

Projet
URGENCE
2000

*De paratonnerre à
plaque tournante*

PROJET

**Urgence
2000**

*DE PARATONNERRE À
PLAQUE TOURNANTE*

Document de réflexion déposé au Groupe de travail
sur l'analyse de la situation dans les urgences
mandaté par Madame Pauline Marois,
ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux
et présidé par le docteur Michel Tétreault.

Septembre 1999



Gouvernement du Québec
**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-34947-4

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

Avant d'ouvrir

Ce rapport veut rendre justice aux personnes consultées, pour la qualité et la profondeur de leurs analyses et opinions, ainsi qu'aux auteurs des documents cités en référence, dans lesquels nous avons puisé nombre d'idées pertinentes.

L'hypothèse qui sous-tendait notre démarche est fort simple : ceux et celles qui œuvrent dans les urgences ou qui en assurent le fonctionnement sont également les principaux porteurs des solutions qui en permettront le plein développement.

**Alain Vadeboncoeur MD
Institut de cardiologie de Montréal**

**Pierre Beaudet M.Sc.
Groupe LGS inc.**

SOMMAIRE

L'élément déclencheur ayant mené au mandat dont ce rapport constitue l'aboutissement est la persistance, à l'hiver 1999, du phénomène d'encombrement de plusieurs urgences au Québec.

La démarche

La démarche, exposée dans le premier chapitre, prend en compte les urgences et leurs acteurs d'aujourd'hui et plonge aussi dans l'histoire. Elle se propose de reprendre le problème à la base, d'étudier les approches antérieures pour mieux s'en inspirer, de remettre en perspective les enjeux passés et actuels, de fouiller des voies nouvelles ou plus anciennes et d'intégrer en une synthèse (en un projet : Urgence 2000) les solutions cibles identifiées.

C'est tout le contraire d'un travail théorique. C'est plutôt un exercice concret, prenant comme base la réalité telle qu'elle est perçue, et y revenant finalement avec pragmatisme. Notre hypothèse de départ, selon laquelle les acteurs des urgences sont porteurs des solutions, s'est amplement vérifiée. Ce rapport s'en veut la preuve.

L'état de situation

Un tour d'horizon d'une dizaine d'urgences a permis de dresser le tableau précis, souvent troublant, présenté dans le deuxième chapitre. Cet état de situation constitue le cœur du rapport et le terrain fertile où on a pu commencer à défricher les pistes de solution et leurs conditions de réussite.

L'existence d'une mission pour les urgences a d'abord été vérifiée : mais on ne l'a pas trouvée. Nos urgences n'ont pas de mission.

Les liens entre les urgences et le réseau ont ensuite été revus : ils sont absents ou fort problématiques. Le réseau ne reconnaît pas ses urgences (qui sont pourtant une obsession en temps de crise), en traite peu dans ses réflexions et ne leur fournit pas les outils qui leur sont nécessaires. Dans ce contexte, pourquoi et comment les urgences fonctionneraient-elles bien?

Puis, la place de l'urgence dans l'hôpital a été étudiée : elle est fort variable et souvent médiocrement définie. Au mieux, l'urgence y est intégrée harmonieusement, l'hôpital ayant même modifié ses processus pour en faire une plaque tournante efficace et respectée. Au pire, elle reste cloisonnée,

marginalisée, encore fourre-tout comme il y a trente ans, encombrante ou même, à l'extrême, volontairement encombrée.

D'un hôpital à l'autre, les urgences sont elles-mêmes fort diversifiées, mais, le plus souvent, elles sont dans un état précaire ou même lamentable. Ce seul constat justifiait de les placer au cœur du questionnement.

Si les professionnels y sont souvent appréciés, et si la population en est habituellement satisfaite, en revanche les urgences manquent beaucoup trop souvent des capacités (humaines, physiques et matérielles) nécessaires pour offrir des soins de qualité en continu.

Plusieurs urgences ne sont pas fonctionnelles et n'ont aucune chance de le devenir si rien ne change. Si certaines urgences sont gérées de façon moderne, la plupart ne peuvent prétendre à un autre rôle que celui d'un *paratonnerre* exprimant ses propres dysfonctions ainsi que celles de l'hôpital et du réseau.

Le respect des normes

Les hôpitaux respectent-ils les normes édictées par le Groupe tactique d'intervention, créé par le Ministère pour améliorer le fonctionnement des urgences? Le troisième chapitre tente de répondre à la question.

S'il est clair qu'on respecte certaines normes, la plupart sont encore ignorées. Aussi, le respect ou non de certaines de ces normes permet-il de distinguer les hôpitaux encombrés des autres, corroborant l'hypothèse du Groupe tactique. Ces normes touchent particulièrement aux processus, à la qualité de l'approche-client, aux systèmes d'information et à l'organisation médicale.

On constate aussi que les gestionnaires projettent une image plus positive de leur milieu que les professionnels de l'urgence. Et la perception des problèmes est particulièrement divergente dans les hôpitaux où l'urgence est la plus encombrée.

Contexte historique

Un simple constat portant sur la situation actuelle, aussi précis soit-il, reste insuffisant. Une mise en perspective historique de la question apparaissait donc essentielle. Le quatrième chapitre dresse un tableau assez complet de l'évolution de la question des urgences et des actions menées, de 1958 à aujourd'hui.

Trois éléments sont frappants. D'abord, qu'au fil des ans, la question des urgences demeure quasi absente des grandes réflexions : de la Commission Castonguay-Nepveu jusqu'aux plus récents textes du Ministère en passant par la Commission Rochon, presque rien.

Cette absence d'une culture de l'urgence n'est certes pas étrangère au retard d'au moins quinze ans qu'accuse le Québec quant au développement de cette pratique.

Enfin, on y constate aussi la récurrence de problèmes bien identifiés mais auxquels on n'apporte pas vraiment de solutions tangibles.

Globalement, ce blocage historique est gênant, et appelle des solutions dynamisantes. La mise en contexte historique donne le recul nécessaire pour aboutir au renouvellement de la mission et aux solutions cibles présentées ensuite.

Les paradigmes

L'analyse historique l'aura révélé, quelques «vérités», qui n'en sont pas toujours et qui finissent par gêner la réflexion, se sont incrustées, au fil des ans, dans le discours sur les urgences,. Le cinquième chapitre, traitant par exemple des visites «inappropriées», de l'importance accordée à «l'amont et l'aval», de «la faute du patient», etc., s'inscrit en quelque sorte à part dans le présent rapport. Il s'agissait de faire le point sur un certain nombre de ces idées reçues et de les «exorciser» afin de faciliter une ouverture vers des pistes nouvelles. Un nettoyage du printemps, une sorte de parenthèse.

Une nouvelle mission pour les urgences

L'absence d'une mission nette étant singulière, un exercice, dont la synthèse est présentée au chapitre 6, a permis de formuler une nouvelle mission pour les urgences.

Cette mission prend en compte le processus complet d'une urgence idéale mais actuelle et jette les bases permettant de fonder les solutions cibles. Cette mission se veut un énoncé de la raison d'être de l'urgence, de son but et de sa finalité. Elle se formule ainsi :

«Intégrée au réseau de soins de la communauté, où elle est le filet de sécurité sanitaire de la population, ainsi qu'à l'hôpital comme plaque tournante et principale porte d'entrée, l'urgence fournit, à chaque individu qui s'y présente pour un problème bio-psycho-social aigu, les services requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client.

Ces services, rendus dans un délai approprié, par une équipe de professionnels voués à leur tâche s'appuyant sur des moyens adéquats, comprennent la priorisation, l'évaluation, la stabilisation, le traitement puis, le cas échéant, l'orientation vers les ressources les plus aptes à assurer la continuité des soins et le suivi.»

Cette mission donne à l'urgence un sens, une légitimité, une place, un rôle et tente de cerner les caractéristiques générales de ses processus. Elle se situe au cœur de la présente réflexion et permet de développer des solutions cibles appropriées, répondant spécifiquement aux besoins de la clientèle.

Le projet Urgence 2000

À partir de cette mission, on aboutit naturellement à un certain nombre de conditions préalables et à une série de solutions cibles, qui visent à apporter des réponses concrètes à l'ensemble des problèmes identifiés. Ces solutions cibles fondent pour leur part un projet : Urgence 2000.

Ce projet est la synthèse de la démarche proposée. Les solutions cibles n'y sont pas principes, souhaits ou réflexions : elles sont concrètes et directement applicables. Ce projet est porteur de sens. Il vise à implanter une réelle culture de l'urgence dans l'hôpital et au sein du réseau. La réussite passe par là. Le développement d'une telle culture utilise deux approches distinctes :

- a) l'encadrement et le leadership, qui doivent relever du Ministère;
- b) les fonctions de soutien aux établissements et d'expertise, qui doivent être portées par un Groupe de soutien aux urgences.

La toute première et la plus fondamentale condition de succès du projet Urgence 2000 est que le conseil d'administration et la direction générale de chaque hôpital fassent, clairement et sans aucune équivoque, de la situation à l'urgence leur priorité. Aucun discours politique, aucun investissement de quelque nature que ce soit, aucun projet, aussi mobilisateur soit-il, ne peut pallier le manque d'une telle volonté, clairement exprimée et sciemment appliquée.

Les conditions préalables sont simples mais commandent une action vigoureuse : la Ministre doit présenter le projet Urgence 2000 comme sa réponse à la question des urgences et faire en sorte d'engager l'ensemble du réseau de la santé dans cette perspective. Le Ministère doit ensuite positionner le Groupe tactique d'intervention au sein de sa structure, à un niveau suffisant pour confirmer son leadership sur la question et son rôle d'encadrement. Enfin, il doit créer le Groupe de soutien aux urgences, formé des forces vives du milieu des urgences.

Un ensemble de solutions cibles est ensuite proposé. Elles s'adressent parfois au Ministère, parfois au Groupe de soutien. Elles s'articulent autour des sept axes évoqués implicitement dans la nouvelle mission des urgences : il s'agit d'intégrer l'urgence au réseau de soins de la communauté et à l'hôpital, d'y développer une perspective d'approche-client, d'y impliquer des professionnels voués à leur tâche, de lui donner des moyens adéquats dans le cadre d'un processus renouvelé, puis d'aboutir à un processus d'orientation efficace.

L'intégration de l'urgence au réseau de soins vise à résoudre les problèmes majeurs de coordination, d'interface et d'accès à l'investigation, en utilisant les ressources des réseaux informatiques et en permettant l'échange et l'interpénétration des expertises entre les différents milieux.

L'intégration de l'urgence à l'hôpital vise, notamment par la départementalisation, à permettre à l'hôpital d'harmoniser ses missions, à donner à l'urgence la légitimité et les outils nécessaires à son développement harmonieux au sein de l'établissement et à établir un cadre normatif clair pour la gestion de l'urgence.

L'approche-client n'est pas un vain mot : aboutissement des cultures d'urgence développées et moteur d'une réorganisation des processus centrés sur la population elle-même, elle doit être fortement implantée à l'urgence et dans l'hôpital. Les solutions-cibles présentées comprennent un outil de triage centré sur les besoins du client et obligent l'hôpital à se donner des plans de débordement spécifiques, afin de prendre en compte aussi bien les besoins de la clientèle que ses variations de volume.

La qualité des professionnels est une constante dont il faut assurer la protection, favoriser l'utilisation et encourager l'implication. Les solutions-cibles proposées visent, d'une part, à rehausser le ratio du personnel médical et paramédical, à trouver des solutions aux problèmes de gestion du personnel infirmier, à favoriser la formation et la reconnaissance de la compétence en soins infirmiers d'urgence et, d'autre part, à protéger les postes alloués aux médecins d'urgence, à reconnaître un nombre suffisant de spécialistes et à développer des modèles de gestion et de rémunération permettant de mieux utiliser l'expertise du personnel médical.

Quant aux moyens nécessaires, les solutions-cibles visent avant tout à corriger ce qui est souligné depuis au moins 15 ans : la difficulté d'accès à l'investigation, en particulier en dehors des heures «ouvrables», la pauvreté de l'organisation physique et le manque d'efficacité général des processus de soins.

L'urgence doit pouvoir assumer son rôle essentiel de filet de sécurité sanitaire pour la population. Utilisation de la téléradiologie, réintégration du concept de centre ambulatoire, renouvellement des processus et de l'aménagement des lieux physiques, tout ceci vise l'atteinte de cet objectif simple : que les urgences fonctionnent adéquatement 24 heures sur 24, au rythme de la population. Cette réorganisation passe également par une redéfinition des tâches communautaires assignées aux divers groupes médicaux.

Enfin, l'urgence étant, pour le patient, un lieu de passage, il importe d'en faire un lieu où la qualité de l'orientation est une priorité.

Cette qualité passe d'abord par un accès aisé aux lits de courte durée. Il faut donc agir sur la gestion de ces lits et raffiner encore la capacité de restreindre leur utilisation à la plus stricte nécessité médicale, par la promotion de la

coordination, le développement de nouveaux modèles de gestion des unités cliniques, l'implantation d'outils de mesure de la pertinence et la transformation des modèles de gestion hospitalière : certains hôpitaux l'ont fait, les autres doivent y arriver.

Conclusion

Si l'encombrement des urgences a été l'élément déclencheur du présent rapport, sa conclusion est à l'effet que le problème fondamental est plus large et constitue un véritable problème de culture : il faut donner une nouvelle mission aux urgences et les solutions retenues doivent renouveler le discours et les approches à leur endroit si on veut obtenir des résultats durables.

L'ampleur des changements commande une intégration au sein d'un projet spécifique : le projet Urgence 2000. Après des années d'une réforme nécessaire mais difficile, un tel projet mobilisateur apparaît essentiel. Changer la culture demande du temps, mais telle apparaît la condition pour que les résultats durent.

Par ailleurs, un certain nombre des solutions cibles identifiées dans Urgence 2000 peuvent être appliquées rapidement, dans le souci d'agir maintenant en prévision de la pointe de l'hiver à venir.

Paradoxalement, ce rapport, centré sur la question de l'urgence, éclaire aussi le réseau tout entier. Peut-être permet-il de dégager des avenues de réflexion et de travail qui pourraient aussi avantageusement s'y appliquer.

TABLE DES MATIÈRES

1.0	INTRODUCTION	1
1.1	LES ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS.....	1
1.2	PRÉSENTATION DU MANDAT	3
1.3	LA MÉTHODE ET LA DÉMARCHE CHOISIES	4
1.3.1	PREMIER VOLET : RENCONTRES INDIVIDUELLES.....	4
1.3.2	DEUXIÈME VOLET : QUESTIONNAIRE	5
1.3.3	TROISIÈME VOLET : SESSION DU GROUPE D'EXPERTS	5
1.3.4	QUATRIÈME VOLET : SONDAGE INTERNET	6
1.3.5	CINQUIÈME VOLET : REVUE DE LA LITTÉRATURE	6
1.3.6	SIXIÈME VOLET : AUTRES RENCONTRES ET ÉCHANGES	6
1.4	PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE.....	7
2.0	SITUATION ET ENJEUX	9
2.1	LA MISSION DE L'URGENCE (QUELLE MISSION?)	10
2.1.1	CONSTANTES.....	10
2.1.2	ASPECTS POSITIFS	10
2.1.3	ASPECTS NÉGATIFS.....	10
2.2	L'URGENCE ET LE RÉSEAU.....	11
2.2.1	CONSTANTES.....	11
2.2.2	ASPECTS POSITIFS	13
2.3	L'URGENCE DANS L'HÔPITAL.....	14
2.3.1	CONSTANTES.....	14
2.3.2	ASPECTS POSITIFS	15
2.3.3	ASPECTS NÉGATIFS.....	17
2.4	L'URGENCE EN ELLE-MÊME	18
2.4.1	CONSTANTES.....	19
2.4.2	ASPECTS POSITIFS	20
2.4.3	ASPECTS NÉGATIFS.....	21
2.5	CONCLUSION.....	22
3.0	RESPECT DES NORMES	25
3.1	LES NORMES GÉNÉRALEMENT RESPECTÉES.....	26
3.2	LES NORMES HABITUELLEMENT NON RESPECTÉES	26
3.3	LES NORMES QUI DISTINGUENT LES ÉTABLISSEMENTS	27
3.4	CONCLUSION.....	29
4.0	HISTORIQUE.....	31
4.1	UNE PERSPECTIVE CHRONOLOGIQUE	31
4.2	ANALYSE CONTEXTUELLE	40
4.2.1	ÉVOLUTION GÉNÉRALE DE LA MÉDECINE D'URGENCE	40
4.2.2	LES SOINS INFIRMIERS D'URGENCE AU QUÉBEC	43
4.2.3	LA PÉRIODE DE 1974 À 1984	44
4.2.4	SPITZER ET SICOTTE 1985.....	45
4.2.5	LA PLAN DE DÉSENGORGEMENT DES URGENCES DE 1986	47
4.2.6	LES URGENCES AU QUÉBEC 1990-1997	50

5.0	PARADIGMES	53
5.1	INTRODUCTION	53
5.2	LE <i>PROBLÈME</i> DE L'URGENCE	53
5.3	LA LÉGITIMITÉ DE L'URGENCE	54
5.4	L'AMONT ET L'AVAL	56
5.5	C'EST LA FAUTE DU PATIENT	57
5.6	LE CONTRÔLE DE L' <i>INPUT</i>	58
5.7	LE RÔLE DES MÉDIAS	59
5.8	ÊTRE «DE GARDE» À L'URGENCE	60
5.9	«GÉRER LES CRISES» OU «CRISE DE GESTION»?	61
5.10	L'ENCOMBREMENT ET LES CIVIÈRES	61
5.11	LE MANQUE DE RESSOURCES	63
5.12	LA NON-PARTICIPATION DU MÉDECIN À LA GESTION	63
6.0	MISSION	65
6.1	UNE MISSION POUR L'URGENCE	65
6.1.1	L'INTÉGRATION AU RÉSEAU ET À L'HÔPITAL	67
6.1.2	L'APPROCHE-CLIENT	68
6.1.3	DÉCRIRE LE PROCESSUS ENTIER	69
6.1.4	UNE ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS	69
6.1.5	DES MOYENS ADÉQUATS	70
6.1.6	L'ORIENTATION DU PATIENT	70
6.2	UNE MISSION DE L'URGENCE REFORMULÉE	71
7.0	PROJET URGENCE 2000	73
7.1	LES SOLUTIONS CIBLES	73
7.1.1	UN PROJET	73
7.1.2	LES CONDITIONS PRÉALABLES	74
7.1.3	LES SOLUTIONS CIBLES	75
7.1.4	AXE 1 : INTÉGRER L'URGENCE AU RÉSEAU DE SOINS DE LA COMMUNAUTÉ	76
7.1.5	AXE 2 : INTÉGRER L'URGENCE À L'HÔPITAL	81
7.1.6	AXE 3 : UNE PERSPECTIVE D'APPROCHE-CLIENT	84
7.1.7	AXE 4 : DES PROFESSIONNELS VOUÉS À LEUR TÂCHE	86
7.1.8	AXE 5 : DES MOYENS ADÉQUATS	90
7.1.9	AXE 6 : LE PROCESSUS DE L'URGENCE	93
7.1.10	AXE 7 : L'ORIENTATION DU PATIENT	95
7.2	UN PROJET GLOBAL, INTÉGRÉ, MOBILISATEUR	96
8.0	CONCLUSION	99

Selon l'usage, le masculin est parfois utilisé
uniquement afin de faciliter la lecture.

1.0 INTRODUCTION

1.1 Les éléments déclencheurs

L'encombrement demeure, parmi d'autres problèmes, significatif dans plusieurs urgences du Québec, perturbant leur fonctionnement général et affectant leur développement. La crise vécue durant les premiers mois de l'année 1999 confirme que, même si la situation générale s'est améliorée depuis 1990, elle demeure très fragile, en particulier durant ces pointes de l'hiver. Et ces crises ont des conséquences de plus en plus sérieuses.

Cette situation est d'autant plus difficile à comprendre pour les répondants de ce dossier que des efforts importants ont été faits. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Groupe tactique d'intervention¹, en collaboration avec l'Association des médecins d'urgence du Québec, ont publié en juin 1998 un bilan de la situation dans les urgences et proposé des moyens et des normes en vue d'en arriver à un fonctionnement harmonieux. L'objectif recherché était de permettre aux hôpitaux appliquant ces normes de parvenir à un fonctionnement qui ne connaisse pas d'encombrement, sauf de manière très occasionnelle et temporaire.

Plusieurs hôpitaux n'arrivant pas à juguler l'encombrement, Madame Pauline Marois, titulaire du ministère d'État à la Santé et aux Services sociaux, a voulu mobiliser le milieu de la santé autour d'un plan d'action global, comprenant des mesures à court, moyen et long termes pour *«trouver ensemble une solution définitive à la situation vécue dans plusieurs salles d'urgences»*².

¹ Le Groupe tactique d'intervention, constitué d'un ensemble d'experts, a été mis sur pied en 1990. Son mandat est présenté au chapitre 4.

² «La situation dans les urgences : Le milieu de la santé se mobilise autour d'un plan d'action global», Communiqué du Cabinet de la Ministre, Québec, 10 février 1999.

Voici ce plan d'action :

Plan d'action global	
Objectifs des mesures	Mesures mises de l'avant
Reconnaître, par un incitatif financier, la performance de certains établissements, pour leur permettre de maintenir et d'améliorer la qualité de leurs services.	Distribution de 3,2 millions de dollars en guise d'encouragement à treize hôpitaux qui se sont distingués par leurs résultats convaincants, obtenus avec les moyens mis en place pour faire face au fort achalandage de leur urgence.
Corriger les situations difficiles à court terme dans les hôpitaux aux prises avec un encombrement de leur urgence.	Répartition de 16 millions de dollars pour permettre, d'une part, l'ouverture de 850 lits additionnels dans les centres hospitaliers de courte durée, dans les centres d'hébergement et dans d'autres ressources de la communauté et, d'autre part, l'embauche d'environ 900 personnes qui, sur une courte période, viendront en renfort aux effectifs déjà en place, qui ont besoin d'être appuyés dans leur tâche. Allocation de 800 000 \$ pour augmenter les services de radiologie et de laboratoire des hôpitaux et de 1 800 000 \$ pour défrayer des mesures particulières (transport ambulancier, clientèles particulières, achat d'équipements pour les urgences, tout autre moyen...). Négociations intensives avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec afin de trouver les ajustements qui permettront de mieux tenir compte des conditions difficiles de l'exercice de la pratique médicale dans les urgences.
Pour faire face au problème à long terme et permettre l'application de solutions définitives, il a été convenu, avec les partenaires du réseau, de constituer un Groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences.	Le Groupe de travail procède à une analyse approfondie de la clientèle des urgences, des expériences réussies dans les hôpitaux qui ont réglé leur problème et des difficultés vécues par les médecins, les infirmières et les gestionnaires.
Pour faire face aux problèmes à long terme, adopter des mesures structurantes permettant une plus grande accessibilité à la population.	L'accélération de l'implantation de centres ambulatoires, la révision des plans d'effectifs médicaux et infirmiers, l'amélioration des services aux personnes âgées, aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

1.2 Présentation du mandat

Le mandat donné à l'équipe responsable du présent rapport réfère à deux objectifs formulés par le président du Groupe tactique d'intervention dans le document de présentation des activités du Groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences³, à savoir :

«Identifier, dans les hôpitaux où l'urgence fonctionne selon les normes établies, les principaux facteurs qui ont permis d'atteindre ce résultat et proposer une stratégie pour les faire connaître.

Identifier, dans les hôpitaux où il existe un encombrement, les sources de résistance et les facteurs qui empêchent le changement, suggérer des moyens pour modifier cette situation et favoriser des changements organisationnels qui permettent d'atteindre les résultats désirés et le respect des normes.»

Il a été précisé et entendu que ces questions devaient être abordées sous l'angle d'un renouvellement de l'approche et de la compréhension du problème des urgences, proposition formulée ainsi, dans le cadre d'un mandat large ainsi formulé :

«Constituer un groupe de réflexion, (...) élaborer une démarche de consultation auprès des établissements afin de participer au renouvellement de la réflexion du groupe de travail, particulièrement en regard de l'identification des facteurs de succès et d'échec déterminants quant au fonctionnement des urgences des hôpitaux, de même qu'en regard de l'ajustement de la stratégie d'intervention du ministère auprès des établissements dans le dossier des urgences?»⁴

On ne pouvait bien s'acquitter d'un tel mandat élargi sans intégrer ces objectifs au sein d'une démarche de questionnement relative à la situation des urgences au Québec. On ne saurait en effet amener des solutions novatrices sans disposer des données historiques et conceptuelles nécessaires. Cette compréhension du mandat a aussi motivé le choix de la démarche convenue, expliquée plus loin.

Il ne s'agissait pas de refaire le chemin déjà parcouru : vouloir reprendre la somme immense du travail déjà accompli par d'autres est inutile, et le temps comme les moyens impartis ne le permettaient pas.

³ Groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences, mis en place par la Ministre, dont le président, le docteur Michel Tétreault, dirige le Groupe tactique d'intervention.

⁴ Identification des facteurs déterminants quant au fonctionnement des urgences des hôpitaux. Alain Vadeboncoeur et Pierre Beaudet. Proposition d'offre de service, 1999, page 2.

Les vraies questions sont les suivantes : quelle dynamique de changement a permis à certains hôpitaux de régler les problèmes affectant leur urgence, en particulier l'encombrement? Comment ont-ils réussi? Qui en furent les acteurs et quels procédés ont-ils utilisés?

1.3 La méthode et la démarche choisies

La nature des interrogations a mené à certains choix méthodologiques⁵ : on devait retrouver les intervenants des urgences (terme pris au sens large) au cœur du questionnement.

La démarche choisie comporte six volets :

- ◆ le premier volet : rencontres individuelles;
- ◆ le deuxième volet : questionnaire;
- ◆ le troisième volet : session du groupe d'experts;
- ◆ le quatrième volet : sondage Internet;
- ◆ le cinquième volet : revue de la littérature;
- ◆ le sixième volet : autres rencontres et échanges.

1.3.1 Premier volet : rencontres individuelles

On a procédé à des entrevues individuelles auprès de 32 professionnels de dix hôpitaux⁶ : pour chacun des établissements, un médecin d'urgence, une infirmière d'urgence et un gestionnaire hospitalier, ceux qui sont au cœur des enjeux étudiés, ont été rencontrés. Plusieurs sources indépendantes ont identifié chaque fois ces intervenants comme des acteurs importants dans le fonctionnement des urgences.

Quelques rencontres entre les mandataires et les membres du Groupe tactique d'intervention ont permis d'établir le choix des hôpitaux, couvrant un assez large champ d'expertise et de réalisations touchant la question des urgences.

⁵ La méthode privilégiée est une approche qualitative comportant des observations directes, des entrevues et des groupes de discussion, s'apparentant à la technique du groupe nominal ou à la méthode Delphi.

⁶ Hôpitaux : Charles-LeMoyne, Royal-Victoria, Hôtel-Dieu de Lévis, Sacré-Coeur, Général Juif, Cité de la Santé, Maisonneuve-Rosemont, Hôtel-Dieu de St-Jérôme, Régional de Lanaudière (Joliette) et le Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon C.H.U.L.

