de famille pour une discussion systématique du niveau de soins désiré;
- Inscrire à 100 % la clientèle vulnérable à un médecin de famille. L'accès de cette clientèle à son médecin de famille doit également être optimisé.

b. Clientèle ambulatoire autonome :

- Augmenter l'offre de sans rendez-vous populationnel;
- Augmenter l'adhésion à l'accès adapté;
- Augmenter l'adhésion au Rendez-vous santé Québec (RVSQ).

⁵ Régie de l'assurance maladie du Québec, *Manuel des médecins omnipraticiens*, brochure n° 1, 2015, http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html#90454.

c. Planification en période de pointe et fluidité hospitalière :

- Établir des règles claires de délai de deux heures pour tous lorsque le départ est autorisé par le médecin traitant;
- Prévoir les départs la veille, conditionnels au respect de critères précis;
- Communiquer précocement à la famille la date prévue de départ;
- Standardiser certains protocoles de traitement et de départ avec les équipes pour des pathologies choisies (MPOC, insuffisance cardiaque);
- Présenter aux médecins hospitalistes leurs statistiques de DMS;
- Faire une analyse approfondie pour la prévision des usagers de NSA.

d. Planification de la main-d'œuvre :

- Prévoir un ajustement des effectifs des différents professionnels à hauteur des besoins dans chacune des installations;
- Doubler au besoin les gardes médicales ou prolonger les heures de couverture des plateaux techniques.

La fluidité hospitalière peut être analysée de façon plus poussée et la venue d'outils informatiques peut permettre une vue en temps réel des admissions et des congés. Par contre, aucun outil ni analyse ne permettront un changement de situation si les équipes médicales et infirmières ne sont pas motivées à faire ces changements.

Nous sommes conscients des défis. C'est pourquoi un plan de désencombrement est présenté pour orienter les travaux des établissements.

1 GOUVERNANCE, PRÉVENTION ET COMMUNICATIONS

1.1 GOUVERNANCE

Une des clés pour l'amélioration des soins prodigués à l'urgence et de l'encombrement est la concertation entre les différents partenaires ayant une incidence sur celle-ci. L'encombrement étant un symptôme d'une maladie systémique dans notre RSSS, plusieurs partenaires doivent être impliqués.

Afin de permettre cette concertation, le mécanisme privilégié consiste à mettre en place un comité ministériel pour mieux se concerter et pour mieux communiquer les actions à entreprendre. Le mandat de celui-ci sera d'assurer une vigie des différents angles au problème d'encombrement des urgences et d'assurer une approche solutions par rapport aux enjeux soulevés. Les membres du comité seront sélectionnés au début de l'automne. Les directions générales concernées sont les suivantes :

- Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques;
- Direction générale de la santé publique (DGSP);
- Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC);
- Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité;
- Direction des communications;
- Toute autre direction concernée par des sujets ad hoc.

Coordonné et piloté par la DGAUMIP, ce comité assurera un suivi toutes les deux semaines pendant la saison hivernale de la situation des urgences, à partir d'indicateurs déterminés (voir les sections subséquentes) par l'ensemble des collaborateurs, et sera mis à contribution pour le suivi avec les établissements.

Une gouvernance cohérente sera proposée aux établissements mettant en collaboration l'ensemble des acteurs concernés, sélectionnés par les hauts dirigeants des établissements.

Comme présenté dans la section des usagers sur civière, l'implication des différentes instances du MSSS sera hiérarchisée. De la même façon, il sera attendu que l'implication des dirigeants des établissements se fera en fonction de l'encombrement des urgences (DSP, DSI, PDGA, puis PDG).

Un tableau de bord quotidien est maintenant publié par la DGPPFC sur le site du MSSS, qui donne un aperçu de l'état de chacune des urgences du Québec.

