



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'ESTRIE

PLAN REGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE EN ESTRIE (PROS)

MARS 2003

Adopté le 26 mars 2003 par le conseil d'administration
de la Régie régionale de l'Estrie

CONTRIBUTION A L'ELABORATION DU PROS

Rédaction Mme Marie-France Fournier, agente de programmation, de planification et de recherche à la Régie régionale de l'Estrie

Collaboration :

Régie régionale de l'Estrie :

M. Jacques Bachand, Direction des affaires médicales

Mme Francine Beaulieu, Service de protection de la santé publique

Mme Nicole Berthiaume, Service des Ressources humaines et soutien organisationnel

Mme Nicole Calvert, Service des programmes

Mme Anne-Marie Charlebois, Service de soutien méthodologique et évaluation

Mme Roselyne Collard, Service des programmes

Mme Édith Couture, Service des programmes

Mme Carole Demers, Service des programmes

Mme Linda Dieleman, Service des programmes

M. Louis Hébert, Service de soutien méthodologique et évaluation

M. Philippe Lamontagne, Département régional de médecine générale

Mme Louise Lemire, Service des programmes

Mme Nathalie Léonard, Service des programmes

Mme France Paquet, Service des programmes

Mme Louise Rivard, Service des programmes

Mme Liane Savard, Service des programmes

Mme France Simoneau, Service des ressources financières et matérielles

Mme Johanne Turgeon, Service des programmes

Autre collaboration Mme France Leblanc, Collège de Sherbrooke

Secrétariat Mme Sylvie Massicotte

TABLE DES MATIERES

TABLEAUX ET GRAPHIQUE4

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....5

MISE EN CONTEXTE6

INTRODUCTION7

1. LE CONTEXTE RÉGIONAL.....8

2. PROBLÉMATIQUE DES URGENCES AU NIVEAU RÉGIONAL.....15

3. PLAN D’ACTION23

4. RESSOURCES RÉGIONALES37

5. PROCESSUS DE SUIVI DU PLAN D’ACTION RÉGIONAL39

6. RECHERCHE ET ÉVALUATION41

CONCLUSION42

ANNEXES43

TABLEAUX ET GRAPHIQUE

Tableau 1 :	Écart entre la population recensée en 1999 et la population projetée en 2006, pour chaque MRC de l’Estrie
Tableau 2 :	Estimation de l’accroissement de la population par groupe d’âge 18-64 ans, 65 ans et plus pour chaque MRC, de 1996 à 2006
Tableau 3 :	Nombre et type d’établissements de santé et de services sociaux en Estrie
Tableau 4 :	Catégorisation des unités d’urgence en Estrie
Tableau 5 :	Nombre de patients et patientes sur civière aux unités d’urgence en Estrie ayant un diagnostic de troubles de santé mentale, de 1996 à 2001
Tableau 6 :	Visites totales (arrivés en ambulance et à pied) dans les unités d’urgences de l’Estrie pour chaque établissement, de 1995 à 2002
Tableau 7 :	Nombre de patients et patientes sur civière dans les unités d’urgence de l’Estrie pour chaque établissement, de 1997 à 2002
Tableau 8 :	Nombre de patients et patientes sur civière arrivés en ambulance aux unités d’urgence de l’Estrie pour chaque établissement, de 1997 à 2002
Tableau 9 :	Répartition des lits en CHSLD et taux d’hébergement (personnes âgées en perte d’autonomie –PAPA) en Estrie pour les patients et patientes âgés de 65 ans et plus pour 2002, par MRC
Tableau 10 :	Indicateurs de performance retenus dans les ententes de gestion pour les unités d’urgence de l’Estrie, de 1999 à 2002
Graphique 1 :	Projection de la population en Estrie pour chaque MRC pour 2006

SIGLES ET ABREVIATIONS

AHQ :	Association des hôpitaux du Québec
CECCNU :	Comité d’experts du centre de coordination nationale des urgences
CCNU :	Centre de coordination nationale des urgences
CH :	Centre hospitalier
CHUS :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC :	Centre local de services communautaires
CHSLD :	Centre d’hébergement et de soins de longue durée
CMQ :	Collège des médecins du Québec
CRE :	Centre de réadaptation de l’Estrie
DRMG :	Département régional de médecine générale
ETP :	Équivalent temps plein
GMF :	Groupe de médecine de famille
MPOC :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACS :	Picture Archiving and Communication System
PFT :	Plan fonctionnel et technique
PREM	Plan régional d’effectifs médicaux
PSI :	Plan de services individualisé
PROS :	Plan régional d’organisation des services
RAM :	Réseau d’accessibilité médicale
Régie régionale de l’Estrie :	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l’Estrie
SIIATH :	Système d’information intégré sur les activités transfusionnelles et d’hémovigilance
SIL :	Système d’informatisation des laboratoires
UCDG :	Unité courte durée gériatrique
URFI :	Unité réadaptation fonctionnelle intensive

MISE EN CONTEXTE

Depuis 1998, et plus particulièrement à la suite des forums sur la situation dans les urgences tenus en octobre 1999 et en juin 2000, différentes actions ont été entreprises, tant sur le plan provincial que régional, afin d’assurer à la population une accessibilité aux services des urgences dans des délais raisonnables quel que soit le moment de l’année.

Les hôpitaux dotés d’une unité d’urgence ont été invités par les ministres de l’époque, madame Pauline Marois et monsieur Rémy Trudel, à donner la priorité à ce service et, conséquemment à doter leur établissement d’un plan d’action pour réorganiser leur unité des urgences. Ce plan élaboré ou mis à jour, selon le cas, à partir du *Guide de gestion de l’unité d’urgence*¹, indique une série de mesures cliniques et administratives que l’établissement doit normalement mettre en place pour que son unité d’urgence fonctionne efficacement.

Dans la même foulée, les régies régionales ont eu à préparer et à adopter une série de mesures devant permettre à toutes les unités d’urgence de traverser plus facilement la période prévisible de pointe hivernale. À cet effet, la Régie régionale de l’Estrie applique depuis 1999 sur son territoire un plan de contingence sur les urgences qu’elle suit systématiquement pour en évaluer la portée. L’objectif premier d’un plan de contingence vise une gestion adéquate des périodes de pointe prévisibles dans le but de maintenir la performance des urgences en matière de durée de séjour dans cette unité.

Conséquemment à la tenue des forums sur la situation dans les urgences et par l’entremise du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU), le ministère demande aux régies régionales d’aller de l’avant dans l’élaboration d’un «plan d’action régional d’organisation des services d’urgence (PROS)»², en s’inspirant des recommandations du *Guide de gestion de l’unité d’urgence*, lesquelles s’appuient sur « une philosophie et un modèle de gestion d’imputabilité »³

¹ MSSS, AHQ. Guide de gestion de l’unité d’urgence : Gestion de l’unité d’urgence, janvier 2000.

² MSSS, Guide de présentation d’un plan d’action régional d’organisation des services d’urgence; Organisation des urgences, décembre 2000.

³ Supra note 1

INTRODUCTION

Comme la problématique des urgences ne peut reposer uniquement sur le système hospitalier, il est impératif que des actions soient prises tant en amont qu'en aval de ce système. Afin d'y parvenir, il faudra nécessairement axer les actions au niveau des éléments suivants : l'accessibilité aux soins, qui exige une organisation efficace des services dans le milieu hospitalier et des services de première ligne axés sur la continuité des soins, la complémentarité entre les établissements et la coordination des effectifs de première ligne. C'est cet angle d'approche qui soutient l'élaboration et la réalisation du plan régional d'organisation des services d'urgence (PROS) présenté dans les pages qui suivent.

L'élaboration d'un PROS a entre autres comme objectifs d'identifier les besoins spécifiques de la population en matière d'accessibilité aux services de première ligne et de disponibilité de ceux-ci, et aussi de planifier les services à mettre en place. Pour y répondre, une étroite collaboration entre les intervenants et intervenantes et les acteurs clés de l'organisation des services de première ligne⁴ de l'ensemble du réseau est assurément un élément essentiel à l'application de ce plan d'action régional. De plus, ce plan établit des mesures à suivre qui favorisent le développement de liens organisationnels fonctionnels et structurels à l'intérieur des centres et entre les établissements.

Conséquemment, le PROS vise à établir une collaboration entre les territoires de l'Estrie en vue d'améliorer l'accessibilité aux services de 1^{re} ligne pour l'ensemble de la clientèle. Il propose aussi l'application de mesures spécifiques conformes à la mission de l'unité d'urgence, telle qu'elle est définie dans le *Guide de gestion de l'unité d'urgence*⁵ pour ainsi contribuer à servir adéquatement la clientèle tant au niveau de la 1^{re} ligne que de la 2^e ligne.

Concrètement, nous préconisons à court terme des mesures qui doivent permettre de consolider les services de 1^{re} ligne afin de fournir à la clientèle qui s'y présente une accessibilité et une disponibilité de services dans le milieu à l'intérieur d'un délai raisonnable. À plus long terme, les services de 2^e ligne doivent assurer et maintenir des liens étroits avec les services de 1^{re} ligne de façon à travailler conjointement dans une perspective d'utilisation optimale et efficace de ces services et à intensifier la continuité des soins aux clientèles spécifiques.

La première partie de ce plan informe du contexte régional. Elle donne un aperçu de certaines activités des unités d'urgence et des ressources disponibles en région. Puis une analyse des constats suggérant des stratégies d'action constitue la deuxième partie de ce document. En troisième partie, le plan d'action est présenté. Cette section est, par ailleurs, la pierre angulaire de ce document. Elle inclut une synthèse des plans d'action de chacun des établissements. Finalement, la dernière partie traite des ressources humaines et matérielles, des processus de suivi, de recherche et des activités d'évaluation.

⁴ Définition : « Gamme de services étendue et diversifiée. Services d'accès direct nécessitant une infrastructure légère. Ils intègrent deux éléments essentiels, soit un service d'information et d'orientation téléphonique (Info-Santé) donnant accès aux services 24/7, et des services communautaires (...). Ces services doivent permettre à toute personne d'exprimer, en tout temps, tout besoin de santé et d'obtenir une réponse dans un délai raisonnable (...), sont la porte d'entrée au système de santé et doivent être présents sur tout territoire et MRC. Les principales caractéristiques des services de première ligne sont l'accessibilité, la continuité et la globalité. » Régie régionale de l'Estrie. Transformation du système de services de santé et des services sociaux en Estrie : Les services dans le milieu. Décembre 1995.

⁵ Supra note 1

1. LE CONTEXTE RÉGIONAL

Cette section présente, en premier lieu, les principaux aspects géographiques et démographiques qui caractérisent la région de l’Estrie. En deuxième lieu, sont décrits les ressources et les services régionaux en matière de santé et de services sociaux, disponibles en Estrie. À cet effet, le nombre et le type des établissements y figurent ainsi qu’un classement des unités d’urgence en fonction de leur catégorie respective.

1.1 CONTEXTE SPECIFIQUE DE LA REGION DE L’ESTRIE

Aspects géographiques :

D’une superficie de 10 187,55km², l’Estrie compte en 2002, 90 municipalités regroupées en six municipalités régionales de comté (MRC) en plus de la Ville de Sherbrooke⁶. Cette région au territoire étendu comprend des établissements éloignés les uns des autres, tels que : un centre régional de soins tertiaires spécialisés et ultra spécialisés, des centres multivocationnels et des centres de soins généraux et spécialisés (CH-CLSC-CHSLD), dont deux sont situés à plus de 60 kilomètres du centre régional.

Aspects démographiques :

La région comptait en 1996, 283 599 résidants dont 140 580 se concentraient sur le territoire de la MRC de La Région-Sherbrookoise. On estime que la région connaîtra une croissance de sa population de l’ordre de 5 % de 1996 à 2006 par rapport à 4 % pour l’ensemble du Québec.

Tableau 1 : Écart entre la population recensée en 1996 et la population projetée en 2006, pour chaque MRC de l’Estrie⁷

	1996	2006	Écart 1996-2006
MRC de La Région-Sherbrookoise ⁸	140 582	149 028	6 %
MRC du Granit	21 632	22 504	4 %
MRC d’Asbestos	15 207	14 221	- 6 %
MRC du Haut-Saint-François	21 898	22 076	1%
MRC du Val-Saint-François	28 592	28 530	- 0.2 %
MRC de Coaticook	16 543	16 572	0.2 %
MRC de Memphrémagog	39 145	44 947	15 %
ESTRIE	283 599	297 878	5 %
ENSEMBLE DU QUÉBEC	7 273 993	7 535 013	4 %

⁶ Régie régionale de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l’évaluation, *Système intégré d’information de santé publique* (SIISP) : région 05, [fichier électronique] (tableau consultés en octobre 2002).
⁷ Ibid
⁸ Suite à la fusion municipale en 2002, la MRC de la Région-Sherbrookoise a été abolie pour donner lieu à Ville de Sherbrooke, territoire équivalent. Cependant, les données de population projetées pour 2006 réfèrent au découpage territorial de la MRC de la Région-Sherbrookoise.

Évolution de la population par MRC :

Notons que le territoire de La Région-Sherbrookoise concentre à elle seule plus de 50 % de la population de l’Estrie et ce, tant en 1996 que dans la projection pour 2006. De plus, nous constatons qu’entre 1996 et 2006, un accroissement de 5 % de la population est prévu sur l’ensemble du territoire de l’Estrie. D’autre part, il faut noter que la population de la MRC de Memphrémagog augmentera de 15 % comparativement à celle de la MRC d’Asbestos qui diminuera de 6 % .

Considérations pour les services de première ligne :

- Tenir compte de l’inégalité de la croissance populationnelle dans les MRC ;
- Assurer et maintenir l’accessibilité de ces services à toute la population du territoire de la MRC d’Asbestos ;
- Accentuer et consolider ces services pour l’ensemble du territoire de La Région-Sherbrookoise ainsi que pour la MRC de Memphrémagog.