Ces rencontres, d'une heure chacune, consistaient en entrevues individuelles semi-structurées, utilisant comme canevas les points suivants :

- ♦ la place de l'urgence dans la culture de l'hôpital;
- ♦ la mission de l'urgence;
- ♦ les principaux points positifs et négatifs touchant l'urgence en elle-même;
- ♦ les principaux points positifs et négatifs touchant l'urgence dans sa relation avec l'hôpital;
- ♦ les principaux points positifs et négatifs touchant l'urgence dans sa relation avec le réseau de soins de la communauté;
- ♦ les solutions possibles que la Ministre pourrait mettre en œuvre.

1.3.2 Deuxième volet : questionnaire

Un questionnaire distribué aux personnes rencontrées visait à mesurer leur évaluation du taux d'adhésion de l'hôpital aux normes proposées par le Groupe tactique d'intervention et l'Association des médecins d'urgence du Québec. La vaste majorité (94 %) des participants nous l'ont retourné.

1.3.3 Troisième volet : session du groupe d'experts

Par la suite, six des intervenants rencontrés, soit deux médecins, deux infirmières, un directeur général et un directeur des services professionnels ont été rassemblés en un groupe d'experts :

- ♦ **Pierre Savard**, médecin, chef d'urgence;
- ♦ **Claudel Guillemette**, infirmier, chef d'urgence;
- ♦ **Sylvie Bernier**, médecin, directrice des services professionnels;
- ♦ **Marc Béïque**, médecin, chef d'urgence;
- ♦ **Jacques Cotton**, directeur général;
- ♦ **Michel Lemay**, infirmier, chef d'urgence.

Une session comportant deux journées de travail intensif a permis de clarifier, approfondir puis valider les concepts abordés lors des rencontres individuelles et par sondage (voir le volet suivant), puis de dégager des pistes de solution.

1.3.4 Quatrième volet : sondage Internet

Un sondage, effectué grâce à la liste de discussion francophone en médecine d'urgence URG-L du site URGEnT (site de l'Association des médecins d'urgence du Québec), a permis de prendre en considération les idées d'une quarantaine de médecins et d'infirmières d'urgence.

1.3.5 Cinquième volet : revue de la littérature

Parallèlement, l'ensemble de la littérature disponible sur la question des urgences au Québec et une partie de la littérature internationale a été lue et analysée, permettant de clarifier certains aspects historiques et de mieux saisir les grands enjeux.

1.3.6 Sixième volet : autres rencontres et échanges

Des rencontres et des entrevues téléphoniques avec quelques intervenants clés ont permis de clarifier certains éléments ou d'obtenir des informations additionnelles sur l'un ou l'autre des aspects abordés dans le présent mandat. C'est dans ce cadre notamment que fut rencontré le Comité provincial responsable du système d'information sur les urgences (SIURGE).

L'intégration de cette masse d'information dans un fichier commun a servi de base aux travaux.

Globalement, on peut dire que ce travail a permis, en ratissant large, de recueillir une somme impressionnante d'idées et de solutions, soit environ 800 idées maîtresses, qui, après analyse et élagage, ont convergé naturellement vers un certain nombre d'axes de réflexion et de lignes de force. C'est par un travail approfondi de clarification et de synthèse que le présent rapport tente, dans la mesure de nos moyens, de rendre justice à la qualité et à la profondeur des idées recueillies.

Les réponses que l'on cherche existent déjà : elles sont la propriété des acteurs du réseau. Il s'agit dès lors d'aider ces réponses à cheminer.

1.4 Présentation de l'équipe

Le mandat a été confié aux personnes suivantes :

- ♦ **Alain Vadeboncoeur**, médecin, chef d'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal, président du groupe de travail, coauteur du rapport;
- ♦ **Diane Somerville**, infirmière, chef d'urgence de l'Hôpital Général de Montréal;
- ♦ **Krystyna Pecko**, médecin, directrice des services professionnels de l'Hôpital Anna-Laberge;
- ♦ **Pierre Beaudet**, conseiller en gestion, directeur du Conseil en management au sein du Groupe LGS⁷, coauteur du rapport.

⁷ Le Groupe LGS est une firme de service de conseil en management disposant d'expertise en positionnement stratégique, en transformation d'entreprise et en gestion du changement.

2.0 SITUATION ET ENJEUX

Les multiples rencontres ont permis d'élaborer un tableau global de la situation et des enjeux vécus par les acteurs de l'urgence : ses médecins, ses infirmières et ses gestionnaires. Un tableau fait de perceptions, contenant une information d'une très grande qualité. Un tableau qui est à la base de la réflexion présente.

La démarche a permis de dresser un état de la situation actuelle des urgences : sans nier ou rejeter l'importance des travaux antérieurs, il fallait, à nouveau, faire le point, quitte à conclure ce que d'autres avaient pu constater auparavant. Elle a permis également d'être attentifs aux nouvelles voies proposées implicitement ou explicitement.

Un tel tableau présente l'urgence selon quatre niveaux de compréhension :

- ◆ l'urgence, sa mission propre;
- ◆ l'urgence au sein du réseau de soins de la communauté : ses relations avec les autres établissements, les cliniques privées, autres ressources, etc.;
- ◆ l'urgence au sein de l'hôpital : la mission à laquelle elle participe, son rôle comme principale porte d'entrée, ses relations essentielles avec les autres départements de l'hôpital;
- ◆ l'urgence en elle-même et dans son fonctionnement : ses ressources humaines, physiques et matérielles, son organisation.

Avec une grande régularité et une remarquable cohérence, un tableau global de la situation de l'urgence au sein du réseau de la santé s'est dégagé à partir de ces divers niveaux de questionnement, ce qu'il s'agit maintenant d'exposer.

Pour chaque niveau, trois classes distinctes ont permis de grouper les diverses réponses :

- ◆ les constantes (ce que l'on a trouvé dans la plupart des hôpitaux visités);
- ◆ les éléments positifs (les forces, les éléments désirables, sur lesquels il faut capitaliser);
- ◆ les éléments négatifs (les faiblesses, les éléments indésirables ou difficiles).

2.1 La mission de l'urgence (quelle mission?)

2.1.1 Constantes

C'est peut-être surprenant, mais *aucun* des intervenants rencontrés n'a pu décrire aisément la mission de son urgence : cette mission était, au mieux, vague et non écrite, au pire inexistante.

Compte tenu de l'ampleur de la tâche et de la complexité de l'organisation, cette lacune envoie un signal inquiétant : *le réseau est doté d'urgences dont la mission n'est pas définie*.

Surprenant? Sans doute que non. On le verra plus loin, le contraire l'eût été. Car pourquoi les urgences auraient-elles une mission si personne ne leur en confie une? L'absence d'une mission semble aussi refléter un déficit culturel diffus, ce que tendent à confirmer nos rencontres et nos réflexions : comment les urgences pourraient-elles avoir une mission si le réseau de la santé n'a ni idée ni vision concernant leur rôle?

Considérant l'absence d'une mission claire et partagée, il n'est donc *pas* surprenant que, dans bien des milieux dysfonctionnels, la mission de l'urgence soit bafouée, débordée ou même carrément niée par l'hôpital.

2.1.2 Aspects positifs

Pour les intervenants rencontrés, la présence d'une approche-client forte (gestion du temps d'attente, triage intégrant une échelle de douleur, lieux physiques acceptables, etc.) constitue un baromètre permettant d'apprécier la profondeur de la mission de l'urgence.

Un autre aspect positif, vécu dans certains milieux : lorsque l'urgence perçoit sa mission comme le prolongement de celle de l'hôpital, elle y assume alors un rôle de plaque tournante, intégrant harmonieusement, dans les soins qu'elle dispense, les diverses facettes de la culture hospitalière dont elle s'inspire.

2.1.3 Aspects négatifs

À l'inverse, la mission de l'urgence semble parfois en opposition avec celle de l'hôpital, en particulier (mais pas exclusivement) lorsque celui-ci assume un rôle tertiaire ou quaternaire significatif (surtout pour une clientèle chirurgicale) : on voit dans la clientèle de l'urgence une menace pour la survie de cette mission «avancée»; on se sent «envahi» par ces patients qui présentent des problèmes généralement peu «intéressants». Lorsque la mission de l'urgence paraît ainsi

s'opposer à celle de l'hôpital, les problèmes peuvent être impossibles à résoudre.

Paradoxalement, dans ces milieux où la mission de l'urgence est peu intégrée à celle de l'hôpital, on peut avoir tendance à «abuser» de la présence de l'urgence (ouverture 24 heures, personnel toujours disponible) et déborder sa mission : on s'en sert comme clinique externe, lieu de rendez-vous commode, accès facile à l'investigation, etc. Ce manque de respect pour les lieux physiques de l'urgence reflète un manque de respect ou une incompréhension de sa mission.

À l'extrême, la mission de l'urgence peut être simplement niée : on se sert alors de l'encombrement pour réaliser des projets de développement, accroître le financement de l'hôpital, permettre le départ de patients chroniques, etc.

2.2 L'urgence et le réseau

2.2.1 Constantes

S'interroger sur la place de l'urgence dans le réseau de la santé⁸ (CLSC, cliniques privées, CHSLD, préhospitalier, régies régionales et Ministère) mène à des constats similaires d'un lieu à l'autre, qui tous montrent plusieurs difficultés systémiques importantes.

Coordonner l'organisation des soins est ardu. Il est difficile, par exemple, d'établir des liens efficaces entre les urgences et les CLSC ou les cliniques privées. Pourtant, de tels liens apparaissent comme essentiels aux intervenants afin de concevoir et d'appliquer une approche structurée des épisodes de soins.

La grande difficulté d'échanger des données cliniques est un autre exemple. Comme le souligne le Collège des médecins du Québec :

«L'accessibilité aux informations cliniques et aux résultats de laboratoire est essentielle au suivi et à la continuité des soins. Dans beaucoup d'endroits, malgré l'évolution des technologies de l'information et des communications, la transformation a accentué les problèmes liés à la continuité des soins, plutôt que de faciliter celle-ci. Le dossier ne suit pas le patient.»⁹

Sauf exceptions, l'interface entre l'urgence (ou l'hôpital) et le CLSC ou d'autres ressources extérieures à l'hôpital (CHSLD, cliniques privées,

⁸ Dans ce document, le terme *réseau* est généralement utilisé dans son sens le plus large.

⁹ Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et des services médicaux. Septembre 1998. Collège des médecins du Québec. Page 11.

préhospitalier) est, ou bien marginalement développée, ou très peu fonctionnelle. Les barrières administratives (bureaucratiques) sont grandes. Dans la région de Montréal, par exemple, les divers CLSC offrent des services différents et gèrent les interfaces de manière également différente : c'est une cause importante de lourdeur.

C'était l'intention initiale du législateur de faire des CLSC la porte d'entrée du réseau. Or, on ne les perçoit pas comme un intervenant significatif en soins de première ligne pour la clientèle ambulatoire, particulièrement dans les grands centres urbains.

Ils sont plus crédibles et sans doute mieux outillés pour organiser la réponse communautaire aux patients en perte d'autonomie ou nécessitant des soins à domicile. À cet égard, le fait qu'ils soient absents des hôpitaux, où se retrouve pourtant une part de leur clientèle potentielle ou usuelle, apparaît comme un empêchement à une coordination efficace des activités.

La méfiance entre les établissements paraît aussi jouer son rôle : ainsi, un projet d'intégration d'un poste de service de CLSC au sein d'un hôpital de la région de Montréal a échoué pour cause de résistance interne, malgré l'intérêt de la démarche.

Par ailleurs, on ne perçoit pas la Régie régionale comme un acteur déterminant ou important dans le dossier des urgences. Dans les cinq régions visitées, un seul établissement a mentionné que la Régie régionale avait joué un rôle significatif dans la gestion de ce problème. Et encore, si on saluait certaines de ses initiatives, on déplorait la lenteur des processus et la lourdeur administrative qui empêchaient, par exemple, les mesures à prévoir pour l'hiver prochain de prendre place rapidement.

Quant aux liens avec le Ministère, tous les intervenants rencontrés déplorent l'absence d'indicateurs crédibles relatifs à la performance des hôpitaux : les bases historiques de budgétisation ne tiennent pas compte de la quantité des soins prodigués, de leur qualité ou du niveau de performance.

De même, l'application inconstante des mesures punitives et l'effacement récurrent des déficits ont envoyé un message d'ambivalence et d'incertitude aux hôpitaux. Au fil des ans, cette ambivalence a rendu plus complexe l'approche interne des problèmes d'encombrement.

Même les montants versés récemment pour «récompenser» les hôpitaux «performants» ont eu, paradoxalement, un impact mitigé : certains de ceux qui les ont touchés ont considéré la démarche futile, et ceux qui n'en ont pas reçu ont très mal compris le sens d'un tel geste, dans le contexte des efforts humains importants qui viennent compenser une certaine désorganisation locale (surtout au niveau des intervenants de l'urgence même). Cette stratégie paraît devoir être raffinée.

Par ailleurs, on considère partout que la marge de manœuvre des établissements est actuellement inexistante : leur capacité d'absorption de toute demande supplémentaire est nulle.

Enfin, concernant le mode de rémunération à l'acte des médecins, on soutient de manière unanime que le système est à repenser.

À l'urgence, d'une part, ce mode paraît inadéquat en regard de la dimension communautaire de la tâche accomplie, de la variation dans le débit et le type de pathologies, de l'alourdissement de la clientèle et de la transformation de la pratique.

Ce mode conduit en effet directement à un déploiement minimal (niveau plancher) des effectifs médicaux à l'urgence, au sein d'équipes qui perdent ainsi toute possibilité d'affronter efficacement les pointes. Enfin, il ne favorise pas la participation réelle des médecins au sein de l'urgence ou de l'hôpital.

Il faut souligner que plusieurs des médecins d'urgence rencontrés se considèrent comme insuffisamment représentés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qu'ils jugent souvent peu sensible à la question de la pratique d'urgence.

D'autre part, plus globalement, on considère qu'un mode de facturation limité à l'acte ne favorise ni la qualité des soins ni la prise en charge des patients par les médecins de famille. Selon les commentaires recueillis, il faut plutôt viser des modes de rémunération mixtes, voire entièrement forfaitaires, et y associer, surtout, une solide définition de tâches.

2.2.2 Aspects positifs

Il faut souligner que, sans faire l'unanimité, la démarche du Groupe tactique d'intervention a eu un impact certain et significatif sur les mentalités : elle a contribué à conscientiser les administrations à propos de questions auparavant négligées, permis d'accélérer l'implantation de nouvelles approches de gestion des soins et favorisé une utilisation plus efficiente des ressources.

Ainsi, l'évolution des hôpitaux quant à la question de l'urgence est souvent passée par l'intégration, à leurs propres solutions, des discours ou des propositions du Groupe tactique d'intervention. Ces «normes» n'ont toutefois pas été habituellement appliquées telles quelles, mais ont plutôt servi de base à une réflexion en profondeur visant la mise à jour des processus internes de l'hôpital.

C'est aussi, généralement, la menace initiale de coupures par le Groupe tactique d'intervention qui a servi de bougie d'allumage aux démarches gagnantes dans ces hôpitaux.

2.3 L'urgence dans l'hôpital

2.3.1 Constantes

On ne peut nier l'évidence : ce qu'on appelle généralement «le problème de l'urgence» (l'encombrement) est aussi «le problème de tout l'hôpital». Ou, plus précisément : l'encombrement de l'urgence est *l'expression* des problèmes vécus dans l'hôpital, voire dans tout le réseau.

Ainsi qu'un directeur des services professionnels l'a bien exprimé : *«l'encombrement est le résultat d'un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins»*, qui se manifeste dans la seule unité extensible de l'hôpital : l'urgence (l'autre point d'extension étant les listes d'attente de chirurgie électorive). Il est intéressant de voir qu'il s'agit de deux priorités ministérielles.

Pour tous les intervenants rencontrés, l'urgence est maintenant la porte d'entrée de l'hôpital et donc une des principales du réseau. Ce constat, universel, a son importance : un certain discours a tendance à lui nier ce rôle. Il faut donc recentrer la réflexion autour de ce principe.

L'urgence est aussi devenue une préoccupation constante pour chacun, en particulier depuis la création du Groupe tactique d'intervention et l'annonce des défalcations budgétaires. Mais, comme l'a fait remarquer une infirmière-chef : *«Préoccupation et priorité, voilà deux concepts distincts, et les actes ne suivent pas toujours les discours.»*

On a aussi souvent mentionné qu'une cause importante de l'engorgement résidait dans le manque de collaboration des médecins de l'hôpital (surtout les consultants spécialistes) relativement aux objectifs fixés par les directions. On perçoit encore dans bien des milieux que le consultant fait «une faveur» lorsqu'il vient répondre à la consultation demandée, alors qu'il s'agit plutôt de sa responsabilité.

L'urgence, qui fonctionne 24 heures sur 24, entre alors en contradiction avec ce qui est perçu comme un mode «normal» de fonctionnement pour le reste de l'hôpital : de 9 heures à 17 heures. Un hôpital, un département ou un consultant peut-il encore se permettre d'offrir des services sur une plage horaire aussi limitée, qui ne répond pas aux besoins communautaires?

Enfin, un nombre significatif (mais difficile à préciser) de patients occupent des lits de courte durée même si leur condition ne le justifie pas. Quelques hôpitaux¹⁰ ont d'ailleurs tenté d'utiliser, au sein de projets pilotes, des outils

¹⁰ Projets conjoints entre le Ministère, la Régie régionale de Montréal et les établissements suivants : l'Hôpital Sacré-Cœur, l'Hôpital Général Juif et l'Hôpital Royal-Victoria. Présentations des projets à la Régie régionale de Montréal, printemps 1999.

informatisés de mesure de la pertinence de l'hospitalisation, avec un certain succès. On commence à voir qu'il existe là une marge de manœuvre, encore mal cernée, qui dépend surtout de la mise en place de ressources alternatives.

2.3.2 Aspects positifs

Les hôpitaux qui ont réussi à régler certains des problèmes affectant leur urgence, en particulier l'encombrement, ont agi selon une dynamique souvent similaire d'un établissement à l'autre.

Règle générale, les changements reposent d'abord sur un nombre restreint d'individus (les «chevaliers de la croisade contre l'encombrement»), toujours médecins, provenant habituellement mais pas toujours de l'urgence, qui éveillent en quelque sorte le reste de l'hôpital à ce problème et aux solutions à y apporter. Ce processus, qui peut prendre plusieurs années, se manifeste concrètement par une présence proactive de ces médecins au sein de postes clés de l'hôpital. On sème en vue de la récolte future.

Suite à ce processus «d'éveil», une volonté ferme et inébranlable du conseil d'administration, de la direction générale et des autres directions, soutenant ou facilitant le mouvement entrepris par «les chevaliers de l'encombrement», doit se manifester pour légitimer et accélérer les transformations suscitées.

Un tel engagement sans équivoque des niveaux administratifs les plus élevés apparaît essentiel aux changements subséquents, car il ne s'agit pas de changements mineurs ou cosmétiques, mais bien d'une transformation profonde de l'organisation hospitalière, qui touche toutes les interfaces avec l'urgence et la plupart des processus internes. Dans les hôpitaux où l'encombrement persiste, cette volonté d'agir des dirigeants semble au contraire peu présente ou même absente.

Reposant sur la vigueur de certains individus, la réingénierie des processus hospitaliers, lorsque bien supportée, prend ensuite graduellement forme. Cette réingénierie est au cœur de la transformation.

Souvent d'abord centrée sur l'urgence, où on cherche à faciliter le fonctionnement interne (mais il existe des cas où l'accent initial a été mis ailleurs), cette réingénierie des processus se répand ensuite, inexorablement, au reste de l'hôpital, qui restructure l'ensemble de son fonctionnement pour mieux répondre aux besoins de l'urgence. L'ampleur des changements montre bien que l'urgence est en lien avec tous les processus hospitaliers. À terme, les gains d'efficience et d'efficacité réalisés bénéficient justement à tout l'hôpital.

Dans certains milieux, les plus performants quant à l'amélioration relative à la congestion de l'urgence, cette réingénierie est systématique et prolongée, s'étendant au moins sur plusieurs années. Elle intègre dans sa démarche les

médecins et le personnel de l'urgence, alors que ce n'est pas le cas dans les milieux qui s'y attaquent mollement ou sans succès, où les décisions sont plutôt prises sans consensus.

La prise en charge par l'hôpital de la question de l'urgence implique une appropriation du problème : on cesse alors de chercher une explication externe ou de justifier l'encombrement. Le problème est d'abord compris comme celui de l'hôpital.

Par exemple : la direction d'un des hôpitaux rencontrés était persuadée depuis longtemps (et tentait de persuader les décideurs) que l'unique solution résidait dans l'ajout obligatoire d'environ 150 lits. Or, au terme d'un processus de réingénierie interne, on a plutôt réussi, sans ajout de ressources, à régler complètement le problème d'encombrement de l'urgence, puis à *retrancher* 50 lits de courte durée. Assumer les problèmes et aller jusqu'au bout : voilà le message transmis.

Un directeur général a affirmé avoir eu à travailler avec le même acharnement trois ans *après* la résolution du problème d'encombrement. Au terme de cette période, l'encombrement n'était plus acceptable, il ne faisait plus partie de la culture hospitalière. C'est alors seulement que la pression a pu être relâchée et que le mode «pilote automatique» a été enclenché pour la suite des choses.

La réingénierie des processus aboutit également, dans ces milieux, à une intégration complète et assumée de l'urgence au sein de l'hôpital : elle se retrouve réellement au cœur des processus, où elle joue désormais son rôle, non seulement de porte d'entrée, mais aussi et surtout de plaque tournante, avec des moyens renouvelés.

Cette intégration réussie aboutit souvent au décroisement des relations entre l'urgence et les autres unités de soins. Ainsi, dans un des hôpitaux, des médecins, nommés responsables d'unités cliniques, doivent être en constante liaison avec l'urgence, où ils se rendent fréquemment pour évaluer les patients, juger des besoins, admettre qui doit l'être et réorienter les autres.

Et ce décroisement est contagieux : on finit par en arriver à appliquer le même principe à l'ensemble des unités de soins, qui fonctionnent désormais sur la base d'échanges constants et d'une communication privilégiée. D'un système à boîtes fermées, où l'interface est difficile, on aboutit à un système à boîtes ouvertes, où les processus sont plus fluides et la concertation va de soi.

Enfin, dans tous les milieux où l'urgence est bien intégrée, les difficultés sont approchées de la même façon : la constante recherche de solutions de type «gagnant-gagnant», que l'on base sur des données fermes (et non des perceptions) que l'on travaille en concertation. Il ne s'agit plus de chercher des coupables, mais bien des solutions. Cette réussite est aussi à l'origine d'un sentiment évident et mérité de fierté qui, à son tour, en favorise d'autres.

Pour tous ceux qui ont réussi, les bons résultats ne sont jamais acquis : ces questions doivent demeurer une priorité pour l'organisation, faute de quoi un recul rapide peut démolir rapidement les gains encore fragiles.

2.3.3 Aspects négatifs

À l'inverse, dans plusieurs milieux, l'urgence est demeurée plus ou moins cloisonnée : elle doit «s'autogérer», comme un directeur des services professionnels l'a affirmé.

«Ses problèmes ne sont pas ceux des unités de soins», comme l'a rapporté une infirmière-chef. *«Vous avez choisi de travailler là, assumez vos problèmes»* lui répond-on quand elle en discute avec ses pairs.

Quand l'urgence s'intègre mal à la dynamique de l'hôpital, qu'on ne la perçoit pas comme partie prenante de la mission hospitalière, on peut aller jusqu'à *«entretenir l'encombrement pour des fins politiques»*. L'urgence est encombrée et elle doit le rester.

Ces urgences sont dans une position difficile : marginalisées, elles n'ont pas de leviers réels, fonctionnent en vase clos et n'arrivent pas à se faire entendre. Bien souvent d'ailleurs, la coordination médicale (mesure pourtant reconnue très efficace depuis l'étude du GRIS¹¹) y est faible ou même absente.

Ce cloisonnement peut aboutir aussi, paradoxalement, à l'irrespect et à l'envahissement de la mission de l'urgence : l'hôpital utilise alors ses lieux et son personnel pour accomplir diverses tâches ne pouvant être effectuées sur d'autres unités de soins. L'urgence devient ainsi, par défaut, une solution universelle aux diverses lacunes du fonctionnement hospitalier, ce qui apparaît, pour plusieurs, un modèle bien dépassé.

On a également mentionné que, souvent, l'accès au plateau d'investigation radiologique y est fort limité, même durant les heures «normales».

Évidemment, la clientèle de l'urgence vient parfois contrer celle de la chirurgie élective. L'atteinte d'un juste équilibre dans le respect des diverses missions est d'ailleurs un complexe exercice de gestion hospitalière. Ceci peut engendrer des conflits, qui peuvent à leur tour miner le processus de résolution des problèmes affectant l'urgence.

La faculté d'aborder ces conflits de manière constructive est une des clés de la réussite de certains hôpitaux. Ainsi, en s'engageant, dans le cadre de la réingénierie, à protéger la mission chirurgicale de l'hôpital et en trouvant

¹¹ Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) : évaluation des mesures de désengorgement, 1989.

parallèlement de nouvelles façons de réaliser cette mission essentielle, on empêche le niveau de confrontation avec les chirurgiens de devenir intolérable, ce qui serait un frein important à la capacité de résolution des problèmes.

On retrouve d'ailleurs, dans les hôpitaux où l'on aborde les problèmes affectant l'urgence de manière confrontante, une insensibilité du corps médical consultant face aux problèmes de l'urgence, qui peut se manifester par une dynamique peu productive entre le Conseil des médecins, pharmaciens et dentistes de l'hôpital (CMDP), les directions hospitalières et l'urgence.

Il faut souligner enfin qu'on comprend très différemment les causes de l'engorgement là où on a réussi à juguler le problème et là où on éprouve encore de grandes difficultés : il s'agit du «problème de l'hôpital» dans le premier cas, et d'un problème qui relève d'un autre niveau administratif («externe à l'hôpital»), dans le second.

De l'avis de plusieurs intervenants, le refus de voir les causes du problème à l'intérieur de l'hôpital empêche toute action vigoureuse. Dans les milieux transformés, on a souvent connu une telle période où les causes étaient comprises comme externes, empêchant ainsi d'attaquer le fond du problème. On a commencé à avancer une fois les causes reconnues comme internes à l'hôpital.

2.4 L'urgence en elle-même

On est souvent tenté de discuter des problèmes d'encombrement sans même se référer au fonctionnement interne de l'urgence. Or, il est apparu pertinent, dans la logique de la démarche actuelle, de mettre justement l'urgence elle-même au cœur du questionnement (ce qui ne signifie pas : ne parler que de l'urgence). C'est d'autant plus important qu'on semble prendre soin, dans les urgences les plus dysfonctionnelles, d'éviter de parler des problèmes propres à l'urgence elle-même.

En apparence, les urgences sont loin d'être semblables. Parfois (rarement) à l'avant-garde du développement et de la recherche, parfois (souvent) reléguées à un rôle de fourre-tout, souffrant encore d'un profond déficit d'organisation, elles sont pourtant les unes et les autres paradoxalement les mêmes : c'est qu'elles se situent à des périodes de développement différentes, en fait à divers points d'une même courbe d'évolution.