1.2 PRÉVENTION

1.2.1 Vaccination

La clientèle plus à risque de complications d'une infection respiratoire (75 ans et plus et personnes atteintes de plus d'une maladie chronique) est la clientèle prioritaire visée pour la vaccination contre la grippe. Il faut toutefois savoir que ce sont souvent d'autres virus ou infections qui sont la cause d'une visite à l'urgence d'une personne vulnérable. Malgré l'efficacité, parfois sous-optimale, du vaccin contre l'influenza, il demeure le meilleur moyen de prévention.

La DGSP a déjà ciblé les usagers vivant en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour leur campagne de vaccination. Normalement, la vaccination débute à partir du 15 octobre.

En plus des mesures mises en place, il est proposé, pour la saison 2019-2020, que les établissements :

- ciblent les RPA soutenant les clientèles ayant de multiples problèmes physiques et mentaux, en plus du phénomène de vieillissement, pour une campagne de vaccination contre la grippe sur place;
- ciblent les patients suivis à domicile;
- offrent et coordonnent des visites par des équipes mobiles lors d'éclotions de maladies infectieuses, comme l'influenza ou la gastroentérite, dans des établissements comme les CHSLD ou les RPA (équipe incluant les directions de santé publique régionales et des équipes de suivi à domicile);
- révisent et rendent plus flexibles les critères de limitation d'admission dans les unités de réadaptation ou les CHSLD;
- incluent une stratégie rapide d'accès aux antiviraux lors d'éclosion.

1.2.2 Prévention et contrôle des infections

La promiscuité favorisant la transmission des maladies infectieuses est à son comble à l'urgence. Il faut éviter les transferts multiples d'unités pour ne pas nuire aux efforts de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Congestionner celle-ci en refusant des admissions dans les différentes unités propage ces mêmes maladies. Chaque établissement doit revoir ses règles de prévention des infections. Elles doivent être les mêmes partout, y compris à l'urgence.

Indicateurs à créer :

- **Taux de vaccination de la clientèle vulnérable :**
 - **En CHSLD;**
 - **En RPA;**
 - **En communauté.**

1.3 COMMUNICATIONS

La stratégie de communication sera modulée en fonction des deux principales clientèles visées, soit la population et les travailleurs du RSSS. Ses objectifs viseront à rassurer les publics visés, à les mobiliser et à obtenir leur adhésion, en tenant compte du fait qu'un changement dans les habitudes de consultation est souhaité. Pour ce faire, la stratégie maximisera la portée des outils déjà en place (ex. : outil d'aide à la décision sur les lieux où consulter en fonction de l'état de santé, bulletin *Flash grippe*). Elle mettra également à profit les différents canaux et plateformes existants pour véhiculer des messages rapidement et efficacement, le tout à l'intérieur d'une séquence déterminée. Les messages populationnels seront axés sur les options à la consultation à l'urgence, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire, selon la situation de l'utilisateur, de même que sur les moyens qui s'offrent à eux pour avoir accès aux services (ex. : 811, cliniques temporaires de grippe, RVSQ, groupes de médecine de famille [GMF], groupes de médecine de famille réseau [GMF-R], cliniques, ressources Web).

Rôles des responsables des communications des établissements du RSSS

La contribution des responsables des communications des établissements du RSSS sera essentielle à la réussite de la stratégie de communication. Considérant qu'elle sera nationale, les établissements devront se l'approprier et en faire une déclinaison adaptée à leur réalité régionale ou territoriale. Une trousse leur sera fournie pour les outiller.

2 USAGERS SUR CIVIÈRE

Le rôle du MSSS consiste à orienter et à soutenir les actions du RSSS. Selon le dernier questionnaire envoyé aux établissements pour la salle de pilotage du Comité de gestion du réseau sur le chantier des urgences, daté d'octobre 2018, 59 % des établissements ont répondu avoir un plan de contingence mis à jour (pour contrer les débordements à l'urgence). Pour les usagers sur civière, des actions en amont pendant le séjour à l'urgence et en aval doivent être entreprises.