Évolution de la population par groupe d’âge :

Tableau 2 : Estimation de l’accroissement de la population par groupe d’âge 18-64 ans, 65 ans et plus pour chaque MRC, de 1996 à 2006⁹

	1996		2006	
	18-64 ans	65 ans et plus	18-64 ans	65 ans et plus
MRC de la Région-Sherbrookoise ¹⁰	65 %	12 %	66 %	14 %
MRC du Granit	61 %	14 %	65 %	15 %
MRC d’Asbestos	59 %	18 %	63 %	20 %
MRC du Haut-Saint-François	61 %	13 %	64 %	14 %
MRC du Val-Saint-François	62 %	12 %	66 %	14 %
MRC de Coaticook	59 %	13 %	63 %	15 %
MRC de Memphrémagog	62 %	15 %	63 %	18 %
Estrie	62 %	13 %	65 %	15 %
Ensemble du Québec	65 %	12 %	66 %	14 %

On prévoit jusqu’en 2006 une croissance inégale de la population par groupe d’âge dans chaque MRC. La proportion de la population âgée de 18 à 64 ans et de 65 ans et plus augmentera de façon significative dans toutes les MRC de la région de l’Estrie. Cependant, le groupe de personnes âgées de 65 ans et plus s’accroît plus vite en Estrie que dans le reste du Québec, et pour certaines MRC le taux de ces personnes constitue déjà un défi à relever.

Nous croyons que la population de ce groupe d’âge spécifique (65 ans et plus) aura un impact au niveau des demandes de services en première et deuxième lignes. Ce qui pourrait se traduire par des besoins accentués pour des services spécialisés, par exemple, en gériatrie, en maladies chroniques, telles que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), les insuffisances cardiaques, l’oncologie et même

⁹ Supra note 6
¹⁰ Supra note 8

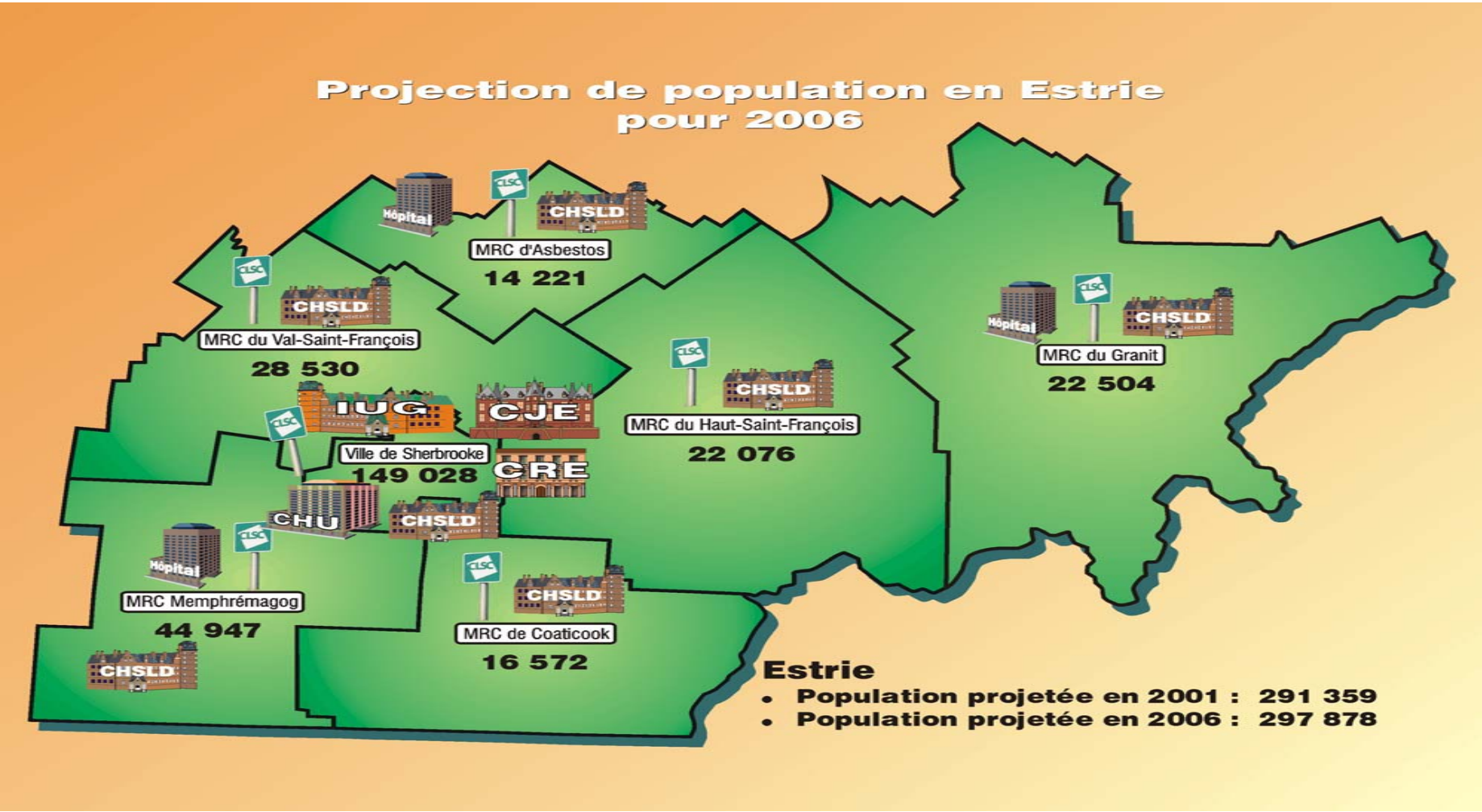
le maintien à domicile. Quant à la population âgée de 18 à 64 ans, on estime qu'elle augmentera aussi et fera également appel aux services de première ligne, mais moins souvent à ceux de deuxième ligne. Il sera donc important de maintenir et de consolider une accessibilité aux services de base en première ligne sur tout le territoire de l'Estrie.

Portrait de la santé :

En ce qui a trait à l'état de santé général de la population de l'Estrie, il est bon dans son ensemble. En effet, les statistiques démontrent le bon état de santé des gens des différents territoires et permettent même d'avancer que l'espérance de vie de nos citoyens est parmi les plus élevées du Québec¹¹. Par ailleurs, en ce qui concerne l'incapacité, la morbidité hospitalière ou encore les autres morbidités, les caractéristiques de la population de l'Estrie s'apparentent à celles du Québec.

Par contre, il faudra tenir compte qu'une transformation doit être apportée au système d'accessibilité aux services de première ligne. Nous estimons en effet qu'il faut assurer une réponse aux besoins spécifiques de la population en regard de l'émergence des maladies chroniques et de la clientèle que l'on peut traiter de plus en plus souvent dans son propre milieu de vie. D'autre part, il faut assurer le maintien et la consolidation des services de première ligne pour les personnes âgées en perte d'autonomie et atteintes de maladies chroniques, car elles sont susceptibles d'utiliser plus fréquemment les services d'urgence que d'autres clientèles.

¹¹ Supra note 6 page 8



¹² RRSSE, Direction de la santé publique, *Système intégré d'information de santé publique (SIISP)*, septembre 2002

1.2 PORTRAIT DES RESSOURCES REGIONALES

Tableau 3 : Nombre et type d’établissements de santé et des services sociaux en Estrie

TYPE D’ÉTABLISSEMENT & NOMBRE		NOM DE L’ÉTABLISSEMENT
1	Établissement gériatrique universitaire avec mission de courte durée en gériatrie et en réadaptation fonctionnelle et intensive pour clientèle > 65 ans	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
1	Centre hospitalier universitaire de soins spécialisés et surspécialisés	CHUS Hôpital Fleurimont CHUS – Hôtel-Dieu
1	Centre local de services communautaires avec mission communautaire	CLSC de La Région-Sherbrookoise
10	Centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	Centre d’hébergement et de soins de longue durée Estriade CHSLD Shermont inc. * Maison Reine-Marie inc.* La Maison Blanche de North Hatley inc.* Foyer de Waterville* Foyer Grace-Christian** Mont Saint-Dominique** Foyer Connaught** Résidence Ste-Marguerite Marie** Foyer Wales**
3	CLSC – CHSLD	Carrefour de la santé et des services sociaux CLSC et CHSLD de la MRC de Coaticook CLSC – CHSLD du Haut-St-François Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François
3	CH-CHSLD-CLSC	Centre de santé de la MRC d’Asbestos Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC) Centre de santé Memphrémagog
4	Centres de réadaptation	Le Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges*** Le regroupement CNDE/Dixville**** Centre de réadaptation Estrie inc.***** Villa Marie-Claire inc.*
1	Centre de protection de l’enfance et de la jeunesse et Centre de réadaptation	Centre jeunesse de l’Estrie

* Privé conventionné et non conventionné
** Non conventionné
*** Santé mentale et toxicomanie
**** Déficience intellectuelle
***** Déficience physique

La catégorisation des urgences, telle qu'elle a été suggérée par le Collège des médecins du Québec¹³ (CMQ) et reprise par le *Guide de gestion de l'unité d'urgence*¹⁴, a été appliquée aux établissements de notre région offrant des services d'urgence. Le tableau 4 liste les établissements ayant une unité d'urgence et spécifie sa catégorie.

Tableau 4 : Catégorisation des unités d'urgence en Estrie

ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE
CHUS Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu	Tertiaire : vocation régionale et suprarégionale
Centre de santé Memphrémagog	Centre de stabilisation
Carrefour de la santé et des services sociaux CLSC et CHSLD de la MRC de Coaticook	Centre de stabilisation
Centre de santé de la MRC d'Asbestos	Centre de stabilisation
Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC)	Primaire
Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François	Mineur : 12 heures/7 jours de présence médicale, sans réception d'ambulance sauf exception

Effectifs médicaux

En mars 2002, la région de l'Estrie comptait près de 319 omnipraticiens actifs œuvrant en pratique privée ou en établissement public sur 330 inscrits. La plupart ont une pratique diversifiée, telle que des périodes de garde à l'unité d'urgence, en consultation sans rendez-vous en cabinet privé et/ou en CLSC, des gardes pour l'hospitalisation et certains assument le service 24/7 dans les établissements de longue durée et de réadaptation.

En Estrie, 72 omnipraticiens assurent les services d'urgence 24/7 des établissements de santé et de ce nombre, 2,8 équivalent temps plein (ETP) couvrent les services médicaux de base du réseau d'accessibilité durant les heures défavorables à Sherbrooke. On retrouve également sur le territoire de l'Estrie près de 70 cliniques médicales et cabinets privés.

Centre de traumatologie régionale en Estrie

Le CHUS Hôpital Fleurimont assure la réception et la prise en charge de tout patient et patiente victime d'un traumatisme sur le territoire de l'Estrie et même à l'extérieur de la région. Ce centre joue aussi un rôle actif auprès des centres de stabilisation et du centre primaire de la région. De plus, le CHUS Hôpital Fleurimont a instauré un programme de formation continue pour tous les médecins des urgences de la région. Ce programme permet de développer et de maintenir des compétences spécifiques, de mobiliser les équipes des centres receveurs régionaux et ainsi de leur expliquer la contribution que l'on attend d'eux. C'est dans l'optique de donner une réelle primauté à la personne victime de traumatismes qu'une telle poursuite de l'excellence dans les soins est pratiquée en Estrie.¹⁵

¹³ Complémentarité des services d'urgence : Prise en charge de patients et patientes; Section 2 : catégorisation des services d'urgence. Collège des médecins. Déc. 1998

¹⁴ Supra note 1

¹⁵ RRSSE, L. Lemire et W.Smith, Réseau de traumatologie en Estrie, mai 2000.

Info-Santé CLSC

Les services Info-Santé CLSC en Estrie sont disponibles depuis avril 1995. Info-Santé constitue le premier élément des services de première ligne et offre à l'utilisateur un accès téléphonique 24/7 pour toute information concernant les soins de santé. Il assure aussi la surveillance préalerte en santé publique et une prise en charge rapide des situations problématiques (intoxications, épidémies, etc.). Ce service, disponible sur tous les territoires de l'Estrie, a entre autres comme objectif de fournir rapidement toute information utile sur les services de santé, les services sociaux et les services communautaires. De plus, il établit un lien avec le service des soins infirmiers à domicile dans les cas nécessitant une intervention immédiate et aussi avec le service Urgence-Détresse. En effet, ce dernier offre un accès téléphonique 24/7 à des services d'intervention en situation de crise à caractère psychosocial.

Services préhospitaliers

La région de l'Estrie est desservie actuellement par deux centres d'appel santé l'un situé à Sherbrooke et l'autre à Longueuil en Montérégie. Ces deux centres se partagent les appels provenant du territoire de la région estrienne comme suit : celui de la Montérégie couvre les besoins des MRC de Coaticook, du Granit et du Haut-Saint-François, tandis que celui de Sherbrooke dessert les MRC de Memphrémagog, d'Asbestos, du Val-Saint-François et de la Ville de Sherbrooke.

Le centre d'appel de la Montérégie offre un soutien à l'appelant dans les cas de réanimation cardio-respiratoire ou d'étouffement. En revanche, le centre de Sherbrooke offre du soutien à l'appelant par l'intermédiaire d'Urgence-Santé de Montréal.

Par ailleurs, un centre de communication santé de haute technologie regroupant les régions de l'Estrie et de la Mauricie / Centre-du-Québec est actuellement en voie d'être implanté. Il devrait être prêt à fonctionner en été 2003.

Santé mentale

Lors de la fusion des établissements de santé de notre région, le CHUS – Hôtel-Dieu s'est vu confier le mandat d'assurer les soins et les services psychiatriques hospitaliers (adultes) pour l'ensemble de l'Estrie. L'impact de cette réorganisation fait en sorte que l'ensemble des consultations urgentes en psychiatrie de la région convergent dorénavant vers l'urgence de l'Hôtel-Dieu, ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes.

