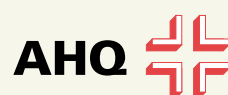


Guide de gestion de L'UNITÉ D'URGENCE

Gestion de
L'UNITÉ D'URGENCE

URGENCE

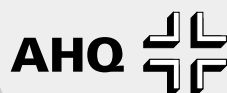


Association
des hôpitaux
du Québec

Québec 
Ministère de
la Santé et des
Services Sociaux

Guide de gestion de L'UNITÉ D'URGENCE

Gestion de
L'UNITÉ D'URGENCE



Association
des hôpitaux
du Québec

Québec 
Ministère de
la Santé et des
Services Sociaux

Édition produite par :

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

Le présent document peut être consulté à la section documentation du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36914-9

© Gouvernement du Québec

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

table des matières

PARTIE A INTRODUCTION

1 à 14

CHAPITRE A1: GÉNÉRALITÉS.....	3
CHAPITRE A2: PRINCIPES DIRECTEURS ET MODÈLE DE GESTION	7
CHAPITRE A3: DÉFINITIONS ET SIGLES	11
CHAPITRE A4: CATÉGORISATION DES URGENCES	13

PARTIE B UNITÉ D'URGENCE

1 à 72

CHAPITRE B1: PERSPECTIVE APPROCHE – CLIENT	3
B1.1: Clientèles	3
B1.2: Mission de l'unité d'urgence.....	4
B1.3: Code d'éthique	5
CHAPITRE B2: GESTION CLINIQUE DE L'ÉPISODE DE SOINS À L'UNITÉ D'URGENCE	7
B2.1: Accès à l'unité d'urgence.....	7
B2.2: Le triage	8
B2.3: Critères d'installation des patients sur une civière	10
B2.4: Critères d'installation des patients dans la salle de choc	11
B2.5: Monitoring à l'unité d'urgence	13
B2.6: Prise en charge médicale du patient à l'unité d'urgence.....	14
- Les conditions pour prendre en charge un patient à l'unité d'urgence	14
- La prise de décision médicale	14
- La consultation à l'unité d'urgence	15
- La demande de consultation en provenance de l'extérieur de l'unité d'urgence	15
- Le transfert des patients entre les médecins de l'unité d'urgence	16
- Le processus d'admission	17
B2.7: Les examens diagnostiques à l'unité d'urgence	19
B2.8: Planification du départ du patient de l'unité d'urgence	20
B2.9: Les transferts inter-établissements	21
B2.10: La famille et les visiteurs à l'unité d'urgence	23
B2.11: Transmission de l'information clinique	24

B2.12 :Le suivi des patients de l'unité d'urgence	25
B2.13 :Le suivi des résultats anormaux	26
B2.14 :Cogestion clinique à l'unité d'urgence	27
B2.15 :Clientèles particulières	28
CHAPITRE B3: RESSOURCES PROFESSIONNELLES DE L'UNITÉ D'URGENCE	29
B3.1: Personnel médical de l'unité d'urgence	29
- Les règlements du DSMU	29
- Responsabilité du médecin d'urgence	30
- Le nombre de médecins requis	30
- Le profil du médecin d'urgence à plein temps	30
- La présence médicale adéquate	30
- La départementalisation	31
B3.2: Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence	33
B3.3: Personnel infirmier de l'unité d'urgence	35
- Rôle et responsabilités	35
- Les qualifications et compétences des infirmières membres de l'unité d'urgence	36
- L'intégration du personnel infirmier	37
- La période d'intégration	37
- La formation continue	37
- La composition de l'équipe des infirmières et le calcul des ressources nécessaires	38
B3.4: Autres professionnels de l'unité d'urgence	40
- Pharmacien	40
- Travailleur social	40
- Infirmière de liaison en santé physique	41
- Infirmière de liaison en santé mentale	42
- Inhalothérapeute	42
B3.5: Personnel de soutien de l'unité d'urgence	44
- Les fonctions d'inscription-réception et d'information	44
- La fonction commis	44
- La fonction de préposé aux bénéficiaires	45
- La fonction de brancardier	45
- La fonction de responsable du matériel	45
- La fonction de secrétariat	45
- La fonction d'aide à la gestion	46
B3.6: Autres services	47
B3.7: Mesures visant à contrer la pénurie de médecins et d'infirmières	48
- Les mesures visant à maintenir les effectifs	48
- Le recrutement continu	49
- Le dépannage	49
- La gestion du stress à l'unité d'urgence	49
- Les mécanismes de protection du personnel	50

CHAPITRE B4: ORGANISATION PHYSIQUE DE L'UNITÉ D'URGENCE	53
B4.1: Configuration physique	53
B4.2: Aire de triage et d'accueil	54
B4.3: Aire de choc	55
B4.4: Aire des civières	56
B4.5: Aire ambulatoire	57
B4.6: Aire clinico-administrative	58
B4.7: Autres aires	59
B4.8: Calcul du nombre de civières nécessaires	60
CHAPITRE B5: COGESTION ADMINISTRATIVE DE L'UNITÉ D'URGENCE	63
CHAPITRE B6: ORGANISATION CLINICO-ADMINISTRATIVE DE L'UNITÉ D'URGENCE	67
- Le comité des opérations	67
- L'évaluation de la qualité des soins	67
- La formation continue	68
- Le dossier des ordonnances permanentes, des protocoles de soins et des politiques de l'unité d'urgence	68
- Le triage	69
- La garde à l'unité d'urgence	69
- Le dossier technique	69
- Les relations interdépartementales	70
- La gestion de l'information	70
- Les mesures d'urgence	70
- L'enseignement	70
- La recherche	71
- La traumatologie	71
- Liens avec des comités de l'hôpital prioritaires pour l'unité d'urgence	71

PARTIE C CENTRE HOSPITALIER

1 à 16

CHAPITRE C1: ACTION-SUPPORT À L'UNITÉ D'URGENCE	3
CHAPITRE C2: GESTION QUOTIDIENNE DES ADMISSIONS ET DES DÉPARTS	7
CHAPITRE C3: REVUE DE LA GESTION DE L'UTILISATION DES LITS DU CENTRE HOSPITALIER	9
CHAPITRE C4: LIAISON ET PROGRAMMES CLIENTÈLES	11
CHAPITRE C5: PLAN DE DÉCONGESTION ET GESTION DE CRISE	13
CHAPITRE C6: LE COORDONNATEUR MÉDICAL AUX ADMISSIONS	15

PARTIE D	RÉSEAU TERRITORIAL	1 à 12
CHAPITRE D1:	GROUPE RÉSEAU	3
CHAPITRE D2:	PARTENAIRES DU GROUPE RÉSEAU	5
CHAPITRE D3:	ENTENTES	11
PARTIE E	SYSTÈME D'INFORMATION	1 à 8
	- Informatisation de l'unité d'urgence	3
	- Tableau de bord des indicateurs de performance	4
PARTIE F	GRILLE DE CONCILIATION ET DE SUIVI DES RECOM MANDATIONS PROPOSÉES PAR LE GUIDE	1 à 26
CONCLUSION		1
BIBLIOGRAPHIE		1 à 3



GROUPE DE TRAVAIL

Docteur Marc Afilalo

Spécialiste en médecine d'urgence

Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis

Président du Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU)

Madame Sylvie Berger

Infirmière-chef

Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon CHUL

Membre du CECCNU

Madame Michelle Desaulniers

Directrice des services généraux à la clientèle et responsable des soins infirmiers

CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles Montréal Est

Membre désigné de l'Association des CLSC/CHSLD du Québec

Docteur Pierre Hamel

Spécialiste en médecine d'urgence

Hôtel-Dieu de Lévis

Membre du CECCNU

Docteur Bernard Jean

Directeur des services professionnels

Centre hospitalier Beauce-Étchemin

Membre désigné de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

Docteur Jean Mirreault

Adjoint au vice-président exécutif, affaires clinico-administratives

Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

Madame Johanne Roy

Directrice des soins infirmiers

Hôpital Charles-Lemoyne



GROUPE DE RÉDACTION

Docteur Marc Afilalo

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis
Président du Comité d'experts du Centre de coordination nationale
des urgences (CECCNU)

Madame Sylvie Berger

Infirmière-chef
Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon CHUL
Membre du CECCNU

Docteur Pierre Hamel

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis
Membre du CECCNU

Docteur Bernard Jean

Directeur des services professionnels
Centre hospitalier Beauce-Étchemin
Membre désigné de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ)



COLLABORATION SPÉCIALE

Docteur Claude Farah-Lajoie

Médecin-conseil

Coordonnateur des soins et services cliniques

Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

Docteur Jacques Morin

Gériatre

Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, pavillon Enfant-Jésus

Docteur Julien Poitras

Médecin d'urgence

Hôtel-Dieu de Lévis

Membre de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)

Monsieur Gaétan Prévost

Gestionnaire infirmier

Hôtel-Dieu de Lévis

Membre de l'Association des gestionnaires infirmiers en urgence du Québec (AGIUQ)

Docteur Stephen Rosenthal

Spécialiste en médecine d'urgence

Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis



REMERCIEMENTS

Nous tenons à souligner la contribution des associations et personnes suivantes qui ont participé à la révision du guide de gestion.

Les partenaires du forum sur les urgences

Association des cadres supérieurs des services de la santé et des services sociaux

Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens

Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux

Association des établissements privés et conventionnés de santé et des services sociaux

Association des gestionnaires des établissements des services de la santé et des services sociaux

Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec

Association des hôpitaux du Québec

Association des infirmières et des infirmiers d'urgence du Québec

Association des médecins d'urgence du Québec

Centrale de l'enseignement du Québec

Collège des médecins du Québec

Confédération des syndicats nationaux

Conférence des recteurs et des principaux des universités

Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec

Conseil pour la protection des malades

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Fédération des médecins résidents du Québec

Fédération des médecins spécialistes du Québec

Fédération des travailleuses et travailleurs du Québec

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Table des regroupements provinciaux des organismes communautaires et bénévoles

REMERCIEMENTS

Les individus

Docteur Marc Béique

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital Royal-Victoria

Docteur Richard Belley

Médecin d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis

Docteure Sylvie Bernier

Directrice
Direction de l'excellence de la main-d'œuvre
et des services médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteur Yves Bolduc

Directeur des services professionnels
Centre Le Jeannois, pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma

Docteur Raymond Bourdages

Gastro-entérologue, président du CMDP
Hôtel-Dieu de Lévis

Madame Gertrude Bourdon

Coordonnatrice des services cliniques
Directrice des services cliniques et hospitaliers
Centre hospitalier universitaire de Québec

Monsieur Jean Bragagnolo

Directeur général
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Docteur Jacques Brunet

Membre du CECCNU
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteur Raoul Daoust

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Docteure Michèle Drouin

Radiologiste, chef du département
Centre hospitalier Angrignon, pavillon Verdun

Docteure Yolaine Galarneau

Directrice des services professionnels
Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs

Madame Collette De Grandpré

Directrice des services cliniques et hospitaliers
Centre hospitalier universitaire de Québec

Docteur François Delisle

Directeur des services professionnel adjoint
Centre hospitalier universitaire de Québec

Docteur Michel Garner

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Docteure Marie Girard

Directrice des services professionnels
Hôtel-Dieu de Lévis

Docteur Willis Grad

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis

Docteur Denis Laberge

Collège des médecins du Québec

Madame Louise Laflamme

Directrice générale adjointe
Centre hospitalier universitaire de Québec

Madame Sylvie Lamothe

Infirmière
Centre hospitalier universitaire de Québec
Centre hospitalier universitaire de Laval

Docteur Pierre Laliberté

Directeur des services professionnels
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec,
pavillon Enfant-Jésus

Docteur Jean Lapointe

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis

Madame Marlyne Lettre

Infirmière à l'urgence
Centre hospitalier Piedmont

Madame Maria Menna

Assistante administrative
Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis

Madame Louise Montreuil

Directrice
Direction de la santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Sylvie Montreuil

Agente de recherche
Direction générale des affaires médicales
et universitaires, ministère de la Santé et des
Services sociaux
Membre du CECCNU

Docteur André Munger

Médecin d'urgence et praticien en médecine familiale
CUSE et CLSC de la région sherbrookoise

Madame Marie-Claude Ouellet

Directrice adjointe
Direction de la santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteur Claude Poirier

Médecin à la Direction générale des affaires
médicales et universitaires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteur Marcel Provost

Collège des médecins du Québec

Docteur Pierre Savard

Spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier universitaire de Québec

Docteur Errol Stern

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis

Docteur Alain Tanguay

Médecin d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis

Madame Diane Therrien

Coordonnatrice régionale
Direction du soutien au réseau
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteur Bernard Unger

Spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis

Docteur Julien Veilleux

Directeur
Direction de l'organisation des services médicaux
spécialisés
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MESSAGE AU LECTEUR SUR L'UTILISATION DU GUIDE

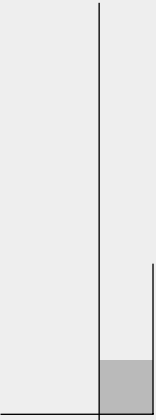
Le *Guide de gestion de l'unité d'urgence* est divisé en six parties :

A	L'introduction.
B	qui comprend les généralités, les principes directeurs et une base de modèles de gestion axée sur des instances clairement identifiées ;
C	L'unité d'urgence.
D	où sont décrits la mission de l'unité d'urgence, les composantes de chacune des étapes de l'épisode de soins à l'urgence et les paramètres liés aux ressources humaines, physiques et matérielles ;
E	Le centre hospitalier.
F	où sont présentés les liens à créer entre l'ensemble des départements, unités ou services et l'unité d'urgence, les composantes de la gestion des liens avec l'amont et l'aval, les actions préconisées et les responsables des résultats attendus de la mise en place des solutions partagées et, enfin, les outils à mettre en place par le centre hospitalier pour assurer le fonctionnement optimal de l'unité d'urgence dans le centre ;
	Le réseau territorial.
	qui décrit dans une perspective systémique de réseau une approche permettant de déterminer les activités à coordonner et à intégrer par tous les partenaires locaux afin de contribuer au fonctionnement de l'unité d'urgence dans son environnement ;
	Le système d'information.
	qui présente les modalités pour rassembler et rendre disponible l'information nécessaire pour l'appréciation des écarts entre la situation réelle et la situation attendue et pour le choix des décisions qui en découlent ;
	La grille de conciliation.
	qui regroupe toutes les recommandations du guide avec le niveau d'imputabilité et les catégories d'urgence où ces recommandations s'appliquent.

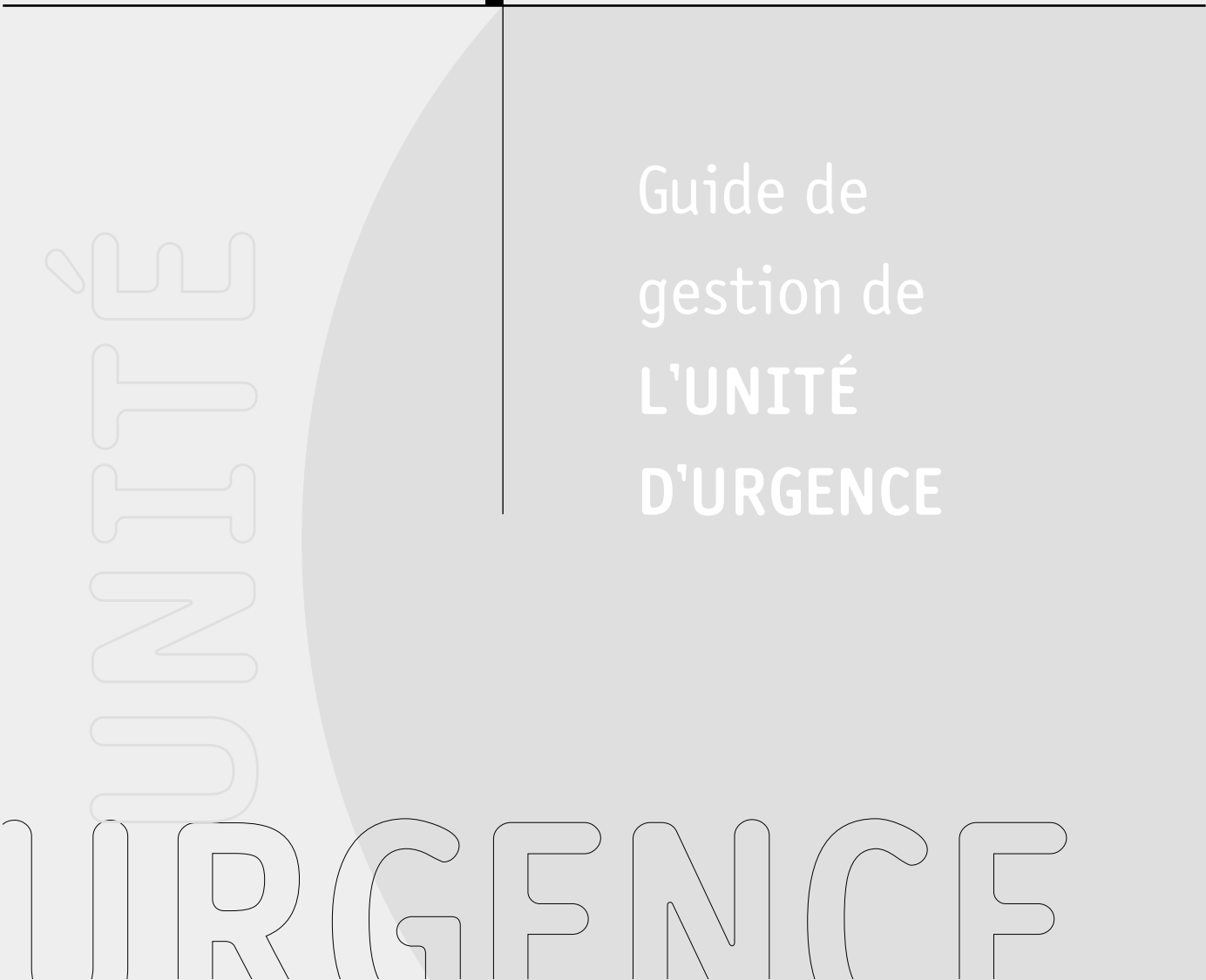
Ce guide permet :

- de connaître, pour chaque type d'urgence, les actions à mettre en œuvre afin d'améliorer la gestion de l'unité d'urgence ;
- d'établir les priorités quant aux actions à entreprendre, à partir de la liste des recommandations qui doivent être appliquées ;
- d'adapter ou adopter, pour chacune des sections du guide, le contenu proposé pour assurer une gestion optimale de l'unité d'urgence ;
- d'organiser ou de compléter, selon la table des matières proposée, l'ensemble des documents de l'établissement relatifs au fonctionnement de l'unité d'urgence ;
- de regrouper ces documents en guide de gestion propre à l'établissement.