Le plan de désencombrement pour les usagers sur civière s'inspire de certains plans de contingence déjà existants dans les établissements et présente une approche par étapes.

Indicateurs :

- **Taux d'occupation sur civières;**
- **Pourcentage de clientèle en attente d'hospitalisation la veille;**
- **Nombre d'usagers avec un séjour de 24 heures et plus;**
- **DMS sur civière la veille;**
- **Délai moyen de prise en charge la veille;**
- **Délai entre la demande d'admission et l'hospitalisation;**
- **Taux de NSA la veille;**
- **Taux d'occupation des lits dressés la veille;**
- **Taux d'utilisation des lits de débordement.**

Les principaux objectifs pour améliorer le taux d'occupation et la DMS sur civière sont les suivants :

- Réduire les délais entre la demande d'admission et le départ du patient de l'urgence (aval).
- Optimiser l'utilisation des ressources d'hospitalisation (aval).
- Bonifier les services de SAD, de réadaptation et d'hébergement (CHSLD, ressources intermédiaires et de type familial [RI-RTF]) pour accélérer le congé et éviter certaines hospitalisations (amont et aval).
- Optimiser les pratiques de liaison et de prise en charge évitant le recours aux urgences par les RPA, les RI-RTF et les usagers SAD (amont et aval).
- S'assurer que tous les établissements ont un plan de contingence à jour.
- Accélérer le processus de demande de consultation et de prise en charge par les médecins spécialistes.

2.1 MESURES GÉNÉRALES

2.1.1 Déployer le Centre d'optimisation de l'occupation des lits de soins intensifs (COOLSI) pour optimiser les lits de soins intensifs sur l'île de Montréal

Le centre de coordination des lits de soins intensifs permet une utilisation optimale des ressources pour les usagers les plus malades. Il permet une meilleure coordination entre les soins intensifs secondaires, tertiaires et quaternaires en mettant en relation les médecins, le service préhospitalier et les gestionnaires des hôpitaux.

2.1.2 Créer des processus de transferts interétablissements où aucun transfert accepté ne passe par l'urgence

Les établissements offrant des soins secondaires, tertiaires et quaternaires reçoivent des transferts d'usagers de partout au Québec. Plusieurs milieux acceptent que les transferts d'usagers arrivent à l'urgence, alors que la meilleure pratique imposerait qu'ils soient admis directement dans un lit à l'étage. Ces transferts ne doivent pas passer par l'urgence, encore moins quand celle-ci déborde, à l'exception des patients instables.

2.1.3 Déployer l'outil informatique SAIRC

Le MSSS, avec la collaboration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, déploie un outil informatique développé par le CISSS des Laurentides, permettant aux équipes de SAD et à l'urgence d'avoir un partage d'information en temps réel chez les usagers vulnérables (usagers de 75 ans et plus, usagers déjà suivis en SAD, usagers grands utilisateurs [santé physique ou santé mentale]). Créé et utilisé par le CISSS des Laurentides, cet outil a permis d'éviter certaines hospitalisations et a diminué la DMS chez la clientèle vulnérable.

2.1.4 Orienter les appels de basse priorité du 911 vers le 811

Le projet pilote d'Info-Santé Laval dans les régions de Montréal, de Laval, de Chaudière-Appalaches et de l'Estrie permet d'éviter des transports ambulanciers par l'évaluation d'une infirmière spécialisée 911 à Info-Santé Laval. Après l'appel initial au 911 d'usagers qui ont eu le réflexe de contacter les services d'urgence, l'appel trié non prioritaire est basculé à Info-Santé pour une évaluation complète et, dans un pourcentage allant jusqu'à 30 %, pour l'annulation de la demande de transport. Dans la région de Montréal, ce sont des centaines de transports qui sont ainsi évités. La deuxième phase pour une provincialisation et une prochaine étape de coévaluation sont en cours de réalisation.