En effet, les patients et patientes accueillis actuellement au CHUS – Hôtel-Dieu sont évalués et pris en charge par le personnel de l'unité d'urgence et non par un personnel spécialisé en santé mentale. Cette clientèle s'inscrit donc dans le fonctionnement global de l'unité d'urgence en santé physique et non dans une unité d'urgence psychiatrique. Par conséquent, la clientèle en santé mentale est soumise à la même règle de triage et de priorité que celle en santé physique. De plus, l'attente d'une consultation en santé mentale pour les patients et patientes de l'unité d'urgence

allonge indûment la prise en charge et l’orientation de cette clientèle spécifique, sans compter que la continuité des services requis pour cette clientèle n’est pas assurée de façon optimale par le fonctionnement de l’unité d’urgence en santé physique.

Le nombre moyen de consultations quotidiennes en santé mentale en provenant de l’urgence se situe autour de quinze au CHUS, et cette clientèle représente 15 % de l’ensemble des patients et patientes sur civière à l’Hôtel-Dieu¹⁶. Au cours des dernières années, nous avons constaté une hausse de cette clientèle sur civières dans les unités d’urgence de la région. On observe en outre que ces patients et patientes sont en majorité âgés de moins de 64 ans. Le tableau suivant illustre ces considérations.

Tableau 5 : Nombre de patients et patientes sur civière aux unités d’urgence en Estrie ayant un diagnostic de troubles de santé mentale, de 1996 à 2001¹⁷

	Nombre de cas	65 ans et moins
1996-1997	1 400	Nd
1997-1998	1 861	Nd
1998-1999	3 225	92 %
1999-2000	3 390	90 %
2000-2001	3 344	91 %

Victimes d’agression sexuelle

En juillet 1994, la Régie régionale de l’Estrie a conclu une entente avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), afin d’assurer la disponibilité d’un personnel médical et infirmier féminin auprès des femmes victimes d’agression sexuelle nécessitant des soins en salle d’urgence dans un centre hospitalier de la MRC de La Région-Sherbrookoise – devenue Ville de Sherbrooke – et exigent l’utilisation de la trousse médicolégale.

Cette entente prévoit que le CHUS met son unité d’urgence à la disposition de femmes médecins et d’infirmières pour les examens et les interventions nécessaires auprès des femmes victimes d’agression sexuelle ainsi que pour l’utilisation de la trousse médicolégale. Elle mentionne que la disponibilité d’un personnel médical et infirmier féminin est assurée en tout temps et que les unités d’urgence des autres centres hospitaliers continuent d’offrir les services d’urgence à cette clientèle qu’elles peuvent référer au CHUS lorsqu’il n’y a pas de personnel féminin disponible.

Toutefois, cette entente doit être révisée dans le cadre de la mise en place d’un centre désigné pour recevoir toutes les victimes d’agression sexuelle en cas d’urgence et de l’application du protocole d’intervention médicosociale pour cette clientèle (enfants, adolescents, femmes et hommes).

Ce portrait assez succinct du contexte régional de notre territoire nous permet de constater que l’Estrie bénéficie d’une importante couverture au niveau des ressources disponibles pour répondre de façon adéquate aux besoins requis par l’ensemble de la population estrienne.

¹⁶ Plan fonctionnel et technique, Projet, CHUS – Hôtel-Dieu, Sherbrooke, février 2002
¹⁷ Régie régionale de l’Estrie. Tableau de bord Urgence; *Le suivi des indicateurs de gestion : Les services d’urgence*, septembre 2002.

2. PROBLEMATIQUE DES URGENCES AU NIVEAU REGIONAL

2.1 DESCRIPTION DE LA SITUATION QUI PREVAUT DANS LES URGENCES DE L’ESTRIE

Au cours des pages suivantes nous vous présentons une description détaillée de la situation quant au volume des activités ainsi qu’à celui des admissions pratiquées dans les unités d’urgence de notre territoire. En annexe, des tableaux statistiques illustrent ces volumes d’activités et corroborent les différents constats qui ressortent des textes qui suivent.

A) Volumes d’activités

À la suite de la fusion des hôpitaux qui a eu lieu entre 1995 et 1998, une diminution de la clientèle ambulatoire aux urgences a été observée. L’ouverture de plusieurs plages horaires « sans rendez-vous » pour les heures défavorables sur le territoire de la Ville de Sherbrooke, en cabinets privés ainsi qu’en CLSC, semble avoir contribué à cette baisse de clientèle dans les unités d’urgence de la région.

Par contre, au cours des années 1995 à 1998, nous remarquons une croissance de la clientèle sur civière pour l’ensemble de la région. L’une des causes de cette augmentation des cas plus lourds provient du vieillissement d’une population qui présente un profil de pathologies multiples. De plus, l’offre des services semble être également en cause. En effet, une couverture insuffisante de médecins de famille 24/7 ainsi que des ressources en maintien à domicile qui ne seraient pas augmentées exerceraient une pression supplémentaire sur les unités d’urgence.

Le tableau 6 illustre la baisse de la clientèle aux urgences notée à la suite des fusions d’établissements et due en particulier au transfert de la clientèle ambulatoire vers les cliniques « sans rendez-vous ». Cependant, nous notons qu’au cours des années qui ont suivi, les visites aux urgences ont à nouveau rapidement et progressivement augmenté.

Tableau 6 : Visites totales (arrivés en ambulance et à pied) dans les unités d’urgences de l’Estrie pour chaque établissement, de 1995 à 2002¹⁸

	C.H.U.S.	Memphrémagog	Granit	Coaticook	Asbestos	Estrie
1995-1996 <i>fusion</i>	156 944	29 540	23 192	25 359	25 569	314 640
1996-1997 <i>fusion</i>	138 333	28 582	23 020	25 054	24 442	258 996
1997-1998 <i>fusion</i>	91 005	27 410	21 399	25 662	25 905	191 381
1998-1999	91 315	28 941	22 526	28 752	23 875	195 409
1999-2000	90 785	29 518	21 723	26 888	22 612	191 526
2000-2001	92 770	29 866	23 518	25 573	21 055	192 782
2001-2002	93 564	31 534	23 401	25 002	22 267	195 768

¹⁸ Régie régionale de l’Estrie. Direction des ressources financières et matérielles. Rapport statistique annuel des CH et CHSLD : Formulaire AS-478, août 2002; MSSS, Centre de coordination nationale sur les urgences, octobre 2002; Régie régionale de l’Estrie. Étude sur l’organisation des services médicaux dans la région de l’Estrie; Mise à jour de l’état de situation par CGO, septembre 1997.

Tableau 7 : Nombre de patients et patientes sur civière dans les unités d’urgence de l’Estrie pour chaque établissement, de 1997 à 2002¹⁹

	C.H.U.S. (Total)	C.H.U.S. Hôtel-Dieu	C.H.U.S. Hôpital Fleurimont	CLSC - C.H. et d'héb. de Memphré.	Carr. santé Granit (CH- CHSLD-CLSC)	C.S.S.S. CLSC, CHSLD de Coaticook	CLSC, CH et CHSLD d'Asbestos	Total en Estrie
1997-1998	31967	15972	15995	4573	1875	1619	1413	73414
1998-1999	34022	17660	16362	4522	2167	1751	1360	77844
1999-2000	35629	17060	18569	5081	2616	1334	1377	81666
2000-2001	37727	17335	20392	5582	3169	920	1591	86716
2001-2002	37709	15805	21904	5901	3070	881	1885	87155

Tableau 8 : Nombre de patients et patientes sur civière arrivés en ambulance aux unités d’urgence de l’Estrie pour chaque établissement, de 1997 à 2002²⁰

	C.H.U.S. (Total)	C.H.U.S. Hôtel- Dieu	C.H.U.S. Hôpital Fleurimont	CLSC - C.H. et d'héb. de Memphré.	Carr. santé Granit (CH- CHSLD-CLSC)	C.S.S.S. CLSC, CHSLD de Coaticook	CLSC, CH et CHSLD d'Asbestos	Total en Estrie
1997-1998	9809	5924	3885	1302	464	208	334	21592
1998-1999	10535	6095	4440	1266	493	216	362	23045
1999-2000	11119	5987	5132	1407	616	227	366	24488
2000-2001	11933	6526	5407	1649	803	106	370	26424
2001-2002	12891	6586	6305	1834	713	105	468	28434

B) Volume des admissions

Nous sommes tous conscients que l’unité d’urgence est, et demeure encore aujourd’hui, la porte d’entrée du système de santé québécois. On constate d’ailleurs que la majorité des admissions ont lieu dans ce service pour l’ensemble des établissements hospitaliers de l’Estrie, à l’exception du CHUS Hôpital Fleurimont, où les admissions électives sont plus nombreuses que les admissions transférées de l’unité d’urgence. Ce phénomène peut s’expliquer par l’hypothèse suivante : à la suite de la fusion des établissements de l’Estrie en 1997, le défi consistait à admettre des patients et patientes au même rythme qu’avant la fusion, tout en respectant les anciennes et nouvelles missions des établissements de la région. Il fallait donc favoriser l’accessibilité aux services ce qui signifiait aussi, par exemple, de faire en sorte de diminuer et non d’allonger les listes d’attente pour les chirurgies, surtout après la fermeture de deux établissements de soins de courte durée en région.

On observe aussi, au cours des dernières années, une fluctuation des admissions électives et en provenance des unités d’urgence selon les périodes de l’année. Par exemple, au cours des périodes 9 à 12 (de la mi-novembre au début mars), qui correspondent à la saison hivernale et à la mise en place des plans de contingence, on note une augmentation des admissions provenant de l’unité d’urgence par opposition au nombre d’admissions électives et ce, sur tout le territoire de l’Estrie, incluant le CHUS.

Dans les faits, en 1997-1998 au CHUS Hôpital Fleurimont, les admissions électives représentaient 62 % contre 38 % des admissions provenant de l’unité d’urgence. Les dernières données disponibles, soit celles de l’année 1999-2000, les admissions électives étaient de 58 % contre 42 % provenant de l’unité d’urgence. On observe donc que l’écart entre ces admissions tendait à diminuer au cours des dernières années. Du côté du CHUS – Hôtel-Dieu, on connaît plutôt la situation inverse. En 1997-1998 les admissions provenant de l’unité d’urgence

¹⁹ Régie régionale de l’Estrie. Tableau de bord Urgence; Le suivi des indicateurs de gestion : Les services d’urgence, septembre 2002.

représentaient 74 % contre 26 % d’admissions électives. On observe donc qu’au cours des ans, la situation à l’Hôtel-Dieu semble se stabiliser, puisqu’en 1999-2000 les admissions provenant de l’unité d’urgence sont de l’ordre de 75 % tandis que les électives sont de 25 %.

Quant aux données des autres MRC de l’Estrie pour les périodes allant de 1997 à 2000, elles demeurent assez stables en regard des taux d’hospitalisation provenant des unités d’urgence.

Les taux d’admissions et d’hospitalisations provenant des unités d’urgence et répartis entre les différentes spécialités telles que médicale, chirurgie, médecine, psychiatrie et obstétrique, sont présentés en **annexe B**. Ils illustrent l’évolution des activités hospitalières : admissions – jours de présence.

C) Ressources dans les établissements

La réorganisation du réseau estrien de la santé amorcée en 1995 s’est soldée par une diminution substantielle du nombre de lits disponibles pour les séjours tant de courte que de longue durée. En effet, avant la fusion, en 1995-1996²¹, l’Estrie comptait 143 lits pour des séjours de courte durée et 1 797 lits pour la longue durée. Le même phénomène s’est produit dans les services de santé mentale, puisque la réorganisation a ramené le nombre de lits en psychiatrie de 130 à 105 au permis en 1996.

Actuellement, en 2003, le réseau estrien ne compte donc plus que 826 lits dont l’occupation est de courte durée. En revanche, le nombre de lits destinés à la longue durée a faiblement diminué et semble se maintenir à 1 555 unités.

Cette diminution de lits disponibles a provoqué une certaine instabilité sur le plan des ressources pour l’ensemble des services en santé physique ainsi que dans l’unité de la santé mentale au CHUS – Hôtel-Dieu. Les établissements concernés ont donc dû réorganiser leurs offres de services en fonction de cette nouvelle réalité, mais le problème n’a pas encore trouvé de solution définitive.

Plus de sept ans après cette réorganisation et bien que la situation se stabilise, une difficulté d’accessibilité aux services et aux lits destinés à la courte et à la longue durée persiste. Loin de s’acheminer vers des solutions, ce problème, lié entre autres à une insuffisance des ressources surtout dans les services de première ligne, ira en s’accroissant. Si nous désirons que les établissements puissent s’acquitter adéquatement de leur mission et éviter les congestions chroniques de patients et patientes à l’unité d’urgence, il faudra rapidement réévaluer l’offre de services en regard des besoins spécifiques de la population et repenser les stratégies pour qu’elles soient plus efficaces.

En l’état actuel des choses, en 2003, on assiste donc à une nouvelle répartition des lits sur le réseau estrien de la santé, puisqu’il ne compte plus que 826 lits destinés aux séjours de courte durée. Ils sont distribués de la manière suivante : 671 lits au CHUS et les 155 autres répartis dans

²⁰ Ibid

²¹ Régie régionale de l’Estrie. Direction des ressources financières et matérielles, septembre 2002

les établissements situés à Magog, Asbestos, Lac-Mégantic ainsi qu’à l’Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Le CHUS – Hôtel-Dieu, lui, dispose de 94 lits pour des séjours de courte durée en santé mentale. Quant aux 1 571 lits destinés à la longue durée, 878 se retrouvent sur le territoire de la Ville de Sherbrooke tandis que les 693 autres sont répartis dans les différentes MRC²². Par ailleurs, on remarque que la région affiche un taux d’hébergement de 3,56 % tandis que la norme québécoise visée se situe à 3,5 %.