Tout soutien aux établissements qui demandent une évaluation du niveau de mise en place des recommandations à appliquer pour contribuer à rendre optimal le fonctionnement des services d'urgence territoriaux se fera à partir du présent guide. Ce document a été créé dans l'action et doit être vu de façon dynamique, en ce sens qu'il devra éventuellement être modifié selon les effets des mesures qui y sont préconisées. L'application du guide par les établissements d'un territoire donné peut refléter l'organisation et le mode de fonctionnement de ce territoire. Sous la responsabilité du Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU), ce guide sera mis à jour régulièrement selon l'évolution des connaissances. Le contenu du guide et des exemples d'outils seront accessibles via l'inforoute.



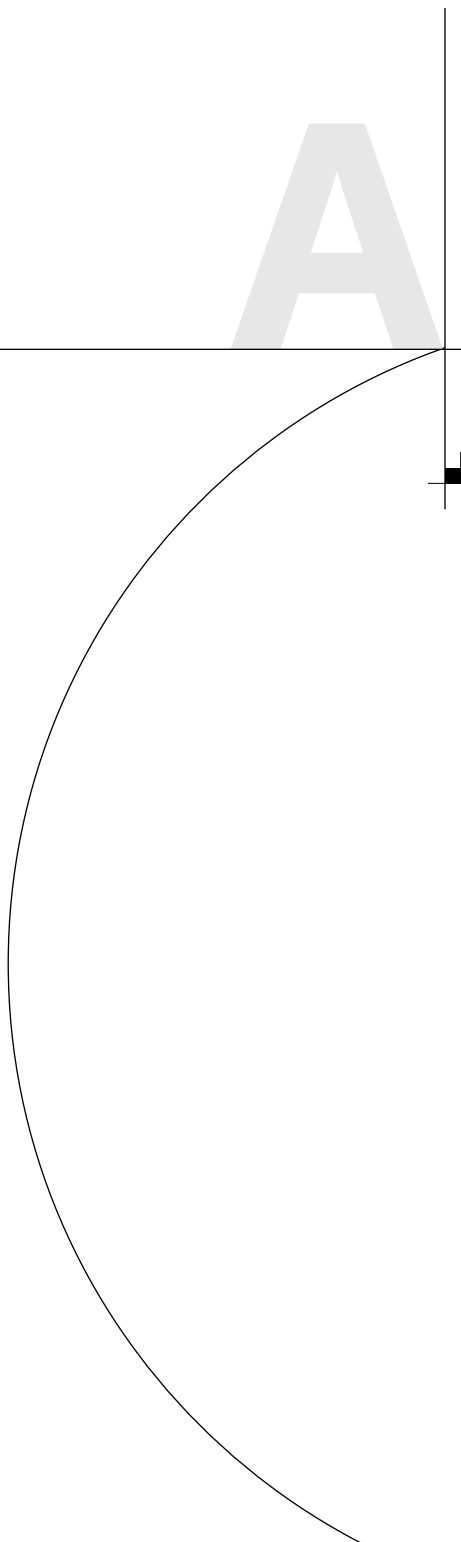
Introduction



Guide de
gestion de
**L'UNITÉ
D'URGENCE**

L'UNITÉ
D'URGENCE

A introduction



Le contexte

La ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois, a présidé les 4 et 5 octobre 1999 le premier «Forum sur la situation des urgences», qui réunissait les représentants de 23 organismes, directement concernés par la question des urgences.

Le forum a d'abord permis aux participants de se rallier autour d'une compréhension commune de la situation des urgences. Peut-être n'avait-on jamais pris le temps de s'asseoir ensemble pour poser ces simples questions : que doivent être les urgences ? Quel est donc leur rôle au sein du réseau de soins ? Pour la première fois, les intervenants du réseau se sont donné une compréhension commune d'un certain nombre de problèmes qui, de l'avis de tous, affectent grandement le fonctionnement des urgences et en minent le développement. Un tel exercice a surtout permis de bien comprendre les enjeux, de convenir de la nécessité d'intervenir de façon concertée, puis de mettre au point de nombreux et solides consensus portant notamment sur :

- l'établissement d'une mission et d'une vision pour les urgences ;
- les mesures qui permettront de développer une coordination locale efficace entre l'urgence et ses partenaires du réseau de soins de la communauté ;
- les actions spécifiques qui viseront à favoriser l'intégration harmonieuse de l'urgence dans l'hôpital ;
- les interventions qui favoriseront un meilleur fonctionnement de l'urgence ;
- le suivi systématique des décisions adoptées.

On ne peut aboutir à des résultats durables que par une mobilisation de ceux qui œuvrent dans les urgences ou qui, compte tenu de leur mission au sein du réseau, y exercent une influence déterminante. Trop souvent, on a considéré l'ajout de ressources comme la seule avenue possible pour régler les problèmes affectant les urgences, sans nécessairement se demander s'il ne fallait pas surtout changer les façons de faire et les mentalités.

À la suite de ce forum, le ministère de la Santé et des Services sociaux lançait, en novembre 1999, son plan d'action, *Relever ensemble le défi des urgences*. Ce document présentait les 35 recommandations faisant consensus auprès de l'ensemble des participants dans l'amélioration du fonctionnement des unités d'urgence.

Le nombre, l'importance et la diversité des consensus atteints et des engagements pris par les participantes et les participants au forum ont rendu nécessaire la mise en place d'un mécanisme de suivi serré des recommandations qui en ont découlé. Il importait en effet :

- de faciliter la poursuite des discussions sur les questions devant être approfondies ;
- de préserver le haut degré de mobilisation auquel le forum a donné lieu ;
- de s'assurer de la réalisation des engagements contractés à l'occasion du forum ;
- de rendre compte, en juin 2000, de l'atteinte des objectifs du forum.

Ce comité de suivi a eu pour mandat de s'assurer de la réalisation des objectifs retenus, en assurant notamment un suivi rigoureux des engagements auxquels les participants au forum ont souscrit. Cinq rencontres de ce comité ont eu lieu, présidées par la ministre. Une énergie considérable a été investie par tous les partenaires afin de donner suite à leurs engagements.

Le 19 juin 2000, la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois, présidait un deuxième «Forum sur la situation des urgences» qui réunissait de nouveau les grands acteurs concernés par la question des urgences. Ce forum avait pour objectif :

- de rappeler les consensus qui ont été établis sur la compréhension commune d'un certain nombre de problèmes qui affectent le fonctionnement des urgences et en minent le développement ;
- de revoir l'engagement et la responsabilisation des participantes et des participants quant au respect de la mission de l'urgence ;

- de rendre compte des travaux effectués depuis octobre 1999;
- d'évaluer les effets de certaines des résolutions adoptées;
- d'apporter, si nécessaire, des modifications aux recommandations, aux responsabilités et aux partenariats;
- de prévoir un mécanisme de suivi.

Chaque partenaire a de nouveau pris conscience que le défi des urgences, dans un contexte de transformation du réseau de la santé, passe par la nécessaire implication de tous et par une adaptation constante de nos méthodes relativement au vieillissement de la population et aux changements technologiques et scientifiques qui modifient profondément les façons de dispenser soins et services de santé.

Les participants ont pris conscience que ce vaste chantier de huit mois avait vu se réaliser des actions ou encore que certaines étaient en voie de l'être, dans la foulée du Forum d'octobre. Malgré des succès dans certains cas, la situation dans les urgences demeure problématique dans plusieurs établissements. Les urgences sont un problème constant et récurrent au Québec depuis une vingtaine d'années. C'est un travail gigantesque que de s'attaquer à changer cette réalité, puisqu'il s'agit d'abord de changer les mentalités. Des résultats concrets peuvent être observés dans les urgences dont la mission et la vision sont assimilées, partagées, et qui peuvent compter sur un réseau de première ligne véritablement intégré.

Certains participants ont témoigné d'une saine et légitime impatience, parce que les résultats ne sont pas tous immédiatement manifestes, peut-être surtout pour les gens qui travaillent dans les urgences.

C'est un projet de longue haleine qui doit associer le plus de monde possible sans générer une lourdeur intenable.

L'implantation des recommandations dans les établissements doit pouvoir compter sur l'influence

des participants au forum car tous les acteurs qui ont une influence sur le réseau y sont présents. Il y a peut-être un prix à la concertation, mais il est préférable de payer ce prix et de prendre plus de temps que d'imposer des solutions qui reposent en fait sur le vouloir des professionnels eux-mêmes de prioriser l'urgence dans leurs agissements.

L'amélioration du fonctionnement interne de l'urgence a fait l'objet d'un chapitre distinct de recommandations, qui émanaient d'instances clairement identifiées. La recommandation 22 touche directement l'objet de ce guide. Elle se lit comme suit :

«Les hôpitaux et leurs partenaires réaliseront et diffuseront un guide complet de gestion de l'urgence dans l'hôpital, dans lequel on retrouvera une Charte des conditions de réussite de l'intégration de l'urgence dans l'hôpital et dans ses liens avec la communauté et le développement de modèles de gestion de l'urgence faisant appel à une responsabilité partagée (médico-infirmière), en s'inspirant des meilleures pratiques et des réussites locales et régionales.»

La responsabilité de cette recommandation était partagée entre l'Association des hôpitaux du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, par l'entremise du Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences (CECCNU) et de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, pour le volet liens avec le réseau de la communauté.

Lors du deuxième forum sur les urgences, les éléments essentiels de ce guide de gestion de l'unité d'urgence ont été présentés.

Le mandat

1. Proposer un modèle de gestion et un guide de fonctionnement pour les unités d'urgence et les rendre disponibles pour les hôpitaux, les régies régionales et le Ministère;
2. Formuler des recommandations en rapport avec la gestion optimale d'une unité d'urgence;
3. Faire connaître les solutions gagnantes et les expériences positives de fonctionnement des unités d'urgence.

La philosophie de travail

La philosophie de travail de l'équipe de rédaction se caractérise par les éléments suivants :

- a. La primauté du patient;
- b. La satisfaction de ses besoins;
- c. La perspective de l'épisode de soins;
- d. Un constant souci du maintien de la qualité des soins;
- e. Une approche rigoureuse en ce qui a trait à la gestion;
- f. L'accent sur l'imputabilité des décideurs;
- g. Des recommandations fondées sur des preuves scientifiques, lorsque celles-ci sont disponibles, sur des expériences qui connaissent du succès ou sur des tendances reconnues;
- h. La production d'un guide dynamique et évolutif.

Le but du guide

Le *Guide de gestion de l'unité d'urgence* est proposé dans le but d'établir les balises d'un modèle d'organisation qui vise, notamment pour le segment urgent du continuum de **l'épisode de soins**, à assurer, dans une approche axée sur les patients et sur la qualité des soins, une meilleure intégration des services.

L'unité d'urgence est un élément majeur de notre système de soins. Le caractère particulier de ses activités oblige une organisation appuyée par un modèle de gestion. Le modèle s'intègre à toutes les composantes du réseau intra et extra-hospitalier.

Ce modèle de gestion de l'unité d'urgence doit s'intégrer à l'intérieur du plan d'organisation clinique de l'établissement tel que défini à l'article 183 de la LSSSS. Il servira d'outil essentiel aux établissements afin que ceux-ci planifient le plan d'action qu'ils doivent mettre en place pour concrétiser le haut niveau de priorité que le conseil d'administration, les conseils professionnels et les directions des établissements doivent accorder à la résolution des problèmes qui peuvent affecter le fonctionnement optimal de leur unité d'urgence. Tel que recommandé lors des deux forums sur la situation dans les

urgences, les établissements doivent faire parvenir ce plan d'action à leur régie régionale.

Le guide propose une philosophie et un modèle de gestion s'appuyant sur l'**imputabilité**. Les mécanismes proposés pour obtenir un effet réel sur un environnement donné reposent sur l'implication d'équipes et de personnes imputables, coordonnées entre elles et reconnues par les composantes administratives et cliniques du réseau local. Les individus suggérés imputables des recommandations ont la responsabilité de faire progresser le dossier. La direction de l'établissement en bout de ligne peut choisir de changer le responsable de la mise en œuvre d'une recommandation pour autant qu'elle identifie clairement une personne imputable. Le guide distingue l'imputabilité de l'unité d'urgence, celle du centre hospitalier et celle du réseau.

Avec un modèle axé sur l'imputabilité et basé sur des liens entre les composantes du réseau désignées pour la gestion des unités d'urgence, les gestionnaires ont un outil essentiel pour soutenir le fonctionnement de l'urgence. Cette **intégration** de l'unité d'urgence à l'hôpital et au réseau de soins de la communauté est essentielle et constitue une condition du bon fonctionnement des unités d'urgence.

Pour y parvenir, le présent guide énumère des moyens concrets à mettre en œuvre. **Ces recommandations sont à intégrer à la lumière de la vocation du centre hospitalier.** Certaines mesures, règles, normes ou outils qui s'appliquent dans une urgence à fort débit d'un centre de traumatologie peuvent être inapplicables dans un autre milieu. Pour faciliter l'atteinte des objectifs de gestion, le guide se base sur la **catégorisation des urgences** suggérée par le Collège des médecins du Québec.

Soutenus par un réseau et s'appuyant sur un modèle et sur de nombreuses recommandations, les gestionnaires et les équipes des unités d'urgence doivent être capables d'apprendre collectivement à partir de leur analyse des écarts entre le réel et l'attendu, et

doivent être informés convenablement pour apprécier cet écart. C'est dans ce sens que la dernière partie du document porte sur l'importance d'un **système d'information** adéquat. Ce système d'information ne doit ignorer aucune des données utiles à une meilleure **connaissance des clientèles**.

Ce document, produit en partenariat avec le MSSS, l'AHQ et l'ACCQ, avec le concours de l'ensemble des partenaires intéressés, prend le relais du document intitulé *Les urgences au Québec 1990-1997. Bilan, perspectives et normes*, préparé conjointement en 1998

par le Groupe tactique d'intervention et l'Association des médecins d'urgence du Québec. Il a été conçu dans la perspective d'une évolution continue des connaissances. L'accent, dans cette version 2000, porte principalement sur l'unité d'urgence. La mise à jour des connaissances de gestion et l'apport graduel de l'expertise en amont et en aval de l'épisode de soins de l'unité d'urgence bonifieront le contenu de ce guide. Il sera disponible en version papier et sur le site Internet des partenaires du Forum sur la situation des urgences.

A1 Généralités

RECOMMANDATION

S'inspirer du Guide de gestion de l'unité d'urgence pour établir ou adapter les politiques de l'établissement en cette matière.

Imputabilité: Le directeur général de l'établissement

Catégories d'urgence: Toutes

Le modèle de gestion des unités d'urgence de chaque établissement doit reposer sur une base solide. C'est pourquoi il doit s'inspirer des principes directeurs suivants.

La qualité des soins

La qualité des soins est le principe directeur auquel tous les autres sont subordonnés. Les efforts sont dirigés vers une gestion basée sur une amélioration continue de la qualité des soins et des services. Tout est mis en œuvre pour s'assurer que les changements apportés dans chaque milieu contribuent à améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Ainsi, chaque milieu collabore à l'implantation des mesures nécessaires à l'évaluation de la qualité. **Le maintien de l'expertise par la formation continue et l'évaluation des actes cliniques par les différents conseils professionnels sont des composantes importantes de cette démarche.**

Le respect des personnes

La gestion de l'unité d'urgence se fait dans le respect de la dignité du patient, de la confidentialité et de la sécurité, notamment par l'abolition de l'utilisation des corridors pour y installer les patients.