Ainsi, la désorganisation retrouvée est en tous points comparable à celle qui affectait, il y a dix, quinze ou vingt ans, des urgences maintenant nettement plus avancées.

C'est justement l'intégration d'une culture forte de l'urgence qui a permis à ces dernières d'atteindre un tel niveau de développement et de rayonnement.

Les urgences les plus dysfonctionnelles doivent maintenant rattraper le retard accumulé et franchir les mêmes étapes, sans doute rapidement si on veut éviter d'autres problèmes et aboutir à des résultats probants.

2.4.1 Constantes

Il existe des points de convergence. D'abord la satisfaction de la clientèle, évaluée dans la plupart des milieux rencontrés comme très élevée, et ce, même pour la clientèle observée dans les corridors, malgré les conditions difficiles de séjour.

A-t-on tendance à exagérer l'impact sur la population des séjours dans les corridors? Ou faut-il y voir une autre expression du déficit culturel évoqué dans la résignation de cette population tenant pour acquis qu'un séjour prolongé dans les corridors est aussi normal que d'attendre six heures pour être évalué ou bien six mois pour une échographie. Il faut se demander si cela peut contribuer à la persistance des problèmes vécus dans les urgences.

On loue aussi, partout, la qualité et le professionnalisme des intervenants. Qui plus est, le haut degré de dévouement du personnel peut, dans certains milieux, pallier l'extrême désorganisation qui y sévit : surcharge de travail et accroissement de la lourdeur des tâches, menant souvent à l'épuisement.

Il est intéressant de constater que dans tous ces milieux, l'équipe médicale est maintenant presque entièrement constituée de médecins à temps plein, ce qui était l'exception il y a dix ans. C'est une transformation majeure, qui a ses conséquences. On peut en effet penser que ces milieux, désormais animés par des médecins voués à la pratique d'urgence, diffèrent fondamentalement de ceux des années 80 et qu'ils pourraient réagir rapidement et vigoureusement à une initiative visant à faire avancer les urgences. C'est un potentiel nouveau qu'il faut savoir utiliser.

Malheureusement, dans la plupart des milieux rencontrés, le taux de roulement du personnel médical et paramédical demeure trop élevé et le recrutement, très difficile, un phénomène que la pénurie actuelle d'infirmières vient aggraver, pénurie d'ailleurs vécue partout comme un problème aigu, dont les impacts variés peuvent se faire sentir à court terme et à laquelle il convient d'apporter rapidement des correctifs novateurs.

Une autre constante, déjà décrite par Spitzer et Sicotte en 1985¹² : l'accès limité au plateau technique d'investigation (essentiellement la radiologie, mais aussi certains laboratoires) qui demeure très problématique en dehors des heures dites «normales» (de 8 h jusqu'à 16 h, ou même 15 h ou 14 h dans

¹² Walter O. Spitzer et ass. Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des urgences des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A) : mai 1985, 114 pages.

certain milieux) et ce, même pour des urgences à très haut volume, qui «roulent» 24 heures sur 24. Or, une urgence ne peut jamais être fonctionnelle dans un tel contexte restrictif.

Par contre, pour les vraies urgences vitales, l'accès ponctuel s'est amélioré au cours des dernières années.

La médecine d'urgence tend pourtant à incorporer de plus en plus largement ces technologies d'investigation au sein d'approches spécifiques qui, il y a 15 ans, n'étaient même pas envisageables. Ce n'est pas une question de choix : les standards de qualité évoluent de même que les besoins de la population. L'échographie, par exemple, permet de diagnostiquer aisément de graves conditions gynécologiques avant qu'elles ne mettent la patiente en danger. Il ne s'agit donc pas d'un luxe mais d'une nécessité.

Enfin, concernant la clientèle des urgences, on s'entend pour constater partout sa transformation : plus âgée, moins autonome, et affectée plus largement de maladies chroniques qui nécessitent plus de ressources et un niveau de soins et d'expertise supérieur.

2.4.2 Aspects positifs

Le niveau d'organisation des urgences visitées varie considérablement.

On retrouve parfois une équipe très motivée, où les intervenants remplissent des rôles déterminés au sein d'une structure bien établie et où l'intégration des activités et la qualité de la gestion permettent une amélioration continue.

Ces milieux démontrent que, même dans le contexte actuel, on peut arriver à des résultats dignes de respect si on y met l'énergie, le temps et l'expertise nécessaires. On réussit alors à faire de l'urgence une plaque tournante au sein de l'hôpital, voire un milieu de pointe qui rayonne par l'enseignement et la recherche.

Un processus continu de résolution des problèmes et d'amélioration de la qualité semble une nécessité. Tous les milieux bien développés intègrent ce type d'approche à leur gestion : les problèmes rencontrés sont abordés par les professionnels directement concernés et qui leur portent toute l'attention nécessaire. La gestion de crise n'y occupe pas le haut du pavé : on semble plutôt en contrôle de la situation. Le tout s'articule au sein d'une démarche de gestion avancée, documentée, qui suppose une expertise spécifique en ce domaine.

Ce processus continu de résolution des problèmes et d'amélioration de la qualité constitue une condition nécessaire dans le milieu constamment changeant de l'urgence.

Une telle démarche implique un plan de pratique, du temps protégé pour les médecins, une responsabilisation des membres du département et une approche nécessairement multidisciplinaire.

On y travaille enfin souvent en des lieux physiques acceptables, fonctionnels, conçus au terme d'une réflexion approfondie sur le sujet et équipés avec une technologie pertinente.

2.4.3 Aspects négatifs

D'autres milieux ne réussissent qu'à répondre aux situations de crise, sautant d'une difficulté à l'autre sans continuité, appliquant ainsi des solutions partielles qui ne participent pas d'un plan de match global. L'organisation y est vague, sans force ni structure, sans intégration, et des individus moins motivés se limitent à leur rôle de cliniciens, consacrant peu de temps aux activités de gestion. Ceci ne peut mener qu'à la stagnation et à une dépense inutile d'énergie et de ressources.

On y rencontre des gestionnaires qui, dans les faits, gèrent assez peu mais tâchent surtout de s'adapter journallement et tant bien que mal aux difficiles conditions qui sont les leurs, impuissants à les influencer durablement : ils semblent dépassés par la situation et l'ampleur des problèmes à résoudre.

L'urgence est alors un *paratonnerre* et prend sur elle les dysfonctionnements de l'hôpital et du réseau. Dans ces milieux, les liens de gestion entre médecins et personnel infirmier sont mal structurés, voire problématiques, et n'aboutissent qu'à des résultats mitigés. Cela conduit à des sentiments palpables d'impuissance et de démotivation des gestionnaires de même qu'à l'épuisement du personnel. C'est d'autant plus évident qu'on semble demander au personnel de compenser pour les lacunes de l'organisation.

Dans ces établissements, soit par manque d'espace, soit en raison d'une inadéquation profonde entre l'organisation physique et la mission de l'urgence, ou encore à cause de la vétusté du matériel, les lieux sont décrits comme totalement dysfonctionnels, impropres à ce qu'on puisse y prodiguer des soins d'urgence de qualité, à sauvegarder la confidentialité et ne permettant pas un niveau de confort minimal pour le personnel ou les patients.

C'est d'autant plus surprenant que certaines de ces urgences peu fonctionnelles ont été dessinées récemment, mais de toute évidence sans consulter les guides ou les experts disponibles, voire en négligeant d'écouter ses premiers utilisateurs : le personnel. C'est là un autre exemple du *déficit culturel* qui affecte les urgences : on oublie que les experts sont là, et qu'il suffit de leur en donner l'occasion pour bâtir sur des bases solides de nouvelles approches.

Ces lacunes profondes dans le dessin des lieux physiques compromettent directement la mission qu'on donne à l'urgence, la qualité de vie du personnel, l'approche-client et sans doute, à terme, la qualité des soins.

Par ailleurs, même si, depuis Spitzer et Sicotte, on constate que les urgences manquent d'équipement et d'accès aux ressources d'investigation, peu de gestes concrets ont été posés à cet égard. Pourtant, ces problèmes expliquent une part significative de l'encombrement, si on se fie à ces auteurs.

Plusieurs intervenants ont mentionné que les urgences ne disposent pas de données de qualité en temps réel, ni du personnel nécessaire pour les recueillir. Les données provenant du système MedEcho reviennent en effet aux hôpitaux avec trois mois de retard. La plupart des données complémentaires sont saisies à la main, et peu d'urgences utilisent des systèmes d'analyse informatisés. Par ailleurs, les systèmes opérationnels d'information (dossier informatisé, système de «tracking», dictée informatisée, etc.), qui sont pourtant répandus ailleurs, sont encore très peu implantés au Québec, alors qu'ils pourraient contribuer à améliorer les processus.

La majorité des intervenants rencontrés considèrent que la pauvreté des données disponibles engendre une difficulté de gérer correctement : on doit encore se fier à des impressions et à des données floues, pour faire avancer les dossiers.

Plusieurs, tout en déplorant les délais de développement de SIURGE¹³ et son interface encore imparfaite, souhaitent que l'on en poursuive et accélère le rythme de déploiement, en s'assurant, toutefois, que le système s'ajuste aux besoins (notamment au regard du triage) et au fonctionnement particulier de l'urgence.

2.5 Conclusion

Ce n'est pas un hasard si les urgences aux caractéristiques les plus défavorables sont celles où le niveau d'encombrement sévit le plus gravement. Il ne faut pas cependant tout ramener à ce problème : bien que l'encombrement constitue un problème majeur de l'urgence, il n'en est pas le seul ou le plus grave. Et même si on le réglait définitivement, des problèmes persisteraient dans ces urgences désormais libérées de ce surcroît de tâches.

Il faut approcher la question de l'encombrement dans le cadre plus global du développement des urgences : les solutions sont susceptibles de dynamiser aussi la résolution de ce problème.

¹³ SIURGE est un système permettant un soutien direct aux opérations cliniques à l'urgence allant de la localisation de l'utilisateur au monitoring et à la communication des informations concernant les différentes étapes de l'épisode de soins. Le système assume la disponibilité des données critiques normalisées pour tous les intervenants cliniciens, médecins de l'urgence, spécialistes consultants et gestionnaires, telles que les priorités de triage, les catégories majeures de diagnostics, les services médicaux d'hospitalisation, etc.

On l'a vu, les urgences jouent un rôle de paratonnerre au sein du réseau de la santé : c'est encore par elles que passe la foudre «hospitalière», ce condensé d'énergie brute qui exprime les dysfonctions, les problèmes et les manquements du réseau. Il faut maintenant permettre aux urgences de se donner un mode de fonctionnement qui s'approche des meilleures pratiques en ce domaine. D'en faire de véritables plaques tournantes au sein de l'organisation, dont elles sont la porte d'entrée.

3.0 RESPECT DES NORMES

L'hypothèse du Groupe tactique d'intervention, au moment de la publication du document «Les urgences au Québec 1990-1997, Bilan, perspectives et normes¹⁴», est la suivante :

«Le bon fonctionnement d'un département d'urgence dépend en grande partie de l'établissement dont il fait partie et de l'application de certaines normes. Ces dernières permettent une meilleure uniformisation des pratiques susceptibles de favoriser une performance accrue de l'urgence.»

Aussi, nous a-t-il semblé utile de vérifier le niveau d'application de ces normes dans les divers établissements rencontrés, d'essayer de préciser celles qui semblent les plus significatives dans la réalisation de cette hypothèse et de voir celles qui nous aident à différencier les établissements dans leur gestion des urgences.

Précisons que l'exercice n'a pas de prétention scientifique et que les conclusions qu'il permet de dégager ne visent pas à bâtir un nouveau modèle. Il permet toutefois de confirmer les diagnostics et de contribuer, le cas échéant, à indiquer certaines pistes de solution. Il faut souligner qu'il s'agit de perceptions, donc d'interprétations, qui peuvent ne pas correspondre entièrement aux réalités concrètes.

L'exercice fut, malgré tout, rigoureux. Un questionnaire, établi à partir de l'ensemble des normes établies par le Groupe tactique d'intervention, fut remis aux professionnels rencontrés en entrevue. Pour chaque norme, chaque professionnel devait signifier si, selon lui, elle était appliquée ou non dans son établissement.

La compilation et l'analyse des questionnaires, retournés en majorité par télécopie dans les jours qui ont suivi les entrevues, s'avèrent riches en informations de toutes sortes et dépassent largement ce que nous attendions initialement de l'exercice. 94 % des intervenants ont répondu.

¹⁴ Les urgences au Québec 1990-1997 : Bilan, perspectives et normes. Le Groupe tactique d'intervention en collaboration avec l'Association des médecins d'urgence du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1998, 53 pages.

3.1 Les normes généralement respectées

Certaines normes reçoivent des réponses positives de la part de plus de 80 % des répondants. Elles représentent la (nouvelle?) réalité du réseau.

Ainsi, concernant l'équipe médicale, on note les éléments suivants. Dans presque tous les cas (96 % des répondants), on retrouve un certain nombre de médecins qui œuvrent à temps plein à l'urgence. De même, tous les médecins (88 % des répondants) y assurent une présence régulière.

La plupart des milieux (93 %) disposent d'une politique hospitalière donnant clairement la priorité à l'urgence pour les laboratoires, et dans 80 % de ces cas, il existe un protocole de suivi des résultats anormaux. La transmission automatique des résultats à l'urgence ne semble plus faire problème (96 % des répondants).

L'accès à la radiologie durant les heures normales de travail semble facilité par des mesures spécifiques dans 84 % des cas et, dans une même proportion (85 %), il existe des mesures de contrôle de la qualité de l'interprétation radiologique.

Concernant la gestion hospitalière, la plupart des milieux (89 % des répondants) disposent d'une politique de distribution des lits entre la médecine et la chirurgie, comprenant la mise en place de mécanismes de surveillance des durées de séjour sur les étages. Les hôpitaux ont formulé leurs objectifs de durée moyenne de séjour à l'urgence en se basant sur les objectifs du Ministère sur la question (89 %).

3.2 Les normes habituellement non respectées

Dans plusieurs établissements, un nombre substantiel de normes ne sont pas respectées. Dans l'analyse qui suit, une norme est notée comme généralement absente lorsque plus de 50 % des répondants ont répondu «non» à la question posée.

Concernant l'équipe médicale, on ne respecte généralement pas les normes suivantes. D'abord, le coordonnateur n'est souvent pas issu de l'urgence (53 % des répondants). Dans la majorité des cas, la participation des médecins aux activités administratives est faible (56 % des répondants) et ils ne disposent pas de suffisamment de temps protégé pour accomplir ces tâches (66 %). Dans la grande majorité des cas, le nombre de médecins est jugé insuffisant et inférieur à la norme (78 %) et aucun médecin n'est désigné sur la liste de garde pour parer aux pics (77 %).

L'équipe en soins infirmiers est également en situation difficile dans la plupart des établissements. Ainsi, l'infirmière-chef éprouve souvent des difficultés à

ajouter du personnel (51 %), alors que le nombre d'infirmières ne correspond pas à la lourdeur des cas et au volume de la clientèle (50 %), que l'organisation ne peut respecter les ratios durant les heures de pause et de repas (68 %) et qu'il n'existe habituellement aucun système de garde pour rappeler du personnel lors des pics de consultation (73 %). Enfin, on ne dispose souvent pas (60 %) des effectifs requis en personnel de soutien (brancardiers, commis, secrétariat).

Concernant la présence d'outils d'information, plus de la moitié des répondants (57 %) ne disposent pas d'un système informatisé de collecte de données permettant de cibler les problèmes, d'apporter des mesures correctrices et d'en mesurer l'impact.

Concernant les transferts à l'étage lorsque le lit est disponible pour un patient admis par l'urgence, dans la très grande majorité des cas (93 %), le délai maximum de transfert dépasse une heure.

Enfin, en ce qui touche les politiques de consultation, les répondants mentionnent que dans la majorité des cas (56 %), l'hôpital n'assume pas sa responsabilité de mettre en place des mécanismes permettant de respecter les normes s'il manque des spécialistes pour effectuer les consultations dans le délai requis.

3.3 Les normes qui distinguent les établissements

Les établissements plus «performants» quant à l'encombrement suivent mieux certaines normes que d'autres où l'urgence est plus engorgée. Afin d'effectuer cette comparaison, les hôpitaux ont été regroupés en deux groupes de cinq en fonction des données d'encombrement fournies par le Groupe tactique d'intervention.

Quant au fonctionnement, les normes les plus discriminantes (où il existe un écart de plus de 20 % entre les réponses des hôpitaux «performants» et celles des «autres») touchent l'existence ou l'absence d'ententes concernant :

- ◆ l'obtention par les laboratoires des résultats dans un délai moyen d'une heure pour les tests usuels;
- ◆ l'existence d'un protocole entre l'urgence et la radiologie qui fixe à une heure ou moins le délai moyen pour des rayons x simples;
- ◆ la présence d'un système efficace et rapide pour assurer le transport des spécimens.

Ces premiers constats confirment la justesse des perceptions des infirmières qui désignaient déjà, en 1985¹⁵, l'un des deux principaux problèmes d'engorgement de l'urgence comme étant les délais liés aux examens de laboratoire et de radiologie.

Une organisation du triage permettant ou non un premier contact efficace avec le patient par une infirmière en moins de cinq minutes constitue aussi une caractéristique qui distingue les divers établissements.

Ces éléments réfèrent à des aspects opérationnels simples, dont le développement varie grandement d'une urgence à l'autre. Cette notion de délais raisonnables touche non seulement à la qualité du processus lui-même, mais aussi à l'intégration d'une approche-client au sein de la culture organisationnelle : car ce sont les patients, avant tout, qui sont touchés.

La faiblesse des systèmes d'information et l'absence de moyens permettant à l'urgence de comparer régulièrement sa performance avec celles d'hôpitaux plus performants semble affecter grandement le fonctionnement de certaines urgences. Assez significativement, les hôpitaux réputés performants sont plus à même de réaliser ce genre d'exercice («benchmarking»).

Il existe également un écart important entre les urgences quant à la disponibilité des équipements requis pour permettre leur bon fonctionnement, à l'organisation des lieux physiques, à la présence de locaux en nombre suffisant et au caractère fonctionnel de leur aménagement.

Plusieurs normes portant sur les médecins distinguent nettement les divers milieux selon :

- ◆ que l'on concède ou non suffisamment de temps protégé aux médecins de façon à leur permettre d'élaborer des programmes, des politiques, des protocoles et des processus de contrôle de qualité;
- ◆ la présence ou l'absence de même que la provenance du coordonnateur de l'urgence;
- ◆ la disponibilité ou non de médecins spécialistes en médecine d'urgence;
- ◆ la présence ou non de critères d'embauche au titre de la formation et de l'expérience pour les médecins;
- ◆ la participation ou non des médecins aux activités administratives de l'urgence.

¹⁵ Walter O. Spitzer et ass. Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des urgences des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A) : mai 1985, page 56.

On peut faire deux constats intéressants quant au niveau d'homogénéité des réponses fournies par les trois intervenants d'un même établissement.

D'une part, à l'exception d'un seul établissement, les gestionnaires (DSP et DG) ont une vision plus positive de la réalité quant à l'application des normes que les médecins et les infirmières œuvrant à l'urgence.

D'autre part, la corrélation des réponses (trois réponses identiques) entre le gestionnaire, le médecin et l'infirmière d'un même établissement est variable. Ainsi, on constate une bonne corrélation dans les cinq hôpitaux où on a réussi à juguler l'encombrement (62 % en moyenne) alors que dans les cinq hôpitaux où il persiste des problèmes d'encombrement, la corrélation est faible (38 % en moyenne). Autrement dit, dans les hôpitaux où l'urgence n'est pas encombrée, les divers intervenants ont une perception identique de leur réponse aux normes, alors qu'elle est divergente dans les autres.

3.4 Conclusion

Il est significatif que, dans l'ensemble des établissements, l'application des normes soit tout de même aussi limitée.

Malgré les limites de notre méthodologie, ces constatations tendent à valider jusqu'à un certain point l'hypothèse que les hôpitaux où l'urgence n'est pas encombrée sont aussi ceux où les normes sont les mieux suivies. Ceci n'établit toutefois pas un lien de causalité entre les deux paramètres : il s'agit d'une simple association.

On voit aussi que les gestionnaires projettent généralement une image plus positive de leur organisation que les intervenants sur le terrain, alors que la perception des problèmes est divergente dans les hôpitaux les plus encombrés. Est-ce par défaut d'une communication adéquate entre les divers intervenants? Est-ce à cause d'une compréhension différente d'une même réalité?

4.0 HISTORIQUE

4.1 Une perspective chronologique

1958	Mise sur pied d'un comité canadien sur la traumatologie afin de travailler en collaboration avec le Collège américain des chirurgiens.
1961	Entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation.
1966-1970	Les travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social ¹⁶ (Commission Castonguay-Nepveu) traitent peu, en sept tomes et vingt-huit annexes, de la question des urgences. Pour l'essentiel, les travaux de la Commission sont l'occasion de préciser que les soins d'urgence sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et réservés aux véritables urgences médicales et chirurgicales. Dans l'esprit de la Commission, cela est possible si les omnipraticiens exercent en équipe et prennent leurs responsabilités, de sorte qu'un membre de l'équipe de soins généraux soit toujours disponible pour répondre aux urgences.
1970	Mise en place du régime d'assurance-maladie et création du ministère des Affaires sociales. Suite à l'instauration du système d'assurance-maladie au Québec, on observe un accroissement substantiel des demandes de la population en soins de santé. ¹⁷ Cette augmentation se traduit notamment par une plus grande utilisation des urgences dans les établissements de soins de courte durée. ¹⁸ Préoccupation à l'égard de l'augmentation du volume de la clientèle consultant les urgences et des longues attentes que doivent subir les patients.

¹⁶ Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être, volume IV, tome II, Le régime de santé, Gouvernement du Québec, 1970.

¹⁷ Steinmetz N., Hoeey JR. Hospital Emergency Room Utilisation in Montréal Before and After Medicare. The Quebec Experience, Medical Care : 1978, 16(2) : 133-39.

¹⁸ Walter O. Spitzer et ass. Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des urgences des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A) : mai 1985, 114 pages.

1972	Le Québec, par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, procède à la création d'un établissement consacré spécifiquement aux services de première ligne, le CLSC. Dans l'esprit de cette législation, les services de première ligne comprennent un ensemble de services de santé et de services sociaux courants qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques, permettant de répondre à la majorité des préoccupations et des problèmes communs de santé et de bien-être de la population et d'œuvrer dans les domaines de la promotion et de la prévention.
1972	Fondation de la résidence en médecine d'urgence à l'Université McGill. Il s'agit de la seconde résidence dans cette discipline à voir le jour en Amérique du Nord. Force est de reconnaître qu'au Québec, encore aujourd'hui, la quasi-totalité de la recherche en médecine d'urgence se fait à l'Université McGill, (qui détient toujours la seule résidence en médecine d'urgence), où la production demeure parmi les meilleures au Canada.
1974	Le rapport du Comité «Système de services d'urgence ¹⁹ » du ministère des Affaires sociales du Québec souligne que <i>«le rassemblement dans un même lieu des cas d'urgence réelle, des cas d'urgence mineure, des cas de consultation externe et des cas de «follow-up» engendre un engorgement et un mode de fonctionnement inefficace et peu rationnel des services d'urgence des établissements. D'autre part, cet état de fait provoque chez tous types d'usagers un sentiment légitime de frustration, doublé d'un diagnostic sévère à l'égard du mode de dispensation des soins»</i> .
1974	Le ministère des Affaires sociales met sur pied un comité des urgences, chargé d'étudier la question et de faire des recommandations. Seule la mise en place de la centrale de répartition des ambulances sur l'île de Montréal s'est complètement réalisée.
1975	Les établissements de soins de courte durée se voient confier la responsabilité de bassins de population bien définis en matière de soins psychiatriques. Une nouvelle clientèle issue en partie de ce qu'on appelait les «asiles» allait dorénavant avoir recours aux établissements de courte durée, dont les urgences.
1975	Un groupe de travail régional est constitué afin d'étudier les difficultés de fonctionnement des urgences. Les problèmes rencontrés le plus fréquemment ont trait à l'engorgement et aux fermetures épisodiques des urgences, ainsi qu'au séjour prolongé à l'urgence de malades en attente d'hospitalisation, notamment les personnes âgées et les patients psychiatriques. ²⁰

¹⁹ Rapport du comité «Système de services d'urgence» ministère des Affaires sociales du Québec, mai 1974, pp.3-5.

²⁰ Walter O. Spitzer et ass. Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des urgences des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A) : mai 1985, page 3.

1976	Le Ministère demande aux centres hospitaliers de courte durée de plus de 200 lits de réserver 10 % de leur capacité aux soins prolongés. Ce pourcentage est largement dépassé dans les années qui suivent, ce qui n'est pas sans modifier la clientèle traditionnelle des hôpitaux.
À partir de 1976	Application de diverses mesures pour réduire le recours à l'hospitalisation : ♦ augmentation des crédits pour les services à domicile; ♦ amélioration des installations en cliniques externes; ♦ implantation des programmes de chirurgie d'un jour.
1977	Le Conseil régional commence à se préoccuper sérieusement du problème des urgences et procède à la mise sur pied de la centrale de coordination des urgences.
1978	Une étude réalisée par Nicholas Steinmetz ²¹ fait ressortir une augmentation générale de la demande de soins de l'ordre de 80,9 % entre 1966 et 1974 pour les urgences. De plus, entre 1970 et 1974, l'augmentation des visites dans les urgences est le double de celle qui affecte les bureaux privés. L'augmentation concomitante observée dans le nombre de médecins de bureau contraste avec la stagnation des ressources à l'urgence. L'introduction du régime d'assurance-maladie ne semble pas avoir modifié le profil des conditions médicales de ceux qui consultent à l'urgence. Par contre, la capacité pour le patient de joindre par téléphone son médecin passe de 63 % à 38 %.
1979	La médecine d'urgence est reconnue comme spécialité aux États-Unis.
1980	La médecine d'urgence est reconnue comme spécialité au Canada. Le Québec fut, jusqu'en 1998, la seule province canadienne à ne pas s'être dotée d'une spécialité en médecine d'urgence.
1982	Le sous-comité des disciplines en émergence de la Corporation des médecins du Québec reçoit une première demande de création d'une spécialité en médecine d'urgence. Cette recommandation est rejetée par la Corporation.
1982	Fondation de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) qui compte aujourd'hui près de 600 membres. Sa mission n'est pas syndicale mais scientifique. Son objectif est le maintien et l'amélioration de la qualité des soins d'urgence au Québec.
1983	Fondation de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ).
1984	Le Ministère réalise un plan d'action intitulé «Les urgences dans la région de Montréal : éléments de solution».

²¹ Steinmetz, Nicholas, Hospital Emergency Room Utilisation in Montréal before and after Medicare : février 1978, pages 133-39.