Tableau 9 : Répartition des lits en CHSLD et taux d’hébergement (personnes âgées en perte d’autonomie –PAPA) en Estrie pour les patients et patientes âgés de 65 ans et plus pour 2002, par MRC²³

MRC	Lits / CHSLD	Clientèle 65 ans et plus ²⁴	Taux
Granit	122	3 299	3,70
Asbestos	97	2 763	3,51
Haut-Saint-François	106	3 064	3,46
Val-Saint-François	143	3 844	3,72
Coaticook	93	2 297	4,05
Memphrémagog	132	6 952	1,90
Ville de Sherbrooke	858	18 715	4,58
Sous total	1 551		
Lits d’hébergement à profils spécifiques - IUGS	20		
Total des lits d’hébergement en Estrie (PAPA)	1 571	40 934	3,56

Ce que ces chiffres ne disent pas, c’est qu’en raison de l’occupation provisoire des lits réservés aux séjours de courte durée par des patients et patientes en attente de place en longue durée, il se crée inévitablement un engorgement dans le secteur des séjours de courte durée. Ce qui contribue au fait que les patients et patientes dont l’hospitalisation est brève doivent séjourner plusieurs jours dans d’autres unités de soins, comme celles des urgences.

La situation qui prévalait sur le territoire de la Ville de Sherbrooke au cours de l’année 2001-2002 était la suivante. Il y avait en moyenne 45 patients et patientes par jour qui occupaient des lits destinés aux séjours de courte durée au CHUS à Sherbrooke en attendant qu’un lit se libère dans l’unité de soins appropriée à leur cas, c’est-à-dire en CHSLD, dans l’unité de courte durée en gériatrie (UCDG) et en réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Ce portrait ne tient pas compte des patients et patientes hospitalisés dans les autres établissements situés sur l’ensemble du territoire de l’Estrie. Cette clientèle doit, elle aussi, patienter plusieurs jours, voire des mois, avant d’accéder à l’hébergement de longue durée.

Des données intéressantes, compilées sur une base quotidienne, informent des délais d’attente en hébergement de longue durée sur l’ensemble du territoire de l’Estrie. En date du 31 décembre

²² Supra note 21

²³ Régie régionale de l’Estrie. Service des programmes. Données extraites du logiciel IMAGES, 18 mars 2003

²⁴ supra note 21

2002, le délai moyen d'attente pour la région était de l'ordre de 108 jours²⁵. Il faut cependant être prudent en interprétant ces données. En effet, dans certaines MRC, un établissement peut accueillir principalement une clientèle ayant des problèmes de santé mentale. Le temps d'hébergement requis par ces personnes étant généralement plus long, cela occasionne une augmentation du temps d'attente pour l'ensemble de la clientèle de cette MRC. Par conséquent, le délai d'attente moyen qui existe dans ces établissements ne peut être considéré comme représentatif. Il conviendrait donc d'affirmer que la moyenne régionale de jours d'attente pourrait en réalité se situer en deçà des 108 jours mentionnés plus haut.

Quoi qu'il en soit, un problème d'hébergement dans les unités de soins appropriées aux besoins des patients existe. Afin de résoudre de manière durable, la Régie régionale de l'Estrie, en collaboration avec l'ensemble du réseau, compte évaluer et bonifier les mesures existantes en accentuant les efforts consacrés au développement de ressources alternatives en hébergement et de services de maintien à domicile.

D) Problématiques associées aux effectifs médicaux et au personnel à l'urgence

Les effectifs médicaux œuvrant sur le territoire de la Ville de Sherbrooke, offrent une couverture des besoins assez stable tant aux unités d'urgence que dans les CLSC et les cliniques médicales. Cependant, d'autres MRC ont connu des problèmes de recrutement, par exemple celles d'Asbestos et du Granit. Grâce aux efforts consentis par les centres concernés et le corps médical, ces régions ont résolu ce problème au niveau des unités d'urgence. Cependant, nous constatons qu'il est toujours difficile comme partout ailleurs au Québec, de trouver un médecin de famille, ce qui a pour effet d'amener les patients et patientes à faire davantage appel aux unités d'urgence.

En ce qui concerne les effectifs infirmiers de l'unité d'urgence, la pénurie de cette main-d'œuvre devient de plus en plus perceptible, voire cruciale. Ce phénomène apparaît tant au niveau provincial que régional. En conséquence, de nombreuses heures supplémentaires sont demandées aux infirmières et infirmiers en place afin de combler les besoins imputables au personnel manquant, ce qui constitue un alourdissement non négligeable de leur tâche.

E) Émergence de nouvelles problématiques

Il semble que la région ne connaisse aucune nouvelle problématique qui lui soit spécifique à l'heure actuelle, l'augmentation d'une clientèle présentant des pathologies plus complexes étant une problématique qui se retrouve tant au niveau régional que provincial. L'accroissement du nombre de ces patients et patientes se ressent déjà aux unités d'urgences et pèsera toujours davantage avec le temps.

²⁵ Régie régionale de l'Estrie. Mécanisme d'accès à l'hébergement; Logiciel Images, janvier 2003.

2.2 ANALYSE ET STRATÉGIES D’ACTION

Constats

Au cours des dernières années, des mesures de contingence ont été appliquées dans le but de contrer la pression vécue dans les unités d’urgence, durant les périodes couvrant les pointes de la saison hivernale. Ces mesures allaient du soutien accru aux services Info-Santé CLSC à l’intensification des services de santé courants et de maintien à domicile, de l’intensification des programmes de vaccination contre la grippe et la pneumonie à l’augmentation et à la stabilisation des équipes aux unités d’urgence et jusqu’à la mise à disposition de lits de transition pour répondre à l’accroissement de la demande d’hospitalisation de la clientèle sur civière dans les urgences. Malgré cela, nous constatons que la situation qui sévit encore dans les unités d’urgence demeure préoccupante, même au-delà de la saison hivernale.

Bien que les services d’Info-Santé atteignent aisément les normes de performance établies par le MSSS, bien que les campagnes de vaccination permettent de vacciner plus de 83 % de la clientèle vivant en milieu fermé et dépassent ainsi l’objectif national visé et bien que l’implantation du réseau MPOC ait le vent dans les voiles, le problème qui consiste à maintenir ces résultats dans le long terme, à implanter et à consolider d’autres actions qui devront avoir, à long et à moyen terme, des effets palpables sur les unités d’urgence de la région reste entier.

En effet, l’objectif ultime visant à contenir la durée de séjour aux urgences dans la norme de gestion suggérée n’est pas toujours réalisé. L’analyse des indicateurs de suivi nous montre que les durées de séjour aux urgences tendent à se prolonger dans l’ensemble de la région. L’application du plan de contingence est malheureusement devenue la règle de fonctionnement, douze mois par année. L’expérience démontre que ce plan de contingence n’apporte pas les résultats escomptés.

De plus, selon des études récentes²⁶, tout indique que les unités d’urgence sont régulièrement fréquentées pour des besoins non urgents. Le nombre de consultations qui ne relèvent pas de ce service s’élève à près de 50 % de l’ensemble des consultations. Quand elle se répète régulièrement, une telle situation devient un facteur d’engorgement des unités d’urgence²⁷. La clientèle attend alors beaucoup plus longtemps aux urgences que si elle s’était présentée dans un CLSC ou en cabinet privé.

Par ailleurs, en plus d’influer sur le temps d’attente à l’urgence, cette situation a des répercussions néfastes sur l’ensemble de la clientèle. C’est un cercle vicieux qui, en bout de ligne, a des effets pervers sur l’accessibilité aux soins par des personnes nécessitant une intervention urgente et, par conséquent, sur la santé de la clientèle. Le portrait de la situation qui vient d’être brossé nous amène à constater qu’il est temps de revoir notre stratégie concernant l’organisation des services de première ligne, afin d’assurer que le bon patient et patiente obtienne les soins appropriés au bon moment et au bon endroit.

²⁶ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
www.fcrss.ca/docs/ressource/myth1_f.pdf, 8 août 2002.

²⁷ Supra note 1 page 6

Analyse

Malgré l'intensification des efforts déployés pour assainir la gestion des soins et des lits, les établissements ayant une mission de courte durée ne pourront suppléer indéfiniment au manque de ressources en hébergement et en réadaptation. Loin de trouver une solution, ce problème d'accessibilité, lié à une insuffisance de ressources surtout en première ligne, ira en s'accroissant dans les années à venir. Afin que les établissements s'acquittent adéquatement de leur mission et évitent des situations d'engorgement chronique aux urgences, il est nécessaire de revoir entre autres, l'offre des services aux personnes âgées et en réadaptation pour leur assurer, tout comme en santé mentale, une continuité de services et un soutien adéquat dans leur milieu de vie.

De plus, la fréquentation des unités d'urgence est parfois tributaire de certaines habitudes de consommation de la population. Un manque d'information quant à la disponibilité et à la gamme des autres services offerts parallèlement aux unités d'urgence, comme les visites aux « sans rendez-vous » en CLSC ou en cabinet privé est probablement un facteur important dans l'utilisation inappropriée des urgences.

Il faut toutefois préciser que la clientèle de certains territoires ou MRC ne peut obtenir de soins ailleurs qu'aux urgences parce que c'est pour cette population, le seul endroit où ils sont prodigués en dehors des heures d'ouverture des cliniques et des CLSC des MRC limitrophes.

Stratégies d'action

Cette analyse démontre la nécessité de consolider les services de première ligne afin de réduire « l'engorgement chronique » des unités d'urgence et de permettre à ces dernières de remplir adéquatement leur mission première.

Par conséquent, le processus de révision de l'organisation régionale des services de première ligne, exigera, d'une part, qu'on établisse les liens durables entre les unités d'urgence et les services dans le milieu, et d'autre part, qu'on assure une meilleure gestion hospitalière de l'accès aux lits pour les séjours de courte durée et les séjours de longue durée.

En définitive, cette réorientation ne pourra se faire avec succès qu'en misant sur la collaboration de tous les partenaires. Celle-ci sera indispensable pour faciliter l'accès à l'hébergement de longue durée, aux services de maintien à domicile, aux services médicaux de première ligne et enfin aux médecins de famille sur l'ensemble du territoire de la région estrienne.

3. PLAN D’ACTION

À la suite des mesures appliquées selon les plans de contingence, la Régie régionale de l’Estrie a élaboré en l’an 2000 un plan préliminaire d’intégration des services d’urgence au réseau de la santé²⁸. Ce plan visait à atteindre une série d’objectifs comme la place des urgences dans le réseau, la gestion hospitalière et des périodes de pointe et la conception de plans de communication adaptés à la population. À ce jour, certaines mesures énumérées dans ce plan ont été réalisées ou sont en voie de l’être. Cependant, plusieurs ne le sont pas encore et demeurent toujours opportunes, c’est pourquoi elles ont été retenues dans le cadre du plan d’action régional d’organisation des services d’urgences (PROS) présenté aux pages suivantes.

Ce plan d’action cible trois axes d’intervention et chaque axe propose des actions spécifiques. Les actions sont présentées en termes d’objectifs, de résultats attendus, de moyens et de conditions de réalisation. De plus, elles proposent des responsables et collaborateurs potentiels, leur mise en place ainsi qu’un échéancier. Cette partie du plan d’action se déroule donc comme suit :

Mesure # 1 : Améliorer l’accessibilité et la disponibilité des services dans le milieu

- **Actions :**

1. Mettre en place des services de première ligne structurés et performants sur tout le territoire de l’Estrie ;
2. Mettre en place un réseau de services dédiés à l’intervention en situation de crise psychosociale et de santé mentale ;
3. Consolider des plans de services pour les patients et patientes présentant des problèmes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ;
4. Consolider les réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d’autonomie ;
5. Élaborer des plans de services pour la clientèle atteinte d’insuffisance cardiaque ;
6. Mettre en place des services concertés d’intervention médicosociale auprès des victimes d’agression sexuelle en situation d’urgence ;
7. Rendre accessible et disponible la vaccination auprès de la clientèle vulnérable en amont et en aval de l’unité d’urgence ;

Mesure # 2 : Favoriser un fonctionnement efficace de l’unité d’urgence

- **Actions :**

1. Informer les utilisateurs et utilisatrices de la mission véritable de l’unité d’urgence et les sensibiliser à une utilisation plus judicieuse de ce service.
2. Assurer une gestion efficace et continue de l’unité d’urgence pour atteindre une performance maximale dans les durées de séjour et de l’utilisation des lits de courte durée.

Mesure # 3 : Assurer une gestion optimale des lits réservés aux séjours de courte durée
--

- **Action :**

1. Assurer une gestion efficace et continue de l’utilisation des lits de courte durée pour atteindre une performance maximale de l’unité d’urgence.

²⁸ RRSSE, L. Rivard, G. Desrosiers. Plan régional d’intégration des urgences au réseau de la santé : Plan préliminaire. Février 2000.

**PLAN D’ACTION RÉGIONAL
D’ORGANISATION DE SERVICES
D’URGENCE DE L’ESTRIE**

TROIS MESURES SONT RETENUES COMME GRANDS AXES D'INTERVENTION

***AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ ET LA
DISPONIBILITÉ DES SERVICES DANS LE
MILIEU***

***FAVORISER UN FONCTIONNEMENT
EFFICACE DE L'UNITÉ D'URGENCE***

***ASSURER UNE GESTION OPTIMALE DES
LITS RÉSERVÉS AUX SÉJOURS DE
COURTE DURÉE***

- ACTIONS**
1. Mettre en place des services de première ligne structurés et performants sur tout le territoire de l'Estrie ;
 2. Mettre en place un réseau de services dédié à l'intervention en situation de crise psychosociale et de santé mentale;
 3. Consolider des plans de services pour les patients et patientes présentant des problèmes MPOC ;
 4. Consolider les réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie;
 5. Élaborer des plans de services pour la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque ;
 6. Mettre en place des services pour l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence;
 7. Rendre accessible et disponible la vaccination auprès de la clientèle vulnérable en amont et en aval de l'unité d'urgence.

- ACTIONS**
1. Informer les utilisateurs et utilisatrices de la mission véritable de l'unité d'urgence et les sensibiliser à une utilisation plus judicieuse de ce service.
 2. Assurer une gestion efficace et continue de l'unité d'urgence pour atteindre une performance maximale dans les durées de séjour et de l'utilisation des lits de courte durée

- ACTIONS**
1. Assurer une gestion efficace et continue de l'utilisation des lits de courte durée pour atteindre une performance maximale de l'unité d'urgence.