La gestion se fait également dans le respect de chacune des personnes qui interviennent à l'urgence. Ce respect est concrétisé par des mesures visant à assurer le confort et la sécurité du personnel de l'urgence, par la prévention de l'épuisement professionnel et par un soutien adéquat de tout l'établissement au cours des périodes d'achalandage plus important.

L'implication du médecin de famille

Le médecin de famille du cabinet ou du CLSC a un rôle central pour la coordination des soins du patient dans le réseau. Sa disponibilité, celle de son remplaçant ou de son cabinet sont des éléments importants pour la continuité des soins.

La connaissance des types de clientèles

L'utilisation de la salle d'urgence varie en fonction de variables telles la mission du centre, sa situation géographique, l'accessibilité à des ressources alterna-

tives, les effectifs médicaux et la population environnante. Toutes ces variables ne sont pas stables dans le temps. Les changements dans l'organisation ou la vocation des établissements créent des effets pouvant modifier rapidement l'achalandage et les types cliniques de la clientèle se présentant à l'urgence.

Cette connaissance des clientèles de l'urgence, jointe à celle des profils des hospitalisations, rend plus facile la compréhension de la dynamique de l'unité d'urgence. La planification des services cliniques et des ressources humaines, techniques et financières s'effectue par le fait même en fonction de données objectives.

L'utilisation pertinente de l'unité d'urgence

La population doit être informée des ressources disponibles dans la communauté pour évaluer tout problème de santé. Ces ressources doivent connaître la mission de l'unité d'urgence et être au fait de l'importance de l'utiliser de façon judicieuse. La prise en charge optimale des patients qui ont été dirigés à l'urgence par un cabinet privé, un CLSC ou un organisme communautaire requiert une excellente communication entre l'unité d'urgence et les partenaires en question.

Il est difficile de cibler le patient type pour qui les services de l'urgence sont indiqués. Le patient n'a pas les connaissances pour déterminer la nature de son problème de santé et encore moins la compétence pour évaluer l'urgence de sa condition. Il est recommandé d'adopter la définition de l'American College of Emergency Physicians (ACEP):

«Emergency services are those health care services provided to evaluate and treat medical conditions of recent onset and severity that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe that urgent and/or unscheduled medical care is required.»

«Les soins d'urgence sont des services de santé prodigués pour évaluer et traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez sévères pour qu'une personne prudente possédant un niveau moyen de connaissances en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire.» (traduction libre)

L'approche systémique

Un des défis de la gestion des urgences est d'en arriver à ce que chaque composante d'un territoire – que ce soit celles de l'amont, de l'aval ou de l'unité d'urgence elle-même – se voit comme partie intégrante d'un tout. Cette manière de voir permet de mieux cibler les liens essentiels au bon fonctionnement des activités, de mieux détecter les effets immédiats et à long terme des comportements de chaque composante et de relever les points de levier susceptibles d'améliorer les dysfonctions identifiées. De plus, dans la mesure où on a bien déterminé la finalité de nos actions, cette approche peut faire émerger entre les partenaires une nouvelle dynamique qui favorise l'amélioration des interactions et l'atteinte des résultats.

La gestion continue de la situation

La fluctuation continue des activités de l'unité d'urgence, autant sur une base hebdomadaire que sur une base saisonnière, nécessite une surveillance serrée. Ce contrôle suppose un mode de gestion continu et efficace comportant des mécanismes d'ajustement bien connus et explicites. Dans les mécanismes d'ajustement, la mission de l'urgence et celles de tous les autres programmes ou services tels la chirurgie, l'unité de courte durée gériatrique, l'obstétrique, etc., sont respectées. La situation de l'urgence est suivie de façon continue et les outils du guide de gestion sont appliqués, même s'il n'y a pas d'encombrement ou de patients à l'urgence en attente d'une admission.

La décision cohérente et intégrée

La mobilisation d'équipes et de personnes imputables et supervisées implique qu'elles soient identifiées, reconnues et autorisées par les instances administratives et cliniques de l'unité d'urgence, de l'établissement et du réseau local. Tous doivent reconnaître et faire connaître les responsabilités rattachées à leur mandat. La légitimité des équipes et des interventions est liée à l'imputabilité des résultats.

La performance

Tout en reconnaissant que la notion de la performance est un sujet complexe, nous retenons la définition de Voyer (1997):

- 1) Accomplir sa mission en s'adaptant à son environnement et en profitant de ce qu'il a à offrir;
- 2) Produire des résultats de qualité correspondant aux objectifs de l'organisation;
- 3) Le faire de façon efficiente en produisant les résultats escomptés au meilleur coût;
- 4) Respecter les conditions organisationnelles reliées à l'utilisation optimale des ressources et de la qualité du processus.

La qualité et l'accessibilité des données

Le contrôle continu de la gestion, la connaissance des clientèles et les communications entre les différents partenaires du réseau nécessitent invariablement des données cliniques et administratives de qualité. Elles sont valides, rapidement accessibles et présentées dans un format pratique afin qu'on puisse extraire de l'information utile aux décisions.

La transparence

Des mécanismes permanents de communication permettent aux différentes instances imputables de disposer constamment des informations nécessaires à l'accomplissement de leur mandat. De même, les décisions prises par ces instances sont rapidement diffusées et connues par toutes les personnes ayant à les appliquer. Finalement, on détermine les informations à fournir à la population et on instaure un plan de communication approprié lorsque la situation de l'urgence le justifie.

Modèle de gestion

La rédaction du plan d'action de l'établissement doit s'appuyer sur les principes directeurs énoncés dans le *Guide de gestion de l'unité d'urgence*. Mais elle doit aussi s'appuyer sur la conception et sur l'adoption d'un modèle partagé par l'ensemble du territoire. Pour favoriser l'application de ce modèle, nous présentons les éléments à réunir pour que la gestion de l'unité d'urgence repose sur une base solide, mais également propice à l'émergence d'une dynamique nouvelle.

Ce modèle est donc basé sur l'implication et la responsabilisation du personnel ainsi que sur la délégation de mandats à des instances identifiées, autorisées et reconnues, fonctionnant en interdépendance.

Les instances du modèle sont les suivantes :

1. Unité d'urgence;
2. Équipe action-support à l'unité d'urgence;
3. Équipe de revue de la gestion de l'utilisation des lits;
4. Équipes clientèles;
5. Groupe réseau.

Comme chacune de ces instances regroupe les intervenants cliniques et administratifs en position d'influence et d'interrelation, les conditions de soutien nécessaires au succès des actions requises devraient être remplies.

A2 Principes directeurs et modèle de gestion de l'unité d'urgence

- Ⓐ **Adopter les principes directeurs dans toutes les instances du centre et du territoire.**
Imputabilité : Le directeur général de l'établissement
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓑ **Adopter un modèle de gestion de l'unité d'urgence.**
Imputabilité : Le directeur général de l'établissement
Catégories d'urgence : Toutes

DÉFINITIONS ET SIGLES

Chef du département	Médecin membre du département désigné pour diriger ce département et pour exécuter, sous l'autorité respective du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du DSP, les obligations et les responsabilités énumérées dans la loi.
CII	Le conseil des infirmières et infirmiers constitué dans un centre.
CM	Le conseil multidisciplinaire constitué dans un centre.
CMDP	Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens constitué dans un centre.
Département	Entité prévue dans le plan d'organisation de l'établissement et destinée à répondre à des besoins d'ordre administratif et clinique, notamment pour la distribution de soins, l'évaluation de la qualité de ces soins, l'enseignement ou la recherche, et dans laquelle sont regroupés les membres du CMDP dont les activités s'exercent au sein d'une même discipline ou d'une discipline connexe. Cette entité relève à la fois du CMDP et du DSP eu égard à leurs compétences respectives.
Entente	Modalités de prestation ou d'échange de services établies entre deux établissements selon l'article 108 de la loi.
Loi	La Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses amendements.
Membre du département	Médecin, dentiste ou pharmacien nommé par le conseil d'administration et jouissant du statut de membre actif, associé, conseil, honoraire au sein du département.
Règlement	Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements et ses amendements adoptés en vertu de la loi par le conseil exécutif du gouvernement du Québec.
Réseau	Ensemble des organisations sanitaires publiques ou privées d'un territoire.
Territoire	Entité géographique et/ou entité regroupant certaines populations.
Unité d'urgence	Unité du centre hospitalier où sont offerts, dans un délai approprié et par une équipe interdisciplinaire de professionnels voués à leur tâche et s'appuyant sur des moyens adéquats, des services comprenant l'accueil, le triage, l'évaluation, la stabilisation, l'investigation, le traitement, puis, le cas échéant, l'orientation de la personne vers les ressources les plus aptes à assurer la continuité des soins et le suivi.

Sigles

ACCQ	Association des CLSC et des CHSLD du Québec
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
CA	Conseil d'administration
CECCNU	Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
DMU	Département de médecine d'urgence
DSMU	Département ou service de médecine d'urgence
DG	Directeur général
DSI	Directeur des services infirmiers
DSP	Directeur des services professionnels
ETG	Échelle de triage et gravité
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RSI	Responsable des soins infirmiers

Un guide de gestion des unités d'urgence ne peut être appliqué uniformément à l'ensemble des unités d'urgences au Québec. Les exigences ne peuvent être les mêmes pour un centre universitaire que pour un centre de première ligne en région rurale. Dans le but de faciliter l'atteinte des objectifs de gestion, le présent guide se base sur la catégorisation des urgences suggérée par le **Collège des médecins du Québec** dans son document sur la complémentarité des services d'urgence (cf.). La catégorisation décrite ci-dessous permet l'application des recommandations du guide en fonction de chaque type d'unité d'urgence.

Centres de stabilisation

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus généralement assurés par des médecins omnipraticiens. Dans ces établissements, on trouve les ressources diagnostiques et thérapeutiques pour stabiliser ou prendre en charge certaines affections plus complexes que celles traitées au niveau des services médicaux de première ligne. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Des ressources médicales, disponibles dans un délai de 30 minutes, doivent assurer l'accompagnement médical dans le cadre du transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier de plus haut niveau.

Centres primaires

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus généralement assurés par des médecins omnipraticiens. La chirurgie générale et l'anesthésie-réanimation assurent un soutien continu. Ces établissements doivent posséder au moins une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et répandue ainsi que des lits d'hospitalisation. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 minutes pour le transfert urgent d'un malade vers un centre hospitalier de plus haut niveau, lorsque cela est nécessaire. Les services de chirurgie générale

et d'anesthésie-réanimation sont disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Il doit y avoir, de plus, une unité de soins intensifs ou son équivalent.

Centres secondaires

Dans ces services d'urgence, les services médicaux continus sont généralement assurés par des omnipraticiens que soutiennent des médecins spécialistes des disciplines chirurgicales et médicales appropriées. Ces établissements doivent posséder au moins une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et répandue. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 minutes pour le transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier, lorsque cela est nécessaire. Les services d'anesthésie-réanimation, de radiologie, de médecine interne ou de certaines spécialités médicales, de chirurgie générale et de certaines spécialités chirurgicales, notamment l'orthopédie si le centre est un centre désigné du réseau de traumatologie, doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Il doit en être de même pour toutes les autres spécialités offertes dans l'établissement. Il doit y avoir une unité de soins intensifs.

Centres tertiaires

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus, généralement assurés par des spécialistes en médecine d'urgence et par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes et souvent des médecins ultraspecialisés. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique lourde répandue et peu répandue. Sur place, l'équipe médicale permet d'assurer l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 minutes, pour le transfert urgent d'un malade vers un autre centre



hospitalier, lorsque cela est nécessaire. Les services d'anesthésie-réanimation, de radiologie, de médecine interne ou de certaines spécialités médicales, de chirurgie et de certaines spécialités chirurgicales, notamment l'orthopédie et la neurochirurgie si le centre est un centre désigné du réseau de traumatologie, doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Il doit en être de même pour toutes les autres spécialités offertes dans l'établissement. Il doit y avoir une unité de soins intensifs.

Centres à vocation unique

Dans ces services d'urgence, on trouve des services médicaux spécialisés et ultraspécialisés, axés sur la mission du centre. Ces services sont généralement assurés par des omnipraticiens que soutiennent des

médecins spécialistes. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique lourde répandue et peu répandue, s'il y a lieu. L'équipe médicale sur place permet d'assurer l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical, dans un délai de 30 minutes, pour le transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier, lorsque cela est nécessaire. Les services dans les spécialités médicales et chirurgicales visées par la mission doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai qui satisfait les besoins particuliers des malades. Ces centres reçoivent des ambulances dans le cadre de transferts interétablissements, du transport primaire de malades suivis et traités dans le centre ou selon le plan directeur établi par la région régionale concernée.



Unité d'urgence

Guide de
gestion de
**L'UNITÉ
D'URGENCE**

UNITÉ
D'URGENCE

B unité d'urgence

■ *L'objectif ultime de l'équipe de soins de l'unité d'urgence est de fournir aux usagers dont l'état le requiert les services d'accueil, de triage, d'évaluation, de stabilisation, d'investigations et de traitement, dans le but de répondre à une condition médicale urgente et/ou d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient.*

Le segment urgent de l'épisode de soins s'intègre au continuum de services, qui comprend également les soins distribués en amont ou en aval par d'autres instances cliniques du réseau local, notamment le médecin de famille dans la communauté. Le passage à l'unité d'urgence constitue un segment de cet ensemble. Le segment urgent est donc indissociable de l'ensemble de l'épisode de soins.

Cette partie présente les recommandations à appliquer pour chacune des étapes de l'épisode de soins à l'urgence. Puis, pour contribuer à son succès, on y énumère les paramètres liés aux ressources humaines, physiques et matérielles. On identifie ensuite les personnes responsables du fonctionnement optimal de ce sous-ensemble. Mais, auparavant, le chapitre s'ouvre sur des éléments fondamentaux des services, soit le patient comme client, la raison d'être de l'unité d'urgence et le code d'éthique régissant le comportement des intervenants.

B1.1 Clientèles

Il est fondamental de connaître le profil de la clientèle fréquentant l'unité d'urgence d'un établissement. Les paramètres doivent être établis, un système de gestion de l'information doit être mis en place et les résultats doivent être connus. La collecte et l'analyse des données doivent être continues et effectuées en temps réel pour permettre une adaptation rapide aux changements de profil de la clientèle. Les priorités établies par l'équipe de l'unité d'urgence doivent refléter cette adaptation.

La proportion de l'ensemble des hospitalisations en provenance de l'urgence est très importante. La salle d'urgence devient de plus en plus la porte d'entrée du système hospitalier. Cette évolution implique une modification de l'épidémiologie clinique de l'unité d'urgence.

Il est essentiel de bien connaître le nombre et le type de clientèles qui consultent à l'unité d'urgence. La surveillance des volumes totaux de patients ambulants ou couchés sur une civière ne suffit plus à bien mesurer l'effet de l'évolution des clientèles. L'analyse doit tenir compte, par exemple, de l'évolution hebdomadaire depuis trois à cinq ans du nombre de visites, du nombre d'ambulances, du nombre de patients couchés, du nombre de patients hospitalisés, de l'âge des personnes et des causes de leur hospitalisation.

Le croisement des données de l'urgence avec celles du système Med-Echo local permet une plus grande précision clinique dans l'utilisation de l'unité d'urgence. L'analyse de la tendance des hospitalisations via l'urgence documentée par les DRG et de leurs différents niveaux de sévérité clinique permet de faire le lien entre les besoins cliniques de l'urgence et l'interface avec la capacité d'hospitalisation de l'établissement.

B1.1 Clientèles

RECOMMANDATION

- Ⓐ ***À partir des données des systèmes d'information, faire connaître les clientèles qui se présentent à l'unité d'urgence et l'évolution de leurs particularités.***

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes

B1.2 Mission de l'unité d'urgence

Lors du Forum sur la situation dans les urgences qui s'est tenu les 18 et 19 octobre 1999, les 23 associations présentes se sont entendues sur ce qui doit être la mission de l'unité d'urgence. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec adhère à cette définition.

L'urgence fournit en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client.

Pour promouvoir cette mission, on doit partager la vision de l'unité d'urgence axée sur l'idée qu'elle fait partie intégrante de la communauté où elle fait office de filet de sécurité sanitaire pour la population,

qu'elle est complémentaire à la mission des autres composantes du réseau et, enfin, qu'elle est intégrée à l'hôpital, comme plaque tournante et importante porte d'entrée.

Les établissements d'un même territoire doivent, par l'entremise de leur conseil d'administration respectif, reconnaître l'importance qu'ils accordent à l'unité d'urgence. Les activités de l'urgence doivent être priorisées et harmonisées par le centre hospitalier et par les partenaires du territoire.

B1.2 Mission de l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

- Ⓐ **Adopter la définition de la mission de l'unité d'urgence et s'assurer de l'engagement des directions et des conseils professionnels à prioriser l'unité d'urgence au sein de l'établissement.**

Imputabilité: Le président du CA et le DG de l'établissement

Catégories d'urgence: Toutes

- Ⓑ **Faire connaître la mission de l'unité d'urgence à la population et aux partenaires.**

Imputabilité: MSSS

Catégories d'urgence: Toutes

- Ⓒ **Appliquer la mission retenue par le MSSS et adoptée par le CA pour l'unité d'urgence.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence: Toutes

Les membres de l'unité d'urgence doivent se soumettre à des règles précisées dans le code d'éthique que l'établissement doit avoir en vertu de l'article 233 de la LSSSS.