2.1.5 Implanter une équipe de coordination médicale des lits pour tous les hôpitaux à fort volume

La présence d'un coordinateur médical en plus des équipes standards de coordination des lits peut permettre de régler certains enjeux et de diminuer les moyennes de séjours hospitaliers. Cette option est à envisager dans les hôpitaux à fort volume.

2.1.6 Déployer des équipes interprofessionnelles dans les RPA ciblées pour prévenir les transports ambulanciers

Les établissements doivent cibler, au moyen de leur base de données des urgences locales, les RPA qui ont le plus de transports ambulanciers et qui n'ont pas accès à des services infirmiers 24 heures sur 24,

7 jours sur 7. Des ressources, par le biais des équipes interprofessionnelles, peuvent être déployées sur place pour minimiser les transports évitables.

2.1.7 Uniformiser les accueils cliniques

Les protocoles d'accueils cliniques dans les établissements permettent non seulement d'éviter des visites à l'urgence pour l'utilisation des plateaux techniques de l'hôpital, mais peuvent également être utilisés pour éviter des observations longues à l'urgence (par exemple, accueils cliniques pour le traitement de la cellulite). Plusieurs établissements possèdent et développent différents protocoles cliniques. Le MSSS publiera sous peu ses orientations en matière d'uniformisation, particulièrement dans la région du 514-450. Cela permettra aux usagers de faciliter leur cheminement.

2.2 MESURES SPÉCIFIQUES

Dans un principe de hiérarchisation et pour éviter la redondance, il est impératif de comprendre que les solutions proposées à chaque étape doivent être accomplies avant les étapes subséquentes. Comme présenté, le MSSS surveillera la tendance des taux d'occupation et fera une intervention afin d'assurer un suivi étroit des mesures déployées par les établissements.

NIVEAU 1 – TAUX D'OCCUPATION DE 140 % ET MOINS

À ce niveau, les actions suivantes sont recommandées :

- Activer l'équipe tactique de coordination interne composée du coordonnateur des urgences, du coordonnateur des lits d'hospitalisation, du DSI (ou son représentant), des services multidisciplinaires et du gestionnaire de l'équipe de liaison (en lien avec les services préhospitaliers) :
 - Pour les établissements non fusionnés, un représentant du ou des CISSS et du ou des CIUSSS, en plus des partenaires prépondérants, s'ajoute à cette équipe.
- Ouvrir des unités de débordement, des lits de surcapacité ou des salons des départs⁶ sur les unités d'hospitalisation (doivent être préparés de façon précoce).
- Accélérer le processus de congé (solutions appuyées par la littérature⁷).
- Réévaluer les processus au sein même du service de l'urgence. La présence d'un coordonnateur médical pour réévaluer la pertinence des consultations spécialisées (à prévoir en externe rapidement) ou pour intégrer la travailleuse sociale (ou tout autre intervenant pertinent) précocement afin d'éviter des séjours prolongés de la clientèle vulnérable est essentielle.
- S'assurer d'avoir un plan de contingence mis à jour.

NIVEAU 2 – TAUX D'OCCUPATION À PARTIR DE 140 %

⁶ Salon des départs : correspond à un endroit où sont regroupés les usagers en attente de transport ayant reçu leur congé médical de leur hospitalisation.

⁷ S. W. Chan Stewart, N. K. Cheung, Colin A. Graham, Timothy H. Rainer, "Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments", *Honk Kong Medical Journal*, 2015, p. 345-352.

À cette étape, et pour les subséquentes, un suivi avec le MSSS se fera pour évaluer la situation, tenter de trouver des actions rapides et soutenir les équipes. Au niveau 2, l'équipe de la DSU contactera les installations pour s'assurer d'un suivi, en collaboration avec l'équipe ministérielle de coordination pour la région montréalaise (voir la section spécifique ci-dessous).