3.1 PLAN D’ACTION DES MESURES TOUCHANT DES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES

MESURE # 1 AMELIORER L’ACCESSIBILITE ET LA DISPONIBILITE DES SERVICES DANS LE MILIEU			
Référence : <i>Guide de gestion de l’unité d’urgence</i> :			
C1 D : Mettre en place des modalités visant à assurer les liens avec les instances du centre hospitalier et du réseau local			
C4 A : Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires			
D3 A : Conclure des ententes qui structurent les activités de coopération entre les établissements			
Action # 1	Objectifs	Moyens à envisager	Conditions de réalisation
Mettre en place des services de première ligne structurés et performants sur tout le territoire de l’Estrie	- Permettre à toute personne d’exprimer, en tout temps, tout besoin relatif à la santé et obtenir une réponse dans un délai raisonnable ; - Prodiguer les services requis par la clientèle et fournis par le bon professionnel, au bon endroit et au bon moment ; - Assurer la diffusion de services reliés à la promotion, prévention et à la protection de la santé de la population ; - Assurer et maintenir l’accessibilité 24/7 et /ou au minimum 12/7 des services de première ligne ; - Intensifier les services courants de santé, les services sociaux courants et les services de soins à domicile. Résultats attendus : - Utilisation plus judicieuse des services d’urgence aux fins de sa mission première ; - Baisse de la clientèle pour les cas non urgents aux unités d’urgence ; - Répartition de la clientèle ambulatoire entre les services d’urgence de première ligne, les CLSC et les cabinets privés ; - Prise en charge médicale et infirmière 24/7 de toute clientèle vulnérable.	- Consolider les services de première ligne déjà en place (soins à domicile, services courants, accessibilité aux plateaux techniques) ; - Mettre en place des structures facilitant l’accessibilité aux services (GMF, cliniques pivots, cliniques affiliées, etc.) ; - Établir et/ou consolider les mécanismes de collaboration entre les partenaires (CH, CLSC, cabinets privés) ; - Mettre sur pied un groupe réseau territorial devant se pencher sur toutes les questions liées à l’unité d’urgence ; - Élaborer un plan de communication sur l’accessibilité et la disponibilité des services dans le milieu ; - Informer la population des ressources disponibles à consulter pour un besoin spécifique relatif à la santé ; - Maintenir et faciliter l’accessibilité aux plateaux techniques (laboratoire et radiologie) pour les cas non urgents.	- Réaffirmer certaines valeurs caractéristiques des services de première ligne, telles que l’accessibilité, la continuité et la globalité ; - Établir un partenariat qui assure les liens entre les centres hospitaliers et tous les intervenants concernés (CH, CLSC, cabinets privés) ; - Élaborer des protocoles entre tous les partenaires concernés ; - Conclure des ententes qui structurent les activités de coopération entre les établissements ; - Associer la population à cette démarche. Responsables : Ministère de la Santé et des Services sociaux Régie régionale de l’Estrie Collaborateurs : DRMG, CH, CLSC, cabinets privés Échéancier : D’ici 2004

Référence : *Guide de gestion de l'unité d'urgence :*

B3.4 B : S'assurer la disponibilité d'un travailleur social à l'unité d'urgence selon un horaire qui répond aux besoins des patients et patientes

B3.4 E : S'assurer de la disponibilité d'une infirmière de liaison en santé mentale à l'unité d'urgence, selon un horaire qui répond aux besoins des patients et patientes (*s'applique aux urgences à vocation unique en santé mentale ainsi qu'aux urgences secondaires lourdes et aux urgences tertiaires*)

Action # 2	Objectifs	Moyens à envisager	Conditions de réalisation
Mettre en place un réseau de services dédiés à l'intervention en situation de crise psychosociale et de santé mentale ²⁹	- Répondre rapidement et adéquatement aux besoins des proches ou de la personne en état de crise situationnelle ou de détresse psychologique, reliés à des problèmes psychosociaux, de santé mentale ou de maladie psychiatrique ; - Prévenir les risques de tout ordre et protéger la personne et son entourage conformément à la L.R.Q. c. P-38.001³⁰ ; - Éviter la détérioration de la situation de crise et mobiliser la personne et son entourage dans la recherche de solution ; - Développer une relation coopérative avec la famille et les intervenants impliqués auprès de la personne ; - Inscrire l'intervention de crise dans une continuité de services si la personne est desservie par un réseau intégré ou un programme particulier ; - Orienter la personne vers les services adaptés à long terme ; - Favoriser le recours aux ressources plus légères, dans la communauté. Résultats attendus : - Une accessibilité 24/7 à une intervention en situation de crise (téléphonique, terrain ou à l'urgence ; - La continuité des services avec les différents réseaux de soins concernés ; - Une intervention de qualité basée sur des approches éprouvées en situation de crise.	- La mise en place d'une véritable urgence psychiatrique en Estrie avec locaux adéquats, lits d'observation, personnel spécialisé (infirmier et psychosocial), mécanismes de liaison avec l'interne et l'externe ; - L'élaboration de protocoles et de mécanismes de liaison avec les partenaires concernés, dont les médecins de famille et les intervenants pivots du réseau intégré en santé mentale, afin de clarifier la responsabilité de chacun au niveau de la prise en charge et de la continuité des services ; - L'utilisation d'outils et d'approches communes ; - La promotion de l'accessibilité téléphonique et de l'intervention dans le milieu par les services régionaux d'intervention de crise et de crise suicidaire (Urgence-Détresse/CLSC et JEVI Centre de prévention du suicide) ; - L'organisation du soutien que doivent assurer les psychiatres du territoire aux médecins de famille et aux autres intervenants par des services de consultation/liaison ou d'autres modalités qui répondent aux besoins des praticiens ; - La mise en place des conditions nécessaires entourant le retour dans le milieu de vie, avant de donner un congé ; - La consolidation des réseaux locaux de services de santé mentale et des ressources d'hébergement temporaire (crise, répit, transition...) dans le milieu.	- Formation d'un comité de coordination régional et de traitement des zones de litiges ; - Disponibilité et échéancier réaliste pour convenir de l'utilisation d'outils d'évaluation et d'intervention communs et de la mise en place de mécanismes efficaces de liaison ; - Établissement de liens soutenus entre les intervenants concernés par : → des interventions conjointes → des formations communes - Investissement financier pour consolider les ressources dans le milieu (au niveau de l'intervention, l'hébergement, les mesures de dépannage, la liaison...) ; - Le soutien clinique pour favoriser les changements de pratiques professionnelles. Responsables : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale de l'Estrie Collaborateurs : Comité de coordination régional des services de crise Établissements et partenaires concernés Échéancier : D'ici 2004

²⁹ Cibles prioritaires pour la transformation des services de santé mentale, MSSS, février 2001

³⁰ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente une dangerosité pour elles-mêmes et pour autrui

Référence : *Guide de gestion de l’unité d’urgence* :

C4 A : Définir les mécanismes d’intervention de la liaison des programmes clientèles à l’unité d’urgence

C4 C : Prévoir, dans les modèles de coordination des services pour les pathologies complexes, des modalités et interactions avec l’unité d’urgence

Action # 3	Objectifs	Moyens à envisager	Conditions de réalisation
Consolider des plans de services pour les patients et patientes présentant des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	- Maintenir et développer un réseau structuré d’enseignement et de suivi pour la clientèle atteinte de MPOC ; - Renforcer les compétences de la personne atteinte et de sa famille face à la maladie et à son traitement ; - Favoriser la gestion de l’épisode de soin par le patient et sa famille en collaboration avec les professionnels et les professionnelles de la santé concernés ; - Assurer un soutien et suivi téléphonique ou à domicile à la clientèle de ce programme. Résultats attendus : - Réduction de 30 % du nombre d’hospitalisations et de 30% du nombre de visites à l’urgence de la clientèle ciblée du réseau MPOC.	- Mise en place de la clinique mère dotée d’un mandat spécifique et exclusivement régional ; - Mise en place du réseau MPOC de l’Estrie ; - Implantation de cliniques satellites dotées d’un mandat territorial, sous la responsabilité des CLSC ; - Implication et participation des médecins de famille ; - Développement des outils spécifiques reliés au programme, tels le formulaire de consentement, le plan d’action thérapeutique, la fiche de relance, etc. ; - Modalités de transmission des informations ; - Relance téléphonique ou à domicile à tous les clients du réseau.	- Comité de suivi et d’évaluation du réseau ; - Élaboration d’un tableau de bord de gestion ; - Séances de formation des intervenants et intervenantes ; - Séances d’information pour les partenaires du réseau (personnel infirmier, médecins, pharmacien et pharmacienne). Responsables : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale de l’Estrie, CH concernés Collaborateurs : CLSC Échéancier : En place depuis 2001

Référence : *Guide de gestion de l’unité d’urgence* :
 C4 A : Définir les mécanismes d’intervention de la liaison des programmes clientèles à l’unité d’urgence
 C4 C : Prévoir, dans les modèles de coordination des services pour les pathologies complexes, des modalités et interactions avec l’unité d’urgence

Action # 4	Objectifs	Moyens à envisager	Conditions de réalisation
Consolider les réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d’autonomie	- Procéder à une réorganisation des services sociosanitaires qui répond aux besoins des personnes âgées en perte d’autonomie ; - Distribuer les services nécessaires dans le milieu naturel ; - Offrir une gamme complète de services de qualité dans différents milieux de vie (prévention, aide à la personne, aide aux proches, services spécialisés, alternatives à l’hébergement, hébergement, soins palliatifs) ; - Améliorer la performance du système : le bon service, à la bonne personne, au bon endroit, au meilleur coût, sans dédoublement ; - Éviter aux personnes âgées en perte d’autonomie un recours inutile aux services médicaux en milieu hospitalier. Résultat attendu : - Le développement d’un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d’autonomie, basé sur l’organisation de la prestation de services de première ligne et de deuxième ligne pour une population définie.	- Consolider l’implantation des guichets uniques, la mise en place de questionnaires de cas et la détection de clientèle vulnérable ; - Déployer un système de communication continue pour relier efficacement les intervenants entre eux ; - Consolider les équipes locales (CLSC-CHSLD), en y intégrant les médecins de famille ; - Associer l’équipe gériatrique au niveau local pour une intervention ponctuelle et spécialisée ; - Assurer l’accessibilité rapide à des services médicaux de base et gériatriques spécialisés ; - Augmenter l’accessibilité aux services à domicile.	- L’intervention médicale et sociale précoce est privilégiée par l’utilisation d’outils de dépistage ; - Diagnostics médicosociaux précoces ; - Développement de plans de services individualisés (PSI) dès le diagnostic médicosocial rendu ; - Interventions rapides et globales une fois la situation à risques identifiée ; - Alliance et collaboration avec les médecins de famille de la région de l’Estrie et tous les autres partenaires concernés. Responsables: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale de l’Estrie Collaborateurs : CH, CLSC, CHSLD, résidences privées, partenaires concernés, organismes communautaires. Échéancier: D’ici 2004

Référence : *Guide de gestion de l'unité d'urgence* :
 C4 A : Définir les mécanismes d'intervention de la liaison des programmes clientèles à l'unité d'urgence
 C4 C : Prévoir, dans les modèles de coordination des services pour les pathologies complexes, des modalités et interactions avec l'unité d'urgence

Action # 5	Objectifs	Moyens à envisager	Conditions de réalisaton
Élaborer des plans de services pour la clientèle atteinte d'insuffisante cardiaque	- Sur le plan sociosanitaire : Mise en place d'un programme régional et territorial en insuffisance cardiaque qui permettra d'ici 2006 la diminution de 30 % des visites à l'urgence et de 30 % des hospitalisations. - Sur le plan organisationnel : De façon progressive et en fonction des ressources disponibles : - Favoriser la mise en place de mesures reconnues comme étant efficaces afin que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et leur famille aient accès à des soins et des services optimum adaptés à chacun des stades de la maladie. Résultats attendus : - Implantation et mise en service de la clinique mère et centres satellites pour la clientèle grade 3 et 4 dès 2003 ; - Une clientèle de stade D desservie par une ou des cliniques traitant l'insuffisance cardiaque à partir d'une programmation clinique connue et reconnue ; - Des mesures efficaces et traduites en services pour l'ensemble des clientèles ciblées par le programme.	À court terme : - Soutenir l'implantation de la clinique traitant l'insuffisance cardiaque au CHUS ; - Établir la programmation clinique des cliniques traitant l'insuffisance cardiaque pour la clientèle de stade D. À moyen terme : - Procéder à l'évaluation des besoins et à l'actualisation d'un réseau intégré et coordonné relatifs à l'approche diagnostique et thérapeutique de l'insuffisance cardiaque à l'ensemble des intervenants et intervenantes de la région 05 ; - Procéder à l'évaluation des besoins et à l'identification des mesures permettant l'inclusion progressive des autres clientèles ciblées par le programme.	- Participation active de tous les partenaires concernés ; - Une approche multidisciplinaire ; - L'accessibilité à ces services de chacune des MRC ; - Protocoles qui assurent le suivi, la globalité et la continuité des services ; - Responsabilisation de chaque intervenant par rapport à l'atteinte des objectifs . Responsables : Ministère de la Santé et des Services sociaux Régie régionale de l'Estrie, Clinique mère, CH, CLSC Collaborateurs : CLSC, établissements de santé, centres satellites Échéancier : De 2003 à 2006

Référence : *Guide de gestion de l'unité d'urgence* :

C4 A : Définir les mécanismes d'intervention de la liaison et de programmes clientèles à l'unité d'urgence

C4 B : Mettre au point, si nécessaire, des outils de dépistage qui permettent à l'unité d'urgence de mettre à contribution l'équipe de liaison ou de programmes clientèles