Les membres de l'unité d'urgence doivent se soumettre à des règles plus spécifiques qui découlent des particularités de la pratique dans cette unité. Les éléments énumérés ci-dessous illustrent certaines responsabilités morales fondamentales des professionnels et du personnel de l'unité d'urgence. Ces règles d'éthique sont adaptées de celles de l'American College of Emergency Physicians (ACEP).

Le professionnel de l'urgence doit :

1. Soigner les patients selon les règles de l'art;
2. Reconnaître la primauté du bien-être du patient comme sa responsabilité professionnelle fondamentale;
3. Répondre rapidement et adéquatement, sans préjugé ou partialité, à toute demande de soins qui constitue une urgence médicale;
4. Respecter les droits des patients et s'efforcer d'agir dans leur meilleur intérêt, en particulier pour les patients les plus vulnérables ou incapables de choisir un traitement en raison d'une altération de leur capacité à consentir;
5. Communiquer sincèrement avec les patients en s'assurant de leur consentement éclairé à tout traitement, à moins que l'urgence de leur condition ne nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate;
6. Respecter le droit des patients à la confidentialité et ne divulguer des renseignements confidentiels qu'avec le consentement du patient ou lorsque cela est requis en raison d'un devoir supérieur tel que le devoir de protéger autrui ou d'obéir à la loi;
7. Interagir honnêtement et équitablement avec les collègues de travail et prendre les mesures appropriées pour protéger les patients des prestataires de soins dont les facultés sont affaiblies, qui sont incompetents ou qui s'engagent dans la fraude ou l'escroquerie;
8. Travailler en coopération avec tous les intervenants qui participent aux soins des patients qui se présentent à l'unité d'urgence;
9. Prendre part à des activités de formation continue, afin de maintenir les connaissances et les compétences au niveau optimal nécessaire à l'administration de soins de qualité aux patients qui se présentent à l'unité d'urgence;
10. Faire une utilisation judicieuse et responsable des ressources médicales;
11. Encourager le patient à retourner voir son médecin habituel à la suite de sa visite à l'unité d'urgence;
12. Soutenir les efforts sociaux d'amélioration de la santé publique et de la sécurité;
13. Soutenir les efforts de réduction des conséquences des blessures et des maladies;

14. Soutenir les efforts d'accès universel à des soins urgents de qualité.

L'établissement du code d'éthique est la responsabilité des membres de l'unité d'urgence. Le chef du DSMU et l'infirmière-chef transmettent les règles

d'éthique aux instances décisionnelles pour approbation; ils s'assurent également du respect de ces règles par les membres de l'unité d'urgence.

B1.3 Code d'éthique

RECOMMANDATION

Ⓐ Adopter et appliquer un code d'éthique pour les professionnels et le personnel qui travaillent à l'unité d'urgence.

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence dans son application. Le responsable du code d'éthique dans l'établissement et le CA dans son adoption.

Catégories d'urgence: Toutes.

GESTION CLINIQUE DE L'ÉPISODE DE SOINS À L'UNITÉ D'URGENCE

B2.1 Accès à l'unité d'urgence

Lorsqu'un patient décide de se rendre à l'unité d'urgence, il doit suivre un certain parcours avant de recevoir les soins requis par sa condition médicale. **Il est important de prendre note que la responsabilité de l'hôpital envers le patient débute dès que ce dernier entre sur le terrain de l'hôpital.** Certains jalons méritent d'être tracés afin de diminuer le risque de préjudice au patient durant ce parcours.

L'unité d'urgence d'un centre hospitalier doit être identifiée adéquatement à l'extérieur de l'établissement. Le patient doit être en mesure de repérer immédiatement l'entrée de l'urgence. Le lieu où se trouve l'urgence doit être bien indiqué à chacune des portes du centre hospitalier et le parcours pour s'y rendre doit être facile. La distinction entre l'entrée principale et l'entrée de l'urgence doit être claire.

L'entrée des ambulances peut également servir au patient qui se présente en catastrophe à bord d'un véhicule pour une urgence médicale. Dans ces situations, la marche à suivre doit être bien indiquée afin que le patient puisse avoir accès rapidement aux ressources médicales en place. Le patient qui utilise l'entrée des ambulances ne doit pas être dirigé vers une autre entrée sans que les intervenants n'aient effectué le processus de triage conforme aux procédures en vigueur dans le centre.

L'établissement doit être en mesure de fournir des fauteuils roulants aux patients qui ont besoin d'aide pour se déplacer. Les agents de sécurité de l'hôpital ou toutes autres personnes mandatées par l'établissement doivent assumer ce rôle d'aide au patient. Des mesures de sécurité et des procédures d'aide à la clientèle doivent être applicables sur l'ensemble du terrain du centre hospitalier.

Dans certains cas, une situation d'urgence peut concerner un employé du centre, un visiteur ou un travailleur indépendant. Cette situation peut se produire dans l'établissement ou sur le terrain du centre hospitalier. Pour ne pas mettre en péril la santé de la personne en difficulté, il faut éviter toute confusion sur l'identité des personnes qui doivent lui porter secours et/ou la conduire à l'unité d'urgence.

Les membres de l'unité d'urgence ou de l'équipe de réanimation du centre, accompagnés de brancardiers, sont probablement les personnes les mieux préparées pour répondre à ce genre de situation. Le patient doit être pris en charge par le personnel et doit être évalué selon les procédures habituelles. L'équipe doit se déplacer pour prendre en charge le patient en difficulté, qui, au besoin, pourra être conduit à la salle d'urgence.

B2.1 Accès à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

- Ⓐ **Mettre en place une signalisation claire sur l'emplacement de l'unité d'urgence.**
Imputabilité: Le gestionnaire responsable de la sécurité
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓑ **Prévoir des mesures de sécurité et des procédures claires d'aide à la clientèle.**
Imputabilité: Le gestionnaire responsable de la sécurité, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓒ **Prévoir une procédure claire pour les situations où une personne autre qu'un patient du centre est victime d'un accident ou d'un malaise.**
Imputabilité: Le DSP ou le directeur administratif concerné
Catégories d'urgence: Toutes

Le triage est la première étape du processus d'évaluation clinique et sert à déterminer la priorité des efforts des équipes de soins. Il est sous la responsabilité du personnel infirmier. Le Collège des médecins du Québec a d'ailleurs reconnu la responsabilité du personnel infirmier au regard du triage dans une publication récente sur ce sujet : « C'est dans le champ de son exercice que l'infirmière intervient au triage. L'évaluation de même que la décision relative à la détermination du degré d'urgence constituent des volets importants de sa pratique autonome, même si des critères ont été préétablis. Elle répond de la qualité de son exercice. »

Tout patient qui se présente à l'urgence doit être évalué par une infirmière affectée au triage, et ce, avant l'inscription. L'infirmière du triage a la responsabilité de diriger immédiatement le patient dont l'état nécessite des soins urgents vers l'aire de traitement appropriée. Dans un tel cas, l'inscription sera effectuée soit par un accompagnateur, soit par un membre du personnel de l'inscription qui se rendra au chevet de la personne. Dans les autres situations, le patient est dirigé à l'inscription et, par la suite, à la salle d'attente ou dans l'aire de traitement appropriée. Le personnel infirmier doit être en mesure de surveiller la salle d'attente en tout temps.

Les informations obtenues au moment du triage doivent être consignées sur un formulaire prévu à cet effet. Le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec ont recommandé récemment l'utilisation de l'outil « Échelle de triage et

de gravité » (ETG) dans le but d'uniformiser le processus du triage par l'utilisation des mêmes critères et de la même méthode de classification.

L'échelle de triage ETG comprend cinq niveaux, établis en fonction de critères objectifs permettant d'évaluer rapidement le niveau d'urgence du patient qui consulte. Le délai maximum d'attente acceptable pour chaque niveau d'urgence est déterminé et l'état du patient doit être réévalué lorsque le délai prévu par l'infirmière du triage est échu et le patient n'a pas été évalué par le médecin.

Au moment du triage, l'infirmière applique un protocole ou donne des soins autorisés selon certains critères en vigueur dans le milieu et établis par le DSMU avec approbation du CMDP et du CII. Ces mécanismes ont pour but d'accélérer le processus de soins pour le patient.

La fonction de triage doit être disponible en tout temps et des mécanismes de soutien doivent être immédiatement disponibles dans les périodes de grand achalandage.

L'infirmière affectée au triage doit disposer d'un dépliant d'information qu'elle peut remettre au patient et qui lui explique l'ordre des priorités selon l'ETG. De plus, une affiche doit fournir de l'information sur le processus du triage et sur la définition de l'ordre des priorités. Il n'est pas recommandé cependant d'afficher les délais d'attente réels au moment de la visite à l'urgence.

Le rôle de l'infirmière au triage doit être exclusif et des mécanismes de soutien doivent être immédiatement disponibles dans les périodes de grand achalandage.

L'infirmière doit avoir accès rapidement à des outils de référence qui peuvent servir d'aide-mémoire dans les salles de triage :

- manuel d'orientation sur le triage ;
- documents de référence ;
- répertoire des ressources communautaires ;

- Liste des ordonnances permanentes autorisées par le CMDP, en vertu du Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9, 1^{er} al., par. B) qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins.

On doit prévoir un mécanisme d'évaluation continue du processus du triage, du respect des critères et des délais.

B2.2 Le triage

RECOMMANDATION

- Ⓐ **S'assurer que le triage est effectué par une infirmière avant l'inscription.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓑ **Implanter l'échelle de triage ETG.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓒ **Établir des protocoles et prévoir des mécanismes d'accès aux soins et services.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓓ **Évaluer de façon continue le processus du triage.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

B2.3 Critères d'installation des patients sur une civière

Afin d'uniformiser et d'optimiser l'utilisation des civières, il est recommandé de coucher sur une civière les patients qui présentent les conditions suivantes :

1. Le patient présente une pathologie qui comporte un risque de morbidité ou de mortalité et qui nécessite une prise en charge immédiate dans la salle de réanimation;
2. Le patient présente une instabilité des signes vitaux;
3. Le patient présente des symptômes nouveaux ou une exacerbation de symptômes reconnus comme comportant un risque de morbidité ou de mortalité que l'on doit investiguer, surveiller et traiter;
4. Le patient a des symptômes non spécifiques incapacitants, empêchant l'ambulation : confusion, vertiges importants, faiblesse marquée, incapacité de marcher, etc.;
5. Le patient présente une douleur importante nécessitant l'administration d'un analgésique par voie parentérale;
6. Le patient présente une condition psychiatrique qui demande une protection : patients agités, suicidaires, etc.

Un patient placé sur une civière pour toute autre raison devrait être considéré comme un patient ambulatoire et être inscrit comme tel dans le registre de l'unité d'urgence.

À titre d'exemple :

- Les cas nécessitant une civière seulement pour procéder à un examen ne sont pas considérés comme des « cas civières » mais comme des cas ambulatoires;
- L'utilisation de fauteuils pour les patients doit également être considérée comme des cas ambulatoires et non comme des « cas civières »;
- Les patients arrivant par ambulance ne doivent pas être catégorisés automatiquement comme des « cas civières », mais doivent passer par le processus de triage pour y être catégorisés comme tous les autres patients;
- Le patient couché par souci humanitaire ou pour des raisons de commodité ne doit pas être catégorisé comme « cas civière ».

B2.3 Critères d'installation des patients sur une civière

RECOMMANDATION

(A) Utiliser les critères recommandés quant à l'installation des patients sur une civière.

Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

(B) Établir des mécanismes d'évaluation de façon à assurer que les critères mentionnés plus haut sont respectés.

Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

La priorité de l'unité d'urgence est la prise en charge des cas dits lourds, nécessitant des soins avancés. La salle de choc est le lieu idéal pour intervenir dans le cas de pathologies complexes. La salle de choc doit être le pôle majeur de l'urgence; une partie importante des énergies consacrées à l'amélioration de la qualité des soins à l'urgence doit être dirigée vers l'optimisation de cette salle et de son fonctionnement. Il faut considérer la salle de choc comme une unité de soins intensifs temporaire.

Cette salle doit être munie du plateau technique complet. Les critères d'admission doivent permettre que l'on puisse y diriger adéquatement les personnes visées. L'unité d'urgence verra à statuer sur la durée maximale du séjour en salle de choc. Cependant, un séjour moyen de une à deux heures devrait être préconisé afin que les ressources disponibles soient adéquatement utilisées. Ce délai ne doit pas pour autant constituer une contrainte rigide.

Des protocoles de transfert aux unités de soins doivent être disponibles afin de faciliter l'orientation de l'usager une fois que son état est stabilisé. La tenue d'un registre des patients dirigés dans la salle de choc favorise l'application d'un programme d'évaluation de la qualité des soins et la revue de l'utilisation de la salle de choc.

Une condition importante du succès de la prise en charge des patients dont l'état est instable est la disponibilité des ressources humaines. Dès l'annonce

de l'arrivée d'un patient qui doit être dirigé dans la salle de choc, le personnel médical et infirmier doit se mobiliser et être disponible immédiatement pour accueillir les ambulanciers, superviser l'installation du patient et répondre à la demande urgente. Les rôles de chaque intervenant doivent être définis et connus. À cet effet, il doit exister un leader médical responsable de la coordination des activités. Le personnel en inhalothérapie et le personnel technique en radiologie doivent être avisés de l'arrivée d'un patient en salle de choc, de sorte qu'ils seront rapidement disponibles au besoin.

À titre indicatif, les situations suivantes justifient qu'un patient soit dirigé à la salle de choc :

- 1) Les arrêts cardiorespiratoires
 - patients réanimés ou non
 - tout patient à qui on a installé un combitube ou qu'on a défibrillé
- 2) Instabilité des signes vitaux ou neurologiques
 - A et B Détresse respiratoire sévère
Tout transfert de patient ventilé mécaniquement
 - C Bradycardie ou tachycardie
chez patient symptomatique
HTA sévère
Hémorragie sévère
 - D Coma ou atteinte de conscience

3) Tout traumatisé à risque selon les critères du groupe-conseil en traumatologie

4) Système cardiovasculaire

- douleur thoracique faisant suspecter un syndrome coronarien aigu avec ou sans anomalie des signes vitaux

5) Intoxication à risque

6) Trouble de la thermorégulation

- hypothermie (température rectale < 34 °C)
- coup de chaleur (température rectale > 41 °C)
- toute brûlure majeure

7) Pédiatrie (< 14 ans)

- critères précédents
- instabilité des signes vitaux

TA < 70 + 2 x l'âge

Saturation < 90 %

Nouveau-né

FC > 160/min, FR > 60/min

Âge préscolaire

FC > 140/min, FR > 40/min

8) Accouchement imminent

9) Toute autre situation où l'on juge qu'il y a risque immédiat de morbidité et/ou de mortalité

B2.4 Critères d'installation des patients dans la salle de choc

Ⓐ **Adopter des critères pour une utilisation optimale de la salle de choc.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes

Ⓑ **Tenir un registre d'utilisation et évaluer l'utilisation de la salle de choc.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes

Ⓒ **Implanter un programme d'évaluation de la qualité des interventions effectuées dans la salle de choc.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes

B2.5 Monitoring à l'unité d'urgence

Les patients qui se trouvent sous surveillance à la salle de choc ou dans l'aire des civières sont pour la plupart des patients dont la condition médicale est complexe. Plusieurs de ces patients sont instables et présentent des risques de complications médicales ou chirurgicales. La nécessité de monitorer adéquatement ces situations est essentielle et relève de la responsabilité du médecin d'urgence. Des protocoles développés par le DSMU et approuvés par le CMDP peuvent être requis. Le monitoring est également nécessaire en cas de procédures qui nécessitent une sédation consciente.

L'unité d'urgence doit disposer de systèmes de monitoring non invasif pour surveiller adéquatement les patients à risque.

Le nombre exact de moniteurs est modulé selon la lourdeur des cas et les types de pathologies.

La condition d'un patient évolue au cours de son séjour à l'urgence. Il est donc pertinent de faire une évaluation périodique et régulière des besoins en monitoring à l'urgence. **La disponibilité du monitoring à l'unité d'urgence ne doit pas permettre que celle-ci devienne le prolongement des soins intensifs ou de l'unité coronarienne.**

B2.5 Monitoring à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

Ⓐ *Établir des règles d'utilisation du monitoring à l'unité d'urgence.*

Imputabilité: Le chef du DSMU

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation

L'unité d'urgence est intégrée dans le continuum des soins réguliers, spécialisés et surspécialisés de l'épisode de soins. L'équipe de l'urgence doit être en mesure d'offrir immédiatement les soins optimaux pour tous les problèmes urgents. En aucun moment un traitement urgent ou une investigation urgente qui relève de la compétence du médecin d'urgence ne sera retardé pour être effectué en spécialité ou dans une autre unité de soins. Si l'état de santé du patient nécessite des soins urgents, le médecin en service à l'unité d'urgence en prend charge immédiatement.