Concernant les établissements, il est suggéré de mettre en œuvre ces différentes actions qui ont fait leurs preuves, mais qui doivent être personnalisées à chaque milieu :

- Réduire les délais entre la demande d'admission et l'attribution des lits :
 - Parmi les solutions déjà existantes, on trouve ceci : informatiser l'activation des équipes d'entretien, sensibiliser le personnel infirmier ou médical au congé précoce, créer des salons des départs si les patients sont en attente d'un transport⁸.
- Utiliser le flux poussé :
 - Monter les usagers sur civière sur les étages d'hospitalisation peut être effectué dans certaines situations pour améliorer la cadence d'octroi de lits.
- Utiliser le triage inversé :
 - Il s'agit d'une technique qui consiste à trier les usagers dans les lits hospitaliers qui peuvent obtenir leur congé de façon sécuritaire le plus précocement possible.
- Imposer l'admission d'un usager à un médecin :
 - La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule à l'article 191 que le DSP a le pouvoir d'imposer l'admission d'un usager à un médecin. Cette méthode est contraignante, mais elle peut dénouer certaines impasses.
- Prolonger la présence des médecins consultants à l'urgence de 8 h à 18 h pour toutes les consultations pertinentes.
- Prolonger les plages horaires des différents plateaux techniques des installations, principalement de la radiologie, de l'échographie et de la tomodensitométrie.
- Majorer la présence des médecins d'urgence. Ils peuvent avoir la possibilité de quarts « casino » (horaire atypique de 6 h à 14 h) ou avoir des médecins de garde rapatriés seulement si le taux d'occupation atteint 140 %.
- Pour les PDGA, des actions sont aussi à mettre en place principalement pour les soins posthospitalisation : intensifier les services de SAD (augmentation du nombre d'usagers par équipe de SAD), de réadaptation et d'hébergement. Ils doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour que les patients quittent sans délai l'établissement à la fin des traitements.
- Accélérer les processus d'orientation des usagers hospitalisés (planification précoce du congé et de l'évaluation et modulation des cibles de réadaptation).
- S'assurer qu'aucun usager NSA n'est dans un lit de courte durée.

⁸ Un article canadien récent permet d'évaluer le poids relatif en heures des usagers sur civière en attente de lits par rapport au nombre total d'heures de tous les usagers hospitalisés sur un an (Grant D. Innes, 2018).

NIVEAU 3 – TAUX D'OCCUPATION DE 141 À 160 %

À ce niveau, les sous-ministres adjoints (SMA) de la DGAUMIP ou de la DGPPFC (selon le problème observé) feront le suivi auprès des instances des établissements pour comprendre, soutenir et évaluer les solutions mises en place. Le suivi ministériel, dans le cas d'un problème particulier, pourra être fait par le sous-ministre en titre auprès du PDG. Les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

- Prolonger à nouveau la disponibilité sur place des médecins consultants aux urgences pour atteindre 12 heures (8 h à 20 h) pour l'admission des usagers.
- Prolonger la disponibilité du service d'imagerie médicale.
- Ajouter un deuxième médecin consultant à l'urgence dans certaines spécialités de base (ex. : cardiologie) où le débit de consultations est important et nécessiterait une présence accrue.
- Annuler la mixité de la garde spécialisée (clinique externe et urgence) pour les milieux où cette situation existe.
- Inviter les établissements, à ce niveau et selon la tendance observée, à cesser temporairement les chirurgies et les procédures électives non urgentes nécessitant une hospitalisation (à l'exclusion de l'oncologie).

NIVEAU 4 – TAUX D'OCCUPATION DE 161 % ET PLUS

La ministre intervient personnellement en assurant un suivi auprès du PDG de l'établissement où les installations d'urgence atteignent ce niveau.

Direction de la coordination ministérielle de la région 514-450

L'équipe de la Direction de la coordination ministérielle de la région 514-450 (DCM) a un rôle de coordination intraministérielle avec le réseau de Montréal et des régions du 450.