1984	Préparation au ministère des Affaires sociales d'un protocole de recherche pour l'analyse des problèmes d'engorgement dans les urgences des centres hospitaliers de courte durée de la région de Montréal.
1985	Première requête de l'Association des médecins d'urgence du Québec visant à faire reconnaître la médecine d'urgence comme spécialité refusée par la Corporation des médecins du Québec. La requête est rejetée en 1987 par le bureau de la Corporation. Une requête semblable sera déposée en 1991, recommandée en 1993 par le Comité des études médicales puis battue de nouveau au Bureau.
1985	L'Université McGill, par Walter O. Spitzer, réalise une étude à la demande du Ministère à partir d'un échantillonnage de quelques hôpitaux de la région métropolitaine de Montréal, afin de comprendre les causes de la congestion des services d'urgence. Celle-ci porte sur trois aspects : ◆ décrire et mesurer l'ampleur, la fréquence et la variabilité des situations de congestion; ◆ identifier les facteurs qui contribuent à prolonger le séjour des patients à l'urgence; ◆ identifier les caractéristiques organisationnelles, tant à l'urgence, à l'hôpital que dans son environnement, susceptibles de diminuer ou d'amplifier les problèmes d'engorgement des urgences. Pour identifier les causes profondes des malaises dans les urgences, Spitzer étudie notamment : ◆ la façon dont on dispense les urgences dans un centre hospitalier; ◆ les pouvoirs des professionnels de la santé de l'urgence d'accéder aux ressources de l'hôpital; ◆ les relations avec l'ensemble du réseau des services de soins.
1985-1987	Travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon).
1986	S'appuyant sur les conclusions du rapport Spitzer, la ministre Thérèse Lavoie-Roux décide d'intervenir, mettant en place, par décret, un «plan de désengorgement des urgences». Ce plan, échelonné sur trois ans, prévoit des interventions en fonction de cinq axes : ◆ le fonctionnement interne de l'urgence; ◆ les disponibilités externes aux urgences; ◆ des mesures spécifiques pour les personnes âgées; ◆ des mesures spécifiques pour la clientèle psychiatrique; ◆ des mesures pour d'autres clientèles.

	De 1986 à 1990, le Ministère consacre plus de 476 millions pour la mise en œuvre du «plan de désengorgement des urgences». Le rapport semestriel du Ministère d'avril 1988 ²² conclut : <i>«La plupart des mesures étaient implantées et ce, en conformité avec le plan initial. Les mesures pour patients psychiatriques ont été plus difficiles et plus longues à implanter dans toutes les régions sauf peut-être à Montréal. Les mesures inachevées, autres que celles en santé mentale, étaient, pour la plupart, des mesures qui impliquaient des travaux d'immobilisation».</i>
1986	Dans la foulée du plan de désengorgement, le Ministère met en place un système d'information ciblant quatre indicateurs : ◆ l'encombrement; ◆ le séjour excessif; ◆ le taux d'occupation des civières; ◆ le séjour moyen.
1988	Le dépôt du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux ²³ fait le constat de certains dysfonctionnements dans l'évolution du système sanitaire. La lourdeur du système et le poids considérable des groupes de pression font que l'usager n'était pas toujours considéré au centre et la raison d'être fondamentale du système. La disponibilité des services offerts en urgence confère à l'hôpital la caractéristique de porte d'entrée privilégiée dans un réseau de la santé qui est loin d'être uniquement médical : les personnes âgées transitent vers l'urgence pour accéder à un placement institutionnel, à de l'hébergement temporaire, à des services de soutien, etc. La diversité des problèmes qui amènent quelqu'un à l'urgence semble incompatible avec ce que devrait être un service d'urgence. Il s'ensuit de l'insatisfaction chez les usagers, des dysfonctions dans les services et le besoin de ressources nouvelles.
1988	L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal produit, deux ans après les mesures Lavoie-Roux, un rapport ²⁴ faisant un constat de la persistance du problème de la congestion de l'urgence de l'hôpital où ils travaillent. Leurs commentaires mettent en évidence plusieurs caractéristiques de l'état actuel, à savoir : ◆ effet positif de l'équipe multidisciplinaire; ◆ rôle utile du médecin coordonnateur; ◆ personnel épuisé; ◆ prise de conscience par les médecins de la gravité du problème; ◆ absence de progrès en gériatrie active;

²² Roy, M.-R. et Jacob, R. Évolution de la situation des urgences : rapport semestriel d'avril 1988, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 1988.

²³ Rapport de la Commission Rochon 1988, p. 172 .

²⁴ La situation dans les urgences de Montréal deux ans après les mesures Lavoie-Roux, enquête sondage publiée en décembre 1988 par l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, page 13.

	◆ absence de développement de maintien à domicile; ◆ obligation de transférer des malades pour libérer des civières. Pour la plupart des médecins omnipraticiens de Montréal, les mesures introduites apparaissent insuffisantes pour régler le problème.
1989	Le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)²⁵ réalise un rapport évaluant l'efficacité et l'efficience des mesures gouvernementales visant à réduire l'engorgement des urgences. Pineault et ses collaborateurs montrent que : ◆ les mesures externes aux centres hospitaliers ne correspondent pas aux besoins d'une portion de la clientèle âgée sur civière à l'urgence qui nécessite des soins médicaux importants (page R6); ◆ les mesures visant à réduire la durée de séjour à l'urgence (mesures internes) ont eu une rentabilité plus grande que celles visant à diminuer le nombre des patients sur civière (mesures externes); l'introduction d'un médecin coordonnateur à l'urgence et à l'admission, doté d'un pouvoir décisionnel réel sur le congé des patients de l'urgence, et la présence de professionnels en santé mentale sont associées à une baisse du séjour moyen et à une amélioration des situations d'engorgement; ◆ l'établissement de conditions organisationnelles telles que la disponibilité de ressources hospitalières en lits, la présence d'une équipe médicale permanente dont la principale activité se situe à l'urgence, une politique de consultation médicale à l'urgence dans des délais de moins de quatre heures, une politique flexible à l'égard des admissions hors-service; ◆ l'ajout de ressources n'est pas associé à une amélioration notable de la situation de l'urgence; ◆ les écarts importants de rendement entre les urgences ne s'expliquent pas uniquement par la quantité de ressources disponibles.
1989	Sur la base des constats du plan de désengorgement, le Ministère lance une opération «bilan réorientation urgences».
1990	L'encombrement des urgences redevient un problème persistant. Le ministre Marc-Yvan Côté retient quatre principes : ◆ le problème des urgences n'est pas dû au volume de patients à l'entrée, mais à la durée de séjour des patients sur civière, notamment des personnes âgées et des patients psychiatriques; ◆ malgré 226 millions de dollars consacrés sur trois ans au plan de désengorgement des urgences, le problème persiste; ce qui est en cause est moins le manque de ressources dans les centres hospitaliers que le fonctionnement même du système;

²⁵ Pineault, R., Roberge, D., Boyle, P., Pelchat, Y. et Sicotte, C. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience des mesures gouvernementales visant à réduire l'engorgement des salles d'urgence. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Université de Montréal, 1989, 242 p.

	◆ le système de production n'est pas adapté aux besoins des personnes âgées; ◆ il n'est plus question d'investir systématiquement et uniquement là où il y a des problèmes; d'abord cette façon de faire incite à avoir des problèmes plutôt qu'elle ne les résout; cela risque aussi d'aggraver les problèmes existants si l'on pense que le seul moyen d'avoir accès à des ressources, c'est de venir engorger les urgences; il faut changer les signaux; investir là où c'est efficace.
1990	Le ministre Marc-Yvan Côté, dans la foulée du «bilan réorientation urgences», met en place deux groupes de travail sur les urgences : ◆ Le G.S.U. (Groupe stratégique sur les urgences) est chargé de faire des recommandations au Ministre sur les causes profondes des problèmes d'urgence²⁶. C'est ce groupe qui précise que le séjour moyen de patients nécessitant une observation sur civière à l'urgence ne devrait pas excéder 8 heures et pourrait se prolonger à 12 heures lorsqu'ils ont besoin d'être hospitalisés (G.S.U., juin 1992, p. 32). ◆ Le G.T.I.²⁷ (Groupe tactique d'intervention sur les urgences), constitué d'un ensemble d'experts, a pour mandat : ➤ de se rendre dans tous les services d'urgence présentant des problèmes d'engorgement; ➤ de mettre en lumière les problèmes d'organisation et de fonctionnement des urgences; ➤ d'étudier les politiques et procédures d'admission et de gestion des lits hospitaliers; ➤ d'assurer la référence aux ressources externes (SIMAD, CAH/CHSLD, hôpitaux psychiatriques); ➤ de formuler des recommandations quant aux correctifs à apporter et aux mesures à prendre.
1990	Le Ministère prévoit s'attaquer au problème du recours inopportun aux urgences en imposant un «ticket orienteur» aux patients qui se présenteraient à l'urgence pour motifs non urgents plutôt que de consulter les cabinets privés de médecins ou les CLSC.

²⁶ «La mission de l'urgence est de rendre de façon adéquate aux bénéficiaires dont l'état le requiert d'une façon immédiate les services spécifiques d'accueil, d'évaluation, de stabilisation et d'amorce de traitement.» (rapport final G.S.U., juin 1992, p. 32).

²⁷ Rapport de la première année d'intervention du Groupe tactique d'intervention 24 mai 1991, 40 pages.

1990	Le Groupe de travail interuniversitaire sur la médecine d'urgence recommande la reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité dans la province de Québec afin d'assurer le développement des programmes de formation spécialisée.
1991	Fondation de l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec (AGIUQ), regroupant aujourd'hui la plus grande part des chefs infirmiers d'urgence.
1991	Le premier rapport du Groupe tactique d'intervention sur les urgences, après une première année d'activité, propose des correctifs et des mesures à prendre dans les établissements hospitaliers aux prises avec des problèmes d'engorgement. (Voir chapitre subséquent pour un résumé des activités du Groupe tactique.)
1991	La nouvelle Loi sur les services de santé et de bien-être est l'occasion de redéfinir les responsabilités des différents acteurs en matière de planification, d'administration et de prestation des services.
1992	La publication de la Politique de la santé et du bien-être identifie les stratégies et les priorités d'action et fixe des objectifs de réduction des principaux problèmes de santé et des problèmes sociaux qui affectent la population.
1993	Mémoire de maîtrise en santé communautaire réalisé par Madeleine Breton sur la situation dans les urgences : Comparaison Québec-Ontario. Outre une perspective historique intéressante, le mémoire identifie et documente des variables permettant de comparer le fonctionnement des urgences dans quatre hôpitaux du Québec et quatre de l'Ontario. Ces variables sont : ◆ la durée de séjour à l'urgence des patients hospitalisés par la suite; ◆ le statut de l'urgence; ◆ la flexibilité de la politique de gestion des lits; ◆ la formation et la stabilité du personnel; ◆ l'infrastructure; ◆ les systèmes d'information.
1994	Dans la foulée de la Réforme de la santé et des services sociaux, le Groupe tactique d'intervention s'assure d'un transfert progressif vers les Régies régionales des responsabilités et des activités concernant les situations d'engorgement dans les urgences ²⁸ .

²⁸ Groupe tactique d'intervention, quatrième rapport d'activités, juin 1994.

1995	Le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise une étude ²⁹ documentant le problème de longues durées de séjour pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale dans les urgences québécoises. Cette étude identifie, dans l'hôpital et le milieu environnant, des facteurs qui limitent le cheminement régulier de clientèles présentant des problèmes de santé mentale à l'urgence. Enfin, l'étude propose des pistes de solution en regard des facteurs qui limitent le cheminement de clientèles présentant des problèmes de santé mentale dans les urgences.
1996	L'objectif du déficit zéro fait l'objet d'un consensus parmi les différents partenaires lors de la Conférence sur le devenir social et économique du Québec.
1996	Suite à une demande déposée en 1995, vote du Bureau du Collège des médecins du Québec reconnaissant la médecine d'urgence comme spécialité.
1997	Mise en place du régime général d'assurance-médicaments.
1997	Fondation de l'Association des médecins spécialistes en médecine d'urgence (A.M.S.M.U.), chargée de défendre les intérêts des futurs spécialistes en médecine d'urgence et les représentant auprès de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.
1998	Le ministre de la Santé et des Services sociaux rend public un document de consultation intitulé «Les urgences au Québec 1990-1997 : Bilan, perspectives et normes». Ce document a pour objectif de parfaire la définition des solutions proposées et de planifier les moyens à mettre en œuvre pour parvenir aux objectifs visés. Le Groupe tactique d'intervention, en collaboration avec l'Association des médecins d'urgence du Québec, publie la version finale en juin 1998. Le document, pour l'essentiel, identifie les problèmes observés, trace l'évolution de la situation de 1990 à 1997, énonce les facteurs de succès et propose également, comme outil de référence, des normes pour les urgences, lesquelles permettront une meilleure uniformisation des pratiques susceptibles de favoriser une performance accrue de l'urgence.
1998	Un décret publié dans la Gazette officielle du Québec confirme qu'une spécialité en médecine d'urgence a été reconnue et est en vigueur le 3 septembre 1998.

²⁹ Madeleine Breton et collaborateurs, Urgences Situation en santé mentale : Questionnements et pistes d'actions. Collection Données statistiques et indicateurs. MSSS octobre 1995, 84 pages.

1999	L'Association des médecins d'urgence publie un guide de triage, l'Échelle de triage et de gravité pour les départements d'urgence (É.T.G.), développé en collaboration avec l'Association canadienne des médecins d'urgence, la National Emergency Nurse Association et endossé par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec et par l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec.
1999	La ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, Madame Pauline Marois, ³⁰ et ses partenaires du milieu de la santé conviennent d'un plan d'action global avec des mesures à court, à moyen et à long termes pour trouver une solution définitive à la situation vécue dans plusieurs urgences. Aussi, est-ce avec pour toile de fond la volonté ministérielle «de mettre en place des solutions définitives» aux problèmes des urgences qu'un Groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences a été mis en place. Le présent rapport, sous la responsabilité du docteur Alain Vadeboncoeur, s'inscrit dans cette démarche.

4.2 Analyse contextuelle

De façon à comprendre l'ordre des moyens à mettre en œuvre *«pour trouver une solution définitive à la situation des urgences»*, il apparaît pertinent de remettre en perspective la compréhension des problèmes et des solutions développées pour les résoudre.

Une telle approche offre l'avantage de prendre en compte l'évolution de la médecine d'urgence au Québec, d'en saisir avec une perspective historique les principaux enjeux, d'identifier les efforts qui ont déjà été entrepris, d'évaluer sur la base de l'expérience acquise la pertinence de déployer et d'investir dans certains types de solutions, mais également de dégager les problèmes, compte tenu de leur portée.

Ce contexte historique donne leur plein sens à l'état de situation et aux solutions avancées.

4.2.1 Évolution générale de la médecine d'urgence

L'état de situation qui précède ne montre pas que les urgences soient en chute libre, contrairement à ce qu'une lecture superficielle pourrait laisser croire. Il y a certes une crise grave. Mais c'est une crise qui a été vécue de manière

³⁰ Communiqué du Cabinet de la Ministre «La situation dans les urgences : Le milieu de la santé se mobilise autour d'un plan d'action global» Québec, le 10 février 1999.

similaire dans bien des urgences en Amérique du Nord ou au Canada anglais, il y a plusieurs années déjà. C'est une crise de croissance.

Les urgences du Québec traversent, sans doute plus laborieusement qu'ailleurs, les étapes normales de la mise en place d'une nouvelle spécialité, qui a tout juste vingt ans maintenant. Il est donc essentiel de considérer les fondements historiques pour bien saisir les enjeux.

Au début des années 70, les urgences étaient des fourre-tout, des lieux sans logique propre, au Québec comme ailleurs : les patients y transitaient tant bien que mal, avant d'être admis sur de «vraies» unités de soins; des internes y assumaient les responsabilités médicales; les établissements n'accordaient aucune priorité aux lieux physiques ou aux équipements. C'est la préhistoire de la médecine d'urgence.

La médecine d'urgence est une spécialité jeune : reconnue en 1979 aux États-Unis et au début des années 80 au Canada anglais, mais seulement en 1998 au Québec, où son implantation reste à faire, elle a pu néanmoins se constituer depuis sa création en discipline médicale à part entière, comportant, comme toute spécialité, son corpus de recherche et d'enseignement.

En 1972, le Québec se situait à l'avant-garde du mouvement : l'Université McGill instituait une résidence de médecine d'urgence, une des toutes premières à voir le jour en Amérique du Nord. Depuis ce temps, quatre demandes de reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité ont été déposées au Collège des médecins du Québec. En août 1998, par décret du conseil des ministres, la médecine d'urgence devenait, enfin, une spécialité. Ce retard résulte, là comme ailleurs, d'un profond déficit culturel.

En 1999, malgré l'incroyable développement qu'a connu ailleurs la discipline, le Québec a accumulé un grand retard. Seuls un ou deux milieux privilégiés jouissent d'un développement comparable aux urgences du reste du Canada ou des États-Unis. Il y a là un blocage important.

Or, la science de l'urgence étant aussi celle de son organisation et de son administration, il ne faut pas s'étonner que ce retard s'accompagne d'un déficit organisationnel majeur, qui affecte d'ailleurs, par ricochet, la place que les urgences occupent au sein de notre réseau.

De même que la «chirurgie» est en fait une pratique multidisciplinaire dont le centre nerveux se situe à la salle d'opération, la médecine d'urgence peut être définie comme une pratique multidisciplinaire des soins prodigués aux patients souffrant de conditions urgentes, dont le centre nerveux se situe principalement à l'urgence. Mais la médecine d'urgence déborde ce cadre : du préhospitalier jusqu'au centre de toxicologie, en passant par la médecine de sinistre, la traumatologie, la médecine environnementale, le champ d'expertise est vaste.

Il faut considérer ce déficit culturel comme un élément-clé, et l'inscrire au cœur de la réflexion. Au terme de la démarche actuelle, les pistes convergent : la faible place accordée à l'urgence dans la loi, au sein du Ministère, dans le réseau de la santé et les hôpitaux ou au sein de divers organismes, tout cela en constitue la manifestation visible.

Les exemples foisonnent. Les médecins rencontrés perçoivent que l'on considère encore trop souvent la pratique de l'urgence comme le lieu de passage du médecin débutant dans la profession et désirant se «bâtir» une clientèle, ce qui nie la nécessité de recourir à des spécialistes mieux formés à l'urgence.

La notion même de carrière en médecine d'urgence est assez nouvelle : il y a dix ans, c'était une idée un peu bizarre, cultivée dans un nombre limité de centres d'excellence, ailleurs inconnue ou parfois cible d'attaques virulentes. Les choses ont changé : on retrouve de plus en plus de milieux où des médecins d'urgence œuvrent à temps plein, et de plus en plus longtemps lorsque les conditions sont favorables.

La recherche en médecine d'urgence? Peu développée au Québec, alors qu'un peu partout ailleurs elle est en pleine expansion, où elle constitue d'ailleurs un des moteurs d'un courant central de la pensée médicale moderne : la médecine basée sur l'évidence («evidence based medicine»). Il faut toutefois noter que, malgré son volume limité, la recherche effectuée au Québec est de la plus haute qualité.

L'enseignement? Il n'existe qu'une seule résidence en spécialité, qui ne forme que trois ou quatre médecins d'urgence par année, dont beaucoup, d'ailleurs, finissent à terme par quitter le Québec faute d'y pouvoir développer pleinement leur spécialité³¹.

Cette «fuite des cerveaux» est d'ailleurs un des problèmes majeurs de la médecine d'urgence au Québec : les diplômés du Québec sont maintenant des leaders de leur spécialité ailleurs au Canada. Ce n'est pas surprenant : le programme de McGill est souvent vu par plusieurs comme le meilleur programme de formation au Canada.

Une comparaison vient à l'esprit : la cardiologie. Pourquoi la cardiologie québécoise se retrouve-t-elle à la fine pointe de la recherche et de l'enseignement, mais pas la médecine d'urgence? C'est aussi curieux qu'illogique en regard de l'importance de la mission des urgences.

³¹ Mémoire déposé au Collège des médecins du Québec pour la reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité. Association des médecins d'urgence du Québec.

4.2.2 Les soins infirmiers d'urgence au Québec³²

Ces remarques sont également applicables aux soins infirmiers d'urgence : alors qu'aux États-Unis ou dans la Canada anglais, il existe des certifications spécifiques pour les infirmières d'urgence, ce concept n'existe pas encore au Québec, où les soins infirmiers d'urgence ont suivi une tangente similaire à celle de la médecine d'urgence : celle d'un développement retardé.

Au Québec, l'évolution des soins infirmiers dans les urgences s'est déroulée sur plusieurs phases, correspondant chacune à un stade de développement des départements d'urgence.

Le rôle premier de l'infirmière d'urgence était d'apporter du soutien aux patients dans la phase aiguë de la maladie ou de blessures soudaines. La visite à l'urgence représentait alors une étape transitoire avant l'admission à l'unité de soins. Les soins infirmiers dans les urgences étaient alors peu ou pas reconnus comme un secteur de spécialisation.

Au début des années 1980, les hôpitaux du Québec constataient une augmentation constante de l'affluence dans les urgences. Les infirmières d'urgence ont dû étendre leur champ de pratique pour y incorporer un deuxième volet, souvent contradictoire avec le premier, impliquant une compréhension plus vaste des soins associés antérieurement à l'hospitalisation.

Les tâches inhérentes à ce nouveau rôle, imposé par la force des choses, étaient exécutées dans un environnement incapable d'assurer une durée de séjour prolongé, sans outil ou équipement adéquat, et avec peu ou pas d'augmentation des effectifs.

Le rôle des soins infirmiers dans les urgences n'était toujours pas défini. Submergées par les besoins d'une clientèle changeante, les infirmières n'étaient pas capables de répondre adéquatement à la demande.

Au Québec, un triage primitif était implanté sporadiquement : les employés de soutien procédaient à une évaluation initiale du patient dans certaines institutions. Simultanément, aux États-Unis, des systèmes de triage avaient été implantés et évalués. Les résultats confirmaient clairement la compétence et l'efficacité des infirmières dans ce rôle.

Les implications potentiellement négatives des erreurs devenant plus évidentes à mesure que la durée de séjour et le nombre de visites à l'urgence augmentaient, le Groupe tactique d'intervention a reconnu la présence de systèmes de triage infirmier comme un critère important de qualité et un outil d'efficacité.

³² Merci à Diane Somerville pour sa contribution spécifique dans la rédaction de ce chapitre.

Les départements d'urgence ont par la suite graduellement implanté des systèmes de triage professionnels, puis établi des standards et des directives relatifs à la pratique et au soutien à la formation. Les infirmières dans les urgences ont commencé à définir leur spécialité. Des protocoles, des systèmes de documentation adéquats et des soins infirmiers orientés vers une clientèle spécifique voyaient alors le jour.

En 1994, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec publiait le document : «Prise de position - Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne - Un triage efficace et une prise en charge globale», qui soutenait les soins infirmiers dans les urgences.

Avec la réorganisation de la traumatologie, les infirmières sont devenues proactives dans ce dossier, grâce à l'acquisition des connaissances et habiletés nécessaires. Elles sont de plus en plus certifiées en Advanced Cardiac Life Support [ACLS], Pediatric Advanced Life Support [PALS] et en Nursing Trauma Core Course [NTCC]. Mais ce type de certification spécialisée évolue encore lentement au Québec.

Des postes d'infirmières-cliniciennes éducatrices sont aussi graduellement incorporés aux départements d'urgence, permettant ainsi de promouvoir la recherche et la formation.

Les soins infirmiers dans les urgences évoluent vers un contexte de spécialisation. Cette spécialisation ne peut s'accomplir sans une collaboration étroite, interdisciplinaire, avec les médecins d'urgence, en harmonie avec l'évolution de la médecine d'urgence, et sans un soutien administratif et financier suffisant de même qu'une vision plus clairement définie du concept de qualité et des outils permettant son évaluation.

4.2.3 La période de 1974 à 1984

Déjà en 1974, le rapport du Comité «Système et services d'urgence»³³ dénote, en ce qui a trait aux urgences, *«une absence marquée de politiques, directives, normes et standards régissant l'activité des services d'urgence et l'utilisation des ressources physiques et humaines. De ce fait, les services d'urgence sont livrés à eux-mêmes»*.

Déjà, également, les établissements sont confrontés aux problèmes de l'engorgement et de la fermeture épisodique des urgences et, pour y remédier, des sommes sont consacrées aux services à domicile, à l'amélioration des installations en clinique externe et à l'implantation des programmes de chirurgie d'un jour. Reconnaisant les déficiences relatives à la coordination des efforts pour soutenir le fonctionnement des urgences et *«une absence*

³³ Rapport du Comité «Système et services sociaux», MSSS, 1974.

totale de communication entre les services d'ambulance et les autres éléments du système de services d'urgence, entravant toute coordination efficace des ressources affectées à ce système», des sommes sont allouées pour l'implantation :

- ♦ d'un centre de coordination des urgences médicales;
- ♦ d'un système de coordination des admissions, destiné aux malades en attente de soins prolongés (info-admission);
- ♦ d'un système visant l'accélération du placement des personnes âgées en centre hospitalier de soins prolongés et en centre d'accueil et d'hébergement.

Quelques années plus tard, en 1977, pour réagir au séjour prolongé à l'urgence de malades en attente d'hospitalisation, notamment des personnes âgées et des patients psychiatriques, le réseau des centres d'accueil d'hébergement connaît un important développement, particulièrement à Montréal.

4.2.4 Spitzer et Sicotte 1985

Des chercheurs de l'Université McGill ont réalisé, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, un rapport qui aura un effet déterminant sur la compréhension du phénomène de l'urgence. Il confirmera que le problème de l'engorgement n'est aucunement lié au fort volume de la clientèle qui s'y présente. Ce problème est plutôt relié aux patients sur civière, non en raison de leur nombre, mais à cause de leur durée de séjour à l'urgence. Cet aspect du rapport Spitzer et Sicotte reste fondamental.

Il est le premier à établir qu'un délai de plus de 9 heures dans la durée de séjour à l'urgence est inacceptable, du point de vue de la qualité des services, dans un contexte médical aussi bien développé que celui du Québec.

Le rapport remet en question l'approche d'Urgences-Santé, qui tente, à cette époque, de contrôler l'arrivée des patients transportés par ambulance, ce qui aurait bien peu d'impact sur les problèmes d'engorgement. Selon le rapport, il faut procéder à un examen du mandat d'Urgences-Santé, se prononcer sur la pertinence de la politique de détournement d'ambulances et ajouter, au mandat de transport des patients vers l'urgence, la responsabilité de les aider dans leur retour de l'urgence vers la maison.

On y considère que les personnes âgées et les patients atteints de troubles mentaux constituent un facteur important d'engorgement en immobilisant des civières pour de longues périodes. L'hôpital de soins aigus est devenu le moyen privilégié d'accès au réseau des établissements de soins prolongés, des

centres d'accueil et d'hébergement et des centres hospitaliers de soins prolongés. Une stratégie est à établir à l'égard de ces clientèles, notamment :

- ♦ en augmentant la capacité d'accueil des réseaux de soins prolongés et de services psychiatriques;
- ♦ en mettant en place des lits de transition dans les institutions de soins prolongés, leur permettant d'accueillir et d'admettre leur clientèle;
- ♦ en assurant la disponibilité sur place à l'urgence de psychiatres seniors, nantis des pleins pouvoirs de décision d'admission et ayant un accès privilégié aux ressources de la communauté;
- ♦ enfin, en développant des solutions alternatives, comme les soins à domicile.