L'unité d'urgence doit être en mesure d'offrir des soins autant aux adultes qu'aux enfants, à moins que l'établissement ait une vocation particulière et que cette vocation soit bien connue de la population. Ces milieux qui affichent une vocation unique ou qui sont moins familiers avec certains types de clientèle doivent planifier des procédures de prise en charge advenant une visite médicale dont la problématique correspond moins ou pas du tout à la mission de l'établissement.

Les conditions pour prendre en charge un patient à l'unité d'urgence

Le Collège des médecins du Québec, dans son rapport sur la complémentarité des services d'urgence, a proposé un canevas pour permettre de déterminer dans quelle mesure un médecin peut prendre en charge un patient. Le principe directeur justifiant l'établissement des critères de prise en charge des patients est d'éviter les délais dans l'administration des soins. Le médecin de l'urgence doit évaluer rapidement si son unité d'urgence est en mesure d'aider le patient qui consulte pour un problème aigu.

Un médecin peut prendre en charge un patient dans une salle d'urgence si, après évaluation, les principes suivants sont respectés :

- le centre possède les ressources permettant d'évaluer adéquatement le malade et d'établir un diagnostic;
- le médecin de l'urgence et/ou l'institution dispose des ressources pour traiter l'affection adéquatement dans le centre;

- le traitement est susceptible d'améliorer l'état du patient de sorte que ce dernier peut quitter le centre dans un délai de moins de huit heures, lorsqu'il n'y a pas nécessité d'hospitalisation.

Si ces principes ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers le centre hospitalier approprié. Les modalités sont décrites plus loin sous la rubrique concernant le transfert entre centres hospitaliers.

La prise de décision médicale

Lorsque le patient est à l'unité d'urgence, **il est en attente d'une prise de décision médicale** sur son orientation dans le réseau des soins. La prise de décision doit s'effectuer rapidement et dans un délai de moins de **huit heures**.

Le médecin de l'urgence a la responsabilité de prendre la décision sur l'orientation des patients, c'est-à-dire décider s'ils seront admis, transférés, libérés ou référés. **L'observation prolongée à l'urgence doit être exclue de l'épisode de soins.**

Dans certains milieux, le médecin de l'urgence a recours au soutien du coordonnateur médical de l'unité d'urgence dans la gestion de la fluidité des services (voir section B3.2).

Des outils d'aide à la décision doivent être disponibles et utilisés, notamment :

- Grille d'évaluation de la dangerosité;
- Directive concernant l'application de la garde préventive;
- Grille de dépistage gériatrique (personne à risque ou en perte d'autonomie);
- Grille d'évaluation des risques relatifs aux bactéries multi-résistantes;
- Protocoles et règles de soins.

De plus, le personnel infirmier doit établir une procédure permettant de signaler au médecin l'arrivée des nouveaux patients ainsi que le degré d'urgence des cas en question.

La consultation à l'unité d'urgence

Les médecins consultants à l'unité d'urgence jouent un rôle important quant au fonctionnement normal de l'unité. L'exercice harmonieux de ce rôle demande que les éléments suivants soient respectés.

1. Les consultations effectuées à l'unité d'urgence doivent être appropriées et être basées sur l'évaluation et l'investigation adéquates du patient. Le DSMU doit établir un moyen d'évaluation de la pertinence des consultations demandées. À ce chapitre, le coordonnateur médical de l'unité d'urgence joue un rôle de soutien important. Les demandes de consultations doivent malgré tout s'effectuer dans les délais prescrits, ce qui implique une décision rapide de référence au spécialiste consulté. Afin d'aider au processus de décision du spécialiste, il est préférable, dans la plupart des circonstances, que l'intervention soit complète et optimale. Cela devrait avoir comme objectif, entre autres, d'éviter les consultations multiples qui allongent indûment le service à l'urgence.
2. À moins qu'un transfert en spécialité ait été accepté, le médecin de l'urgence est le médecin traitant pour la durée du séjour à l'urgence.
3. Le délai de prise de décision par le consultant devrait être établi en tenant compte du milieu et de l'achalandage à l'urgence. En général, surtout pour les urgences lourdes et achalandées, le délai moyen recommandé est de **deux heures** entre la demande de consultation et la prise de décision du consultant. Tous les efforts devraient être faits pour respecter ce délai après les heures normales, soit en soirée et en fin de semaine. La méthode recommandée pour arriver à cette fin est l'établissement de protocoles individuels avec chaque département dans le but d'assurer une entraide mutuelle pour respecter les délais de consultation.
4. L'unité d'urgence doit établir un mécanisme de surveillance des délais liés à la consultation :
 - temps de demande;
 - temps de réponse verbale;
 - temps de prise de décision.

5. La décision du consultant peut comprendre un des éléments suivants :
 - congé recommandé;
 - hospitalisation;
 - recours à un spécialiste d'un autre domaine;
 - traitement recommandé à l'équipe médicale de l'unité d'urgence, suivi du congé.

Il peut arriver dans certains cas que le consultant ait besoin de quelques heures de plus (test, procédure...) pour arriver à une décision. Cela devrait être **l'exception** et non la règle. **L'observation à l'urgence des patients après consultation n'est pas une avenue acceptable.**

6. Il est primordial de s'assurer que tous les moyens soient pris pour éviter les hospitalisations inutiles. L'utilisation des ressources dans la communauté (CLSC, médecin de famille, centre de convalescence...) ainsi que la mise au point de protocoles de soins : asthme, migraine, colique rénale, pneumonie, thrombophlébite, infections, insuffisance cardiaque, perte d'autonomie, pour n'en citer que quelques-uns, devraient être privilégiés. Pour certaines pathologies, le recours au processus de suivi systématique constitue un atout majeur pour limiter les délais et améliorer la prestation de soins.
7. Le CMDP, le DSP et l'unité d'urgence doivent établir un mécanisme d'évaluation de la pertinence des admissions.
8. Les cas problématiques (délais, décisions, besoins d'admission) doivent être transmis au DSP ou à son représentant pour évaluation et décision sur la conduite à adopter. À cet égard, le DSP ou son délégué doit être disponible en tout temps.

La demande de consultation en provenance de l'extérieur de l'unité d'urgence

Tout patient qui s'inscrit à l'unité d'urgence est d'abord sous la responsabilité du médecin de l'urgence, qu'il ait une demande de consultation en spécialité ou non, et ce, jusqu'à la prise en charge du transfert par le consultant.

Si l'état de santé du patient nécessite des soins urgents, le médecin de garde à l'urgence en prend charge immédiatement. Cette situation évite les préjudices au patient qui présente un risque de morbidité élevé et qui attend sans soins l'évaluation en spécialité.

Si le spécialiste attend la venue d'un patient référé pour condition urgente, il doit communiquer avec le médecin de l'urgence afin de l'aviser de la visite du patient. Le médecin de l'urgence avise le spécialiste de l'arrivée du patient à l'unité d'urgence. Si le spécialiste est immédiatement disponible, il prend alors le patient en charge.

Si un patient n'est pas attendu par le spécialiste et que le patient dispose d'une demande de consultation en spécialité, le médecin de l'urgence évalue son état et décide s'il doit être vu par le spécialiste en urgence ou sur rendez-vous.

Une référence en spécialité sans entente préalable entre le référant et le spécialiste ne devrait jamais se faire à l'unité d'urgence.

Lorsque le patient se présente à l'urgence avec des demandes d'examen, le médecin de l'urgence qui le prend en charge décide des modalités d'investigation en urgence.

Le médecin qui dirige un patient à l'urgence pour consultation a quant à lui la responsabilité de signifier verbalement au médecin consulté l'urgence de la condition médicale, s'il y a lieu, ou tout élément important pouvant aider au processus d'évaluation. La demande de consultation doit comprendre l'identification claire du patient, les informations cliniques pertinentes, les résultats des examens récents effectués dans d'autres milieux et non disponibles à l'unité d'urgence ainsi que tout motif de la demande ou résultat attendu.

Le transfert des patients entre les médecins de l'unité d'urgence

Le médecin de l'unité d'urgence a la responsabilité de **tous** les patients présents à la salle d'urgence dont le transfert n'a pas été accepté en spécialité ou par un

autre médecin. Dans ce contexte, l'assignation du transfert doit être clairement indiquée au dossier médical par la décision d'admission du patient par le consultant. Le médecin d'urgence doit connaître la condition médicale de tout patient à l'urgence qui relève de sa responsabilité. Il est recommandé que le médecin de l'urgence ait une connaissance de la condition médicale des patients qui se trouvent à l'unité d'urgence et qui ne relèvent pas directement de sa responsabilité. En effet, advenant une condition médicale urgente, le médecin de l'urgence pourra offrir l'aide médicale optimale dans l'attente de la prise en charge du patient par le médecin traitant. De plus, la gestion optimale du fonctionnement à l'unité d'urgence requiert que le médecin d'urgence soit au courant de la condition de tous les patients à l'unité.

À la fin de chaque quart de travail, le médecin de l'urgence qui termine son service doit transférer verbalement tout patient qui se trouve à l'urgence. Le médecin qui commence son service prend immédiatement la responsabilité de tous les patients qui se trouvent à l'unité d'urgence.

Lorsqu'il y a présence de plus d'un médecin en service, le médecin qui transfère un patient dans une autre section de l'urgence doit en aviser verbalement son confrère, même s'il décide d'assurer lui-même le suivi de son patient. Lorsque plusieurs médecins d'urgence sont présents à l'unité d'urgence, des procédures claires doivent être établies afin que chaque patient présent à l'unité d'urgence soit sous la responsabilité d'un médecin d'urgence bien identifié.

N.B. : Il est entendu que dans les cas d'unités d'urgence congestionnées de façon importante, il est extrêmement difficile pour les médecins d'urgence d'être au courant de la condition de tous les patients acceptés en spécialité pour admission. Ainsi les recommandations énoncées plus haut, quant à ces patients, seront impossibles à appliquer sans qu'il y ait de résolution de la situation de congestion.

Le processus d'admission

Les modalités concernant l'admission doivent être clairement établies. Ces modalités ont trait à la rédaction de la demande comme telle, au processus impliquant le personnel du service d'admission et au processus de transfert de l'urgence vers les unités de l'hôpital. Voici quelques exemples d'éléments importants à prendre en considération :

- Aucune admission d'un patient qui se trouve à l'urgence n'est confirmée avant que le consultant ait pris connaissance de la demande et accepté l'admission. Dans certaines circonstances, le médecin de l'urgence peut procéder à l'admission s'il dispose de privilèges d'hospitalisation et qu'il est le médecin traitant.
- Les hospitalisations doivent être possibles 24 heures par jour.
- Le délai moyen entre la demande d'hospitalisation et l'assignation d'un lit est de **une heure**.
- Le délai moyen entre l'assignation d'un lit et le départ pour l'unité de soins est de **une heure**. À cet égard, l'utilisation d'une salle de départs à la disposition de patients ayant eu leur congé et incapables de quitter les lieux ainsi que l'établissement de priorités quant à la désinfection des lits sur les unités sont recommandés.

B2.6 Prise en charge médicale du patient à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

- Ⓐ **Faire en sorte que le personnel de l'unité d'urgence possède l'expertise requise pour répondre aux demandes de soins urgents de toutes les clientèles, y compris les catégories de clientèles que l'on retrouve peu fréquemment dans l'établissement.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓑ **Adopter les consignes du guide d'exercice du Collège des médecins du Québec en ce qui concerne la prise en charge médicale.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et le CMDP
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓒ **S'assurer que l'unité d'urgence ne devienne pas un lieu où les patients sont mis en observation prolongée.**
Imputabilité : Le chef du DSMU, en collaboration avec le coordonnateur médical de l'unité d'urgence et/ou le DSP
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓓ **Mettre au point ou adapter des outils de dépistage ou d'évaluation de problématiques particulières.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

suite page suivante

B2.6 Prise en charge médicale du patient à l'unité d'urgence

- ⑤ **Établir des règles pour s'assurer que les consultations émanant de l'urgence soient appropriées. Mettre au point un mécanisme de surveillance.**
Imputabilité: Le chef du DSMU, le DSP et le CMPD
Catégories d'urgence: Toutes
- ⑥ **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. Mettre au point un mécanisme de surveillance des temps de consultation.**
Imputabilité: Le chef du DSMU, le DSP et le CMPD
Catégories d'urgence: Toutes
- ⑦ **Élaborer les règles et protocoles visant à éviter les admissions inappropriées de l'unité d'urgence. Établir un mécanisme de surveillance des admissions inappropriées de l'unité d'urgence.**
Imputabilité: Le chef du DSMU, le DSP et le CMPD
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation
- ⑧ **Adopter des règles relatives aux demandes de consultation provenant de l'extérieur de l'urgence et en assurer la diffusion auprès des membres du CMDP de l'établissement et des médecins du territoire.**
Imputabilité: Le chef du DSMU, les chefs des départements cliniques, le CMDP et le DSP
Catégories d'urgence: Toutes
- ⑨ **Adopter, pour les patients présents à l'unité d'urgence, des règles relatives au transfert entre les médecins de l'urgence.**
Imputabilité: Le chef du DSMU
Catégories d'urgence: Toutes
- ⑩ **Adopter des règles relatives au processus d'admission dans l'établissement.**
Imputabilité: Le DSP, la DSI et/ou le directeur administratif concerné
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation
- ⑪ **Mettre en place des procédures claires visant à établir et à identifier le médecin et l'infirmière responsables de chaque patient présent à l'unité d'urgence.**
Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence et le DSP.
Catégories d'urgence: Toutes.

B2.7 Les examens diagnostiques à l'unité d'urgence

Les demandes d'examens diagnostiques émanant de l'unité d'urgence doivent se limiter aux examens jugés nécessaires par le médecin. Des ententes avec les différents services diagnostiques sont nécessaires pour obtenir des plages horaires réservées à certains examens demandés par l'unité d'urgence.

Des mécanismes d'évaluation de la pertinence des examens complémentaires demandés doivent être mis en place par l'établissement.

Les analyses de laboratoire urgentes demandées à l'unité d'urgence doivent être effectuées rapidement; les résultats de ces examens doivent être disponibles de façon prioritaire dans un délai de **une heure**. Afin d'accélérer le processus, les demandes d'examens doivent être identifiées clairement par une codification qui indique la provenance de l'urgence et la nécessité d'accorder la priorité à la demande.

Les radiographies simples doivent être effectuées rapidement et être disponibles dans un délai de moins de **une heure**. Quant aux services d'imagerie médicale

avancée (tomodensitométrie, échographie...), un protocole d'entente entre l'unité d'urgence et le département d'imagerie doit prévoir l'accès à des plages horaires prioritaires pour l'unité d'urgence.

L'interprétation des examens en imagerie médicale doit être disponible dans un délai de **une heure**, lorsque le médecin de l'unité d'urgence le juge nécessaire.

Il n'est pas acceptable de remettre au lendemain un examen diagnostique ou un rapport **essentiel à la prise de décision urgente**.

Des locaux des services diagnostiques utilisés fréquemment par la clientèle de l'urgence doivent être localisés à proximité des lieux physiques de celle-ci.

Les départements de biologie médicale et de radiologie (tel que spécifié dans la LSSSS) doivent s'assurer de répondre en tout temps à une augmentation des demandes d'examens en provenance de l'unité d'urgence. Pour ce faire, ils doivent instituer des procédures spéciales dans leurs départements respectifs.

B2.7 Les examens diagnostiques à l'unité d'urgence

- Ⓐ **Accorder la priorité aux demandes urgentes d'examens en provenance de l'unité d'urgence.**
Imputabilité: Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓑ **Faire en sorte que les analyses de laboratoire et les radiographies simples urgentes demandées à l'urgence soient effectuées dans un délai d'une heure.**
Imputabilité: Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓒ **Prévoir pour l'unité d'urgence l'accès à des plages horaires prioritaires pour les services d'imagerie médicale avancée et de médecine nucléaire.**
Imputabilité: Le DSP et les chefs des départements de radiologie et de médecine nucléaire
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation
- Ⓓ **Prévoir un mécanisme d'évaluation de la pertinence des examens de laboratoire et d'imagerie médicale.**
Imputabilité: Le chef du DSMU
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓔ **Établir un mécanisme adéquat de réponse advenant une demande accrue en examens diagnostiques.**
Imputabilité: Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires
Catégories d'urgence: Toutes

Le médecin de l'urgence doit arriver à une prise de décision médicale dans un délai de moins de **huit heures**. Pour éviter de prolonger les séjours, on doit utiliser une procédure de réévaluation des cas à l'aide de marqueurs visant à déterminer quels patients doivent être revus par l'équipe médicale selon la probabilité de départ. Le médecin de l'urgence doit être prévenu lorsque le patient est à l'urgence depuis près de huit heures. Il doit être avisé rapidement lorsque l'investigation du patient est complétée. Le personnel infirmier a un rôle proactif à cet égard.