Plus précisément, cette direction a un rôle régional, soit un rôle de soutien à l'organisation régionale des services, de facilitateur et d'arbitre (pour des problèmes complexes) et de vigie ministérielle, lorsque requis. Elle doit également s'assurer du respect de l'application des orientations ministérielles. L'actualisation de ces rôles est facilitée par la proximité physique et la connaissance approfondie du réseau de Montréal et des régions du 450.

Plusieurs dossiers de coordination régionale ayant une incidence sur le désencombrement des urgences sont menés par la DCM, soit les ententes et les corridors de services entre les établissements et la coordination des lits de soins intensifs et de l'urgence.

De plus, la DCM 514-450 assure la coordination régionale des NSA en réalisant les interventions de coordination interétablissement, régionale ou interrégionale requises pour maintenir à un niveau minimal le nombre d'usagers en NSA hors délai, et ce, en assurant l'équité entre les établissements.

Le travail de la DCM sur l'encombrement des urgences pour le 514-450 se fait en partenariat avec la DGAUMIP et la DSU, qui coordonnent les travaux pour l'ensemble de la province.

Sur cette base, la contribution de l'équipe 514-450 consiste à :

- mener, avec le réseau montréalais, les travaux nécessaires à la mise sur pied du nouveau modèle de coordination des urgences Montréal-Laval, notamment en lien avec les algorithmes de détournement des ambulances (les résultats de ces travaux devront être entérinés par la DSU et les autres directions ministérielles concernées, le cas échéant);
- assurer le suivi des actions sous sa responsabilité, précisées dans le cadre de la coordination des urgences 514 – Laval;
- assurer le respect de la priorisation des établissements pour les NSA, en conformité avec les critères déterminés par le MSSS.

3 USAGERS AMBULATOIRES

Selon la base de données des urgences, en 2018-2019, plus de 2 464 536 visites ambulatoires ont été faites dans les urgences. Les objectifs du MSSS dans ce plan pour améliorer cette situation sont les suivants :

- ▯ Soutenir la réactivité des établissements en période de demandes accrues.
- ▯ Renforcer les capacités des milieux de proximité à prendre en charge leurs usagers.
- ▯ Diminuer le recours aux urgences par les usagers ambulatoires.
- ▯ Orienter les usagers vers les milieux de proximité.

Il est primordial de comprendre que les secteurs ambulatoires et des civières de toutes les urgences fonctionnent par des vases communicants. Optimiser au maximum l'urgence ambulatoire permet de diriger les ressources (médecins, infirmières) vers le secteur des civières de l'urgence et vice-versa. Les établissements ont tout avantage à travailler sur les deux fronts.

Indicateurs :

- ▯ **Pourcentage de réorientation la veille;**
- ▯ **Taux d'inscription des médecins de famille;**
- ▯ **Nombre d'usagers en attente sur le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF);**
- ▯ **Nombre de GMF utilisant RVSQ;**
- ▯ **Délai moyen avant prise en charge;**
- ▯ **Nombre de départs avant prise en charge médicale.**

3.1 MESURES GÉNÉRALES

3.1.1 Développer le sans rendez-vous populationnel et bonifier l'accès adapté

- Développer le sans rendez-vous populationnel dans les GMF autres que les GMF-R.
- Bonifier l'accès adapté pour les GMF afin que les patients suivis par un médecin de famille puissent y avoir accès.

La clientèle non inscrite à un médecin de famille a le droit d'avoir accès à un médecin de première ligne en temps opportun ailleurs qu'à l'urgence. C'est pourquoi l'équipe de la Direction des services de proximité en santé physique s'affaire, en partenariat avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), à promouvoir le sans rendez-vous populationnel ailleurs que dans les GMF-R actuels. De plus, avec l'expérience de l'hiver 2019, certains établissements ont réussi à diminuer l'achalandage dans la salle d'attente et ont permis un meilleur accès aux médecins de famille en clinique. L'effort de ces médecins pour donner un accès aux usagers orphelins ailleurs qu'à l'urgence a porté fruit.