Mais au-delà de l'intervention d'Urgences-Santé et des enjeux liés aux clientèles particulières, le rapport Spitzer et Sicotte identifie deux problèmes associés à un délai important, soulevés lors des entrevues réalisées auprès d'infirmières :

- ♦ l'attente d'une consultation, compte tenu du fait que les médecins spécialistes sont rarement disponibles sur place, entraîne de sérieux délais; Spitzer et Sicotte ne formulent aucune recommandation particulière touchant ce problème;
- ♦ les délais d'attente reliés aux laboratoires et aux examens radiologiques; la plupart du temps, aucune priorité spéciale n'est accordée aux patients de l'urgence par les laboratoires et la radiologie; les liens organisationnels entre les laboratoires, la radiologie et l'urgence ne favorisent pas la productivité de l'urgence; ainsi, les techniciens en radiologie devraient être disponibles sur place 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7; un radiologue devrait être disponible sur place, au moins 16 heures par jour, 7 jours sur 7; une priorité absolue doit être donnée aux patients par le laboratoire et la radiologie; le rapport recommande de s'assurer que les services de laboratoires et de radiologie sont à proximité des zones réservées au traitement des patients.

Il faut noter que ces problèmes sont encore aujourd'hui déterminants dans le dysfonctionnement des urgences.

S'ajoute la question de la gestion des lits, qui constitue le principal délai encouru après la décision médicale d'hospitaliser. Ils attribuent en partie ce problème aux pratiques résiduelles de protection stricte des lits au sein d'un département, et au fait que le personnel médical omnipraticien qui travaille à l'urgence ne peut faire l'allocation des ressources de l'hôpital, dont, notamment, les lits.

Il est irrationnel, selon Spitzer et Sicotte, d'engager des omnipraticiens dans une urgence où l'on considère qu'ils sont assez bons médecins pour prendre soin de cas difficiles, instables et sérieux au moment de leur arrivée à l'urgence, mais qui ne sont pas considérés comme compétents pour décider si le patient a besoin d'un lit dans l'hôpital.

Pour Spitzer et Sicotte, le petit nombre de médecins qui pratiquent à l'urgence s'explique possiblement par le mode de rémunération à l'acte. Il faut, selon les chercheurs de McGill, instituer un mode de rémunération à la vacation. Une telle approche empêcherait le phénomène de réduction des effectifs, en même temps qu'elle encouragerait le recrutement de professionnels mieux adaptés aux besoins de l'urgence.

Ils mentionnent également que le rôle des médecins à l'urgence et leurs responsabilités sont limités. Au moment de l'étude, les médecins ne travaillaient que pendant un nombre restreint d'heures par semaine; ils ne participaient pas au processus de planification des urgences ou à la coordination des activités de l'urgence avec les autres activités hospitalières.

Enfin, il est intéressant de souligner que les hôpitaux où il n'y a pas d'engorgement sont en mesure de donner des explications sur les délais dans une grande proportion de cas, alors que les hôpitaux engorgés de façon critique sont très peu en mesure de l'expliquer. Spitzer postule que ce paradoxe s'explique par le fait que ces hôpitaux considèrent cette situation comme pratiquement normale. Dans les hôpitaux qui n'ont pas l'habitude de l'engorgement, toute variation de la durée de séjour au-delà du raisonnable n'est pas tolérée et est identifiée comme un délai non justifié.

4.2.5 La plan de désengorgement des urgences de 1986

Dans la foulée du rapport Spitzer et Sicotte, la ministre de la Santé et des Services sociaux Thérèse Lavoie-Roux et son successeur Marc-Yvan Côté investissaient, aux chapitres des opérations et des immobilisations, plus de 476 millions de 1986 à 1990 pour la mise en œuvre du «plan de désengorgement des urgences». Arrimés à certains éléments de la problématique soulevée par Spitzer et Sicotte, les efforts ont été déployés dans le fonctionnement immédiat de l'urgence, mais également dans des mesures externes ayant pour objectif de soutenir la volonté de désengorgement des urgences.

L'engagement de médecins coordonnateurs investis des pouvoirs nécessaires à l'accomplissement de leur mandat et la consolidation d'équipes multidisciplinaires à l'urgence, à l'admission et aux cliniques externes ont eu des effets déterminants sur le fonctionnement et l'évolution des urgences.

Le plan de désengorgement invitait également à l'amélioration des procédures de fonctionnement des urgences, afin d'accélérer le processus d'admission et les prises de décision. Ces procédures portaient notamment sur les aspects suivants :

- ◆ la réduction du délai de consultation;
- ◆ la limite des investigations trop poussées à l'urgence;
- ◆ la mise en place de protocoles d'investigation;
- ◆ l'établissement de priorités d'admission pour les cas urgents;
- ◆ l'établissement de priorités d'accès aux cliniques externes pour les bénéficiaires de l'urgence;
- ◆ la création d'une réserve quotidienne de lits pour l'admission des cas urgents;
- ◆ la mise en place dans chacun des établissements d'une politique d'admission opérationnelle en fonction des besoins d'admission en provenance des urgences et d'un ajustement en regard de la clientèle élective;
- ◆ l'assurance du respect rigoureux de la politique des 48 heures à l'urgence;
- ◆ le réaménagement, si nécessaire, des installations physiques des urgences.

Au titre des mesures externes à l'urgence, soulignons :

- ◆ pour les personnes âgées, la création et le développement de centres et d'hôpitaux d'un jour, d'unités de gériatrie, d'équipes de psycho-gériatrie à domicile, de lits d'hébergement et de soins de longue durée;
- ◆ en psychiatrie, la création et le développement de centres de crise et de services d'hébergement temporaire et l'ajout de professionnels en santé mentale dans les urgences;
- ◆ la mise sur pied de services de maintien à domicile et le développement d'unités de soins d'un jour en médecine;
- ◆ la consolidation d'un service de réponse téléphonique pour les victimes d'empoisonnement.

À ces mesures, le plan de désengorgement ajoutait la révision des plans d'effectifs médicaux au regard des besoins régionaux, de manière à permettre la confection d'un plan régional de répartition des ressources favorisant la complémentarité et la rationalisation des services sur le territoire et, par voie de conséquence, contribuant à une meilleure répartition de l'achalandage entre les urgences. Enfin, il responsabilisait les Conseils régionaux de la santé et des

services sociaux en leur attribuant le mandat de suivre l'évolution de la situation des urgences dans les centres hospitaliers.

Pour sa part, le rapport du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé³⁴, auquel contribua notamment Monsieur Sicotte³⁵, évalue en 1988 l'efficacité et l'efficience des mesures du plan de désengorgement des urgences de 1986, reformule, d'une part, les problématiques :

- ◆ les mesures externes aux centres hospitaliers ne correspondent pas aux besoins d'une portion de la clientèle âgée sur civière à l'urgence, qui nécessite des soins médicaux importants;
- ◆ les mesures visant à réduire le séjour à l'urgence (mesures internes) ont eu une rentabilité plus grande que celles visant à diminuer le volume de patients sur civière (mesures externes);
- ◆ l'ajout de ressources n'est pas nécessairement associé à une amélioration notable de la situation de l'urgence et les écarts importants de rendement entre les urgences ne s'expliquent pas uniquement par la quantité de ressources disponibles;

et suggère, d'autre part, l'ajustement des solutions :

- ◆ l'introduction d'un médecin, coordonnateur à l'urgence et à l'admission, doté d'un pouvoir décisionnel réel sur le congé des patients de l'urgence, et la présence de professionnels en santé mentale sont associées à une baisse du séjour moyen et à une amélioration des situations d'engorgement; cette mesure devrait être maintenue; il importerait dans le même esprit de responsabiliser les chefs de département en ce qui concerne l'admission des patients provenant de l'urgence; une telle responsabilisation devrait se faire dans tous les hôpitaux;
- ◆ l'établissement de conditions organisationnelles telles que la disponibilité de ressources hospitalières en lits, la présence d'une équipe médicale permanente dont la principale activité se situe à l'urgence, une politique de consultation médicale à l'urgence dans des délais de moins de quatre heures, une politique flexible à l'égard des admissions hors-service;
- ◆ relativement à la gestion des lits, le rapport recommande que des mesures soient prises dans les hôpitaux pour assouplir les règles de sectorisation et pour introduire une plus grande flexibilité entre les lits de médecine et de chirurgie; s'appuyant sur l'expérience ontarienne, il recommande également que les hôpitaux augmentent leurs activités de court séjour tant au niveau de la chirurgie que de la médecine;

³⁴ GRIS : évaluation des mesures de désengorgement, 1989.

³⁵ Claude Sicotte était également collaborateur dans le cadre du rapport Spitzer.

- ◆ le rapport recommande qu'un système de monitoring des urgences intégré dans les pratiques hospitalières soit mis en place dans tous les hôpitaux; un tel système doit d'abord (avant ceux des Régies régionales et du Ministère) répondre aux besoins des gestionnaires des urgences en fournissant de l'information sur le volume, la provenance et l'orientation des patients, leur durée de séjour, etc.

4.2.6 Les urgences au Québec 1990-1997

Devant la persistance de problèmes importants d'encombrement de plusieurs urgences, mise en relief dans le document intitulé «Bilan réorientation urgences», le ministre Marc-Yvan Côté a mis en place le Groupe tactique d'intervention, un groupe d'experts en matière d'urgence hospitalière, dont la finalité était de remettre les urgences sur la voie d'un fonctionnement normal.

Le Groupe tactique d'intervention se percevait d'abord et avant tout comme un groupe d'experts-conseils qui, en plus d'effectuer des visites, de faire des constats et des recommandations, offrait des services de consultation aux hôpitaux afin de faciliter la recherche de solutions à leurs problèmes.

Toutefois, à ce mandat qui pourrait être qualifié de «développement organisationnel», le Groupe tactique d'intervention fut rapidement appelé à recommander au ministère de la Santé et des Services sociaux des sanctions, comme la retenue de budgets de développement, de réaménagement et d'immobilisations pour les centres hospitaliers qui ne parvenaient pas à solutionner les problèmes à l'urgence.

Comme on le voit dans les rapports des premières visites, le rôle normatif et coercitif du Groupe tactique d'intervention peut avoir été perçu en contradiction avec son rôle d'accompagnement et d'expertise-conseil. D'ailleurs, le Groupe n'aurait été que peu demandé spontanément comme expert-conseil par les établissements.

Il faut reconnaître qu'en 1990, au moment de la création du Groupe tactique, on trouvait souvent, dans la majorité des urgences, une situation hautement dysfonctionnelle, ce qui a pu légitimer le choix d'une approche d'abord coercitive, mais a pu aussi empêcher le Groupe tactique de jouer pleinement son rôle de soutien. Il est possible que la situation actuelle amène des choix différents.

Le Groupe tactique a permis de poser des diagnostics spécifiques quant à la question de l'urgence dans la plupart des hôpitaux du Québec. Accompagnés de recommandations ciblées, ces diagnostics ont contribué à la prise de conscience initiale nécessaire dans bien des milieux. La tournée des 61 hôpitaux réalisée en février 1991 par le Groupe tactique d'intervention

aura ainsi permis d'identifier les principaux problèmes rencontrés dans le fonctionnement des urgences. Soulignons :

1. la gestion déficiente de la problématique des personnes âgées;
2. les durées de séjour trop longues en courte durée;
3. l'utilisation de l'urgence à des fins autres que la sienne propre;
4. la mauvaise gestion des lits;
5. le retard dans la consultation à l'urgence;
6. la gestion déficiente de la problématique des patients psychiatriques et le fait que l'on n'accorde pas la priorité aux examens psychiatriques;
7. des locaux non fonctionnels et mal utilisés;
8. l'absence ou la faiblesse des systèmes d'information pour la gestion des urgences;
9. des carences au niveau de la coordination de l'urgence;
10. des problèmes se rapportant à la sortie des patients en attente d'hébergement;
11. l'attente avant de passer des examens ou recevoir des traitements spécialisés dans d'autres établissements;
12. l'absence de pouvoir décisionnel pour les médecins;
13. les délais occasionnés par l'attente du médecin habituel du patient.

Le Groupe tactique d'intervention insiste aussi sur la nécessité de convenir d'une mission commune pour les urgences.

De manière à assurer une fonction de vigie constante des urgences, le Groupe tactique d'intervention a retenu deux principaux indicateurs, soit les séjours de 48 heures ou plus sur civière et le nombre de civières excédant le nombre autorisé.

À cet égard, le Groupe tactique d'intervention précise que *«l'humanisation des soins et la qualité des services exigent que personne ne séjourne sur une civière plus de 24 heures dans une urgence»*. Notons que la norme proposée par Spitzer était de 9 heures. Les 24 heures admises au Québec dépassent largement ce qui est toléré dans les autres provinces canadiennes. Eu égard aux temps de séjours très prolongés retrouvés dans les urgences du Québec, ce choix paraît toutefois un compromis raisonnable.

Le Groupe tactique a proposé, en 1998, avec la collaboration de l'Association des médecins d'urgence du Québec, des normes pour les urgences, lesquelles permettraient une uniformisation des pratiques susceptibles de favoriser une performance accrue de l'urgence. Les normes développées et sobrement rendues publiques en 1998 portent sur les aspects suivants :

- ◆ la gestion interne de l'urgence;
- ◆ la durée de séjour à l'urgence;
- ◆ la configuration physique de l'urgence;
- ◆ le calcul du nombre de civières;
- ◆ le triage;
- ◆ le personnel de l'urgence;
- ◆ les politiques de consultation;
- ◆ les laboratoires;
- ◆ la radiologie;
- ◆ les protocoles avec les autres départements;
- ◆ les statistiques requises à l'urgence;
- ◆ les politiques hospitalières;
- ◆ le tableau de bord des indicateurs de performance.

Les actions du Groupe tactique ont permis «d'éveiller» les hôpitaux à une certaine culture des urgences, portant essentiellement sur la nécessité d'en faire une haute priorité au sein des directions et du conseil d'administration et sur l'obligation de se donner les moyens nécessaires pour éviter qu'elles ne soient encombrées. Les normes de durée de séjour et d'encombrement sont ainsi devenues des priorités de gestion pour beaucoup d'administrations.

Dans le contexte de la réforme du réseau de la santé et du virage ambulatoire, le Groupe tactique a notamment contribué à accélérer l'application des solutions alternatives à l'hospitalisation, de la chirurgie d'un jour, des unités de court-séjour, de méthodes nouvelles de gestion des lits, et de divers principes de gestion favorisant une meilleure efficacité des hôpitaux et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources.

5.0 PARADIGMES

5.1 Introduction

Les «vérités» sont relatives. Elles évoluent dans le temps et ne sont pas les mêmes d'une personne à l'autre. Une vérité d'hier peut devenir aujourd'hui un mythe. De nouvelles vérités surgissent là où on ne les attendait pas. La question de l'urgence n'échappe pas à cette réalité.

Certaines vérités, souvent répétées, s'élèvent au rang de système, jouent un rôle significatif dans le cadre de la pensée ou deviennent elles-mêmes ce cadre. On peut alors leur donner le nom de «paradigmes».

Les paradigmes sont utiles comme cadre de référence, balise commune ou même outil de réflexion et d'évolution. Mais il arrive que de nouveaux paradigmes viennent heurter les anciens : de nouvelles données viennent transformer la perception des choses et leur compréhension. De nouvelles solutions voient alors le jour : c'est un changement de paradigme.

Dans la question des urgences, on retrouve plusieurs paradigmes, qui occupent une bonne part du champ de la réflexion. Mais s'ils ne sont plus porteurs des solutions, il faut arriver à s'en détacher, les démonter. Aborder, comme le stipule le mandat donné dans le cadre de ce rapport, les solutions avec un regard neuf. «Exorciser» les vieilles vérités pour mieux avancer.

5.2 Le *problème* de l'urgence

Au cours des dernières années, on a beaucoup parlé des urgences : dans les hôpitaux, dans les médias, les régies, les organismes non gouvernementaux, les cuisines sans doute. Dans beaucoup de CMDP, un point portant sur la situation à l'urgence revenait à chaque réunion, même si, souvent, on n'y parlait presque pas de l'urgence : on discutait plutôt des durées de séjour à l'étage, des patients en longue durée, de la chirurgie d'un jour, etc. Mais l'urgence était bien le lien entre ces différents débats. Quant aux médias, on y parle des urgences surtout lorsqu'elles sont encombrées.

D'avoir occupé ainsi tous les lieux du discours présente certains avantages : dans bien des cas, c'est par ce brassage d'idées autour de la question qu'on est

arrivé à trouver des solutions novatrices, à renouveler les approches, ou à tout le moins à maintenir la pression.

Mais il demeure que la question des urgences a pu finir par engendrer, au sein des hôpitaux comme du réseau et du public, un certain effet de saturation, voire de lassitude, ou même de frustration pour d'autres qui auraient aimé que les priorités ne soient pas toujours les mêmes. Et comme les urgences sont toujours abordées par leurs problèmes, la «culture» moderne des urgences s'est développée autour de quelques concepts clés, qui sont tous négatifs par essence : l'encombrement, la congestion, l'affluence, les cas de coroner, les fermetures.

À tel point qu'on parle maintenant plus souvent du «problème de l'urgence» que de l'urgence elle-même. Il ne faut pas être surpris qu'on puisse vouloir «fermer» les urgences, même celles des grands hôpitaux, pour, justement «régler le problème». Comme si l'urgence n'était qu'un élément indésirable de l'organisation, et non l'expression même des liens entre l'hôpital et sa communauté. L'urgence, avant d'être un problème, est d'abord une réponse à un besoin réel, incontournable : celui de disposer d'un filet de sécurité sanitaire pour la population. C'est là son rôle vital, positif, parfois difficile à assumer mais surtout plein de défis et porté par des intervenants qui généralement s'y engagent à fond. L'urgence ne doit plus être un paratonnerre, mais bien une solution adaptée à certaines conditions médicales.

C'est pourquoi il a été choisi, dans ce document, de discuter bien sûr des problèmes qui affectent les urgences, mais jamais du «problème de l'urgence».

L'urgence n'est pas un problème : c'est une solution.

5.3 La légitimité de l'urgence

Et si on fonctionnait depuis le début sur un faux paradigme? L'urgence est, au Québec comme ailleurs, une des principales portes d'entrée du système de soins (Commission Rochon, 1988 p. 172), marquant dans plusieurs cas le début d'un épisode de soins pouvant être long, complexe et coûteux, tant pour le patient que pour l'ensemble de la société. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1990) :

«Plus de 48 % des Québécois utilisent l'urgence comme premier contact avec le système de santé comparativement à 30 % pour l'ensemble des Canadiens et 24 % pour les Ontariens. Près de 5 % des Québécois utilisent les CLSC à cette fin.»³⁶

³⁶ Une réforme axée sur le citoyen, 1990, p. 20. MSSS.

Ceci, même si la Commission Castonguay-Nepveu désignait les Centres locaux de services communautaires comme la porte d'entrée unique du système.

On se surprend souvent du fait que «l'éternel problème» des urgences ne trouve pas, justement, de solutions. Pourtant, une analyse de la position de l'urgence dans le discours public, au sein de la planification du Ministère, dans les positions prises par divers organismes gravitant dans le réseau, devrait mener au constat inverse : il serait surprenant que le problème des urgences puisse se régler, alors que la question des urgences y est souvent absente. On prend des mesures lors des crises, certes, mais quant à la gestion de fond, à la vision, aux orientations, il n'y a presque rien.

Ceci concerne la *légitimité* même de la question de l'urgence. Pourtant, faut-il rappeler qu'au même titre que la sécurité sociale assure un revenu minimal décent à la population dans le besoin, l'urgence constitue le filet de sécurité sanitaire de la population? C'est une réalité incontournable et pourtant bien peu discutée, comme niée ou contournée dans le discours sur les urgences.

Cette existence est-elle légitime lorsqu'on considère l'urgence comme un lieu de deuxième ligne où les patients doivent être référés avant tout (ce qui nie la nature même des soins d'urgence)? Lorsqu'on considère la médecine d'urgence comme une pratique de passage et qu'on retarde de quinze ans dans son implantation? Lorsqu'on ne reconnaît pas aux infirmières le droit à une prime pour y œuvrer, comme aux soins intensifs? Lorsque beaucoup d'hôpitaux en font encore un fourre-tout commode, sans logique propre? Lorsque l'urgence n'est pas décrite comme la porte d'entrée des hôpitaux alors qu'elle est à la source de la majorité des admissions?

Pourtant, depuis au moins 1985, il est clair que l'urgence est la porte d'entrée de l'hôpital, voire même du réseau de la santé :

«Le service d'urgence, en tant que ressource de première ligne, se distingue à la fois par son infrastructure hospitalière et par son accessibilité continue aux soins 24 heures par jour, et sept jours par semaine. Compte tenu du développement insuffisant d'alternatives à l'hospitalisation, des heures d'ouverture des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et de la quasi-disparition des visites médicales à domicile, plusieurs affirment que la salle d'urgence est en quelque sorte devenue la porte d'entrée privilégiée du réseau des soins de santé.»³⁷

Il est temps, non de mettre l'urgence au cœur du réseau, place qu'elle ne peut prétendre occuper, mais bien de lui reconnaître pleinement son rôle de porte d'entrée et de filet de sécurité sanitaire de la population. Cette reconnaissance, légitimant du même coup sa présence comme sa mission, paraît une condition

³⁷ Walter O. Spitzer et ass. Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des urgences des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A) : mai 1985, page 3.

essentielle à l'élaboration de solutions constructives, à long terme, visant à résoudre les nombreux problèmes qui en affectent le développement.

Il faut comprendre que c'est l'urgence qui garantit l'accessibilité universelle des patients au réseau de la santé. Fermez les urgences, et vous avez un trou béant, une difficulté d'accès qu'aucune autre structure ne peut prétendre combler.

Est-ce qu'on reconnaît bien le sens et l'importance de ce rôle fondamental? Il est permis d'en douter.

5.4 L'amont et l'aval

On parle souvent de «l'amont et de l'aval». Les problèmes affectant les urgences trouveraient ainsi leur source, non à l'urgence même, mais bien ailleurs, autour, quelque part : en *amont* (dans la communauté) ou en *aval* (dans l'hôpital et au-delà, jusque dans la communauté).

Dans plusieurs établissements visités, on s'est empressé d'affirmer que les problèmes affectant l'urgence n'avaient en rien leur source à l'urgence. Qu'il fallait regarder ailleurs. *En amont et en aval*.

Cette affirmation est sans doute partiellement fondée : on sait bien que les problèmes d'encombrement, surtout l'encombrement massif, s'expliquent en bonne partie, actuellement, par un manque d'accès aux lits de courte durée : c'est un problème d'output. Et c'est sans doute plus vrai maintenant qu'il y a quelques années.

Pourtant, dans tous les hôpitaux où on a pu affirmer qu'il «*n'y avait pas de raison d'examiner le fonctionnement de l'urgence elle-même et qu'il fallait regarder autour*», on peut y retrouver des problèmes si importants de fonctionnement, une telle désorganisation physique, une si grande inefficacité des processus ou une si évidente fragilité des ressources humaines qu'il faut se demander si le discours de «l'amont et l'aval» ne constitue pas une fuite facile ou même un simple phénomène de négation.

D'autant plus que, s'il paraît aisé de séparer l'amont de l'aval, en réalité, il est beaucoup plus difficile de faire cette distinction : le CLSC qui s'occupe du patient en perte d'autonomie à domicile est-il en amont ou en aval de l'urgence? Le médecin de famille qui assure le suivi de son patient est-il en amont ou en aval? Le CHSLD qui réfère son client à l'urgence et le reprend en charge à la fin de son hospitalisation est-il en amont ou en aval?

Il paraît plus simple et surtout plus rationnel de regrouper «l'amont et l'aval» au sein d'une seule entité : le réseau de soins de la communauté, qui comprend les cliniques privées, les CLSC, les CHSLD, le réseau des soins préhospitaliers

d'urgence, etc. Bref, tous les intervenants qui œuvrent à l'extérieur de l'hôpital, avec lequel ils se trouvent en réseau (ou devraient se trouver).

5.5 C'est la faute du patient

Un certain discours vise à «culpabiliser» le patient lorsqu'il consulte à l'urgence pour un motif qu'on juge «non approprié». Ce discours a culminé il y a quelques années autour de la question du ticket modérateur (cette contravention donnée à ceux qui n'utilisent pas la bonne porte).

Il est pourtant démontré que la majorité des patients qui consultent à l'urgence perçoivent que leur condition nécessite des soins urgents, ou n'ont tout simplement aucun autre accès aux soins médicaux. Bien sûr, dans une bonne proportion des cas, il ne s'agit pas d'une condition réellement urgente.

Mais peut-on vraiment reprocher au patient de ne pas disposer de connaissances suffisantes pour procéder à cette distinction de manière éclairée? Car on sait que même les professionnels de l'urgence ne s'entendent pas sur la notion de visite «appropriée» à l'urgence. Ainsi, Lowe³⁸ a montré que ce taux peut varier de 10 % à 90 % selon les critères utilisés, sur lesquels il n'existe pas de consensus.

Vouloir que le patient «prouve» la nécessité de sa visite conduit, en partie, au sous-développement de l'approche-client dans plusieurs urgences, où on considère que ceux qui se présentent pour des conditions non urgentes ne «méritent» pas un service approprié. Des temps d'attente excessifs représentent souvent un facteur amenant un patient à quitter l'urgence avant d'être vu. Or, il est aussi montré qu'une bonne proportion des patients qui quittent contre avis peuvent avoir une condition sérieuse, voire urgente : ce n'est pas un choix éclairé, c'est un choix risqué.

Le client de l'urgence n'a pas à assumer le fardeau de la preuve. Le temps d'attente ne doit pas être un outil complémentaire de triage. C'est plutôt l'urgence qui doit assumer ce fardeau : pour tout client qui s'y présente, l'équipe de l'urgence *doit* procéder à une évaluation de la condition et si, effectivement, cette condition ne nécessite pas de soins d'urgence, c'est à elle d'assumer la responsabilité de diriger ce patient vers des ressources plus appropriées à sa condition, aptes à assurer la continuité des soins.

Les urgences doivent ainsi être perçues comme un filet de sécurité sanitaire pour la population. Quand un individu perçoit dans un problème aigu une menace pour sa santé, il doit avoir confiance que ce problème puisse être effectivement pris en charge dans ce lieu qu'on nomme : «urgence». Le titre *d'urgence* devrait ainsi être réservé aux endroits où on peut offrir les services

³⁸ Lowe, RA et Al : Judging who needs emergency department care : a prerequisite for policy-making. American Journal of Emergency Medicine, 15(2); 491-495.

habituellement requis par une population consultant dans une urgence hospitalière.

L'urgence doit donc intégrer, au cœur de sa mission, une approche-client forte, partagée, bien implantée, et crédible. De même, le discours doit être adapté à cette réalité : il faut cesser de culpabiliser le patient pour les choix qu'il fait d'une manière qu'il croit juste en ce qui concerne sa santé.

Comme l'affirme l'Association des médecins d'urgence du Québec en 1986³⁹ :

«Le contexte psychologique et humain doit être considéré : les lacérations et entorses, par exemple, ne sont certes pas des problèmes graves mais la douleur, l'inconfort, la crainte du patient ne peuvent être ignorés. De plus, le réseau actuel de distribution de soins ne peut répondre adéquatement à toutes les demandes de cas potentiellement urgents et bénins.»