Le médecin de l'urgence doit s'assurer que le cheminement du patient dans l'unité est adéquat et répond à ses besoins. Le médecin de l'urgence est donc responsable de s'assurer que le processus d'évaluation s'est déroulé correctement et qu'il n'y a aucun risque à libérer le patient. Dans ce contexte, à moins d'un transfert accepté par le médecin consultant, le patient ne peut être libéré sans l'approbation du médecin de l'urgence. Advenant une problématique particulière en rapport avec le congé du patient, le médecin d'urgence peut au besoin recourir aux services du DSP, de son délégué ou du coordonnateur médical de l'unité d'urgence.

Le départ du patient de l'unité d'urgence doit être préparé selon un plan établi par l'équipe. Le patient peut être soit renvoyé à son domicile, soit admis dans le centre, soit transféré vers un autre établissement.

Le plan est important pour s'assurer que le réseau, s'il y a lieu, est en mesure de prendre la relève complémentaire des soins. Une approche interdisciplinaire favorise la coordination du départ du patient. Dans ce contexte, le travailleur social ou l'infirmière de liaison de l'urgence doit être impliqué rapidement dans le dossier, s'il y a lieu. L'équipe de l'unité d'urgence doit également s'assurer que le réseau est en mesure de prendre la relève des soins complémentaires, et cela, dans le plus grand respect des besoins biologiques, psychologiques et sociaux de l'utilisateur. À titre d'exemple, il ne s'agit pas de trouver simplement un endroit où transférer la personne âgée afin de libérer une civière de l'urgence, mais bien de la transférer dans un établissement qui correspond à ses besoins individuels de soins.

À son départ, le patient doit recevoir au moins :

1. Les informations relatives à son problème de santé;
2. Les informations concernant les prescriptions médicales;
3. La date des rendez-vous planifiés;
4. Les consignes sur l'interruption du travail, s'il y a lieu;
5. L'invitation à consulter de nouveau au besoin;
6. Le résumé de la visite médicale, si le médecin le juge approprié;
7. Le rapport du consultant, s'il y a lieu.

B2.8 Planification du départ du patient de l'unité d'urgence

(A) Établir une procédure de réévaluation des patients sur civière.

Imputabilité : Le chef du DSMU et/ou le coordonnateur médical de l'unité d'urgence et/ou le DSP et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

(B) Établir et adopter des critères pour libérer un patient de l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du DSMU
Catégories d'urgence : Toutes

(C) Concevoir un guide sur les modalités de planification et de préparation du départ de l'unité d'urgence et s'assurer de l'implication du patient lui-même, du personnel de l'unité d'urgence et des partenaires du réseau, le cas échéant.

Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

Le médecin de l'urgence doit prendre en charge un patient dans une salle d'urgence si, après évaluation, les éléments du guide d'exercice proposé par le Collège des médecins du Québec évoqués plus haut dans la section B2.6 sont respectés. Si ces éléments ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers le centre hospitalier approprié.

Les aspects fondamentaux présentés dans le texte qui suit sont à retenir pour bien circonscrire les conditions et les règles de transfert.

1. La responsabilité du transfert d'un patient vers un autre centre hospitalier revient au médecin en service à l'urgence ou au consultant qui a accepté le transfert.
 2. Sauf s'il y a eu entente préalable, aucun transfert vers un autre centre hospitalier ne doit être effectué sans que le médecin traitant n'ait communiqué verbalement avec le médecin qui doit recevoir le patient pour s'assurer qu'il accepte le transfert et que son centre hospitalier dispose des ressources nécessaires pour traiter le patient. L'infirmière responsable du patient s'assure de communiquer un rapport verbal ou écrit sur l'état du patient à l'attention de l'infirmière du centre receveur.
 3. Le médecin traitant a la responsabilité de stabiliser la condition médicale du patient avant son transfert. En présence d'une condition médico-chirurgicale urgente chez un malade qui menace immédiatement un organe vital ou la vie, le transfert doit être fait après stabilisation.
 4. La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du malade n'entraîne pas son décès ou une atteinte sérieuse de ses fonctions ou de ses organes.
 5. La stabilisation du patient avant le transfert doit comprendre, lorsque cela est requis:
 - le maintien de la perméabilité des voies aériennes;
 - le contrôle d'une hémorragie;
 - l'immobilisation adéquate du malade ou de ses membres;
 - l'établissement d'un accès veineux pour l'administration d'un soluté ou pour une transfusion sanguine;
 - l'administration de la médication nécessaire;
 - les mesures nécessaires assurant la stabilité optimale durant le transfert.
 6. Si l'état d'un patient nécessite un transfert, le médecin traitant doit établir les besoins en ce qui a trait à l'escorte : médecin, infirmier, inhalothérapeute, etc. Des mécanismes doivent assurer la disponibilité rapide de l'escorte dans un délai de moins de 30 minutes et son remplacement dans l'unité d'urgence, le cas échéant.
 7. Le médecin traitant doit inscrire au dossier les ordonnances nécessaires pour assurer le bon déroulement du transfert du patient. Une copie du dossier de l'urgence, les résultats des examens de laboratoire disponibles ainsi que des radiographies récentes et un résumé des éléments pertinents du dossier antérieur doivent accompagner le patient. Lorsqu'il y a escorte professionnelle, celle-ci doit utiliser un formulaire sur lequel sont inscrites les prescriptions médicales, les notes durant le transfert et l'état du patient au moment de la prise en charge dans le centre de destination. Une copie du formulaire est laissée dans le centre de destination et la copie originale doit être insérée au dossier de l'établissement qui effectue le transfert.
 8. L'escorte doit pouvoir communiquer au besoin avec le médecin de l'unité d'urgence durant le transfert.
- Le Collège des médecins du Québec a établi des critères qui exigent une présence médicale au cours

d'un transfert inter-établissement. Les patients suivants doivent bénéficier d'un accompagnement médical:

1. Tout malade ayant présenté un arrêt cardiorespiratoire durant son séjour à la salle d'urgence du centre référant;
2. Tout malade présentant une instabilité des signes vitaux ou neurologiques:
 - détresse respiratoire sévère:
fréquence respiratoire > 32/min ou < 8/min
saturation en oxygène < 90 %
cyanose
 - bradycardie symptomatique: < 45/min
 - hypotension artérielle: systolique < 85 mm Hg
signes neurologiques:
altération de l'état de conscience susceptible de mettre en danger la perméabilité des voies aériennes;

3. Tout malade ayant subi un infarctus aigu du myocarde;
4. Tout malade intubé qui risque de présenter des complications durant le transport;
5. Toute femme sur le point d'accoucher;
6. Tout malade présentant une affection qui risque, durant le transfert, d'entraîner le décès ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes;
7. Toute situation jugée pertinente par le médecin de l'urgence.

B2.9 Les transferts inter-établissements

Ⓐ Adopter des règles relatives aux transferts de l'unité d'urgence vers d'autres établissements.

Imputabilité: Le chef du DSMU et le DSP, en collaboration avec les responsables médicaux et les DSP des centres de destination.
Catégories d'urgence: Toutes

Ⓑ Adopter des règles de disponibilité des escortes.

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes

Ⓒ Adopter des directives sur les transferts avec escorte médicale ou non médicale.

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le CMDP
Catégories d'urgence: Toutes

B2.10 La famille et les visiteurs à l'unité d'urgence

Le personnel de l'unité d'urgence doit faire face à un défi de taille lorsqu'il s'agit d'intégrer les activités suivantes : favoriser l'accompagnement et le soutien par les proches ; fournir l'information à laquelle ils ont droit, tout en assurant la confidentialité ; protéger le droit au repos du patient et des autres malades de l'urgence. De plus, les membres du personnel doivent jouir d'une « relative » tranquillité pour s'acquitter efficacement de leur tâche.

On doit établir des règles qui porteront sur les éléments suivants :

- Le nombre de visiteurs et la durée de la visite permise, lesquels doivent en général être limités. On doit permettre aux deux parents de jeunes enfants de les accompagner en tout temps ;
- Des règles de visites plus spécifiques pour les personnes en perte d'autonomie, les personnes âgées, les patients mourants doivent être établies afin de s'assurer que la famille et les proches puissent les accompagner en tout temps et que ceux-ci reçoivent toutes les informations médicales pertinentes, afin de diminuer les situations de stress et d'anxiété que l'épisode de soins à l'unité d'urgence peut occasionner ;
- Le mécanisme de contrôle des visiteurs et d'accès aux locaux de l'urgence ;
- La démarche visant, dans la mesure du possible, à déterminer avec le patient quelle sera la personne responsable de prendre des nouvelles de son état et de les communiquer aux autres. Si le patient est apte à donner lui-même de ses nouvelles, on doit favoriser cette voie, de façon à respecter les droits de la personne à la confidentialité. Dans les autres situations, on doit tenter, dans la mesure du possible, de maintenir des liens étroits avec la personne représentant le patient ;
- La disponibilité, pour les patients en salle de choc, d'un membre du personnel (souvent le travailleur social ou l'assistante infirmière-chef) pour le soutien aux accompagnateurs et aux membres de la famille. Un local doit leur être dédié. On doit les accompagner, s'ils le désirent, auprès du patient chaque fois que la séquence de soins le permet ;
- Un mécanisme, lorsque la famille n'est pas avisée de l'arrivée du patient à l'urgence, qui permet de déterminer avec le patient conscient quelle personne doit être contactée s'il le désire. Si le patient est inconscient, on doit s'efforcer de contacter un membre de la famille et l'aviser.

B2.10 La famille et les visiteurs à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

Ⓐ Établir des règles de visite et des mécanismes de contrôle des visiteurs à l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence
et le responsable de la sécurité et/ou des communications
Catégories d'urgence : Toutes

Ⓑ Établir des procédures sur l'information à donner aux proches.

Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

Ⓒ Désigner une ou des personnes responsables du soutien aux familles en état de choc.

Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

L'unité d'urgence doit appliquer des procédures de transmission confidentielle de l'information clinique au médecin de famille et, lorsque cela est nécessaire, à tout autre intervenant appelé à prendre en charge le patient après la visite à l'urgence. Cette mesure est essentielle pour assurer la continuité des soins et pour éviter que se multiplient des investigations fastidieuses, voire pénibles pour le patient.

La responsabilité de s'assurer que les intervenants de la communauté disposent de toutes les données pertinentes issues de la visite à l'urgence relève du médecin de l'urgence. Cependant, la direction doit

fournir aux cliniciens les outils nécessaires pour transmettre cette information.

La transmission informatique constitue un atout considérable pour la transmission de l'information. Le contact téléphonique, la transmission de renseignements au médecin, par courrier ou par télécopieur, ou la remise au patient d'un résumé de la visite à l'urgence demeurent des moyens acceptables et utiles pour bien informer les intervenants qui assurent la prise en charge à la sortie de l'urgence. Cette procédure de transmission de l'information doit demeurer confidentielle et respecter la loi de l'accès à l'information.

B2.11 Transmission de l'information clinique

RECOMMANDATION

Ⓐ ***Appliquer des modalités de transfert de l'information clinique au médecin de famille et aux autres intervenants lorsque cela est nécessaire***

Imputabilité: Les cliniciens sont responsables de la transmission de l'information. Les directeurs concernés sont responsables de la disponibilité des outils de transmission de l'information.

Catégories d'urgence: Toutes

B2.12 Le suivi des patients de l'unité d'urgence

Les locaux de l'unité d'urgence sont réservés à toute la population pour les soins d'urgence dont elle peut avoir besoin. Tout médecin ayant des privilèges de pratique à l'unité d'urgence peut utiliser les ressources à la condition qu'il respecte les règles d'utilisation prévues. **Une règle de base est que l'unité d'urgence ne doit pas être considérée comme une clinique externe.**

Cependant, dans certains cas, des patients peuvent être revus à l'urgence pour le suivi de conditions qui nécessitent un soutien technique particulier, comme par exemple lorsqu'on doit utiliser la lampe à fente, et de certaines conditions qui nécessitent une prise de décision dans les 24 heures. Sauf pour ces situations exceptionnelles, des mesures doivent être prises pour orienter ces patients vers d'autres ressources que l'urgence.

RECOMMANDATION

B2.12 Le suivi des patients de l'unité d'urgence

Ⓐ *Établir des règles d'utilisation des locaux de l'unité d'urgence.*

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence: Toutes

Le suivi des résultats anormaux des examens faits à l'unité d'urgence est une activité essentielle pour maintenir la qualité des soins dans l'unité d'urgence. Les personnes qui sont reçues à la salle d'urgence présentent habituellement des affections dont certaines peuvent être très graves, voire mortelles. Il est essentiel que l'unité d'urgence mette au point des mécanismes de suivi et de rappel du patient en cas de résultats anormaux.

On pense particulièrement aux résultats anormaux des radiographies qui ont été interprétées initialement comme normales. Advenant une interprétation initiale erronée, il doit exister un système de codifi-

cation des radiographies qui permet au radiologiste de contacter le médecin de l'urgence afin que ce dernier assure le suivi auprès du patient.

Il en est de même pour les prélèvements expédiés au laboratoire et dont l'analyse requiert un délai inhérent à la technique et dont le résultat n'est pas disponible le jour même à l'unité d'urgence pour évaluation immédiate par le médecin de l'urgence.

Les mécanismes de gestion des résultats anormaux doivent être sous la responsabilité d'une personne bien identifiée qui s'assure du suivi.

B2.13 Le suivi des résultats anormaux

RECOMMANDATION

Ⓐ Mettre au point et appliquer des mécanismes de gestion des résultats anormaux d'examens, incluant des procédures de rappel téléphonique.

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, les responsables médicaux des services diagnostiques, le DSP et le CMDP

Catégories d'urgence: Toutes

B2.14 Cogestion clinique à l'unité d'urgence

Le médecin et l'infirmière de l'unité d'urgence forment un tandem clinique qui doit orienter ses actions vers la satisfaction des besoins des patients qui se présentent à l'urgence. Leur but est commun, et les moyens dont ils disposent, bien que différents, sont complémentaires.

Le médecin peut être responsable d'un grand nombre de patients : certains à évaluer de façon primaire, d'autres à stabiliser ou à réévaluer et/ou orienter. Il a donc besoin d'être guidé vers les patients auprès desquels il doit intervenir de façon prioritaire.

L'infirmière s'occupe en général d'un nombre plus restreint de patients et est la personne responsable de coordonner la globalité des soins pour ses patients.

Pour bien réussir cette mission, elle doit être tenue au courant par le médecin des plans d'intervention prévus et des particularités de ses patients.

En communication fréquente, ces deux gestionnaires cliniques de l'épisode de soins feront en sorte que le processus se déroule rapidement et que le patient reçoive des soins de qualité et appropriés à son état.

L'organisation de l'unité d'urgence doit faire en sorte que le climat au sein de l'équipe favorise le tandem médico-infirmier. La cogestion administrative de l'unité d'urgence sera discutée à la section B5.

B2.14 Cogestion clinique à l'unité d'urgence

Ⓐ Constituer un tandem médico-infirmier de cogestion clinique.

Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

Dans le futur, cette section sera développée pour aborder le rôle de l'unité d'urgence dans la distribution des soins et services aux clientèles particulières suivantes :

- Santé mentale
- Pédiatrie
- Personnes âgées en perte d'autonomie
- MPOC
- Insuffisance cardiaque

RESSOURCES PROFESSIONNELLES DE L'UNITÉ D'URGENCE

B3.1

Personnel médical de l'unité d'urgence

La médecine d'urgence est de plus en plus complexe et nécessite une expertise particulière. Le médecin qui travaille à la salle d'urgence doit être considéré comme l'expert en soins médicaux d'urgence. Son rôle est d'assurer la prestation de soins médicaux de qualité aux personnes qui se présentent à l'urgence. Il doit alors utiliser d'une façon optimale, en fonction de ses compétences, les ressources locales ou territoriales pour s'assurer que ses patients reçoivent les soins les plus complets possible. Il est le médecin traitant durant toute la durée des soins à l'urgence, à moins d'un transfert accepté en spécialité.

Le fonctionnement adéquat de l'unité d'urgence doit reposer sur une équipe médicale stable, crédible et capable d'offrir un service continu de qualité.

Par contre, un plan de pratique est fortement préconisé comme outil efficace. Il est basé sur le principe d'organisation en «pool», avec attribution de temps protégé aux médecins qui prennent charge, selon leur expertise et selon les besoins du département, de dossiers importants. La responsabilisation des membres de l'unité d'urgence, à travers le plan de pratique, leur permet d'acquérir une expertise dans les dossiers dont ils ont la charge, ce qui assure l'évolution de l'unité dans un esprit d'engagement et de développement des compétences. L'imputabilité des médecins permet également d'instaurer un mécanisme de revue par les pairs qui assure une culture d'appartenance et une culture d'attente de résultats.

Le niveau de formation et d'expertise requis selon la catégorie d'urgence et selon la vocation doit être défini.

- Des spécialistes en médecine d'urgence doivent être présents dans les urgences des centres tertiaires et/ou universitaires et des centres avec urgence dite lourde. La plupart des unités d'urgence où l'on trouve des spécialistes en médecine d'urgence auront également dans leur équipe

des omnipraticiens. À cet égard, il est primordial d'assurer l'harmonie et le respect professionnel parmi ces personnes.