3.1.2 Optimiser les processus de réorientation

- S'assurer que la majorité des urgences du Québec disposent au moins d'un lieu de proximité alternatif à l'urgence (GMF-R).
- Poursuivre le processus d'obtention d'un outil informatique pour favoriser la réorientation pour les urgences.

Le processus de réorientation permet aux infirmières de l'urgence, après le triage, d'orienter les usagers vers des cliniques, des GMF ou des GMF-R environnants. Plusieurs façons de fonctionner sont présentes au Québec présentement. Il a été relevé, parmi les obstacles à la réorientation, l'absence d'outil clinique permettant d'évaluer de façon sécuritaire quels patients peuvent quitter l'urgence vers un lieu de proximité. En partenariat avec la Direction générale des technologies de l'information, la DSU travaille à accélérer l'approbation d'un outil informatique pour contrer cet obstacle.

3.1.3 Augmenter l'accessibilité aux médecins de famille

La DGAUMIP propose des mesures de bonifications financières au programme GMF pour favoriser un taux d'assiduité des médecins de famille exemplaire :

- Bonifier le financement du programme GMF pour favoriser des taux d'assiduité très élevés.
- Revoir le mode de rémunération en bonifiant la portion sur la capitation.
- Négocier avec la FMOQ des mesures permettant la téléconsultation.
- Mettre en place une équipe de soutien pour l'accès adapté.
- Promouvoir le rôle des infirmières praticiennes spécialisées.

3.1.4 Déployer Rendez-vous santé Québec

Le service de RVSQ a été développé récemment et permet aux usagers de prendre rendez-vous en temps réel avec leur médecin de famille en accès adapté. Pour le moment, l'adhésion des médecins de famille est volontaire, sauf exception dans les GMF-R, GMF-U et centres locaux de services communautaires (CLSC). L'utilisation de RVSQ dans le RSSS faciliterait grandement l'accessibilité des usagers à leur médecin de famille.

3.1.5 Améliorer les méthodes de gestion du flot à l'urgence ambulatoire

Différentes approches ont été étudiées dans les dernières années pour améliorer les délais d'attente (voie accélérée [*fast track*] pour les patients non urgents simples, les médecins au triage, etc.). Aucune de ces techniques n'a été prouvée efficiente pour le moment et, surtout, le coût-bénéfice de ces techniques n'a pas été étudié⁹. Dans certains cas, cette méthode peut avoir des effets pervers et favoriser une utilisation non désirée de l'urgence. Par contre, l'établissement d'un nombre minimal de professionnels présents dans les urgences ambulatoires et l'amélioration continue des procédés peuvent être des solutions disponibles rapidement pour certains établissements.

⁹ M. A. Abdulwahid, A. Booth, M. Kuczawski et S. M. Mason, "The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies", *Emergency Medicine Journal*, 2016.

3.2 MESURES SPÉCIFIQUES

Dans un même ordre d'idées que les usagers sur civière, un suivi sera fait pour activer différentes solutions afin d'améliorer le délai de prise en charge médicale à l'urgence ambulatoire. Ce suivi sera hebdomadaire, puisque la fluctuation à l'urgence ambulatoire est plus aléatoire d'une journée à une autre.

NIVEAU 1 – DÉLAI DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE INFÉRIEUR À 120 MINUTES POUR LES USAGERS AMBULATOIRES

- Continuer d'offrir la réorientation vers des services de proximité à la clientèle ambulatoire.
- Offrir le contact au 811 dès l'arrivée des patients dans la salle d'attente de l'urgence.
- Offrir, dans l'aire ambulatoire, un guichet permettant aux usagers l'accès à RVSQ.
- Maximiser l'utilisation des CLSC pour la clientèle nécessitant certains suivis accessibles (plaie, santé mentale, etc.).
- Encourager les GMF à utiliser RVSQ.
- Pour les usagers inscrits à un médecin de famille :
 - maximiser l'accès à leur médecin (taux d'assiduité et accès adapté);
 - remplacer les médecins de famille quittant la pratique pour la retraite.
- Pour les usagers non inscrits à un médecin de famille :
 - minimiser l'attente dans le GAMF;
 - encourager l'enregistrement au GAMF de la clientèle non inscrite.