C4 E : Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires

Action # 6	Objectifs	Moyens à envisager	Conditions de réalisation
Mettre en place des services pour l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence	Fournir des services complets et adéquats aux victimes d'agression sexuelle (enfants, adolescents, adolescentes, femmes et hommes) en situation d'urgence ; Assurer l'accessibilité aux victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence : - À des services d'accompagnement d'urgence 24/7 sur tout le territoire de l'Estrie ; - À un accueil 24/7 dans un centre désigné par une équipe médicosociale (médecin, infirmière, intervenante ou intervenant psychosocial) dûment formée pour l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle ; - À une intervention médicosociale 24/7 dans un centre désigné : → Accueil et soutien psychologique → Examen médical ou médico-légal → Soins, traitements et information - À un suivi médical et psychosocial approprié. Résultats attendus : - Accessibilité 24/7 à une intervention médicosociale de qualité pour toutes les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence en Estrie ; - Application et respect du protocole d'intervention médicosociale ; - Utilisation judicieuse des services du centre désigné	- Mise en place d'un centre désigné pour offrir une intervention médicosociale 24/7 aux victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence ; - Organisation des services reliés au centre désigné en collaboration avec les établissements et partenaires concernés (unités d'urgence, Urgence-détresse, CALACS, etc); - Consolidation des services d'accompagnement d'urgence sur tout le territoire de l'Estrie ; - Application systématique du protocole d'intervention médicosociale prévoyant l'utilisation de la <i>Trousse médicolégale</i>, de la <i>Trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux</i> et du <i>Guide d'intervention auprès des victimes</i> ; - Mise en place et/ou consolidation des équipes médicosociales pour la prise en charge des victimes au centre désigné; - Mise en place des mécanismes de collaboration entre le centre désigné, les établissements et les partenaires concernés ; - Mise en place de mécanismes de suivi de l'application du protocole ; - Promotion des services du centre désigné auprès des établissements et organismes susceptibles de recevoir des demandes de la part des victimes et auprès de la population.	- Soutien de la Régie régionale de l'Estrie ; - Concertation intersectorielle ; - Développement de l'expertise d'intervention médicosociale assuré par le centre désigné auprès des centres possédant une salle d'urgence en Estrie ; - Réalisation de séances de formation pour le personnel des équipes médicosociales et pour les partenaires concernés ; - Désignation d'une infirmière de liaison en agression sexuelle au centre désigné ; - Élaboration d'ententes formelles entre les partenaires afin d'assurer la continuité des services ; - Élaboration d'un outil de collecte de données essentielles à la gestion des services aux victimes. Responsables : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale de l'Estrie, Centre désigné Collaborateurs : Comité intersectoriel régional, Établissements et partenaires concernés. Échéancier : D'ici décembre 2003

Référence : *Guide de gestion de l’unité d’urgence* :

C4 B : Mettre au point, si nécessaire, des outils de dépistage qui permettent à l’unité d’urgence de mettre à contribution l’équipe de liaison ou de programmes clientèles spécifiques

C4 E : Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires

Action # 7	Objectifs	Moyens à envisager	Conditions de réalisations
Rendre accessible et disponible la vaccination contre l’influenza et le pneumocoque auprès de la clientèle vulnérable en amont et en aval de l’unité d’urgence	- Diminuer le nombre de visites à l’urgence ainsi que celui des hospitalisations de clientèles vulnérables et/ou à risques en raison de leur condition de santé ; - Intensifier les programmes de vaccination contre l’influenza et le pneumocoque en milieu hospitalier. Résultats attendus : - La vaccination accessible et disponible à toute la clientèle ciblée et ce, en amont et en aval des unités d’urgence ; - Maintenir l’atteinte des objectifs énoncés quant à la vaccination de masse en Estrie. Influenza : - Vacciner 80 % des personnes de 60 ans et plus vivant en milieu fermé ; - Vacciner 60% des personnes de 60 ans et plus vivant en milieu ouvert ; - Vacciner 60 % du personnel soignant des établissements. Pneumocoque : - Vacciner toute clientèle atteinte de maladie chronique et celle âgée de 65 ans et plus.	- Réévaluer la stratégie de vaccination ; - Consolider les campagnes de vaccination massive en première ligne (CLSC, cabinets privés, établissements de santé et autres) ; - Élaborer des outils de dépistage qui permettent à l’unité d’urgence de mettre à contribution l’équipe de liaison ou de programmes clientèles ; - Offrir la vaccination à la clientèle vulnérable en milieu hospitalier et spécifiquement à l’unité d’urgence ; - Définir auprès des intervenants concernés les termes des milieux « fermés et ouverts ».	- Monitoriser les visites à l’urgence et hospitalisations pour tout diagnostic d’influenza et de pneumonie ; - Poursuivre les activités de surveillance en maladies infectieuses tout au long des campagnes de vaccination ; - Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires ; - Déployer de nouveaux indicateurs en regard de la vaccination par le registre des unités d’urgence ; - Développer la collaboration CLSC/résidences privées. Responsables : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale de l’Estrie Collaborateurs : CLSC, CH, CHSLD et cabinets privés Automne 2004

MESURE # 2 FAVORISER UN FONCTIONNEMENT EFFICACE DE L'UNITÉ D'URGENCE

Référence : *Guide de gestion de l'unité d'urgence* :

A1 A : S’inspirer du Guide de gestion de l’unité d’urgence pour établir ou adapter les politiques de l’établissement en cette matière

B1.2 B : Faire connaître la mission de l’unité d’urgence à la population et aux partenaires

B2.6 C : S’assurer que l’unité d’urgence ne devienne pas un lieu où les patients et patientes sont mis en observation prolongée

C5 A : Adopter un plan de décongestion pour chaque centre hospitalier

D1 B : Mettre sur pied un groupe réseau territorial devant se pencher sur toutes les questions liées à l’unité d’urgence

Action # 1 et # 2	Objectifs	Moyens à envisager	Conditions de réalisation
1. Informer les utilisateurs et utilisatrices de la mission véritable de l'unité d'urgence et les sensibiliser à une utilisation plus judicieuse de ce service. 2. Assurer une gestion efficace et continue de l'unité d'urgence pour atteindre une performance maximale dans les durées de séjour et de l'utilisation des lits de courte durée.	- Fournir à la clientèle, dont l'état de santé le requiert, les services d'accueil, de triage, d'évaluation, de stabilisation, d'investigations et de traitements ; - Répondre à une <i>condition médicale urgente</i> et/ou arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient ; - Situer la place de l'urgence dans le réseau de la santé ; - Favoriser la gestion optimale des périodes de crise ; - Atteindre les résultats escomptés quant aux indicateurs de performance. Résultats attendus : - L'unité d'urgence donne des <i>soins urgents</i> à la clientèle qui correspond à sa mission ; - Le respect des normes prescrites quant au nombre de patients et patientes sur civière et à la durée des séjours.	- Adoption par la Régie régionale de l'Estrie de la mission de l'unité d'urgence dans le cadre du système de santé ; - Adoption par les centres hospitaliers de la mission des unités d'urgence dans le cadre de la gestion hospitalière ; - Adoption par les unités d'urgence de leur mission en termes d'efficacité de fonctionnement ; - Consolidation de l'utilisation du tableau de bord des indicateurs de performance ; - Mise en place d'un système de gestion des épisodes de soins ; - Élaboration d'un instrument de mesure pour étudier la pertinence des admissions et des séjours.	- S’inspirer du <i>Guide de gestion de l'unité d'urgence</i> pour établir ou adapter les politiques de l'établissement en cette matière ; - Inscrire la gestion interne de l'unité d'urgence dans un processus général de gestion de l'amont et de l'aval ; - Élaborer une politique de consultation à l'unité d'urgence visant à définir les responsabilités du consultant quant aux délais et au mode de prise de décision ; - Élaborer un outil informatique standardisé destiné à la collecte d'indicateurs essentiels à la saine gestion de l'unité d'urgence. Responsables : CH, établissements concernés, Collaborateurs : Régie régionale de l'Estrie, CLSC, cabinets privés Échéancier : Débuté en 2002 Finalisé 2006

MESURE # 3
ASSURER UNE GESTION OPTIMALE DES LITS RÉSERVÉS AUX SÉJOURS DE COURTE DURÉE

Référence : *Guide de gestion de l'unité d'urgence* :

B2.6 F : Élaborer une politique de consultation à l'unité d'urgence visant à définir les responsabilités du consultant quant aux délais et au mode de prise de décision

B2.6 G : Élaborer les règles et protocoles visant à éviter les admissions inappropriées de l'unité d'urgence (*s'applique à toutes les unités d'urgence, sauf les centres de stabilisation*)

C5 A : Adopter un plan de décongestion pour chaque centre hospitalier

Action # 1	Objectifs	Actions à envisager	Conditions de réalisation
Assurer une gestion efficace et continue de l'utilisation des lits de courte durée pour atteindre une performance maximale de l'unité d'urgence.	- Intégrer les urgences à la gestion hospitalière ; - Favoriser la gestion optimale des périodes de crise ; - Atteindre les résultats escomptés quant aux indicateurs de performance. Résultats attendus : - Le service des urgences dispense les soins urgents à sa clientèle telle qu'elle est définie dans sa mission ; - L'accès dans des délais raisonnables, à une unité d'observation et à des lits destinés aux séjours de courte durée ; - Le respect des normes prescrites quant au nombre de patients et patientes sur civière et à la durée des séjours.	- Adoption par les centres hospitaliers de la mission de l'urgence dans le cadre de la gestion hospitalière ; - Adoption par les unités d'urgence de leur mission en termes d'efficacité de fonctionnement ; - Associer les unités d'urgence aux orientations et politiques concernant la gestion hospitalière et plus particulièrement à celles pour les séjours des lits de courte durée ; - Consolider l'utilisation du tableau de bord des indicateurs de performance ; - Mettre en place un système de gestion des épisodes de soins dans les unités de séjours de courte durée ; - Élaborer un instrument de mesure pour étudier la pertinence des admissions et des séjours ; - Mettre en place des alternatives à la prolongation des séjours en courte durée, pour favoriser le maintien des personnes à domicile, spécialement de la clientèle âgées.	- S'inspirer du <i>Guide de gestion de l'unité d'urgence</i> pour établir ou adapter les politiques de l'établissement en cette matière ; - Inscrire la gestion interne de l'unité d'urgence dans un processus général de gestion de l'amont et de l'aval ; - Élaborer une politique de consultation à l'unité d'urgence visant à définir les responsabilités du consultant quant aux délais et au mode de prise de décision ; - Rendre accessible les unités de séjours de courte durée dans des délais acceptables ; - Transférer certaines clientèles vers d'autres établissements concernés. Responsables : CH, établissements concernés Collaborateurs : Régie régionale de l'Estrie, CHSLD, CRE, CLSC, Réseau intégré des services aux personnes âgées en perte d'autonomie Échéancier : Débuté en 2002, Finalisé en 2004

3.2 MESURES TOUCHANT L'ORGANISATION DES SERVICES ET LES RELATIONS INTERÉTABLISSEMENTS

A) PLAN D'ACTION DES ÉTABLISSEMENTS

Au cours des derniers mois, les cinq établissements de notre région administrant une unité d'urgence ont déposé à la Régie régionale de l'Estrie, leur plan d'action pour les unités d'urgence. Ce plan, demandé à tous les centres de la région ayant une unité d'urgence 24/7, établit les balises d'un modèle d'organisation des services visant notamment le segment des urgences inscrit dans le continuum de l'épisode de soins. L'approche est axée sur les patients et patientes, sur la qualité des soins et sur l'intégration des services tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement³¹. De plus, ces plans précisent les actions prises et/ou à mettre en place dans le but d'accorder la priorité au fonctionnement optimal de l'unité d'urgence.

À la suite de l'évaluation du contenu de l'ensemble de ces plans, nous remarquons entre autres que tous les établissements ont adopté la définition de la mission de l'unité d'urgence, et se sont engagés à accorder la priorité à cette dernière établie en leur sein. Les données colligées sous forme de tableau synthèse sont présentées en **annexe C** pour l'ensemble des plans d'action de chacun des établissements.

B) MÉCANISMES D'INTÉGRATION DES SERVICES

Bien qu'une réelle volonté de créer des ententes relatives aux services offerts existe entre les divers établissements, la réalité est tout autre à l'heure actuelle. Sur le territoire de l'Estrie il n'y a que très peu d'accords sur les services qui soient formels, et la plupart d'entre eux ne disposent d'aucun protocole. Les ententes sur les services existant entre CH, CLSC et CHSLD sont le plus souvent gérées par un mécanisme de liaison entre les établissements. Elles sont utilisées entre autres pour un suivi de continuum de soins pour des clientèles spécifiques.

En ce qui concerne les ententes formelles entre les établissements et les cliniques privées, il n'y en a aucune à l'heure actuelle. Cependant, des travaux menés par la Direction des affaires médicales de la Régie régionale de l'Estrie proposent de développer des ententes de ce type. Ce projet fera probablement l'objet d'un PROS médical et guidera certainement l'élaboration des futures ententes.

Les services préhospitaliers d'urgence ne disposent pas non plus d'ententes formelles de services. Toutefois, des « directives » émanant du service de la formation continue recommandent aux ambulanciers de partager la charge de travail concernant la clientèle victime de traumatismes entre les deux pavillons du CHUS.

Les recommandations qui découlent déjà de ce plan d'action régional ne pourront qu'inciter la création de ce type d'ententes sur le territoire, comme un partenariat entre les CLSC, les unités d'urgence et les cabinets privés.

³¹ Ministère de la Santé et des services sociaux. Extraits de texte. Guide de présentation d'un plan d'action régional d'organisation des services d'urgence, décembre 2000.

3.3 MÉCANISMES RÉGIONAUX DE COORDINATION ET DE SUIVI

Présentement, plusieurs mécanismes régionaux de coordination et de suivi sont en fonction, dont certains sont décrits dans les prochains paragraphes. Malgré cela, nous souhaitons la mise en place d'autres mécanismes de coordination, comme une Table régionale des chefs d'unités d'urgence afin de consolider les liens et de favoriser les échanges entre collègues appartenant au même service.