- Dans les urgences lourdes, il est souhaitable de composer une équipe de médecins qui ont orienté leur pratique vers l'urgence et pour qui il s'agit de l'activité principale. L'équipe des médecins à temps plein peut être complétée par un certain nombre de médecins à temps partiel, selon les règles établies par le milieu.
- Dans toutes les unités d'urgence, tous les médecins qui satisfont le niveau de formation exigée par les règlements du centre peuvent exercer en médecine d'urgence.

Les règlements du DSMU

Des règlements doivent régir le fonctionnement interne du DMSU; ils peuvent porter sur les éléments suivants :

- Mission du département ou du service médical d'urgence;
- Modalités du plan de pratique
- Processus de nomination des membres;
- Compétences et exigences quant à l'expérience préalable;
- Processus de nomination du chef du département ou du service;
- Devoirs et obligations des membres du département ou du service;
- Rôle et obligations du médecin en service;
- Processus d'établissement de la liste de garde;
- Modalités de fonctionnement;
- Évaluation de la qualité de la pratique médicale;
- Exigences de formation continue pour le maintien des compétences cliniques;
- Tenue de dossiers;
- Modalités de conception et de révision des politiques et protocoles de l'urgence;

- Calendrier, contenu et modalités de tenue des réunions;
- Obligations au regard des réunions scientifiques et administratives du département;
- Gestion et mise à jour de la liste de garde;
- Gestion des absences;
- Critères de renouvellement de privilèges et évaluation des obligations liées à la détention des privilèges.

Comme exemple de normes, les règlements peuvent prévoir que les médecins qui travaillent à l'urgence doivent détenir au minimum les diplômes d'ATLS (*advanced trauma life support*), d'ACLS (*advanced cardiac life support*) et de PALS (*pediatric advanced life support*).

Les contenus retenus par le département ou le service constituent des règles validées par le comité exécutif du CMDP et par le conseil d'administration.

Responsabilité du médecin d'urgence

Les activités du médecin de l'unité d'urgence sont exclusivement consacrées à la clientèle de l'unité; sa responsabilité est donc engagée à l'égard de ces personnes. Le médecin de l'urgence ne doit donc pas agir comme le médecin dépanneur de l'hôpital et ne doit intervenir à l'extérieur de l'urgence qu'en tout dernier recours et seulement de manière exceptionnelle.

Le nombre de médecins requis

Le nombre de médecins requis sur place doit être établi en fonction des besoins de la clientèle. Il faut exclure les étudiants en médecine de tous les niveaux dans le calcul des ressources médicales puisque leur présence est liée à l'enseignement et non au débit des soins.

Suivant la lourdeur des cas (âge, sévérité...), le ratio suivant est recommandé:

- Nombre de patients sur civière
par médecin par heure: 1 à 2
- Nombre de patients ambulatoires
par médecin par heure: 3 à 6

Le profil du médecin d'urgence à plein temps

Les DSMU performants sont souvent ceux où les praticiens ont investi une portion significative de leurs activités dans des tâches clinico-administratives. De plus, il est bien démontré dans la littérature que l'attrition des médecins d'urgence est diminuée lorsque ces derniers s'impliquent dans des activités clinico-administratives. Le profil du médecin d'urgence à plein temps est le suivant: près de 50% du temps consacré au travail clinique, 50% à des tâches clinico-administratives et/ou à l'enseignement et/ou à la recherche (Chinnis *et al.*, 2000; Meislin *et al.*, 1992; Kristal *et al.*, 1999; Sanders *et al.*, 1988). Ce profil du médecin plein temps à l'urgence est garant d'une longue carrière en médecine d'urgence.

Comme les médecins doivent s'impliquer dans les dossiers que l'unité d'urgence juge prioritaires, le nombre total de médecins doit être ajusté en tenant compte des activités à accomplir. Il est raisonnable de penser qu'un médecin de l'urgence travaillant à plein temps dans son milieu et étant impliqué de façon importante dans des activités clinico-administratives puisse effectuer jusqu'à un maximum de 24 heures de soins aux patients par semaine (moyenne de 18 heures). En plus du niveau d'implication aux activités clinico-administratives, ce nombre d'heures doit être modulé en fonction de la lourdeur de la tâche clinique et des ressources du milieu.

La présence médicale adéquate

Des mécanismes pour assurer une présence médicale suffisante et disponible 24 heures sur 24 à l'unité d'urgence doivent être instaurés. Les modalités d'application peuvent être la présence d'un médecin sur appel, la présence sur place d'un médecin à temps partagé entre la clinique et les activités clinico-administratives, la prolongation lorsque les horaires se chevauchent ou tout autre moyen retenu par l'équipe. Les délais d'attente prescrits par l'échelle de triage doivent être respectés. La présence médicale devrait être ajustée afin de répondre aux normes du triage lorsque la cause du non-respect des normes est le manque de médecins.

La départementalisation

La médecine d'urgence constitue l'un des secteurs d'activité d'un centre hospitalier les plus stratégiques. De par la nature des soins aigus et subaigus dispensés à toute heure du jour et de la nuit, elle exige que les médecins qui y pratiquent possèdent une formation, une expérience et une compétence particulières. L'unité d'urgence est en constante relation avec la plupart des départements du centre hospitalier et pour cette raison elle constitue une plaque tournante pour l'hôpital.

Pour assurer l'uniformisation de la pratique, un regroupement est nécessaire. Destiné à répondre à des besoins d'ordre administratif et clinique, notamment en ce qui a trait à la distribution des soins et à l'évaluation de leur qualité, le regroupement des médecins de l'unité d'urgence permet d'établir une structure de fonctionnement appropriée. L'organisation en département ou service clinique a pour raison d'être la cohérence des règles de pratique et une meilleure utilisation des ressources. Elle repose sur le regroupement logique des activités de soins de même nature et par le regroupement des membres du CMDP dont l'activité principale est la prestation de soins de même nature.

La départementalisation de la médecine d'urgence contribue à la formation d'une équipe médicale compétente et stable. Elle permet au chef de département de médecine d'urgence de participer directement à

l'organisation des soins à la même table et sur le même pied que les autres chefs de département. Le chef du DSMU peut alors mettre en lumière les problématiques propres à la salle d'urgence et à sa clientèle, rendre des comptes directement au CMDP et interagir avec les divers comités et instances décisionnelles du centre hospitalier.

La reconnaissance d'un département de médecine d'urgence au niveau du conseil d'administration permet aux médecins consacrant leur pratique à la médecine d'urgence une écoute attentive de la part des intervenants administratifs. De plus, elle favorise une participation hospitalière dynamique et une collaboration efficace avec l'ensemble des chefs de département, assurant ainsi une meilleure représentativité et l'amélioration constante du fonctionnement du département de médecine d'urgence.

La départementalisation vise surtout les urgences lourdes, les urgences tertiaires et la plupart des urgences secondaires, celles-ci représentant les centres où la majorité des médecins pratiquent à plein temps.

Lorsqu'une équipe médicale juge qu'elle doit conserver un statut de service, il est cependant indiqué de permettre au chef du service de médecine d'urgence de siéger à la table des chefs de département.

B3.1 Personnel médical de l'unité d'urgence

- Ⓐ **Établir des règles sur la composition de l'équipe médicale selon le type de soins d'urgence offerts par le centre hospitalier.**
Imputabilité: Le chef du DSMU
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓑ **Établir des règlements de fonctionnement interne du DSMU.**
Imputabilité: Le chef du DSMU
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓒ **Établir des règles portant sur la présence médicale continue à l'unité d'urgence.**
Imputabilité: Le chef du DSMU et le DSP
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓓ **Établir le nombre de médecins d'urgence requis en tenant compte de leurs activités cliniques et clinico-administratives.**
Imputabilité: Le chef du DSMU
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓔ **Prévoir des mécanismes pour s'assurer d'une présence médicale suffisante à l'unité d'urgence en cas d'achalandage important ou de désastre.**
Imputabilité: Le chef du DSMU
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓕ **Promouvoir la création d'un département de médecine d'urgence dans les urgences lourdes, les urgences tertiaires et la plupart des urgences secondaires et, pour les autres établissements, en fonction de la volonté de la majorité des médecins qui détiennent des privilèges à l'urgence.**
Imputabilité: Le chef du DSMU, le DSP et le DG
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires
- Ⓖ **Prévoir dans les centres où l'urgence est un service, la participation du chef à la table des chefs de département.**
Imputabilité: Le DSP
Catégories d'urgence: Les centres de stabilisation ainsi que les urgences primaires et secondaires

Le rôle d'un coordonnateur médical est d'agir pour assurer le déroulement fluide des soins à l'urgence. Le coordonnateur est un médecin gestionnaire des services. Lorsqu'il accomplit cette fonction, il favorise l'interaction entre les différents intervenants et s'assure que les soins offerts au patient sont donnés d'une façon optimale et rapide. Le coordonnateur médical à l'unité d'urgence agit spécifiquement à l'urgence. Selon la catégorie d'urgence, le modèle de gestion de l'unité d'urgence et l'importance des activités de l'institution, on doit évaluer la pertinence de nommer un coordonnateur médical.

Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence a pour principale fonction de voir à l'utilisation optimale des services de la salle d'urgence. C'est ainsi qu'il doit régir le débit de l'urgence et intervenir en cas d'encombrement en participant activement au processus de décongestion. Il a également comme rôle d'établir les liens entre les services interdisciplinaires de l'urgence, les autres services et départements cliniques et le réseau de la santé. Il contribue aux liens avec l'amont et l'aval de l'unité d'urgence. Il lui incombe de déceler les dysfonctionnements et de participer à la mise en place de solutions. Il doit intégrer le réseau intra et extra-hospitalier à la gestion de l'urgence. Finalement, il doit contribuer à uniformiser la gestion et les pratiques individuelles pour atteindre les objectifs de saine gestion de l'unité d'urgence.

Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence doit idéalement être un médecin d'urgence à temps plein qui connaît bien les problématiques liées à la médecine d'urgence. Cette fonction est habituellement assumée par des médecins d'expérience («seniors») ayant de bonnes relations interpersonnelles avec l'ensemble des intervenants de l'institution. Le coordonnateur doit très bien connaître les services offerts par l'établissement ainsi que la distribution des soins et des services sur son territoire. Le rôle de coordonnateur de l'unité d'urgence ne peut être envisagé dans toutes les urgences. Cependant, dans les unités où le niveau des activités est important, le poste de coordonnateur doit être implanté et son rôle peut être

partagé par plusieurs médecins d'urgence.

Le médecin coordonnateur évalue les patients qui n'ont pas encore été orientés et qui entravent la fluidité de l'unité d'urgence. Ce sont également les patients en attente de consultation ou en attente d'un lit dans une unité de soins. Le rôle du coordonnateur médical de l'unité d'urgence est différent de celui du médecin en service à l'urgence, lequel a comme principale fonction d'accueillir tous les nouveaux patients et d'établir leur plan de soins.

Les fonctions et les rôles du coordonnateur doivent être adaptés à la lourdeur des activités de l'unité d'urgence et de l'établissement. Chaque institution établira le mode de fonctionnement optimal à partir des rôles proposés. Dans les établissements dont le niveau des activités est peu élevé, le DSP assume des fonctions normalement dévolues au coordonnateur aux admissions, ainsi que certains rôles relevant de la coordination médicale de l'unité d'urgence. Dans la poursuite des objectifs, on doit s'assurer du respect des rôles, pouvoirs et fonctions dévolus au chef de département, au CMDP, ainsi qu'aux directions. Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence relève de l'autorité du chef de département ou de service de médecine d'urgence. Suivant l'achalandage et la lourdeur de l'unité d'urgence et suivant l'organisation hospitalière, l'établissement peut cependant décider qu'il relève de l'autorité du DSP.

Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence doit :

- participer à l'équipe d'action-support à l'unité d'urgence;
- assurer une disponibilité 24 heures sur 24;
- coordonner la gestion des civières à l'urgence en accélérant le processus de consultation et d'accès aux services de l'hôpital;
- assurer le respect des normes de l'urgence en identifiant les délais, et intervenir auprès du chef du DSMU, de l'infirmière-chef ou du coordonnateur médical aux admissions advenant le non-respect des normes;

- s'assurer que l'évaluation, le traitement et la prise en charge de chaque patient se font dans les meilleurs délais possible;
- mettre en place des mécanismes visant à évaluer la pertinence des admissions;
- assister le médecin consultant dans le processus d'hospitalisation;
- assister le médecin traitant dans la planification du recours à des ressources alternatives;
- mettre en place des mécanismes visant à évaluer la pertinence des examens réclamés ou des consultations demandées dans le processus des soins d'urgence et suggérer de nouvelles conduites au besoin;
- s'assurer de la continuité et de la qualité des soins lorsqu'un patient doit être déplacé ou transféré;
- superviser les mesures de décongestion lorsque le taux d'occupation est supérieur à 80 % à l'urgence et collaborer à la mise en application du plan de décongestion et du plan de crise;
- assister les nouveaux médecins dans la gestion de l'unité d'urgence;
- s'assurer que tous les médecins de l'urgence reçoivent une formation sur les politiques d'admission et de consultation de l'unité;

- évaluer les besoins de formation continue en gestion pour les médecins;
- collaborer avec les équipes de liaison;
- collaborer avec le coordonnateur aux admissions advenant la présence de problèmes particuliers dus au non-respect des procédures;
- examiner tout dossier et, si nécessaire, tout patient à l'unité d'urgence afin d'aider à accélérer le processus de décision;
- intervenir auprès de tout médecin afin d'assurer de sa part la prise de décision concernant l'admission, le congé ou le transfert d'un patient qui se trouve à la salle d'urgence;
- intervenir à quelque niveau que ce soit pour s'assurer que l'on répond avec diligence aux demandes de consultation en suspens à la salle d'urgence;
- s'assurer que les services diagnostiques respectent les délais en accord avec les normes de ce guide.

B3.2 Coordonnateur médical de l'unité d'urgence

(A) Évaluer la pertinence de nommer un coordonnateur médical de l'unité d'urgence.

Imputabilité: Le chef du DSMU et/ou le DSP

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires

(B) S'assurer que les fonctions du coordonnateur médical de l'unité d'urgence sont bien remplies.

Imputabilité: Le chef du DSMU et/ou le DSP

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires

Rôle et responsabilités

L'infirmière

L'infirmière de l'urgence assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers en fonction des besoins de santé des patients qui lui sont confiés. Elle soigne la personne dans sa globalité avec une approche bio-psycho-sociale. Comme infirmière, elle adapte son rôle professionnel aux particularités du milieu de l'urgence. Elle tient particulièrement compte des aspects suivants, qui prennent une importance capitale et influencent l'organisation de son travail :

- planification des interventions selon les priorités d'urgence;
- coordination des activités diagnostiques et des consultations médicales;
- collaboration étroite avec les médecins et les autres membres de l'équipe dans la gestion de l'épisode de soins;
- connaissance globale de la situation de l'urgence;
- adaptation aux changements rapides dans la cadence de travail.

De plus, l'infirmière a la responsabilité professionnelle de :

- connaître les normes et critères en soins infirmiers, les procédures de soins de l'établissement, et les protocoles de l'unité d'urgence;
- utiliser les moyens pour garder à jour sa compétence;
- répondre aux conditions requises pour poser les actes autorisés;
- participer aux activités de formation de l'unité d'urgence et à l'intégration du nouveau personnel.

L'infirmière au triage

L'infirmière au triage a comme responsabilité de faire une évaluation clinique du patient et d'établir rapidement les priorités, selon les problèmes rencontrés et les ressources disponibles, et prévenir ainsi les détériorations de l'état du malade pendant l'attente pour des soins médicaux. Plus précisément, elle :

- reçoit les patients dès leur arrivée à l'unité d'urgence;
- évalue chaque patient afin d'établir des priorités;
- questionne les patients selon une technique d'entrevue;
- connaît et applique les critères de triage selon l'ETG;
- initie certains traitements selon un protocole d'actes autorisés sur ordonnances permanentes;
- supervise l'état des patients en salle d'attente par une seconde évaluation, s'il y a lieu;
- révisé constamment le classement des patients en attente, afin que les priorités soient respectées;
- prodigue de l'enseignement aux patients, aux parents ou à leur proches.

La monitrice clinique

La monitrice doit agir comme personne-ressource auprès de l'équipe soignante. Elle est responsable du :

1. Processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins;
2. Programme d'orientation et d'intégration;
3. Programme de formation continue.