NIVEAU 2 – DÉLAI DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE ENTRE 121 ET 180 MINUTES POUR LES USAGERS AMBULATOIRES

- S'assurer, dans un premier temps, qu'un contact est établi entre les DRMG et DSP et les responsables GMF et associations médicales, puis, dans un deuxième temps, entre les SMA et la FMOQ, selon le problème identifié.
- Effectuer une réorientation systématique jusqu'à la saturation de toutes les plages offertes en GMF-R, en GMF ou autre :
 - cible de 20 % de la clientèle ambulatoire;
 - réévaluation quotidienne de l'offre de plages de rendez-vous.
- Augmenter l'offre des accueils cliniques existants :
 - augmenter les plages horaires;
 - augmenter la main-d'œuvre temporairement dans ce secteur.

NIVEAU 3 – DÉLAI DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE PLUS DE 181 MINUTES POUR LES USAGERS AMBULATOIRES

- S'assurer qu'un contact est établi entre la ministre et le PDG de l'établissement.
- Augmenter les effectifs médicaux ou professionnels (médecin d'urgence sur appel, ajout d'une infirmière) à l'urgence ambulatoire.
- Effectuer une réorientation quasi systématique :
 - cible de 30 % de la clientèle ambulatoire.
- Augmenter l'offre des accueils cliniques existants :
 - augmenter les plages horaires;
 - augmenter la main-d'œuvre temporairement dans ce secteur.

4 GESTION DU CHANGEMENT

Le MSSS est conscient que l'ensemble de ces mesures sont pour la plupart connues, mais non appliquées pour diverses raisons. Nous croyons à la possibilité de faire plus pour les usagers sans entraîner des coûts substantiels supplémentaires.

Pour permettre la fluidité des communications entre le MSSS et les établissements, le MSSS propose aux établissements de libérer, pour les prochains mois, et ce, dès novembre 2019, un gestionnaire de projet avec pour mandat spécifique le désencombrement des urgences. Il aura la mission d'analyser la situation et d'implanter des solutions concrètes à court terme.

Les études sur le sujet du débordement des urgences semblent pointer davantage vers un courant de pensée global que vers une solution universelle¹⁰. Aucune stratégie spécifique ne semble gagnante à tout coup. Par contre, quatre catégories de soutien et d'actions sont unanimement présentes dans les organisations qui sont des leaders :

1. Priorité organisationnelle de l'encombrement des urgences;
2. Stratégies coordonnées dans l'ensemble de l'établissement;
3. Gestion basée sur les données;
4. Responsabilisation de la performance de chacun.

5 CONCLUSION

Ce plan se veut pragmatique, intégrateur et réaliste. Comme mentionné en introduction, c'est dans l'application des mesures décrites dans ce document et dans le changement majeur de culture que se verront les vraies améliorations au sein des urgences québécoises. Toutes les solutions sont sur la table et les établissements n'ont qu'à choisir celles qui leur conviennent le mieux. Le MSSS et toute son équipe seront là pour veiller à ces changements de culture au sein du RSSS et pour soutenir les équipes sur le terrain.

¹⁰ A. M. Chang, D. J. Cohen, J. Augustine, D. A. Handel, E. Howell, H. Kim, J. M. Pines, J. D. Schuur, K. J. McConnell et B. C. Sun, "Hospital strategies for reducing emergency department crowding: a mixed-methods study", *Annals of Emergency Medicine*, 2018, p. 497-505.