5.6 Le contrôle de l'*input*

Dans la mesure où on ne peut culpabiliser le patient pour son choix de l'urgence comme ressource d'accès aux soins (ce qui n'empêche pas de chercher à mieux l'informer et à favoriser un lien avec un médecin de famille), il semble opportun de ne pas dépenser des énergies indues à la question du contrôle de l'arrivée des patients, en particulier quant à la clientèle ambulatoire.

La plupart des rapports portant sur l'encombrement de l'urgence identifient bien que le problème est dans la clientèle sur civière qui, souvent, nécessite une hospitalisation. La clientèle ambulatoire n'a jamais été désignée comme un problème significatif : cette clientèle mobile nécessite peu de ressources et peut souvent être orientée vers des solutions alternatives une fois l'évaluation terminée.

Et depuis Williams⁴⁰, on sait que les coûts réels associés à la clientèle ambulatoire des urgences sont marginaux. En effet, une fois déployées les ressources humaines et matérielles nécessaires au traitement de la clientèle plus «lourde» (celle qui nécessite des soins coûteux), les coûts marginaux engendrés par le flux de clientèle ambulatoire sont minimes, et tout à fait comparables aux coûts nécessaires pour soigner cette clientèle à l'extérieur de l'hôpital.

³⁹ Mémoire de l'AMUQ pour la reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité présenté à la Corporation professionnelle des médecins du Québec, 1986.

⁴⁰ Williams, RM. The Costs of Visits to Emergency Departments. NEJM, 1996 :334 :642-646.

Des chiffres similaires ont été calculés en milieu québécois : ainsi, à l'hôpital Ste-Mary's, on a pu montrer que le fait de *doubler* la clientèle ambulatoire à l'urgence n'amènerait qu'une augmentation réelle des coûts de 5 %⁴¹. Ceci dit, il faut tout de même *gérer* cette clientèle, et non la subir.

Les prémisses des réflexions portant sur les visites non appropriées sont donc fragiles : si, d'une part, ces visites ne consomment pas une masse significative de ressources, si, par ailleurs, ces visites ne sont pas identifiées comme un problème significatif au sein des urgences, et si, d'autre part, il n'est pas possible de définir avec précision ce qui constitue une visite non appropriée à l'urgence, alors il apparaît préférable de ne pas dépenser une grande énergie à résoudre ce «problème». Toute l'énergie mise à étudier les caractéristiques de cette population «légère» pourrait être utilisée à meilleur escient. Il faut se demander aussi s'il ne s'agit pas d'une façon d'éviter de poser les vraies questions quant aux responsabilités des urgences.

Ce qui ne veut pas dire qu'on doive accroître le nombre de visites à l'urgence ou nier l'importance d'un lien significatif avec un médecin de famille. Au contraire, il faut travailler sur les aspects positifs de la question et renforcer, par exemple, le lien entre le patient et son médecin, ce qui vraisemblablement peut permettre une meilleure utilisation de l'urgence. Mais ceci est très différent que de chercher à tout prix à contrôler a priori l'affluence de patients à l'urgence, exercice difficile et périlleux, aussi bien pour le patient que, pour des raisons médico-légales, pour les intervenants de l'urgence.

5.7 Le rôle des médias

Un sondage, réalisé en mai 1998 pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, montre que «...65 % des adultes interrogés croient que la situation des urgences s'est détériorée par rapport à ce qu'elle était avant la réforme. Ce résultat, pour le moins alarmant à première vue, tire sans doute une partie de son fondement des propos et des nouvelles véhiculées par les médias.»⁴² Par ailleurs, 74 % des adultes, selon le même sondage, sont «tout à fait» d'accord avec le fait qu'il faut désengorger les urgences des hôpitaux.

Voilà certes une question fort préoccupante pour la population.

L'urgence est probablement la portion du réseau de la santé la plus médiatisée, surtout durant les mois d'hiver où l'encombrement est à son comble. Mais qu'est-ce qui est médiatisé? La qualité des soins? L'organisation physique? La mission? Non : c'est l'encombrement.

⁴¹ Données non publiées. Source : Michel Tétreault.

⁴² Sondage SOM, mai 1998.

«Grâce» à l'encombrement, les urgences «bénéficient» d'une visibilité médiatique en fait surprenante : on peut en suivre le cours comme on suit l'évolution du Dow Jones. Cette visibilité comporte certes des «avantages» : l'urgence est demeurée une préoccupation constante du Ministère et des établissements.

Par contre, il est possible que cette visibilité liée à son niveau d'encombrement provoque aussi des effets pervers. L'encombrement, très marqué médiatiquement, peut ainsi malheureusement devenir l'unique objet de la réflexion, voire même un enjeu de négociation.

Il est possible aussi que cette visibilité permette, jusqu'à un certain point, de délester l'établissement de sa responsabilité propre : dès que l'urgence est encombrée, elle «passe aux nouvelles», et devient ainsi objet public. Comme tout objet public, elle n'appartient plus à personne, sinon «au système» (c'est-à-dire ici au système de santé dont la Ministre répond).

C'est donc maintenant une question de laquelle doit répondre... la Ministre elle-même.

5.8 Être «de garde» à l'urgence

Pour la plupart des disciplines médicales spécialisées, être «de garde» signifie que l'on est en attente, facilement joignable, souvent à la maison et parfois même au golf et prêt à se rendre à l'hôpital dans un délai raisonnable en cas de nécessité. Ainsi, un chirurgien «de garde» viendra la nuit si un cas urgent s'y présente ou qu'une condition urgente imprévue survient sur les unités de soins.

Dans le vocabulaire courant, on est pourtant «de garde» à l'urgence, et d'ailleurs la liste de garde confirme l'emploi du mot : on y est bien, comme l'est le radiologiste ou l'obstétricien : «au cas où». Vous en connaissez beaucoup d'urgences où on est vraiment là «au cas où»?

N'est-il pas curieux que cet anachronisme, qui remonte à l'époque où, justement, il n'y avait pas de médecin attitré à l'urgence, ni nécessairement sur place, où on assumait la «garde» au cas où quelqu'un s'y présente, persiste jusqu'à aujourd'hui?

Comme si les urgences n'étaient pas devenues des lieux de dispensation continue des soins urgents. Comme s'il ne fallait pas plutôt voir une accalmie comme l'exception et l'affluence comme la règle.

Accepter d'être «de garde» à l'urgence, cela conduit à gérer les urgences «au cas où», sans provisions pour les soins prévisibles, sans gestion de l'affluence, sans établir de procédure continue de services, sans implanter d'approche-client. Cela conduit à gérer les urgences comme nous les gérons

aujourd'hui, c'est-à-dire sans trop les gérer. Cela fait partie de la non-culture de l'urgence dans notre réseau.

5.9 «Gérer les crises» ou «crise de gestion»?

Les périodes de congestion massive ont souvent été l'élément déclencheur des mesures de correction de l'encombrement. C'est ce qu'on appelle une gestion de crise. Or, la meilleure façon de gérer une période de crise consiste à s'assurer d'un fonctionnement adéquat sur une base annuelle.

Travailler en dehors des périodes de crise, c'est d'abord accepter qu'il existe dans la gestion des urgences des problèmes de fond significatifs. Si les pointes de consultation en hiver et l'encombrement qui s'ensuit doivent sans doute appeler à certaines solutions spécifiques, elles ne sont que l'expression plus évidente d'un dysfonctionnement que l'affluence accrue (et d'autres facteurs sans doute qui demeurent à élucider) fait ressortir crûment.

C'est comme si, à chaque fin d'hiver, les banques montaient en catastrophe des plans de crise pour répondre à l'affluence énorme des clients venant acheter leur REÉR.

Les établissements financiers savent qu'ils devront inexorablement faire face à un pic annuel important à la fin de leur année fiscale. Une telle opération est prévue dans leurs processus annuels de gestion, sans pour autant créer d'état de crise. Au contraire, l'affluence est alors recherchée, mais on s'organise en conséquence.

5.10 L'encombrement et les civières

Il apparaît que le phénomène de l'encombrement est un des problèmes majeurs qui affectent les urgences. Les réflexions amorcées par Lavoie-Roux et le coup de barre donné par le Groupe tactique d'intervention en 1990 ont certes permis d'avancer grandement dans la compréhension de ce problème et dans la mise en place de solutions qui, dans certains cas, ont été fructueuses.

Mais, en même temps, il faut voir que le discours et la réflexion sur les séjours prolongés et l'encombrement de l'urgence ont pris une telle proportion qu'il est devenu difficile, d'une part, de voir les autres problèmes qui affectent les urgences et, d'autre part, de trouver des solutions novatrices qui dépassent le champ des concepts véhiculés par les indicateurs choisis. On finit par croire ainsi que l'urgence n'existe que par son encombrement ou son «non-encombrement», et qu'une urgence non encombrée va nécessairement bien. Mais il n'en est rien.

On n'utilise pas, dans le réseau de l'éducation, le concept «d'élève-pupitre», qui serait fort commode : on pourrait ainsi mesurer le taux d'occupation des pupitres, maximiser leur utilisation (en offrant des cours la nuit par exemple), suggérer des normes de «pupitrage» afin de limiter l'accès non approprié aux pupitres, etc. Le parallèle n'est pas aussi sot qu'il paraît.

Soit, l'utilisation généralisée du concept de civière origine en partie du fait qu'on ne possède pas d'indicateurs cliniques fiables pour *suivre* les épisodes de soins à l'urgence, qui sont pourtant la finalité de sa mission. Il importe donc de favoriser la recherche à ce niveau.

Mais que vise-t-on, dans les faits, lorsqu'on suggère une norme définissant le nombre de civières requises pour une urgence donnée?

On cherche à influencer le processus. En déterminant un nombre de civières en fonction d'une durée de séjour et d'un volume de patients donnés, on demande en fait aux urgences d'améliorer leurs processus afin de pouvoir se limiter à ce nombre de civières.

On fait ainsi d'un simple indicateur *une stratégie de gestion*.

Il est possible que le choix soit adéquat, en l'absence d'autres moyens permettant d'influencer le processus. Mais il est possible aussi que ce choix, délimitant le champ de la réflexion, limite la recherche de solutions. Par exemple, au moins une urgence utilise efficacement un nombre variable de civières pour gérer les pics. Est-ce grave? Les patients ont-ils besoin qu'on limite le nombre des civières à l'urgence?

Oui, si, en augmentant leur nombre, l'hôpital contourne les contraintes pouvant lui inspirer une stratégie de diminution des séjours. Mais c'est tout.

Pour le reste, ce dont se soucie le patient et ce qui importe, c'est la qualité des soins. Ce que l'on sait, c'est que les séjours à l'urgence doivent être limités dans le temps, et que les patients doivent séjourner dans des lieux propices à une dispensation professionnelle des soins. Ces deux aspects ne dépendent pas du nombre de civières.

Ce qui importe, c'est de limiter la durée du séjour à l'urgence et d'encadrer les conditions de ce séjour. À cet égard, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec pourraient certes jouer un rôle accru.

Et si la définition du nombre autorisé de civières vise surtout à permettre l'établissement de statistiques, il est possible que cette norme soit superflue.

5.11 Le manque de ressources

Le docteur Nicholas Steinmetz rappelle que :

«L'engorgement des urgences ne doit pas être considéré et géré comme un problème financier mais comme un problème organisationnel. Beaucoup de ressources ont été créées depuis la mise en place du plan de désengorgement, par exemple, les centres de crise et les programmes de soins intensifs à domicile. Mais je ne sais pas si les hôpitaux ont changé leur façon de gérer les ressources. La tendance est de toujours vouloir ajouter des ressources financières, car c'est la solution la plus facile. Il est plus difficile de changer les modes de fonctionnement.»⁴³

Peut-être faut-il, dans certains cas, ajuster le niveau des ressources allouées. Mais il ne faut pas le faire sans optimiser d'abord l'organisation. Optimiser l'organisation peut aider à clarifier les besoins réels en ressources, mais augmenter isolément les ressources ne peut qu'embrouiller la compréhension des besoins organisationnels. On doit agir avec discernement.

5.12 La non-participation du médecin à la gestion

La participation réelle des médecins à la gestion des départements cliniques est variable d'un département à l'autre au sein d'un même hôpital, et d'un hôpital à l'autre au sein de la communauté. Le rôle des chefs de département est souvent limité au seul volet clinique.

Pourtant, la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule clairement que le chef de département est aussi responsable «d'élaborer, pour son département, des règles de soins médicaux (...) qui tiennent compte (...) des ressources dont dispose l'établissement»⁴⁴.

Il est connu que la participation directe des médecins à la gestion des ressources peut diminuer les coûts. Dès le début des années 80, certains auteurs⁴⁵ ont pu ainsi constater une correspondance entre le niveau de participation des médecins aux tâches de gestion et la performance des hôpitaux. Pour les urgences, Spitzer relevait déjà, en 1985⁴⁶ «qu'ils (les médecins) (...) ne s'impliquent pas dans le processus de planification des

⁴³ Propos du docteur Nicholas Steinmetz, directeur exécutif du Montréal Children's Hospital: Santé et Société Volume II, no 1; Hiver 1988-89.

⁴⁴ L.R.Q., chapitre S-4.2. Article 190. Gouvernement du Québec.

⁴⁵ Goldsmith, J.C, 1981; Shortell, S.M., 1983.

⁴⁶ Walter O. Spitzer et ass. Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des urgences des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A) : mai 1985, 114 pages.

urgences, ou dans la coordination des activités de la salle d'urgence avec les autres activités hospitalières.»

De fait, même si les choses ont pu évoluer depuis, les médecins n'ont souvent pas de prise directe dans la gestion des ressources des urgences ou de leurs départements cliniques. L'équation est simple : c'est le médecin qui prend les décisions qui affectent le plus directement les finances de l'hôpital. Il est davantage au fait des implications financières de ses décisions lorsqu'il est mis en présence de règles normatives.

Pour l'urgence, le modèle où les médecins-chefs des urgences n'ont pas un accès direct aux leviers décisionnels est d'autant plus surprenant que, généralement, les développements qu'a connus la pratique d'urgence au Québec au cours des dix dernières années ont souvent été attribuable à l'initiative de médecins pionniers ayant réussi à aider leur milieu à se structurer plus adéquatement.

De plus, l'urgence est une des unités hospitalières les plus complexes à gérer : tout comme le département de radiologie, elle est en relation constante avec l'ensemble de l'hôpital, on y retrouve plusieurs classes de professionnels qui doivent y œuvrer de concert, elles font appel largement à la technologie, on doit y assurer un roulement constant et les coûts de matériel y sont élevés.

Est-il concevable, dans ce contexte, que les chefs de département d'urgence n'aient pas davantage prise sur leur propre gestion? Peut-on penser que si les urgences étaient gérées de façon conjointe par le chef médical du département et par l'infirmière-chef, des gains pourraient être réalisés, sans compter un arrimage commun plus direct à la mission de l'urgence?

Pour les autres unités de soins, il apparaît que certains hôpitaux, qui accordent par choix une large responsabilité aux chefs de département dans la gestion des ressources, obtiennent des résultats probants.

6.0 MISSION

6.1 Une mission pour l'urgence

Qu'est-ce qu'une mission? Un énoncé général de la raison d'être, du but et de la finalité d'une organisation. La mission est au cœur de l'organisation. Les urgences doivent avoir une mission claire.

Les urgences ont-elles une mission qui leur est propre? Curieusement, aucun des intervenants rencontrés n'a pu définir la mission de son urgence, outre celle de «donner des soins urgents».

La mission de l'urgence, dans le cadre légal actuel (Loi sur les services de santé et les services sociaux) n'a de réalité propre qu'à travers la mission du centre hospitalier. Non seulement la mission de l'urgence y est-elle fondue à la mission de l'hôpital, mais force est de reconnaître que la place de l'urgence n'apparaît pas aussi nettement qu'elle le pourrait⁴⁷ :

«La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins.»

Cette formulation de la mission de l'hôpital ne tient pas compte du fait que la majorité des admissions proviennent de l'urgence, et qu'aux yeux de tous les intervenants rencontrés, l'urgence constitue la principale porte d'entrée de l'hôpital.

Dans la foulée des orientations retenues depuis la Commission Castonguay-Nepveu, la mission de l'hôpital est fondée sur le fait que le patient doit être référé pour consulter à l'urgence. Ceci ne correspond pas à la réalité vécue.

Mais, plus gravement, on entre en contradiction avec la réalité des conditions médico-chirurgicales urgentes : on peut difficilement penser qu'un patient victime d'un grave accident de voiture pourra en effet être référé. Il existe une foule de conditions où le principe de référence n'est pas applicable. Enfin, les coûts engendrés par l'application d'un tel principe de référence pourraient bien dépasser largement les gains potentiels.

⁴⁷ Loi sur les services de santé et les services sociaux. L.R.Q., chapitre S-4.2, 1998.

La loi médicale constituant le fondement du réseau de la santé, il apparaît donc essentiel que la mission de l'urgence y trouve sa place et que l'on y corrige la confusion relative aux portes d'accès de l'hôpital et du réseau de la santé.

La mission, déterminée par le G.S.U. en 1992, comprend quelques éléments intéressants mais ne répond pas de l'ensemble du champ d'activité de l'urgence :

«La mission de l'urgence est de rendre de façon adéquate aux bénéficiaires dont l'état le requiert d'une façon immédiate les services spécifiques d'accueil, d'évaluation, de stabilisation et d'amorce de traitement.» (rapport final G.S.U., juin 1992, p.32)

Reprise ensuite par le Groupe tactique d'intervention, elle intègre alors la notion d'orientation, fondamentale à la pratique de l'urgence :

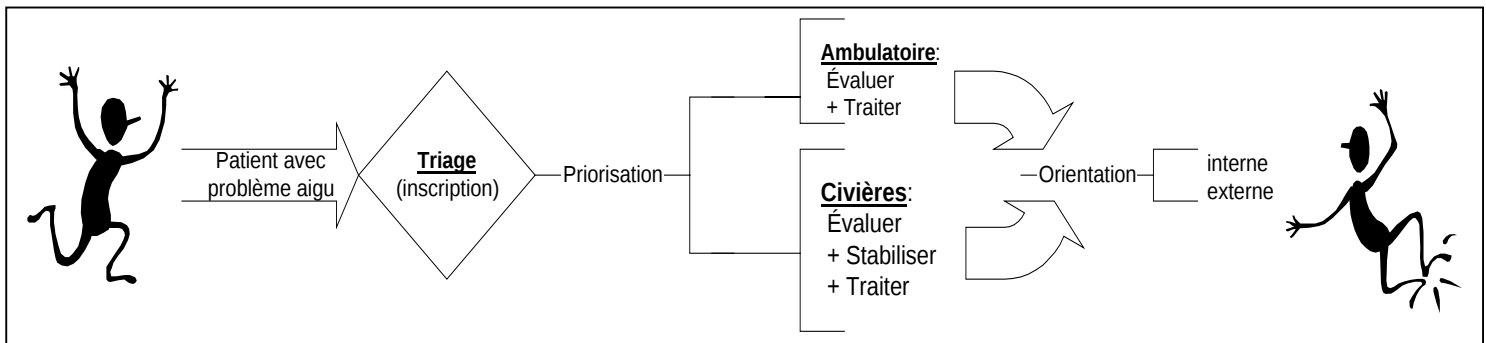
«La mission de la salle d'urgence est de rendre de façon adéquate aux bénéficiaires dont l'état le requiert de façon immédiate les services spécifiques suivants : réception, évaluation initiale, stabilisation et initiation du traitement; tout ceci a pour but soit de stabiliser une condition médicale urgente ou d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient (admission ou congé).»

Pour être suivie, une mission doit être diffusée, connue et partagée. Or, il est frappant de voir qu'aucun des intervenants rencontrés ne pouvait attribuer de mission claire à son milieu d'urgence.

La mission doit soutenir le processus de l'urgence. Représentons d'abord ce processus, qui est assez universel et qu'on peut schématiser ainsi :

- ♦ Le patient arrive à l'urgence, soit par ses propres moyens, soit par ambulance (il faut d'ailleurs considérer le préhospitalier comme partie intégrante du processus de l'urgence, ce qui mériterait d'être approfondi mais dépasse le cadre de ce rapport).
- ♦ Il est évalué au triage par un membre qualifié du personnel infirmier. Le rôle du triage est d'assurer la priorisation des cas. En d'autres termes, si plusieurs patients consultent simultanément, ou s'il existe de l'attente, le triage permet d'identifier les cas qui doivent être vus prioritairement. Le triage n'est pas conçu pour effectuer une réorientation externe.
- ♦ Idéalement, le processus d'inscription à l'urgence ne doit pas interférer avec la séquence des soins. L'inscription doit survenir après le premier contact avec le triage, ou plus tard dans la suite des choses, s'il s'agit d'une condition urgente.
- ♦ Le patient est ensuite acheminé vers l'aire de traitement la plus apte à lui fournir les services requis par sa condition :

- ❖ aire des civières;
 - ❖ aire ambulatoire;
 - ❖ salle d'attente (si aucune autre salle n'est disponible et que la condition ne nécessite pas de soins immédiats -- le patient doit alors être réévalué périodiquement).
- ◆ Dans l'une ou l'autre aire de traitement, on procède à l'évaluation, à la stabilisation et au traitement. C'est le cœur du processus de l'urgence.
 - ◆ L'étape finale consiste à décider de l'orientation du patient vers la ressource la plus appropriée : congé, référence au réseau de soins de la communauté, transfert vers un autre établissement, ou hospitalisation de courte durée.



6.1.1 L'intégration au réseau et à l'hôpital

On devrait définir d'emblée, au sein de la mission, les liens nécessaires entre, d'une part, l'urgence et l'hôpital et, d'autre part, l'urgence et le réseau de soins de la communauté (CLSC, cliniques privées, CHSLD, préhospitalier, autres ressources). Pourquoi? Simplement parce que ces liens sont aussi essentiels à l'accomplissement de la tâche communautaire de l'urgence qu'ils sont absents, très mal définis ou peu fonctionnels dans la réalité.

Face à l'hôpital, il est maintenant clair que l'urgence y joue le rôle de principale porte d'entrée. Et dans les milieux les plus avancés, celui d'une véritable plaque tournante au cœur de l'hôpital, autour de laquelle s'articulent efficacement les autres processus. Inscrivons-le dans la mission.

Face à la communauté, il faut attribuer à l'urgence un rôle clair, qui lui revient : celui d'un *filet de sécurité sanitaire pour la population* : quand tout va mal, le citoyen doit savoir qu'il peut s'y rendre en tout temps, compter sur ses services, avoir confiance dans ses professionnels et y être reçu comme un client, soit la plus haute priorité.

Ce rôle assure la réalisation d'un des fondements de notre système de santé : le principe d'accessibilité universelle.

6.1.2 L'approche-client

L'urgence répond à un grand nombre de besoins. Son premier rôle est d'offrir des soins adéquats pour les patients qui s'y présentent avec des conditions graves ou urgentes. C'est l'essence même de la médecine d'urgence. Mais, on l'a vu, la définition de ce qu'est une condition urgente varie grandement. À terme, il faut accepter que c'est d'abord le patient qui perçoit l'existence d'une condition urgente, et qu'il est seul juge pour décider de se rendre ou non à l'urgence.

Bien sûr, il peut se tromper, mais il ne doit pas avoir le fardeau de la preuve : c'est l'urgence qui doit évaluer sa condition et lui offrir des soins ou des solutions alternatives possibles. C'est sa responsabilité.

Il s'agit d'une approche-client. Une telle approche, centrée sur les besoins réels du patient se présentant à l'urgence, est encore peu répandue, sauf dans certains milieux, généralement ceux qui ont le plus évolué au cours des dernières années.

Une approche-client intégrée au fonctionnement de l'urgence remet le patient au cœur du processus de soins. Ceci inclut la mise en place de mécanismes permettant de diminuer les divers délais (en particulier l'attente) et la capacité d'offrir des soins dans un environnement propice (et non dans un corridor).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux énonce d'ailleurs les lignes directrices qui doivent guider la gestion et la prestation des services et rappelle notamment que :

«La raison d'être des services est la personne qui les requiert. Le respect des droits des usagers et la reconnaissance de ses droits et de ses libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit. L'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins.»⁴⁸

Ces services de qualité doivent être rendus à tous les clients qui consultent à l'urgence, et non seulement à ceux qui, dans les faits, a posteriori, sont reconnus comme porteurs de conditions graves.

Même s'il est raisonnable de croire que l'urgence ne pourra offrir des services immédiats à tous les patients et que certains de ceux-ci, n'ayant pas besoin de

⁴⁸ L.R.Q. S 4.2. Article 3. Gouvernement du Québec.

soins urgents, pourraient aussi recevoir des services appropriés en d'autres lieux (CLSC, cliniques privées, etc.), il est du devoir de l'urgence d'évaluer chaque client avec professionnalisme et de lui offrir les services requis par sa condition.

6.1.3 Décrire le processus entier

Bien sûr, le rôle de l'urgence est de fournir des services. Ces services, qui sont au cœur de la tâche communautaire des urgences dans notre système de soins, sont assez bien cernés dans les missions proposées par les G.S.U. et G.T.I. : *réception, évaluation initiale, stabilisation et initiation du traitement*.

La notion «d'initiation du traitement» est problématique : en effet, le traitement offert à l'urgence est souvent définitif. De plus, même lorsqu'il ne constitue que la première phase du traitement global, il ne s'agit pas de demi-traitement, demi-médecine ou demi-soins : le traitement reçu à l'urgence constitue un traitement d'urgence, voilà tout.

Ajoutons la notion de *priorisation* : le triage fait désormais partie de l'activité normale d'une urgence, dont il constitue l'une des activités essentielles et qui doit être le tout premier lien entre le patient et l'urgence : c'est donc sa vitrine, son image, sans doute la fonction où le patient jugera d'abord la qualité de l'approche-client, et certainement celle où des écarts ou des faiblesses peuvent affecter grandement la qualité globale des soins.

6.1.4 Une équipe de professionnels

De plus, *qui rend le service?* C'est également un concept clé : les professionnels de l'urgence doivent être reconnus comme tels, et doivent se vouer à leur tâche. Le patient qui consulte pour une urgence ne s'attend pas à moins. La situation nous montre que, justement, un grand travail reste encore à faire pour assurer la reconnaissance de la tâche spécifique des intervenants de l'urgence, qu'ils soient médecins, infirmières ou autres.

6.1.5 Des moyens adéquats

Enfin, on ne peut rendre les services requis si on ne dispose pas des moyens adéquats pour accomplir une tâche.

Les urgences sont nettement sous-équipées pour la tâche qu'elles doivent accomplir : aussi bien en ressources humaines qu'en équipement ou organisation physique, ou encore pour l'accès aux ressources d'investigation,

accès chroniquement difficile. La mission attribuée aux urgences doit reconnaître que pour fonctionner et offrir des services, elles doivent disposer de moyens appropriés (qui sont généralement supérieurs à ceux qu'on leur attribue maintenant).

6.1.6 L'orientation du patient

La fonction d'orientation est une des activités fondamentales de l'urgence. On peut même dire des médecins d'urgence qu'ils sont experts de l'orientation des patients souffrant de conditions aiguës : ils prennent ces décisions des dizaines de fois par jour.