Comme le recommande le *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, la création d'un groupe de travail nommé « Réseau d'action-support » a été créé au cours de l'année 2002 dans le but de faciliter les liens entre l'unité d'urgence et les intervenants des établissements CH-CLSC-CHSLD situés sur le territoire de l'Estrie. Ce groupe de travail sert d'outil de liaison afin d'établir, entre autres, des mécanismes efficaces de communication et d'échanges d'informations cliniques entre l'unité d'urgence et le médecin traitant.

Parmi les autres mécanismes de concertation existant, nous retrouvons la Table de concertation établissements / Régie régionale. Cette entité assure, par exemple, le leadership et l'harmonisation des travaux dans les secteurs concernés, qui eux sont représentés par les comités directeurs.

Le comité directeur en santé physique de la Régie régionale de l'Estrie est aussi un mécanisme de concertation et de suivi utile, pouvant être mis à contribution pour favoriser l'intégration des services. Il a notamment pour mandat, d'aviser la Régie régionale de l'Estrie de toutes questions ou de tous problèmes relatifs à l'organisation des services, d'émettre des avis lorsqu'ils sont requis et de faire des recommandations au besoin.

Pour ce qui est du Comité de coordination régionale de l'intervention en situation de crise psychosociale et en santé mentale, il s'agit d'un autre mécanisme de concertation auquel on peut aussi faire appel.

CONTRIBUTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG) DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Le département régional de médecine générale (DRMG) est l'instance administrative regroupant tous les médecins omnipraticiens du territoire de l'Estrie. Parmi ses mandats, deux sont particulièrement importants et en relation directe avec l'élaboration du PROS urgences.

Premièrement le DRMG doit élaborer un plan régional des effectifs médicaux (PREM) omnipraticiens de toute la région de l'Estrie. Une version préliminaire a vu le jour en décembre 2002. Ce PREM permettra de préciser la force de travail médicale nécessaire pour s'acquitter des tâches cliniques (que ce soit en première ou en deuxième ligne, en soins courants ou dans les unités d'urgence), des tâches administratives et de l'enseignement. De manière plus spécifique, le DRMG calculera le nombre d'équivalent temps plein (ETP) nécessaire au bon fonctionnement des unités d'urgence 24/7.

Deuxièmement, le DRMG entreprendra l'élaboration d'un PROS première ligne au cours de la prochaine année. Ce document proposera des moyens susceptibles d'assurer les liens entre les services des divers établissements, tels que les unités d'urgence et les unités de soins. À cet effet, la direction des services professionnels du CHUS et le DRMG ont déjà amorcé des travaux dans la MRC du Haut-Saint-François, du Val-Saint-François et dans la Ville de Sherbrooke.

Différents travaux menés par le DRMG ont une incidence sur la performance des unités d'urgence, tels que :

- Un plan de services concernant les personnes âgées de la Ville de Sherbrooke est en construction. Celui-ci vise une meilleure prise en charge des patients requérant des soins à domicile et une couverture 24/7.
- Une enquête pour dénombrer les patients nécessitant un médecin de famille (et n'en ayant aucun) aura lieu au cours de l'hiver 2003. Elle permettra d'évaluer l'ampleur du problème et les solutions à apporter.
- Des discussions sont en cours avec les cliniques participant au RAM (réseau d'accessibilité médicale) de Sherbrooke pour harmoniser l'offre des services.

Ultérieurement des travaux auront lieu dans les autres MRC pour compléter l'arrimage des services de première ligne et d'urgence.

4. RESSOURCES REGIONALES

4.1 RESSOURCES HUMAINES : RECRUTEMENT ET FORMATION

Comme il a été mentionné précédemment, la situation des effectifs médicaux et infirmiers de l'Estrie ne diffère pas beaucoup de celle qui prévaut dans l'ensemble du réseau québécois. L'unité d'urgence fait toujours partie d'une stratégie globale de recrutement et de rétention du personnel au même titre que plusieurs autres services dans les établissements de santé, spécifiquement ceux des soins spécialisés et de première ligne.

L'Estrie s'est dotée de mécanismes concertés de soutien aux actions locales et régionales de planification de la main-d'œuvre. Ces mesures sont adaptées et évolutives en terme d'organisation des soins et du travail, de développement de l'expertise et de gestion de l'emploi, cette dernière portant sur la promotion, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre. Le but ultime est d'assurer la pérennité de services de qualité et de répondre adéquatement, en terme de main-d'œuvre, aux besoins en santé et en services sociaux de la population estrienne actuelle et future.

La région de l'Estrie, par l'entremise de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, offre l'accès à une formation en médecine et en sciences infirmières. De plus, suite à une entente conjointe des directions des cégeps, des universités et des ministères de l'Éducation et de la Santé, un consortium a été mis en place en février 2001 afin d'élaborer un continuum de formation en soins infirmiers. Ce programme intégré, d'une durée de cinq ans, permet l'exercice de la profession après trois ans d'études au niveau collégial et facilite l'accès au baccalauréat en sciences infirmières à un plus grand nombre de candidats et candidates.³² D'ailleurs, le Collège de Sherbrooke a démarré à l'automne dernier ce programme DEC-bac en sciences infirmières et y a admis 128 étudiants et étudiantes. Actuellement, à la suite du recensement qui a eu lieu le 20 septembre 2002, 101 étudiants et étudiantes poursuivent leur programme, les 27 autres ayant abandonné.

³² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Rapport annuel 2000-2001.

À l'été 2002, deux établissements de la région soit Coaticook et Memphrémagog, ont embauché des externes en soins infirmiers, provenant du programme d'externat en soins infirmiers de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Cette expérience s'est avérée positive pour les unités où les étudiants ont été affectés et elle sera renouvelée. Au total, 10 externes en soins infirmiers ont travaillé dans ces établissements de santé.

4.2 RESSOURCES MATERIELLES : AMENAGEMENT PHYSIQUE DES UNITES D'URGENCE ET AUTRES RESSOURCES MATERIELLES

Trois établissements de notre région ont présenté au cours des deux dernières années des plans fonctionnels et techniques en vue de réaliser un projet d'agrandissement et de réaménagement de leur établissement. Ces plans présentent entre autres des modifications importantes au niveau des unités d'urgence. Les MRC du Granit, de Memphrémagog ainsi que la Ville de Sherbrooke (CHUS Hôtel-Dieu) ont tous déposé à la Régie régionale de l'Estrie les plans fonctionnels et techniques (PFT) qui ont reçu la priorité et ont été soumis au MSSS. Ces plans sont actuellement à l'étude. Constatant une augmentation progressive et continue du nombre de patients et patientes sur civière, les unités d'urgence doivent être en mesure d'assumer leur mission d'urgence dans des conditions optimales. Ces unités demandent donc des modifications majeures, telles qu'une augmentation de la superficie de leur unité, une augmentation du nombre de civières et conséquemment une augmentation des ressources humaines et matérielles, afin de favoriser et d'assurer une meilleure fonctionnalité.

4.3 AUTRES RESSOURCES MATERIELLES

L'implantation du SIL (système d'informatisation des laboratoires) est actuellement en cours dans deux centres de notre région, soit celui du Granit et de Memphrémagog. Cette opération se poursuivra au cours des prochains mois dans les autres établissements du territoire de l'Estrie. De plus, dès l'hiver 2003 un deuxième appareillage informatique sera déployé dans ces établissements. Il s'agit du SIIATH (système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance), mécanisme à implanter afin d'informatiser les banques de sang des centres concernés. D'ailleurs, le CHUS est le centre désigné tandis que les centres des MRC du Granit et Memphrémagog sont les établissements associés où le déploiement du système informatique s'effectuera. Tout ce déploiement d'outils informatiques (SIL et SIIATH) aura un certain impact fonctionnel sur les unités d'urgence. Un des buts de ces implantations consiste à améliorer entre autres, le mode de fonctionnement de la gestion des spécimens et de la transmission des résultats de laboratoire.

Du côté de la radiologie, un projet en imagerie médicale est actuellement en cours d'implantation. Il concerne le déploiement d'un PACS (Picture Archiving and Communication System) dans deux établissements de la région, soit le CHUS et le Carrefour de la santé et des services sociaux CLSC et CHSLD de la MRC de Coaticook. Ce système, outil de la télémédecine, permet la transmission d'images d'un lieu d'examen à un autre point de services, où les films peuvent être visualisés pour établir un diagnostic. Cette technologie contribue à faire diminuer progressivement l'emploi de films radiologiques tout en facilitant la transmission et l'archivage des images. Ainsi, l'initiative d'implanter un tel système dans les centres périphériques de notre territoire aura comme effet de réduire ou encore mieux d'éliminer les transports et/ou transferts interétablissements, qui sont nécessaires, par exemple, lorsque la lecture du diagnostic est difficile.

4.4 RESSOURCES INFORMATIONNELLES : INFORMATISATION DES UNITES D'URGENCE

La gestion de l'information est une activité cruciale qui doit assurer le bon fonctionnement de l'unité d'urgence. Elle ne peut s'effectuer que par l'entremise d'un système informatique fiable qui tienne compte de la nature particulière de l'unité d'urgence, car une telle gestion exige une vision commune dans le développement des systèmes d'information. Tel que le mentionne le *Guide de gestion de l'unité d'urgence*³³, l'uniformité des bases de données est essentielle pour évaluer adéquatement le volume d'activité ainsi que la performance du fonctionnement de l'unité d'urgence en regard des indicateurs de performance à atteindre. Aucun établissement de notre région n'utilise actuellement un outil informatique standardisé. La majorité des centres souhaite d'ores et déjà le déploiement ultérieur d'un tel outil. Tous sont conscients des impacts non négligeables mais surtout très bénéfiques de la mise en fonction d'un tel système et nous savons pertinemment que cette uniformisation pourra avoir plusieurs effets positifs, tels que : la connaissance en temps réel de la situation de l'urgence, la comparaison de la performance de l'unité d'urgence avec d'autres institutions comparables, l'acquisition de données pertinentes qui peuvent aiguiller le gestionnaire vers la reconnaissance de problématiques cibles, et finalement il permet de mesurer l'importance de ces problèmes, les évaluer et y apporter les mesures correctives.

4.5 RESSOURCES FINANCIERES

En poursuivant les objectifs établis en regard de l'application de ce plan régional d'organisation des services d'urgence, nous estimons que le déploiement de ce dernier permettra de réajuster le tir quant à la distribution des services de première ligne. Nous proposons, entre autres, de situer les périodes de pointe de l'unité d'urgence à l'intérieur de ce plan d'action, tel que le suggère le Centre de coordination nationale des urgences³⁴, manière à assurer un budget récurrent et réparti selon les orientations prioritaires qui émanent de ce PROS.

5. PROCESSUS DE SUIVI DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

5.1 VOLET NATIONAL

Un des objectifs de ce PROS est d'atteindre les indicateurs de performance paraissant au tableau de bord des ententes de gestion, convenues entre le MSSS et les régies régionales. Conséquemment, l'évaluation de l'application du plan d'action sera tributaire de sa capacité de rencontrer de tels indicateurs. Donc, il est important de développer une première ligne forte pour permettre aux unités d'urgence de dispenser des soins immédiats et urgents dans le cadre de leurs propres missions. Le tableau qui suit illustre les résultats attendus en regard des indicateurs de performance de la région estrienne.³⁵

³³ Supra note 1

³⁴ Rivard, L. RRSSE. Plan de contingence sur les urgences saisons hivernale 2000-2001, Région 05, *Bilan et recommandations*, Avis du comité directeur en santé physique, Oct. 2001

³⁵ Régie régionale de l'Estrie. Tableau des ententes de gestion. Les services d'urgence. Le suivi des indicateurs de gestion, novembre 2002.

Tableau 10 : Indicateurs de performance retenus dans les ententes de gestion pour les unités d’urgence de l’Estrie de 1999 à 2002³⁶

Indicateurs	Description	Objectif national
% des séjours excessifs ≥ 48 heures	2001-2002 : 1.9 % 2000-2001 : 1.2 % 1999-2000 : 0.7 %	Réduire à 0 % la proportion de patients demeurant 48 heures ou plus sur civière
	2001-2002 : 9.9 % 2000-2001 : 6.4 % 1999-2000 : 4 %	Réduire à moins de 15 % la proportion de patients demeurant 24 heures ou plus sur civière
Séjour moyen sur des civières	Patients admis 2001-2002 : 13.4 h 2000-2001 : 10.6 h 1999-2000 : 7.9 h Patients non admis 2001-2002 : 8 h 2000-2001 : 6.7 h 1999-2000 : 6.1 h	Réduire à moins de 12 heures le séjour moyen sur civière pour les patients admis (hospitalisation requise) Réduire à 8 heures pour les patients non admis
Taux d’occupation des civières	2001-2002 : nd 2000-2001 : 75.2 % 1999-2000 : 68.1 %	80 % de la capacité (en révision)

À la lumière des résultats que présente ce tableau, nous constatons que le séjour à l’urgence a considérablement augmenté. Qu’on séjourne 24 ou 48 heures, qu’on soit hospitalisé ou non, on observe un écart important entre la performance de 1999 et celle de 2002. Néanmoins, le taux d’occupation des civières est très près de la norme recommandée, même si cette dernière est en cours de révision.

De plus, le comité d’experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU) propose une banque d’indicateurs essentiels à une saine gestion de l’unité d’urgence. Plusieurs de ces indicateurs sont déjà disponibles au registre, cependant, d’autres non disponibles mais considérés comme essentiels à l’évaluation de la performance de l’urgence sont présentés dans le *Guide de gestion de l’unité d’urgence* sous trois sections : performance de l’urgence, performance de l’hôpital et performance du système.³⁷ L’élaboration et la diffusion d’un outil informatique commun rassemblant tous les indicateurs de performance des trois sections suggérés par le CECCNU, serait des plus souhaitables et profitables à l’ensemble des unités d’urgence du Québec.