«Orienter» doit être pris dans son sens large : ça peut être vers un lit de courte durée, vers les soins intensifs, le CHSLD ou le CLSC, vers le médecin de famille, vers d'autres ressources. Ou bien, parfois, l'épisode de soins est réellement complété et le patient n'a pas besoin de suivi.

Cette notion d'orientation coordonnée est bien définie par le Collège des médecins :

«Une fois l'objectif de la référence atteint, ce sont les services de première ligne qui devraient prendre la relève chaque fois que l'état d'un usager le permet. L'établissement de relations étroites et constantes entre les intervenants de première ligne et ceux de deuxième ligne est donc très important pour la continuité des soins.»

Inscrire dans la mission de l'urgence la nécessité d'orienter le patient vers les ressources les plus aptes à assurer la continuité des soins comporte l'avantage de responsabiliser l'urgence quant aux liens qu'elle doit établir avec, d'une part, le réseau de soins de la communauté et, d'autre part, les processus de gestion hospitalière et d'accès aux lits de courte durée. L'orientation doit intégrer, là aussi, une approche-client : il ne faut pas seulement indiquer au patient qu'il doit faire ceci ou cela : il faut réellement s'assurer qu'il dispose de tous les moyens nécessaires à la réussite du processus d'orientation et de suivi.

6.2 Une mission de l'urgence reformulée

En intégrant les divers éléments mentionnés, on en vient à une reformulation de la mission des urgences.

--

La mission de l'urgence

**Intégrée au réseau de soins de la communauté,
où elle est le filet de sécurité sanitaire de la population,
ainsi qu'à l'hôpital comme plaque tournante et principale porte d'entrée,
l'urgence fournit, à chaque individu qui s'y présente
pour un problème bio-psycho-social aigu,
les services requis par sa condition,
dans une perspective d'approche-client.**

**Ces services, rendus dans un délai approprié,
par une équipe de professionnels voués à leur tâche
s'appuyant sur des moyens adéquats,
comprennent la priorisation, l'évaluation, la stabilisation, le traitement
puis, le cas échéant, l'orientation vers les ressources
les plus aptes à assurer la continuité des soins et le suivi.**

Projet Urgence 2000

De paratonnerre à plaque tournante

Cette mission renouvelée semble plus apte à répondre à la nécessité actuelle et aux fonctions des urgences au sein du réseau.

Placée au cœur de la réflexion, cette nouvelle mission peut mener à une meilleure adéquation entre ces fonctions et les moyens qu'on met à la disposition des urgences pour les réaliser.

Pour que cette mission prenne tout son sens, il faut s'assurer de la mise à jour et de l'arrimage des missions de chacun des départements œuvrant au sein de l'hôpital, comme de chacun des acteurs du réseau de soins de la communauté. En un sens, cette mission pourra permettre à d'autres instances de définir ou de préciser la leur. Il sera dès lors important de travailler à rebâtir les missions pour qu'elles forment un tout cohérent, instituant un certain nombre de tâches communautaires, et répondant, en dernière analyse et de manière complémentaire, aux besoins du patient.

Enfin, cette mission, intégrant ces divers éléments, peut servir de grille d'analyse intéressante et inspirer les solutions à mettre en place.

7.0 PROJET URGENCE 2000

7.1 Les solutions cibles

Les solutions ne sont pas simples; elles sont même, par essence, complexes. Elles doivent contribuer à résoudre une multitude de problèmes; heureusement, ces problèmes ne sont pas isolés : il existe des liens entre eux, et sans doute des causes communes.

Les solutions choisies prennent en compte ces caractéristiques : elles remontent autant que possible à la source même des problèmes, dans le cadre d'une approche globale, multidimensionnelle, mobilisatrice.

En d'autres termes : elles structurent et sont porteuses d'un *projet*, qui vise à amener à notre réseau une culture de l'urgence vivante et assumée. C'est la clef de la réussite.

7.1.1 Un projet

Les urgences traînent depuis au moins vingt ans ces problèmes qui freinent grandement leur développement. La plupart ont été identifiés dans le passé. Aujourd'hui, les solutions nouvelles doivent mener à changer de paradigme.

Les urgences ne doivent plus être le paratonnerre de l'hôpital et du réseau.

Seul un projet global, visionnaire et mobilisateur peut permettre un tel changement de paradigme. Ce projet doit viser à rattraper le retard accumulé, restaurer les assises et renouveler le discours pour recommencer à avancer, construire, développer, donner son sens à la mission des urgences.

7.1.2 Les conditions préalables

La réalisation d'un tel projet suppose un certain nombre de conditions préalables.

Tel que constaté, la volonté d'agir sur les problèmes affectant l'urgence est variable d'un hôpital à l'autre. Or, la toute première et la plus fondamentale condition de succès est que le conseil d'administration et la direction générale de chaque hôpital fassent clairement et sans aucune équivoque de la situation à l'urgence leur priorité.

Aucun discours politique, aucun investissement de quelque nature que ce soit, aucun projet, aussi mobilisateur soit-il, ne peut pallier le manque d'une telle volonté, clairement exprimée.

Pour l'hôpital qui demeure réfractaire à l'idée de faire de l'urgence sa priorité, ou qui pourrait vouloir *utiliser* le problème de l'encombrement plutôt que de chercher à le résoudre, on devra décider d'une intervention spécifique, dont les modalités débordent le cadre du présent mandat.

À ceux qui manifestent une volonté de changement, mais qui peuvent avoir besoin de soutien dans cette démarche, il faut tout mettre en œuvre pour leur apporter l'expertise, le soutien et les ressources requises.

Enfin, l'expérience acquise par ceux qui ont réussi à implanter des solutions novatrices dans leur milieu doit être mieux diffusée et partagée.

Les solutions identifiées se rapportent essentiellement à deux approches, qu'il importe de distinguer :

- ◆ les fonctions d'encadrement et de leadership;
- ◆ les fonctions de soutien aux établissements et d'expertise.

- 1. Que la Ministre présente le projet Urgence 2000 comme sa réponse à la question des urgences et qu'elle engage l'ensemble du réseau de la santé dans ce défi. Dans cette perspective, la Ministre doit rencontrer les conseils d'administration et les directeurs des établissements afin de leur faire part de sa vision, de s'assurer qu'ils s'engagent résolument dans la démarche proposée et qu'ils prennent sur eux la responsabilité d'un fonctionnement optimal de leurs urgences.**

80 03

2. **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux intègre et positionne le Groupe tactique d'intervention au sein de sa structure, à un niveau qui lui donne la visibilité et l'autorité nécessaires pour confirmer son leadership et son rôle d'encadrement dans la question des urgences.**

☞ ☞

3. **Que le Ministère crée le Groupe de soutien aux urgences.**

Le Groupe de soutien devrait avoir un mandat de trois ans. Il regrouperait des experts représentant les forces vives du milieu des urgences, les gestionnaires hospitaliers concernés et tout autre expert externe en mesure de soutenir une telle démarche. Il aurait pour mandat de développer l'expertise pertinente et de soutenir les urgences et les hôpitaux dans tous les aspects du développement de l'urgence et de ses liens avec l'hôpital et la communauté.

7.1.3 Les solutions cibles

À ces trois conditions préalables, s'intègre une série de solutions spécifiques regroupées autour de sept axes majeurs d'intervention. Ces axes, porteurs du sens même de la mission renouvelée de l'urgence, engagent tous les intervenants vers son actualisation :

1. Intégrer l'urgence au réseau de soins de la communauté
2. Intégrer l'urgence à l'hôpital
3. Une perspective d'approche-client
4. Des professionnels voués à leur tâche
5. Des moyens adéquats
6. Le processus de l'urgence
7. L'orientation du patient

7.1.4 Axe 1 : Intégrer l'urgence au réseau de soins de la communauté

Coordination / interfaces

Une coordination des soins de première ligne permet de répondre aussi bien aux besoins des patients qu'à ceux des intervenants qui les soignent.

La continuité des soins est un facteur de qualité, de succès et d'efficacité. Cette continuité n'est possible que si les intervenants sont réseautés afin de pouvoir échanger efficacement l'information clinique pertinente.

À leur tour, les divers intervenants œuvrant en première ligne (médecins de famille, CLSC, urgences, intervenants en préhospitalier, etc.) ont des besoins qu'il faut combler pour leur permettre d'assumer pleinement leur complémentarité dans le réseau de soins de première ligne.

Par ailleurs, les interfaces dysfonctionnelles et la bureaucratie qui les fonde consomment une grande quantité d'énergie, qui doit plutôt être utilisée dans les services directs aux patients.

Intégration des centres ambulatoires

Il ressort de plusieurs analyses que la médecine ambulatoire étant appelée à se développer, il faut rapidement l'intégrer à un renouvellement de la vision des services de première ligne, tel qu'en fait foi le document «Bilan et perspectives» produit en 1997 par le Ministère :

«Le concept de services ambulatoires, au centre de la transformation du réseau, se situe entre l'hospitalisation et les services de première ligne. Ces services doivent être fournis dans un cadre adapté à ce nouveau mode de prestation des soins et des services. (...) La réflexion sur les centres ambulatoires mérite donc d'être élargie au cours des prochaines années à l'ensemble des points de service dispensant des soins de première ligne et de deuxième ligne, soit les CLSC et les cliniques privées.»⁴⁹

Beaucoup de gens doutent de la capacité des centres ambulatoires de régler ou même d'influencer la question de l'encombrement de l'urgence. Ajouter une nouvelle structure ne permettra pas d'obtenir comme par magie une coordination des actions.

⁴⁹ Bilan et perspectives. Le système sociosanitaire québécois. Septembre 1997. Fiche 12, page 7.

Si on veut obtenir un certain effet au niveau des urgences, le concept de centre ambulatoire doit absolument s'intégrer aux solutions visant à régler les problèmes affectant les urgences.

Une avenue de solution consiste à intégrer le concept de centre ambulatoire à un fonctionnement permettant de rehausser et de coordonner l'accès au plateau technique pour l'ensemble de la première ligne, incluant les urgences comme partenaires actifs et intéressés.

Son développement doit donc se faire en coordination, complémentarité et conjonction directe avec ces besoins, comme l'affirme d'ailleurs le Ministère :

«Des questions restent posées quant à l'aménagement des centres ambulatoires dans les hôpitaux. Il faudra s'assurer de bien identifier les besoins en cause et de prendre en compte les autres points de service responsables de fournir des soins et des services de première ligne et deuxième ligne avant d'adopter un modèle trop coûteux.»⁵⁰

Réseauter la première ligne

On doit donc réseauter les structures de première ligne et intégrer le développement des centres ambulatoires à une solution plus globale qui réponde aussi bien aux besoins des patients qu'à ceux des intervenants.

Plutôt que de chercher à forcer ce réseautage, on doit faire en sorte que les partenaires trouvent naturellement avantage à tisser de tels liens. Ce réseautage se trouve défini par des ententes à passer au niveau local entre divers intervenants et établissements, incluant un accès rehaussé mais coordonné aux ressources d'investigation et comportant :

- ◆ une harmonisation des missions respectives;
- ◆ l'obligation pour l'hôpital d'assurer un accès suffisant au plateau communautaire d'investigation rehaussé;
- ◆ la définition des tâches communautaires des praticiens de première ligne, incluant des système de garde continue pour les patients;
- ◆ une interpénétration des expertises visant à maximiser l'efficacité de l'ensemble;
- ◆ des outils de communication de l'information clinique entre les intervenants;
- ◆ un accès partagé aux données cliniques essentielles;

⁵⁰ Bilan et perspectives. Le système sociosanitaire québécois. Septembre 1997. Fiche 12, page 8.

- ◆ la mise en place de protocoles partagés d'utilisation des ressources;
- ◆ la coordination des épisodes de soins afin d'assurer un suivi optimal et une meilleure utilisation des ressources.

Ce réseautage doit reposer sur des outils permettant en temps réel l'échange de l'information pertinente, dont l'information clinique, tel qu'en fait foi le document du Ministère :

«Le succès de la transformation en cours dans les services de santé est intimement lié au transfert d'information des centres hospitaliers aux CLSC et aux médecins généralistes pour assurer une plus grande continuité des soins requis par les usagers. (...) Une nouvelle culture de collaboration doit se développer entre les professionnels de la santé, afin de faciliter et d'accélérer l'échange d'information entre eux, et ce, dans l'intérêt des usagers.»⁵¹

Le retard dans le partage des informations cliniques pertinentes est peu justifiable au regard du niveau général du réseau de la santé. Ceci constitue un frein important à la coordination des épisodes de soins.

Un territoire disposant d'une infrastructure unifiée comme le Québec (payeur unique, accès universel) doit prendre avantage de cet atout, notamment pour informatiser les dossiers des patients et les outils de gestion locale, régionale ou provinciale. Il faut dynamiser et accélérer les développements à cet égard.

- 4. Créer un réseau Internet ou intranet de communication et d'accès à l'information clinique destiné aux urgences, auquel se grefferaient éventuellement les Centres ambulatoires, les cliniques privées, les CLSC, les pharmacies et le préhospitalier, et en confier la direction au Groupe de soutien des urgences.**

☞ ☞

- 5. Développer des modèles et soutenir toute démarche visant à assurer une présence physique des CLSC au sein des hôpitaux, et en particulier au sein des urgences, afin de faciliter l'interface avec l'hôpital et une prise en charge à la source des clientèles cibles des CLSC (maintien à domicile, soins ambulatoires, suivis postopératoires, etc.) ou des CHSLD.**

☞ ☞

⁵¹ Bilan et perspectives. Le système sociosanitaire québécois. Septembre 1997. MSSS. Fiche 5, page 7.

6. **Faire du CLSC le pivot et le gestionnaire des soins aux personnes âgées ou en perte d'autonomie, que ce soit pour les soins offerts dans la communauté, l'identification des besoins des patients des CHCD ou les liens entre les divers établissements et intervenants (CHCD, CHSLD, cliniques privées, etc.).**



7. **Développer des modèles et soutenir toute démarche visant à permettre aux intervenants d'urgence de soutenir l'offre de soins pour les problèmes aigus dans les cliniques, les CLSC et les CHSLD.**

Les médecins et les infirmières des urgences pourraient ainsi participer activement à l'implantation d'outils de triage, de protocoles de traitement, d'ententes de transfert vers l'urgence, d'utilisation appropriée des ressources d'investigation hospitalières, etc. Cela favoriserait une coordination de la première ligne et des tâches qui lui sont attribuées. Le seul ajout de ressources (heures étendues, nouveaux points de service, sans-rendez-vous, etc.), si on ne joint aucune définition de tâche, n'amène pas nécessairement une augmentation de l'offre réelle de service.



8. **Faire de l'urgence un pivot et une ressource dans les soins pour les problèmes aigus de la population, que ce soit pour l'approche et la coordination des soins offerts dans la communauté, l'identification des besoins ou les liens entre les divers établissements et intervenants (CHCD, cliniques privées, CLSC, CHSLD, préhospitalier, etc.).**



9. **Identifier et promouvoir des ententes locales de service et d'accès aux outils d'investigation rehaussés, définissant les responsabilités et privilèges des diverses classes d'intervenants, les tâches communautaires requises, l'établissement de normes pour le partage de l'information clinique et la mise en place de protocoles intégrés de soins. L'adhésion à de telles ententes serait laissée libre, se ferait sur la base d'un processus «gagnant-gagnant» et intégrerait le concept de centres ambulatoires.**



10. Réintégrer le concept de centre ambulatoire en explorant et développant un nouveau concept intégré regroupant, au sein d'une entité physique jouxtant l'hôpital, une urgence de haut calibre capable de gérer un fort volume de patients, un plateau d'investigation de pointe ainsi qu'un centre ambulatoire élaboré, le tout ayant pour objectif de répondre aux besoins de la communauté.

☺ ☺

11. Mettre au point, en liaison avec le Groupe de soutien, un concept de gestion de l'accès aux soins et au plateau communautaire d'investigation pour les patients présentant des problèmes aigus, comprenant le réseautage des intervenants dans une approche «gagnant-gagnant», la mise en commun coordonnée et protocolisée des ressources d'investigation, l'intégration du concept de centre ambulatoire et la responsabilisation du professionnel médical à l'endroit de son client.

☺ ☺

12. Étudier la faisabilité et les impacts du rehaussement d'un certain nombre d'urgences qui deviendraient des «pôles» au sein du réseau, principalement dans les grands centres. Ces «pôles» deviendraient des leaders au sein du réseau et de la communauté de soins en matière de soins pour des problèmes aigus.

☺ ☺

13. Mettre en place des mesures visant à favoriser le lien entre le citoyen et son médecin de famille, puisqu'il est démontré qu'un tel lien diminue la consultation à l'urgence pour les problèmes de santé courants.

Il faut en effet renforcer ce lien (agir positivement) plutôt que de chercher à limiter l'accès à l'urgence (agir négativement). Une telle approche passe par un accroissement du niveau de responsabilité des médecins face à leur clientèle, ce que ne favorise pas actuellement le mode de rémunération à l'acte.

☺ ☺

14. Négocier la création d'un système de garde pour les praticiens de bureau qui adhéreront aux ententes d'utilisation du plateau communautaire d'investigation.

Ces médecins devraient être directement disponibles par téléphone pour leur clientèle, dont ils assumeraient les problèmes non prévisibles ou

choisiraient de la référer directement à l'urgence. Ces médecins de garde devraient avoir accès au dossier du patient.

☞ ☞

- 15. Harmoniser les missions afin de s'assurer de l'arrimage des processus des divers intervenants de première ligne (cliniques privées, CLSC, urgences, préhospitalier) : il faut en effet viser, dans la perspective d'une approche-client, la continuité des épisodes de soins.**

Il serait aussi pertinent d'étudier les modèles d'intégration structurelle d'établissements déployés sur un même territoire.

7.1.5 Axe 2 : Intégrer l'urgence à l'hôpital

L'intégration harmonieuse de l'urgence à l'hôpital est une condition essentielle à l'obtention d'un fonctionnement adéquat. Les mesures qui suivent apparaissent comme les plus susceptibles de favoriser une telle intégration.

Une urgence doit, pour s'intégrer à l'hôpital, posséder la légitimité nécessaire pour pouvoir assurer son développement. Une urgence sans pouvoir réel au sein de l'hôpital est placée continuellement en position de faiblesse, ce qui ne peut mener qu'à un sentiment d'impuissance et à des confrontations stériles.

- 16. Confirmer dans le cadre légal et réglementaire la mission et la départementalisation des urgences, afin de leur fournir les véritables leviers qui leur permettent d'évoluer et d'influencer l'ensemble des processus de gestion les concernant.**

Ceci permettrait également de mettre en évidence certains problèmes internes : qu'un groupe d'urgence ne puisse assumer les responsabilités d'un département peut lui permettre de cibler ses manques et d'évoluer vers un modèle plus avancé de gestion et d'organisation.

☞ ☞

- 17. Évaluer les formules gagnantes de départementalisation, les diffuser et soutenir le processus.**

Compte tenu de l'unité physique et fonctionnelle de l'urgence, un modèle de gestion intégré des ressources de l'urgence doit être dérivé des modèles actuellement en cours dans les unités d'urgence les plus performantes.

☞ ☞

18. Soutenir les départements d'urgence dans la participation de leurs membres au sein de la structure administrative hospitalière, par le développement et la diffusion de modèles gagnants d'intégration du département d'urgence au sein de l'hôpital et du réseau.

Établir des directives pour les urgences

Le cadre normatif développé par le Groupe tactique d'intervention et l'Association des médecins d'urgence du Québec a servi, dans plusieurs établissements, de base de réflexion et de grille d'analyse qui ont permis de s'attaquer aux problèmes affectant le fonctionnement de leur urgence puis de dégager des pistes de solution spécifiques. Un tel cadre normatif est certainement nécessaire. Toutefois, il apparaît que le cadre proposé est très large : 61 normes. De plus, ces «normes» ne sont pas toutes de même niveau : il s'agit tantôt d'objectifs généraux ou spécifiques, tantôt de moyens, ailleurs de principes.

Il s'agit de dégager de ce cadre quelques «normes» qui semblent primordiales, qui peuvent prendre la forme de directives ministérielles, et qui surtout sont mesurables et peuvent être monitorisées. Ces directives doivent être centrées avant tout sur l'épisode de soins et le respect du patient, dans l'esprit que favorise d'ailleurs le Ministère : *«La satisfaction des usagers comme mesure de la performance»*⁵².

Ces directives définissent une durée de séjour maximale à l'urgence ainsi que les conditions de ce séjour. Il s'agit donc d'indicateurs de qualité.

19. Établir une directive ministérielle pour les urgences, centrée sur le patient et l'épisode de soins, la faire connaître, identifier clairement les règles de mise en application et les conséquences qui découleraient du fait de ne pas y donner suite. Appliquer cette directive avec toute la rigueur nécessaire.

Ces directives doivent définir une durée de séjour maximale à l'urgence dans un lieu permettant d'offrir au patient des services de qualité. Une telle approche doit rendre inacceptable l'idée même qu'un patient puisse séjourner sur une civière dans un corridor.

80 83

⁵² Rapport sur le système sociosanitaire québécois, MSSS septembre 1997.

20. Définir leurs rôles et faire participer le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières au suivi de ce type de directives auprès des hôpitaux.

Le laboratoire

Développer des modèles gagnants d'intégration de l'urgence dans l'hôpital et de fonctionnement de l'urgence demande de mettre en place un champ d'expérimentation permettant d'y résoudre ces questions complexes en se donnant la liberté nécessaire pour trouver de nouvelles approches.

21. Développer le concept de laboratoire d'urgence-hôpital, concept intégré d'un centre réel (ou virtuel) dédié à l'urgence et répondant, à travers ses expérimentations, aux diverses questions entourant la gestion de l'urgence et son intégration harmonieuse au sein de l'établissement.

Ce centre deviendrait le lieu d'expérimentation et de développement du Groupe de soutien aux urgences. Il remplirait ses fonctions communautaires d'hôpital mais remplirait aussi une mission de développement et de formation pour les acteurs du réseau qui pourraient venir y effectuer des stages et y recevoir de la formation appropriée. Alternativement, on pourrait étudier le concept de laboratoire virtuel, où l'équipe du Groupe de soutien tiendrait ses expérimentations et sa recherche de résolution de problèmes au sein d'institutions réelles, par la formation, l'accompagnement et le rayonnement de l'expertise développée.

Budgétiser en fonction des soins rendus

L'urgence, où le volume des patients est variable et dont l'état d'encombrement change en fonction de la disponibilité en lits de l'hôpital, peut difficilement se plier à un exercice budgétaire fermé. Or, les budgets des hôpitaux eux-mêmes reposent sur des bases historiques, ne prenant pas en compte les épisodes de soins ou le volume d'activités.

Les hôpitaux, comme les urgences, n'ont donc pas intérêt à accroître leur productivité et recevoir ainsi un surcroît de clientèle. Tel que le suggère l'Association des hôpitaux du Québec, les indicateurs doivent être liés à l'offre de soins plutôt qu'au ratio de lits. Il apparaît donc important de modifier la structure de financement des hôpitaux afin de tenir compte de leur niveau de performance. Par ricochet, il faut également s'assurer de budgétiser les urgences sur une telle base.

- 22. Revoir le budget des hôpitaux en fonction des besoins réels et de l'offre de soins plutôt que sur des bases historiques.**



- 23. Développer un modèle de budgétisation des urgences qui prenne en compte les épisodes de soins et la lourdeur de la clientèle plutôt que le nombre de civières.**

7.1.6 Axe 3 : Une perspective d'approche-client

Les hôpitaux qui se sont engagés dans une démarche de renouvellement du fonctionnement de l'urgence ont procédé, dans les faits, à une réingénierie des processus, centrée sur une approche-client forte.

Dans un tel cadre, la satisfaction nécessaire des besoins de la clientèle est placée au cœur de la réflexion, qui alors concerne non seulement l'urgence elle-même mais, à terme, l'ensemble des ressources qui œuvrent au sein de l'hôpital. Dans cette foulée, tout comme l'affirme le Collège des médecins du Québec :

«il est important que soit cessée la médecine de corridor, l'hospitalisation de malades à l'urgence (...) il est important pour un malade d'être examiné par son médecin dans des conditions normales à l'urgence, tout comme il est important pour un gestionnaire de bénéficier de cloisons étanches pour son travail de bureau.»⁵³

Cela veut aussi dire : tenir compte des variations saisonnières ou journalières, donc des pointes, dans les volumes de consultation à l'urgence et mettre en place les mécanismes permettant d'y faire face. Il s'agit d'établir des plans de contingence, où sont définies les tâches communautaires liées à la prise en charge de ces débordements.

Cette approche-client doit s'exprimer dès l'arrivée du patient à l'urgence, où tout doit être mis en œuvre pour réduire les désagréments et les délais d'attente. Une approche de triage supportant de tels principes doit être mise en place à l'urgence. Cette approche nécessite aussi le déploiement de mécanismes spécifiques visant la gestion efficace des pointes de consultation, qu'il s'agisse de pointes journalières ou saisonnières.

⁵³ Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et des services médicaux. Septembre 1998. Collège des médecins du Québec. Page 11.

- 24. Soutenir le déploiement et, éventuellement, l'informatisation d'un outil de triage faisant consensus et intégrant une approche-client, de manière à standardiser l'approche des urgences du Québec en ce domaine, en assumant les coûts d'implantation et de formation. Cet outil pourrait être l'Échelle de triage et de gravité pour les départements d'urgence (É.T.G.), qui fait actuellement consensus parmi les associations des intervenants à l'urgence.**

☪ ☪

- 25. Développer des modèles de plans de débordement journaliers et pour les pointes de l'hiver, les diffuser et soutenir les établissements dans le développement, le déploiement et l'application de ces plans.**

Ce type de plan comprend notamment des mesures visant l'extension des heures normales de fonctionnement et la participation directe de l'ensemble des ressources humaines de l'hôpital nécessaires lors de situations de débordement, incluant le corps médical spécialisé.

☪ ☪

- 26. Demander aux établissements de concevoir et de mettre en œuvre un plan de débordement journalier, et s'assurer de l'application de ce plan en cas d'attente importante ou d'encombrement.**

☪ ☪

- 27. Demander aux établissements de développer et de mettre en application un plan de débordement spécifique à la pointe de l'hiver, des directives claires et précises quant à son application. Pour avoir un effet sur la pointe de l'hiver prochain, ce plan devrait être déposé au Ministère dès le début de l'automne qui vient.**

☪ ☪

- 28. Prévoir une marge de manœuvre budgétaire globale pour gérer les pointes de l'hiver.**

7.1.7 **Axe 4 : Des professionnels voués à leur tâche**

Que les urgences aillent bien ou mal, il existe une constante remarquable, aussi évidente qu'essentielle : la qualité du capital humain en constitue la ressource fondamentale, sur laquelle tout repose. Il faut d'abord veiller à sa protection et son développement. Il faut lui faire confiance, l'utiliser pleinement, mettre en valeur son expérience et promouvoir son professionnalisme. Car, faut-il le rappeler : les personnes sont porteuses des solutions. Il faut seulement leur donner l'occasion de les exprimer et les écouter.

Les professionnels de l'urgence ne doivent pas seulement consacrer du temps et de l'énergie à leur travail quotidien de soignants mais pouvoir aussi disposer de temps protégé et rémunéré où ils peuvent se consacrer à des activités de réflexion, de gestion, de planification et de formation continue.

Afin de mettre en place les solutions requises, il faut en effet que les médecins :

«consacrent davantage de temps et d'effort à la continuité des soins (...) et qu'ils soient présents là où on s'intéresse à l'organisation des services médicaux, et d'y être proactifs pour suggérer des manières d'envisager la distribution des services médicaux, les objectifs à atteindre, les niveaux d'excellence à respecter. Ils doivent devenir incontournables par la qualité de leur engagement à améliorer l'offre de services médicaux dans leurs milieux.»⁵⁴

29. Évaluer, dans le contexte des réingénieries, les besoins au regard des divers types de ressources humaines (incluant les bénévoles) nécessaires à un fonctionnement optimal de l'urgence.



30. Établir le ratio en personnel médical et paramédical disponible sur place en fonction d'un volume médian (et non d'un plancher minimal).

Sur le même principe que l'établissement des plans d'effectifs des pompiers, une telle approche offre l'avantage d'assurer une marge de manœuvre permettant d'absorber les pointes journalières de consultation et d'assurer ainsi à la population une capacité de répondre adéquatement à ses besoins non planifiés. Elle permet de disposer du temps nécessaire au développement, à la formation et à la recherche continue de qualité,

⁵⁴ Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et des services médicaux. Septembre 1998. Collège des médecins du Québec. Page 13.

mais également de planifier les plans de débordement et la réponse aux périodes de pointe. Enfin, elle favorise grandement la rétention, la stabilité et la participation du personnel au sein de l'urgence, ce qui apparaît comme fondamental.

☺ ☺

- 31. Mettre en place les conditions nécessaires pour que les infirmières-chefs puissent assurer pleinement la gestion des urgences.**

☺ ☺

- 32. Accroître la présence au sein des urgences du personnel de soutien non spécialisé (brancardiers, préposés, commis responsables de la saisie des données, secrétariat, «clerk» ou «unit coordinator») de manière à concentrer les tâches du personnel infirmier au sein de leur expertise spécifique.**

☺ ☺

- 33. Fournir au département d'urgence l'autorité nécessaire pour gérer son personnel et procéder à l'ouverture de postes à temps plein.**

La stabilité du personnel infirmier de l'urgence, la qualité du sentiment d'appartenance et l'esprit d'équipe sont des facteurs essentiels à la mise en place durable d'un fonctionnement optimal.

☺ ☺

- 34. Prévoir les ententes nécessaires pour permettre l'établissement de listes de rappel spécifiques à l'urgence.**

La nature particulière des activités de l'urgence et les efforts et investissements qui doivent être déployés en formation exigent une telle approche.

☺ ☺

- 35. Poser un diagnostic précis sur les besoins en formation du personnel de l'urgence, et s'assurer par la suite de la disponibilité de programmes adéquats.**

☺ ☺

- 36. Protéger les budgets alloués à la formation du personnel infirmier de l'urgence et les placer sous la responsabilité du département d'urgence.**

☺ ☺

37. Favoriser le développement de postes d'infirmières cliniciennes spécialisées en urgence.

☞ ☞

38. Mettre au point les mécanismes de reconnaissance formelle à l'échelle du Québec d'une spécialité professionnelle en soins infirmiers d'urgence.

Il peut s'agir d'un certificat spécialisé en soins infirmiers d'urgence, comportant une formation spécifique liée, par exemple, à la traumatologie, au triage, à la réanimation, à la toxicologie, etc.

☞ ☞

39. Créer des postes clairement identifiés pour les infirmières spécialisées en soins d'urgence et procéder à l'ajustement des conventions collectives en ce sens.

☞ ☞

40. Développer des plans d'effectifs médicaux spécifiques aux médecins d'urgence.

Car en raison de leur rôle de filet de sécurité sanitaire, les effectifs médicaux des urgences doivent être protégés au niveau des plans d'effectifs.

☞ ☞

41. Avoir comme objectif à terme la reconnaissance d'environ 160 médecins spécialistes en médecine d'urgence.

Afin de corriger le retard substantiel dans l'évolution de la médecine d'urgence au Québec, il faut en effet reconnaître un nombre suffisant de spécialistes en médecine d'urgence, permettant de remplir les principales activités d'expertise (préhospitalier, toxicologie, traumatologie, sinistre, etc.) et d'assurer une présence significative de spécialistes en médecine d'urgence non seulement dans les milieux d'enseignement, mais dans la plupart des urgences du Québec (par exemple : de un à trois spécialistes en fonction du ratio de population à desservir).

Ces activités requièrent la reconnaissance à terme d'un nombre suffisant de spécialistes en médecine d'urgence, tout en s'assurant de maintenir un haut standard de qualité. Afin d'atteindre ce nombre rapidement, il convient de hausser les objectifs initiaux de reconnaissance, et d'augmenter les postes de résidence en médecine d'urgence.

☞ ☞

42. Renforcer la formation en médecine d'urgence dans le programme de résidence en médecine familiale.

Le programme de résidence en médecine familiale comporte en effet des insuffisances quant à la formation en médecine d'urgence. Il importe de conclure des ententes avec les facultés de médecine afin d'y apporter des améliorations. La participation au programme de troisième année du Collège des médecins de famille doit être fortement encouragée.

☞ ☞

43. Identifier et appliquer des mécanismes permettant de favoriser l'embauche à l'urgence de médecins certifiés dans le cadre du programme de troisième année en médecine d'urgence du Collège des médecins de famille du Canada.

☞ ☞

44. Soutenir des formes de représentations associatives qui regroupent et donnent une voix aux forces vives de la pratique d'urgence.

À ce titre, l'idée d'un regroupement des médecins d'urgence spécialistes et non-spécialistes est intéressante.

☞ ☞

45. Mettre en place un mode de rémunération des médecins d'urgence à forfait, en accord avec la mission de l'urgence, favorisant le recrutement, la rétention, la participation des médecins à la gestion et la capacité de gérer les pics par une répartition modulée des activités cliniques et médico-administratives.

Le mode choisi doit permettre d'assurer la présence d'un nombre suffisant de médecins pour répondre à la demande en soins cliniques et assurer les activités médico-administratives, dont la rémunération du chef de département. La formule de forfait doit prévoir une capacité d'ajuster à court ou à long terme la proportion du temps alloué aux activités cliniques et médico-administratives en fonction des variations de l'achalandage et des périodes de pointe.

Ainsi, en cas de pointe d'encombrement ou même de crise, on peut transformer rapidement les forfaits administratifs en forfaits cliniques pour rehausser la couverture. La répartition et l'attribution des tâches cliniques médico-administratives doivent être gérées, à l'intérieur d'une enveloppe globale, par le chef de département de l'urgence. Cette formule doit favoriser un cheminement de carrière à long terme en médecine d'urgence. Un modèle similaire peut aussi être développé pour le personnel non médical.

☞ ☞

- 46. Développer, valider, diffuser et favoriser le déploiement d'outils d'évaluation de la qualité de l'acte, de la prise de décision et de la compétence à l'urgence.**

80 83

- 47. Étudier la faisabilité d'un modèle de soins impliquant à l'urgence des assistants-médecins («physician assistants») et des infirmières-praticiennes («nurse practitioners») selon le modèle américain.**

Cet ajout de personnel, qui pourrait assurer une certaine proportion des soins donnés à l'urgence sous la supervision des médecins d'urgence, permettrait d'accroître les services offerts sans nécessairement augmenter le nombre de médecins.

7.1.8 Axe 5 : Des moyens adéquats

Plusieurs problèmes affectent les urgences et les soins de première ligne. Des investissements stratégiques sont à faire, et l'enveloppe budgétaire disponible n'est pas indéfiniment extensible. Des efforts importants sont à consentir dans la recherche d'une plus grande fonctionnalité des urgences et dans la modernisation de leurs équipements, qui sont trop souvent vétustes.

En particulier, il faut considérer faciliter l'accès à la radiologie. La médecine évolue : ce qui est nécessaire aujourd'hui n'est plus ce qui était nécessaire il y a 15 ans : le SCAN, l'échographie et certains examens de médecine nucléaire font maintenant partie des outils de base d'investigation d'une urgence : ils doivent être rendus largement disponibles, comme hier l'usage des radiographies simples.

Les problèmes sont souvent similaires : les médecins de famille ont difficilement accès au plateau technique hospitalier, problème que vivent les urgences en dehors des heures normales. Il y a donc place pour un rehaussement majeur de l'accès au plateau technique. En effet :

«Détournée par les discussions sur la liberté d'installation des médecins, l'attention sur les déficiences dans la distribution des plateaux techniques a été négligée. Alors que des plateaux techniques sont absents ou insuffisants, d'autres sont sous-utilisés. La transformation des services n'a pas apporté, jusqu'à maintenant, de réelles solutions à ces problèmes d'organisation et d'équité dans l'accès aux services.»⁵⁵

⁵⁵ Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et des services médicaux. Septembre 1998. Collège des médecins du Québec.

Enfin, il vaut la peine de considérer sérieusement l'idée que, dans les grands centres, on puisse rationaliser le nombre d'urgences hospitalières : diminuer leur nombre afin de concentrer l'expertise et les équipements. Ces urgences deviendraient alors des pôles au sein du réseau, et pourraient représenter le meilleur lieu pour implanter des centres élargis ayant une vocation ambulatoire et permettant un accès facilité au plateau technique d'investigation.

- 48. Étudier la faisabilité et les modalités d'une réduction éventuelle du nombre d'urgences dans les grands centres au profit d'un nombre plus limité d'urgences plus vastes et mieux équipées, ou même d'un concept intégré d'urgence de haut niveau au sein d'un centre ambulatoire.**

☞ ☞

- 49. Étudier la faisabilité et les modalités, en corollaire de la proposition précédente, de la mise en place d'hôpitaux sans urgence, fonctionnant entièrement sous un mode électif (principalement chirurgical mais non exclusivement).**

Ces hôpitaux seraient plus faciles à gérer : les durées de séjour seraient essentiellement connues à l'avance, tout comme le taux de complications et de réadmission, qui sont prévisibles. N'ayant pas d'urgence, ils devraient développer des liens étroits avec un hôpital possédant une urgence forte, incluant le partage des informations cliniques, le transfert unidirectionnel rapide des patients, le déploiement coordonné des équipes communes, etc.

☞ ☞

- 50. Étudier la faisabilité et les modalités, en corollaire des deux propositions précédentes, de la mise en place d'hôpitaux essentiellement voués aux soins d'urgence.**

Ces hôpitaux seraient gérés sur un mode essentiellement «d'urgence». Ils conserveraient une certaine proportion d'activités électives légères aisément modulables, et concentreraient l'expertise des soins d'urgence et des processus hospitaliers nécessaires au fonctionnement variable qu'appelle ce type de clientèle. Les gardes de spécialités autres que l'urgence seraient remplies par les mêmes médecins œuvrant dans les hôpitaux dits «électifs», à tour de rôle, et sous un mode de vacation plutôt que de paiement à l'acte. Ces hôpitaux pourraient correspondre aux «pôles» identifiés, intégrant les modalités de coordination des soins de première ligne. Ces établissements pourraient correspondre aux «laboratoires» décrits précédemment.

☞ ☞

51. Procéder à l'amélioration majeure et significative de l'accès à des équipements et ressources d'investigation afin de permettre aux urgences de fonctionner 24 heures sur 24.

Telle amélioration doit prévoir la mise en place d'un réseau moderne de téléradiologie permettant un accès 24 heures sur 24 et partout au Québec à un radiologiste de garde couvrant diverses modalités d'investigation (SCAN, échographie, radiographie, certains tests de médecine nucléaire, etc.).

☞ ☞

52. Dégager les budgets nécessaires pour permettre aux urgences un accès complet aux plateaux techniques d'investigation (radiologie, laboratoires et techniques médicalisées) dans tous les centres hospitaliers.

Cet accès peut se faire sur la base de listes de garde dans les urgences à bas volume et de personnel sur place pour les autres. Utiliser les ressources de téléradiologie pour arriver à cet objectif. Le tout est à intégrer aux concepts permettant de rehausser l'accès communautaire à l'imagerie.

☞ ☞

53. Mettre en place un mécanisme annuel d'évaluation des besoins des urgences dans l'accès au plateau technique, qui tienne autant compte de l'évolution des technologies que de celle de la médecine.

☞ ☞

54. Développer de l'expertise en matière d'aménagement des urgences, dans une perspective de recherche d'une fonctionnalité optimale, d'une capacité évolutive lui permettant de se transformer, d'un respect des principes de sécurité pour le personnel et les patients et d'une d'approche-client forte, puis soutenir les établissements qui s'engagent dans une telle démarche.

Une telle expertise, en plus d'utiliser les réussites actuelles, pourrait être développée au sein d'un éventuel laboratoire réel ou virtuel d'urgence.

☞ ☞

55. Mettre en place un plan triennal d'immobilisations visant à améliorer la fonctionnalité des urgences en soutenant un vaste processus de renouvellement des lieux physiques.

Améliorer les systèmes d'information

On sent un appel pressant pour que soient développés, financés et implantés des outils de gestion de l'information fiables. À tout le moins, un système d'information adéquat qui permette de répondre aux besoins de base des urgences. On dispose de très peu d'informations cliniques sur les épisodes de soins. Il s'agit pourtant d'une priorité, tel que le souligne le Collège des médecins :

«À l'opposé, les données administratives foisonnent et sont interprétées de toutes sortes de façons, selon les intérêts en cause. Pourtant, d'autres assureurs, telle la (...) SAAQ, de concert avec les centres de traumatologie, cherchent à lier des informations cliniques et administratives, pour en tirer des enseignements utiles à l'amélioration des programmes de soins et de réadaptation.»⁵⁶

Ce type d'information doit aussi être rendu disponible si on veut travailler à la continuité des soins.

- 56. Investir de manière significative dans l'implantation d'un système d'information à l'urgence, en finançant le déploiement de SIURGE dans toutes les urgences de la province, en s'assurant de la présence d'un médecin d'urgence au sein de l'équipe, en lui assignant un niveau de personnel adéquat et en le faisant relever du Groupe de soutien aux urgences.**



- 57. Développer et rendre disponibles pour toutes les urgences des outils permettant de supporter la pratique clinique à l'urgence via un site Internet dédié : protocoles, procédures, guides de pratique, références, procédés d'aide à l'assurance de la qualité, triage, etc.**

7.1.9 Axe 6 : Le processus de l'urgence

Il est clair que beaucoup d'urgences éprouvent une grande difficulté à mettre en place des processus de soins efficaces. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ceci, dont le peu de participation des médecins aux processus décisionnels, la pauvreté et le manque de déploiement de la culture d'urgence, le manque de volonté et de conscientisation des conseils d'administration et des directions, le manque d'intégration de l'urgence au sein de l'hôpital.

⁵⁶ Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et des services médicaux. Septembre 1998. Collège des médecins du Québec.

Les urgences ont surtout besoin de soutien (plutôt que de normes) pour avancer. Il faut mettre en place des formules d'accompagnement novatrices qui répondent aux réels besoins des intervenants d'urgence et qui mettent l'accent sur le développement des processus de soins plutôt que sur l'atteinte d'indicateurs qui ne tiennent pas compte de la nature des épisodes de soins ou de la population desservie, ni de l'efficacité de l'organisation interne, et qui ne peuvent prétendre se substituer à une approche d'amélioration continue de la qualité.

58. Développer des formules originales de cogestion médico-nursing de l'urgence, les diffuser et soutenir leur application.

☞ ☞

59. Soutenir le développement d'une gestion des urgences de qualité en assurant la diffusion des connaissances nécessaires et la formation continue pertinente des gestionnaires d'urgence.

☞ ☞

60. Développer de l'expertise en matière de réingénierie du processus inhérent au fonctionnement de l'urgence, dans une perspective d'approche centrée sur le client, en s'impliquant et en soutenant des expériences locales puis en diffusant cette expertise au sein du réseau.

☞ ☞

61. Définir avec rigueur les tâches et responsabilités qui incombent aux médecins obtenant des privilèges de pratique dans les hôpitaux et développer les moyens et les liens nécessaires avec les instances appropriées (dont le Collège des médecins du Québec) pour en assurer le respect.

☞ ☞

62. Établir des règles formelles quant à la réponse aux consultations demandées par l'urgence, incluant un processus de monitoring.

☞ ☞

63. Soutenir les équipes de recherche actuellement en place en médecine d'urgence et favoriser la création d'autres groupes de recherche.

☞ ☞

64. Soutenir le développement de projets de recherche portant sur l'organisation et la gestion des processus de l'urgence.

7.1.10 Axe 7 : L'orientation du patient

Il est de la responsabilité de l'urgence, une fois les soins aigus complétés, d'orienter le patient vers les ressources appropriées les plus aptes à assurer la continuité des soins. L'urgence ne peut se contenter de laisser reposer sur les épaules du patient la responsabilité d'assurer le suivi médical de sa condition : un tel suivi doit être organisé à la source, et les ressources choisies doivent non seulement pouvoir assurer en théorie ce suivi, mais agir en arrimage complet avec l'urgence.

Ces ressources doivent être adaptées aux besoins du client, et comprendre aussi bien les lits de courte durée (dont la disponibilité constante doit constituer une des plus hautes priorités de l'hôpital) que ses ressources externes, de même que l'ensemble des ressources de soins de la communauté.

- 65. Développer de l'expertise en matière de réingénierie des processus de l'hôpital qui sont en interface avec l'urgence et qui interviennent dans son fonctionnement, en s'impliquant et en soutenant des expériences locales puis en diffusant cette expertise au sein du réseau.**

☞ ☞

- 66. S'assurer que dans tous les établissements le poste de coordonnateur médical soit pourvu, qu'il soit soutenu par l'administration, qu'il y dispose d'une véritable autorité et d'une définition de tâches lui permettant d'avoir un impact réel sur la gestion des épisodes de soins et la durée de séjour.**

☞ ☞

- 67. Évaluer la fonction de coordonnateur médical et dégager un ou des modèles porteurs, puis en assurer la diffusion et en favoriser l'implantation.**

☞ ☞

- 68. Développer des modèles de gestion des unités cliniques impliquant et responsabilisant les chefs de département et les diffuser.**

☞ ☞

- 69. Étudier des modèles où les patients séjournant dans une unité clinique sont sous la responsabilité médicale d'un chef d'unité en liaison constante avec l'urgence et les diffuser.**

☞ ☞

- 70. Étudier des modèles gagnants d'unités de court séjour hospitalières fonctionnelles, les diffuser le cas échéant et soutenir leur implantation.**

☞ ☞

- 71. Faire en sorte que les hôpitaux utilisent les outils de mesure de pertinence d'hospitalisation afin de poursuivre les efforts entrepris quant à une utilisation optimale des lits de courte durée.**

☞ ☞

- 72. Évaluer la faisabilité et les conditions requises pour moduler la répartition annuelle des activités chirurgicales en fonction inverse des pointes naturelles d'hospitalisation dans les unités de médecine (janvier, février et mars).**

☞ ☞

- 73. Étudier et mettre en place les moyens permettant d'offrir certains types de soins aigus dans les CHSLD afin d'assurer la rétention de leur clientèle et d'éviter des transferts inutiles vers les hôpitaux de courte durée via leurs urgences.**

☞ ☞

- 74. Consacrer les ressources nécessaires pour le transfert vers d'autres ressources de certains patients séjournant en courte durée qui ne nécessitent pas ce niveau de soins, en mettant à la disposition des hôpitaux des solutions alternatives en soins de convalescence, en soins subaigus, en longue durée et en maintien à domicile.**

7.2 Un projet global, intégré, mobilisateur

Il faut agir à plusieurs niveaux pour obtenir des résultats. Un tel ensemble de solutions doit s'articuler pour former un tout afin de fournir sa pleine mesure, être réellement porteur de changement, mobiliser les professionnels du réseau, donner un sens à la démarche et constituer une réponse politique cohérente à l'appel de la population. Un projet. Le projet Urgence 2000.

L'intégration des solutions cibles au sein d'un tel projet répond aussi à un besoin ressenti par de nombreux intervenants de redonner un sens et une direction aux activités du secteur de la santé :

«(...) lancer des projets dits de développement – non de rationalisation – qui sont porteurs d'une vision commune, qui canalisent des énergies, qui améliorent l'efficacité des services, qui ne nécessitent pas à tout coup des montants additionnels, qui concourent à redonner ou à consolider un sentiment d'appartenance.»⁵⁷

L'ampleur du défi commande, dans le contexte d'un tel projet, qu'un certain nombre de gestes concrets, affectant directement le fonctionnement de l'urgence, soient posés. Il faut aussi affirmer la place de l'urgence au sein du système de santé.

Vouloir régler isolément divers problèmes périphériques et penser ainsi influencer significativement le fonctionnement général des urgences s'avère insuffisant. Donner aux urgences les moyens et leviers suffisants permettrait, en quelques années, de rattraper le retard accumulé et d'atteindre les hauts standards de qualité requis pour les arrimer solidement avec le réseau.

⁵⁷ Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et des services médicaux. Septembre 1998. Collège des médecins du Québec. Page 14.

8.0 CONCLUSION

Depuis quinze ans, vingt ans, la question des urgences occupe une large part de l'espace médiatique et de la réflexion.

Des ressources importantes ont été investies dans le but de régler les problèmes affectant les urgences, avec un succès modéré sur l'encombrement, moindre encore sur le développement de la pratique d'urgence dont elles sont le lieu privilégié d'exercice. L'obtention de résultats durables passe par le développement d'une réelle culture de l'urgence au sein des établissements et du réseau, culture encore fragmentaire ou insuffisante. Ceci implique de viser large et haut.

Il faut chercher de nouvelles pistes de solution. Et plus que jamais, il faut encadrer avec rigueur toute nouvelle initiative : assurer une implantation efficace et tenter de mesurer au mieux ses effets réels.

On l'a vu, la question des urgences appelle des solutions globales, parfois complexes, mais qui surtout interpellent l'ensemble du réseau. Et en même temps, ces solutions mènent naturellement à un projet cohérent, répondant à des besoins divers mais centré sur l'urgence sans toutefois s'y limiter.

Pour le réseau de la santé, qui a dû assumer une nécessaire mais difficile réforme, il y aurait avantage à intégrer, justement, de tels projets mobilisateurs, centrés sur les besoins des patients, qui ont le potentiel de redonner un sens à la tâche des gestionnaires, des professionnels et des employés. Les urgences, à tous le moins, en ont bien besoin.

Un sens : une mission, une vision, une direction. Une culture. Le projet Urgence 2000 vise à renouveler la réflexion sur la question des urgences, à convenir d'une mission commune et partagée, à développer une vision synthétique et en même temps concrète de cette réalité, à imprimer une nouvelle direction au réseau afin de redonner aux urgences les moyens d'assumer cette nouvelle mission.

Le projet Urgence 2000 forme un tout. Les solutions cibles qu'il propose agissent en synergie sur la réalité des urgences, et sont à même, ensemble, de générer la dynamique nécessaire à sa réalisation.

Compte tenu de la conjoncture, il y aurait avantage à engager rapidement les mesures les plus susceptibles d'avoir, en plus de leurs effets à long terme, des

effets positifs à court terme, permettant ainsi au ministère de se positionner avant la pointe de l'hiver 2000.

Les solutions cibles ayant des retombées à court terme touchent essentiellement les aspects suivants (les numéros à droite réfèrent à la solution cible présentée précédemment) :

- | | |
|---|---------------------|
| ◆ le repositionnement du discours et de la structure du ministère autour du dossier des urgences; | 1 et 2 |
| ◆ la création du Groupe de soutien aux urgences; | 3 |
| ◆ la présence physique du CLSC au sein des hôpitaux; | 5 |
| ◆ l'établissement et la diffusion d'une directive ministérielle pour les urgences; | 19 |
| ◆ la mise en place des plans de débordement et l'identification d'une marge de manœuvre budgétaire pour la pointe de l'hiver; | 25, 26,
27 et 28 |
| ◆ le rehaussement des effectifs dans les urgences; | 30 et 32 |
| ◆ le rehaussement de l'accès au plateau technique pour les urgences et l'hôpital; | 51 et 52 |
| ◆ la nomination d'un coordonnateur médical efficace dans tous les hôpitaux du Québec; | 66 |
| ◆ une répartition annuelle des activités chirurgicales; | 72 |
| ◆ les moyens à mettre en œuvre au sein des CHSLD pour leur permettre d'offrir des soins plus avancés; | 73 |
| ◆ une meilleure disponibilité de solutions alternatives à l'hospitalisation. | 74 |

La réussite du projet Urgence 2000 permettra de résoudre une bonne part des problèmes qui minent les urgences : elles pourront ainsi se développer et arriver à maturité.

Redonner à ses médecins, infirmières, gestionnaires et employés la fierté nécessaire à l'accomplissement de leur difficile tâche communautaire est un grand défi, dont la réussite permettrait de consolider le réseau et d'affermir le rôle des urgences au sein des hôpitaux : les faire passer du rôle ingrat de paratonnerre à la mission stimulante de plaque tournante et porte d'entrée.

Il faut voir aussi qu'une telle réussite inspirerait à d'autres le goût d'avancer, de penser d'autres projets, de développer d'autres champs, d'ouvrir d'autres voies.

Peut-être ce rapport, qui tente d'expliquer les problèmes des urgences, jettera-t-il un éclairage non négligeable sur ceux du réseau?

Démarrer le prochain millénaire avec l'idée simple qu'on peut, ensemble, avancer : nous en avons bien besoin, et nous sommes rendus là.

Remerciements

Nous voulons exprimer toute notre gratitude et remercier chaleureusement les personnes suivantes, qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration des idées retrouvées dans ce rapport, ou à leur mise en forme.

Merci à Diane Somerville, inf., Claudel Guillemette, inf., Pierre Savard, m.d., Marc Béique, m.d., Sylvie Bernier, m.d., Jacques Cotton, Michel Lemay, inf., à Pierre Royal, m.d., Marc Afilalo, m.d. de même que Jean Lapointe, m.d. pour leurs suggestions très appréciées, à Pierre et Marie Vadeboncoeur de même qu'André Beaudet pour leurs relectures très attentives, à Krystyna Pecko, m.d., Bruno Baril, m.d., Réjean Beaudet, m.d., Bernard Mathieu, m.d., Pierre Masson, m.d., Manon Bourassa, inf., Christian Bélisle, m.d., Martin Chénier, m.d., Mario Côté, m.d., Denis Roy, m.d., Louise Sullivan, inf., Pierre Deschamps, m.d., à Michel Tétreault, m.d. et Jacques Brunet, m.d. pour nous avoir fait confiance dans la réalisation de ce mandat, à Henri El-baz, à la firme LGS pour le soutien méthodologique et logistique, notamment à Élane Daigle pour la qualité du travail de mise en page, à François Collette, m.d., Johanne Théoret, inf., Louise Ayotte, m.d., Louis Deschamps, inf., Nicole Compagnat, inf., Jean-Claude Berlinguet, m.d., à Joanne Dubois pour son affabilité et pour nous avoir fourni les nombreux documents nécessaires à la réalisation de notre mandat, à Alban Perrier, m.d., Michel Dulude, m.d., Robert Hinse, inf., Jean Levasseur, m.d., à Denis Gauthier pour ses conseils en matière de réingénierie, Gaëtan Prévost, inf., à Vincent Dumas pour nous avoir aidé dans l'exploration des pistes de solution, Jean-Thomas Michaud, m.d. et Lucie Paquet, inf.