D’ailleurs, le *Guide de gestion de l’unité d’urgence* y apporte spécifiquement cette mention : « ...Il est essentiel que toutes les urgences, dans toute la province, soient informatisées de façon optimale dans le plus court délai possible...les unités d’urgence doivent s’assurer que les systèmes de gestion des données répondent à certains critères minimaux... »³⁸

5.2 VOLET RÉGIONAL

Suite à la mise en place des mesures retenues du plan d’action, la Régie régionale de l’Estrie identifiera de façon périodique les indicateurs de suivi pour chacune de ces mesures. Ce processus permettra d’estimer l’atteinte des objectifs de son PROS.

Nous pouvons avancer d’ores et déjà, qu’une utilisation plus rigoureuse du suivi en temps réel dans les unités d’urgence ainsi que l’obtention de données beaucoup plus précises au niveau des tableaux de bord

³⁶ Supra note 35
³⁷ Supra note 1 page 5
³⁸ Ibid

de gestion seront des indicateurs de suivi applicables à certains des axes d'intervention de ce plan d'action régional. Le processus de suivi du plan d'action s'attachera aussi à faire appliquer les actions prioritaires ciblées par les établissements émanant de leurs propres plans d'action de l'unité d'urgence. Rappelons que l'ensemble des plans d'action des établissements s'inspire totalement des recommandations du *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, et que ce dernier propose «...une philosophie et un modèle de gestion s'appuyant sur l'imputabilité...»³⁹ Par conséquent, la Régie régionale de l'Estrie verra à développer des indicateurs de suivi pour chacune des mesures de ce plan d'action qui est reliée aux priorités retenues par les établissements.

6. RECHERCHE ET ÉVALUATION

Cette dernière section du plan régional d'organisation des services permet d'identifier des cibles potentielles de recherche, qui contribuent à la réalisation de protocoles de recherche et d'évaluation dans le domaine des unités d'urgence et/ou de l'organisation des services de première ligne. Selon nous, cette section doit être divisée en deux éléments distincts. Le premier renvoie à la recherche évaluative et le second à l'évaluation des processus.

La recherche évaluative requiert habituellement une structure universitaire et lorsqu'un volet de la recherche dépasse ce cadre, il peut requérir la collaboration d'une équipe ministérielle. Un des objectifs de cette recherche est de cibler des indicateurs communs à chacun des établissements pour un domaine spécifique et pour lequel une problématique y est généralement rattachée. La recherche évaluative comporte différentes composantes : les effets, les résultats et les pistes de solutions. De plus, elle permet d'avoir un impact au niveau provincial et vise l'exportation à d'autres établissements. Toutefois, la collaboration d'une ou de plusieurs régions pourrait être nécessaire à ce type de recherche. Le temps d'attente avant le triage, le volume d'activité et la performance globale du fonctionnement des unités d'urgence sont tous des indicateurs qui pourraient servir d'exemples au niveau provincial. Cependant, la mise en place d'un suivi de gestion efficace permettant d'évaluer le degré de succès par rapport aux indicateurs est essentiel.

En regard de l'évaluation des processus, cette démarche selon nous, cadre bien dans une approche régionale. Par exemple, dans l'application d'un plan d'action ciblant les services de soins intégrés (clientèle personnes âgées, santé mentale, MPOC, insuffisance cardiaque, ect.) l'évaluation de certains processus spécifiques à chacune de ces clientèles serait pertinente. Nous voyons ici la possibilité de monitorer et d'évaluer l'impact de l'utilisation des services de première ligne versus l'utilisation des unités d'urgence par ces clientèles, lors d'un épisode de soins nécessitant des services immédiatement requis. A titre d'exemple, nous observons que la vaccination chez les personnes à risque diminue le nombre de visites aux urgences et aussi le nombre d'hospitalisations, puisque ces patients et patientes présentent moins de symptômes respiratoires à la suite de cette vaccination. Cependant, il nous est impossible à l'heure actuelle de quantifier cette observation. La mise en place d'un système d'évaluation de processus permettrait de mieux quantifier de telles observations.

³⁹ Supra note 1, page 5

CONCLUSION

Ce plan régional d'organisation des services des urgences est essentiellement basé sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins de première ligne. Il accorde la priorité à l'organisation des services de première ligne et propose la mise en place de réseaux de programmes spécifiques pour les clientèles vulnérables. Nous insistons sur le fait que l'application de ces mesures est susceptible d'améliorer grandement l'efficacité des unités d'urgence. Une organisation efficace favoriserait, entre autres, un fonctionnement plus performant des unités d'urgence ainsi que des services de première ligne, tout en améliorant l'accessibilité des services aux patients tant en amont qu'en aval d'une hospitalisation. Cependant, pour que cela puisse se réaliser, ces services doivent être axés sur la continuité des soins, la complémentarité entre les établissements et être associés à une coordination des activités des effectifs de première ligne.⁴⁰

Ainsi, trois mesures sont retenues comme grands axes d'intervention, soit : améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services dans le milieu, favoriser un fonctionnement efficace de l'unité d'urgence et finalement assurer une gestion optimale des lits destinés aux séjours de courte durée.

Ce plan permettrait également de gérer plus efficacement les périodes de pointe tout en maintenant une accessibilité et une disponibilité qui correspondent à l'ensemble des services de première ligne. Il s'agirait donc d'assurer et de maintenir une première ligne forte axée sur l'intensification des mesures qui permettront aux unités d'urgence d'offrir des services répondant à leur vraie mission.

En définitive, la finalité de cette planification régionale des services de santé de première ligne consistera à offrir une meilleure réponse aux besoins de toute la clientèle sollicitant des services de santé de première ligne. Cette démarche favorisera une plus grande efficacité et une meilleure intégration des différents mécanismes de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de notre région.⁴¹

⁴⁰ Supra note 34 page 41

⁴¹ Supra note 31 page 37

ANNEXES

Situation des personnes sur civière à l'unité d'urgence pour 1997-1998 à 2001-2002

Annexe A

		Civière auto- risées	Personnes sur civière	Mode d'arrivée		Groupe d'âge		Destination		% ayant un séjour excessif		Durée moyenne de séjour			Taux d'occu- pation des civière Visé : 80 %
				Ambulance		75 ans ou +		Hospitalisé :		24 h. ou + Visé : <=15 %	48 h. ou + Visé : 0%	globale	pers. admiss Visé : <=12h.	non admiss Visé : <=8h.	
Installation / Région	Année	n	n	n	%	n	%	n	%	%	%	heures	heures	heures	%
CHU de Sherbrooke- Hôpital Fleurimont	97-98	14	15 995	3 885	24,3 %	1 976	12,4 %	6 737	42,1 %	5,3	0,4	8,0	8,3	7,9	
	98-99	14	16 362	4 440	27,1 %	2 206	13,5 %	7 125	43,5 %	4,6	0,4	7,6	8,9	6,7	
	99-00	22	18 569	5 132	27,6 %	2 312	12,5 %	7 369	39,7 %	5,2	0,8	7,7	10,2	6,0	98,1
	00-01	22	18 569	5 132	27,6 %	2 644	14,2 %	7 263	39,1 %	10,1	2,2	9,8	14,5	7,2	102,3
	01-02 *	22	20 185	5 827		2 697		6 653		12,7	2,9	11,0	16,7	8,2	124,8
CHU de Sherbrooke- Hôtel-Dieu	97-98	11	15 972	5 924	37,1 %	3 753	23,5 %	7 398	46,3 %	0,8	0,1	5,2	6,3	4,3	
	98-99	18	17 660	6 095	34,5 %	3 923	22,2 %	7 733	43,8 %	1,1	0,1	5,5	6,6	4,7	
	99-00	20	17 060	5 987	35,1 %	3 809	22,3 %	7 338	43,0 %	1,9	0,1	6,2	7,6	5,2	64,9
	00-01	20	17 060	5 987	35,1 %	4 292	25,2 %	7 453	43,7 %	2,6	0,1	7,3	9,1	5,9	71,2
	01-02 *	20	14 671	6 134		3 801		6 188		8,3	0,9	10,0	13,0	8,0	90,4
CH-CHSLD de Memphrémagog	97-98	4	4 573	1 302	28,5 %	1 161	25,4 %	1 334	29,2 %	5,2	0,8	5,8	6,7	5,4	
	98-99	4	4 522	1 266	28,0 %	1 213	26,8 %	1 670	36,9 %	0,7	0,0	3,5	3,7	3,3	
	99-00	4	5 081	1 407	27,7 %	1 213	23,9 %	1 470	28,9 %	1,5	0,1	4,4	4,5	4,4	63,6
	00-01	4	5 081	1 407	27,7 %	1 330	26,2 %	1 455	28,6 %	3,7	0,1	5,4	5,9	5,2	85,3
	01-02 *	4	5 531	1 701		1 405		1 330		4,6	0,4	6,1	7,1	5,5	99,3
CH Lac-Mégantic	97-98	3	1 875	464	24,7 %	432	23,0 %	1 071	57,1 %	0,1	0,1	3,5	3,3	3,8	
	98-99	3	2 167	493	22,8 %	496	22,9 %	1 086	50,1 %	0,0	0,0	3,4	3,4	3,3	
	99-00	2	2 616	616	23,5 %	601	23,0 %	1 330	50,8 %	0,6	0,1	3,7	3,6	3,7	40,0
	00-01	2	3 169	616	19,4 %	653	20,6 %	1 516	47,8 %	0,2	0,0	3,4	3,5	3,3	60,9
	01-02 *	2	2 838	661		615		1 100		1,5	0,1	5,2	5,4	5,1	92,8
CH d'Asbestos	97-98	5	1 413	334	23,6 %	371	26,3 %	300	21,2 %	10,1	1,8	9,7	12,9	8,8	
	98-99	5	1 360	362	26,6 %	400	29,4 %	278	20,4 %	8,1	1,6	9,0	13,1	7,9	
	99-00	5	1 377	366	26,6 %	383	27,8 %	306	22,2 %	5,0	1,1	7,8	10,5	7,1	24,3
	00-01	5	1 591	366	23,0 %	530	33,3 %	320	20,1 %	7,2	1,7	8,1	11,5	7,3	29,4
	01-02 *	5	1 755	432		622		371		9,1	2,5	9,3	15,2	7,8	40,2
CH de Coaticook	97-98	6	1 619	208	12,8 %	372	23,0 %	2	0,1 %	25,5	8,3	17,3	1,5	17,3	
	98-99	6	1 751	216	12,3 %	446	25,5 %	2	0,1 %	26,0	9,7	17,5	16,4	17,5	
	99-00	6	1 334	227	17,0 %	333	25,0 %	2	0,1 %	29,7	10,6	19,6	5,6	19,5	48,1
	00-01	6	920	227	24,7 %	245	26,6 %	0	0,0 %	29,5	11,4	20,8	0,0	20,8	25,1
	01-02 *	6	816	99		288		0		41,5	14,2	26,1	N/A	26,1	43,9
05 - Estrie	97-98	43	41 447	12 117	29,2 %	8 065	19,5 %	16 842	40,6 %	4,3	0,7	6,9	7,0	6,8	
	98-99	50	43 822	12 872	29,4 %	8 684	19,8 %	17 894	40,8 %	3,5	0,6	6,6	7,2	6,2	
	99-00	50	46 037	13 735	29,8 %	8 651	18,8 %	17 815	38,7 %	4,0	0,7	6,9	8,2	6,1	68,1
	00-01	59	46 037	13 735	29,8 %	9 694	21,1 %	18 007	39,1 %	6,4	1,2	8,1	10,6	6,7	75,2
	01-02 *	59	45 796	14 854		9 428		15 642		13,0	4,9	15,6	11,5	10,1	81,9

Source : Registre de la salle d'urgence

Régie régionale de l'Estrie

*Période 8 manquante

PATIENTS ADMIS DANS DIFFÉRENTS DOMAINES DE CHAQUE ÉTABLISSEMENT DE L’ESTRIE – 2001

	Domaine: chirurgical									Domaine: médical									Domaine: psychiatrie									Total des domaines									
	Admis par l'urgence			Autre type d'admission			Total du domaine			Admis par l'urgence			Autre type d'admission			Total du domaine			Admis par l'urgence			Autre type d'admission			Total du domaine			Admis par l'urgence			Total du CH						
	NOM	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD	Nb cas	Nb jrs en CD	DMS en CD		
CHUS - SITE FLEURIMONT	2 170	26061	12,0	3 670	27915	7,6	5 840	53976	9,2	5 553	36527	6,6	2 634	13312	5,1	8 187	49839	6,1	57	294	5,2	21	177	8,4	78	471	6,0	3,6	7 929	63308	8,0	19 915	124950	6,3			
CHUS - SITE BOWEN	1 037	10750	10,4	1 286	7741	6,0	2 323	18491	8,0	5 215	37647	7,2	1 047	4780	4,6	6 262	42427	6,8	1 037	25552	24,6	201	6235	31,0	1 238	31787	25,7	3,0	7 291	73955	10,1	9 825	92711	9,4			
CH ET CHSLD DE MEMPHRÉMAGOG	38	469	12,3	9	89	9,9	47	558	11,9	1 407	10350	7,4	122	1087	8,9	1 529	11437	7,5	20	259	13,0	12	310	25,8	32	569	17,8	2,0	1 467	11082	7,6	1 610	12568	7,8			
C.H. D'ASBESTOS										375	3666	9,8	80	1182	14,8	455	4848	10,7	21	129	6,1	3	26	8,7	24	155	6,5		396	3795	9,6	479	5003	10,4			
C.H. LAC-MÉGANTIC	47	264	5,6	44	111	2,5	91	375	4,1	1 396	6459	4,6	122	1195	9,8	1 518	7654	5,0	81	430	5,3	10	92	9,2	91	522	5,7	2,4	1 549	7189	4,6	1 835	8873	4,8			
TOTAL	3 292	37544	11,4	5 009	35856	7,2	8 301	73400	8,8	13 946	94649	6,8	4 005	21556	5,4	17 951	116205	6,5	1 216	26664	21,9	247	6840	27,7	1 463	33504	22,9	10,9	18 632	159329	8,6	33 664	244105	7,3			
Source : MSSS, Centre de coordinatio national des urgences, septembre 2002																																					

À venir