L'assistante infirmière-chef (AIC)

L'assistante infirmière-chef a la responsabilité de planifier, organiser, coordonner et évaluer les soins infirmiers donnés par les membres de l'équipe. Afin de lui permettre de bien s'acquitter de son rôle de supervision et d'organisation du travail, il faudra prévoir, selon les réalités du milieu, une libération de l'AIC de la charge directe des soins aux patients. Plus particulièrement, son rôle est de :

1. Répartir le travail selon les compétences du personnel en place et les besoins des patients;
2. Superviser le travail d'équipe et apporter un soutien à l'équipe;
3. S'assurer de disposer continuellement de ressources compétentes et en nombre suffisant;

-
- 
4. S'assurer, en collaboration avec le médecin et l'équipe des infirmières, d'une disponibilité constante de civières, de moniteurs cardiaques, ainsi que d'espace dans la salle de choc pour recevoir les nouveaux patients;
 5. Voir au respect des techniques et des protocoles;
 6. S'assurer que les soins sont de qualité optimale;
 7. Participer à l'orientation et à la formation du personnel;
 8. Voir à ce que les règlements de l'urgence soient appliqués et aviser l'infirmière-chef de l'urgence lorsque des personnes y dérogent;
 9. Déceler les problèmes de fonctionnement, déterminer les solutions possibles et participer à l'application des mesures correctives;
 10. Être à l'écoute des membres de l'équipe qui éprouvent des difficultés personnelles et/ou professionnelles en leur apportant son aide;
 11. Maintenir sa compétence en soins d'urgence afin de demeurer une personne-ressource;
 12. Prendre les moyens pour protéger les patients sur le plan de l'intimité, de la confidentialité, du droit à l'information et à la prise de décision et du droit à une mort digne;
 13. Faire le lien avec les unités de soins et les différents professionnels qui travaillent à l'urgence;
 14. Participer au suivi des résultats de laboratoire anormaux, selon les protocoles établis dans le milieu;
 15. En l'absence de l'infirmière-chef, la remplacer dans certaines tâches administratives.

Les qualifications et compétences des infirmières membres de l'unité d'urgence

Les infirmières qui travaillent à l'unité d'urgence doivent posséder une expertise très large afin d'être efficaces dans une multitude de situations urgentes. Elles doivent atteindre un niveau de compétence comparable à celui des infirmières d'unités spécialisées, tout en maintenant des connaissances variées, ce qui leur permet de répondre à un large éventail de problèmes de santé. Elles doivent particulièrement développer leur jugement professionnel pour permet-

tre l'établissement des priorités et l'évaluation rapide de l'état et de l'évolution d'un patient qui se présente à l'urgence. Elles doivent, de plus, établir une communication bienveillante et efficace auprès de tout patient et des membres de sa famille, et cela, dans un contexte de pression et de stress.

Il est important de favoriser la création de postes permanents pour l'unité d'urgence et de s'assurer que l'équipe de remplacement est constituée d'infirmières formées pour l'urgence et ayant répondu aux exigences de façon satisfaisante. Le niveau d'expertise des infirmières peut varier grandement au sein d'une équipe. D'une part, il peut s'écouler un certain temps avant qu'une infirmière novice devienne une infirmière experte. D'autre part, il est primordial que les infirmières qui travaillent à l'urgence possèdent les connaissances et les compétences nécessaires. On doit donc pouvoir établir le niveau d'expertise d'une infirmière au moment de son entrée dans l'équipe et la guider dans son développement continu. Les infirmières expertes doivent être mises à contribution pour superviser et former les infirmières novices dans les secteurs plus à risque, tels que le triage, la salle de choc, les soins aux enfants et aux patients sous monitoring cardiaque et les soins aux traumatisés.

Dans un avis diffusé en juillet 1998 sur la qualité des soins infirmiers à l'urgence, l'OIIQ recommande une expérience d'au moins deux ans en soins de courte durée, préférablement en soins critiques. Au triage, une expérience d'un an en urgence majeure est requise. Notons qu'il serait fortement souhaitable que les infirmières détiennent une attestation d'un cours d'arythmie cardiaque reconnu et une certification à jour en réanimation cardiorespiratoire.

Une pénurie d'infirmières peut avoir pour conséquence de créer une difficulté réelle pour atteindre et maintenir le niveau de compétence recommandé. Aussi, lorsqu'il est impossible de recruter des infirmières expérimentées, un processus spécial d'orientation, d'encadrement et d'intégration doit être mis en œuvre afin d'assurer la qualité des soins.

L'intégration du personnel infirmier

La période d'orientation

Le programme d'orientation devrait concilier théorie et pratique, en jumelage avec une infirmière expérimentée. Il peut se faire par modules, avec une période d'intégration variant selon les individus et les centres. Une équipe de moniteurs peut être responsable du processus d'orientation, sous la supervision de l'infirmière clinicienne dans les centres concernés.

Il est préférable d'entreprendre le processus d'orientation par les soins aux patients sur civière, ceux-ci présentant plus de risques de complications et exigeant davantage de soins spécialisés. D'une part, l'évaluation objective de la compétence de l'infirmière sera facilitée; d'autre part, l'infirmière pourra plus rapidement juger de son intérêt pour le milieu, les contraintes des conventions collectives obligeant l'employé et l'employeur à prendre une décision à l'intérieur d'une période de trente jours.

Voici un exemple de programme d'orientation dans ce secteur, pour une infirmière d'expérience: premières journées de formation théorique où une monitrice fait la révision des principales pathologies et situations rencontrées en urgence majeure, en abordant le rôle du personnel infirmier, les actes autorisés, la médication, les complications les plus fréquentes. On complète ce bloc en intégrant des notions pratiques: réception des patients, techniques de soins, connaissance du dossier et des formulaires du milieu, etc. Une de ces journées doit être consacrée au matériel de la salle de choc. Par la suite, l'infirmière est en supervision pratique, avec jumelage, pour une période dont la durée est adaptée aux besoins de l'infirmière et du milieu.

Pour une infirmière sans expérience ou ne répondant pas aux exigences, la période d'orientation proprement dite devrait avoir une durée minimale de quatre semaines.

La période d'intégration

Une période d'intégration de durée et de contenu variables selon les milieux doit suivre la période

d'orientation proprement dite. Au cours de cette période, un suivi et un encadrement appropriés servent à mieux intégrer les notions apprises lors de l'orientation. Durant la période d'intégration, l'infirmière ne doit pas être responsable des secteurs de choc et à haut risque déjà cités, mais doit y être intégrée graduellement sous la supervision d'une infirmière expérimentée. Les infirmières sans expérience ou ne répondant pas aux critères devraient bénéficier d'une période d'intégration en jumelage pouvant s'échelonner sur plusieurs mois, selon leur évolution.

Lorsque cette période d'intégration est jugée satisfaisante, on peut procéder à l'orientation en urgence ambulatoire. Dans certains milieux, on peut orienter dans ce secteur de façon plus précoce. De façon générale cependant, l'infirmière de l'urgence ambulatoire bénéficie de moins d'encadrement que l'infirmière de l'urgence majeure et est responsable d'installer des immobilisations et de faire de l'enseignement, ce qui justifie une orientation après la période d'intégration. De plus, il est plus facile pour l'infirmière d'intégrer un seul secteur à la fois. Tel que déjà mentionné, une période de travail d'un an à l'unité d'urgence doit précéder l'orientation et l'intégration au triage.

L'orientation au triage et à l'urgence ambulatoire devrait s'échelonner sur environ six jours et comporter des aspects théoriques et pratiques. Par la suite, l'assistante infirmière-chef et la monitrice clinique devraient assurer une supervision de l'infirmière, qu'il serait judicieux d'affecter prioritairement à ces secteurs dans les semaines qui suivront l'orientation.

En ce qui concerne le triage, toutes les infirmières expérimentées en urgence devraient avoir une orientation minimale au triage de façon à pouvoir recevoir et évaluer un patient qui se présente à l'urgence.

La formation continue

Un programme de formation en cours d'emploi est essentiel pour les infirmières de l'urgence et vise plusieurs objectifs: s'adapter aux nouvelles technologies et pratiques médicales, améliorer le jugement

clinique, parfaire les connaissances, établir des règles de soins, maintenir à jour les connaissances et les compétences techniques lorsque les infirmières sont moins en contact avec certaines catégories de patients (ex.: pédiatrie, psychiatrie, traumatologie, etc.).

Le programme doit permettre à chaque infirmière d'avoir accès aux activités jugées prioritaires par les membres de l'équipe, la monitrice clinique, l'infirmière-chef et le chef du DSMU. D'autres activités peuvent être laissées libres selon l'intérêt des infirmières.

Les critères suivants sont proposés pour établir un programme de formation :

- Un programme de formation continue doit être établi chaque année et prévoir au moins la tenue d'une formation mensuelle et la tenue d'une journée thématique chaque année;
- La formation doit obligatoirement toucher chaque année un ou des aspects liés aux spécialités de pointe de l'unité concernée (ex.: pédiatrie, psychiatrie, traumatologie, cardiologie, gériatrie, etc.);
- Le programme doit être suffisamment souple afin d'ajouter des formations *ad hoc* selon des besoins désignés en cours d'année;
- Les infirmiers doivent pouvoir participer à l'organisation de la formation en collaboration avec l'équipe des médecins;
- Le temps requis pour planifier la formation et pour y participer doit être du temps rémunéré ou négociable en reprise de temps.

La composition de l'équipe des infirmières et le calcul des ressources nécessaires

Le nombre d'infirmières à l'urgence doit être établi en fonction du volume de la clientèle et de la lourdeur des cas. On doit privilégier un ratio qui vise à assurer une marge de manœuvre permettant d'absorber les pointes journalières de consultation et de garantir ainsi à la population une réponse adéquate à ses besoins non planifiés. On préconise une organisation

qui favorise la prestation des services de façon sécuritaire, notamment en **prévoyant l'assignation de chaque patient à une infirmière** et le respect des ratios acceptables durant les heures de pauses et de repas.

En plus de l'équipe de base, on doit prévoir des mécanismes rapides de renfort en cas de besoin. Il doit être possible d'ajouter, en cours de service, une infirmière lorsque le besoin s'en fait sentir, soit en ayant recours à l'équipe volante, soit par tout autre moyen jugé efficace.

Le triage

Il est essentiel d'assurer la présence d'au moins une infirmière au triage 24 heures sur 24. Pour établir un ratio acceptable, on doit tenir compte des aspects suivants :

- Temps moyen du triage : entre 5 et 10 minutes;
- Maximum de deux personnes en attente;
- Réévaluation des patients en attente : 2 minutes environ (doit être faite lorsque les délais prévus au triage ne peuvent être respectés);
- Le flot de patients au triage varie grandement.

Afin de disposer de ressources suffisantes pour répondre aux normes, on devrait désigner une infirmière «volante», dont la fonction principale serait de seconder au triage.

Les patients ambulatoires

Selon le volume et les niveaux d'urgence, avec comme objectif de respecter les délais d'attente par le triage, un ratio de 4 patients par heure est acceptable.

L'aire de choc

1 infirmière par 2 civils

Une équipe de deux à trois infirmières est requise auprès d'un patient en salle de choc. L'organisation du travail au sein de l'équipe doit prévoir ces situations. Des rôles doivent être établis et connus des infirmières.

L'aire des civières monitorées

1 infirmière par 3-4 civières

L'aire des civières non monitorées

1 infirmière par 4-5 civières

Certaines variables peuvent influencer le ratio, comme le nombre de nouveaux patients, le niveau de lourdeur des cas, le niveau d'expertise des infirmières, le nombre de patients monitorés, etc.

B3.3 Personnel infirmier de l'unité d'urgence

- Ⓐ **Disposer d'outils d'évaluation de l'expertise et des mécanismes de soutien clinique.**
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et la monitrice clinique, s'il y a lieu
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓑ **Mettre sur pied un programme d'orientation et d'intégration à l'unité d'urgence pour toutes les infirmières, y compris celles qui effectuent des remplacements.**
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et la monitrice clinique, s'il y a lieu
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓒ **Structurer un programme d'intégration progressive à l'intention des infirmières qui ne répondent pas aux critères de qualification requis.**
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et la monitrice clinique, s'il y a lieu
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓓ **Établir annuellement un programme de formation continue.**
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et la monitrice clinique, s'il y a lieu
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓔ **Établir un ratio d'infirmières qui tient compte de la pression et de la catégorie de patients, ainsi que des temps de pause et de repas.**
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et le chef du DSMU
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓕ **S'assurer que les fonctions de monitrice clinique sont remplies et déterminer ces fonctions.**
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et le directeur administratif concerné
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires
- Ⓖ **S'assurer que les fonctions d'assistante infirmière-chef sont remplies et déterminer ces fonctions.**
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires

Pharmacien

La disponibilité d'un pharmacien à l'urgence est une réalité en émergence. Ce besoin est lié au fait que la clientèle est désormais plus âgée, plus malade et plus dépendante de la médication. La présence d'un pharmacien sur place est un avantage certain sur le plan de la gestion et de la qualité.

Le pharmacien à l'urgence a comme objectif de contribuer à améliorer la qualité des soins par l'utilisation optimale de la médication. Il assure une meilleure coordination des soins pharmaceutiques pour la clientèle hospitalisée et externe. Le pharmacien a les responsabilités suivantes (Michaud, 2000; Sérour *et al.*, 1999):

1. Assurer la prestation de «soins pharmaceutiques» de qualité auprès des personnes qui consultent à l'urgence;
2. Établir un service de liaison efficace entre l'urgence et les ressources externes au regard de la médication;
3. Coordonner le suivi pharmacologique;
4. Apporter de l'information pharmacothérapeutique aux intervenants, aux patients et à leurs proches;
5. Participer activement à l'enseignement et aux activités de formation à l'unité d'urgence, notamment en contribuant à la formation du personnel infirmier et médical;
6. Effectuer la gestion des pharmacies d'appoint à l'urgence, et plus particulièrement à la salle de choc;
7. Superviser et maintenir à jour la liste des protocoles pharmacologiques utilisés à l'urgence;
8. Répondre aux consultations des intervenants de l'urgence;
9. Rencontrer les patients qui séjournent le plus longtemps à l'urgence (AVC, MPOC, insuffisance cardiaque, etc.), notamment dans le cadre des activités du suivi systématique;
10. Faire des recommandations au personnel médical en rapport avec les risques relatifs à la médication du patient;

11. Suggérer au personnel médical des modifications au profil pharmacologique, lorsque cela est indiqué;
12. Donner au patient de l'information sur sa médication;
13. S'assurer d'obtenir la liste des médicaments des patients;
14. Vérifier les interactions médicamenteuses et les effets secondaires;
15. Tenir à jour les échelles de compatibilité;
16. Travailler en étroite collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Travailleur social

Le travailleur social intervient à la fois à l'égard de problématiques d'ordre physique et d'ordre psychosocial. Dans les urgences de milieu urbain, là où les problèmes sociaux sont plus présents et où le réseau social est moins agissant, il doit y avoir une disponibilité rapide (moins de 1 heure) de cette catégorie de personnel tous les jours de la semaine, ce qui inclut la fin de semaine et une partie de la soirée des jours de semaine. L'établissement doit évaluer les besoins des patients et ajuster ces ressources en conséquence.

Le travailleur social a les rôles suivants:

1. Déceler rapidement les situations où des problèmes d'ordre psychosocial ont un impact sur la santé de la personne;
2. Apporter à l'équipe de l'urgence et à l'équipe de gériatrie un éclairage sur les aspects psychosociaux de la situation de la personne;
3. Procéder à l'évaluation psychosociale sommaire et entreprendre la prise en charge des patients devant être admis et présentant un risque de séjour excessif;
4. Favoriser chez le patient et ses proches la compréhension des problèmes en cause ainsi que la mobilisation des capacités personnelles et de celles du milieu afin d'amorcer un processus de rétablissement de la situation;

5. Intervenir dans les situations d'abus confirmés ou suspectés et faire le lien, s'il y a lieu, avec la DPJ;
6. Offrir du soutien et de l'information sur les ressources appropriées dans les cas de violence familiale et de viol;
7. Évaluer les besoins et faire les liens avec les services de dépannage, d'hébergement et d'aide financière, pour les personnes vivant des problèmes de perte d'autonomie, d'itinérance, de dépendance aux drogues ou à l'alcool, ou pour tout autre problème social;
8. Apporter du soutien aux familles en détresse (deuil, annonce d'une maladie grave, premier événement psychotique ou suicidaire, etc.).

De plus, il partage certaines responsabilités liées à la fonction liaison avec les infirmières de liaison en santé mentale et/ou physique:

1. Établir un contact avec le CLSC qui couvre le territoire où réside le patient afin de vérifier si ce dernier y est connu et s'enquérir du type de suivi dont il bénéficie, le cas échéant;
2. Offrir des services d'information et d'orientation: expliquer aux patients et/ou aux proches le rôle d'une unité d'urgence et faire connaître les ressources extérieures;
3. Établir les contacts nécessaires avec les autres établissements et les organismes communautaires;
4. Assurer la liaison entre l'urgence, les intervenants externes et les ressources;
5. Évaluer les difficultés liées au retour à domicile des personnes âgées afin de pouvoir entreprendre une action appropriée de façon précoce.

Infirmière de liaison en santé physique

L'infirmière de liaison en santé physique a pour mandat d'établir le lien entre le centre hospitalier et les différentes ressources du réseau de la santé. Elle doit s'assurer de l'établissement d'un plan de soutien individualisé et sécuritaire avec les ressources appropriées, tout en favorisant la continuité des soins et services.

Elle œuvre en étroite relation avec les autres professionnels de liaison. Ses principales fonctions sont:

- l'évaluation: évaluer les possibilités de sortie de l'urgence en tenant compte des besoins du patient, de son réseau de soutien et des ressources externes publiques et privées;
- la liaison: liaison téléphonique ou écrite avec les différentes ressources du réseau, afin d'assurer une orientation efficace et une continuité de services:
 - liaison avec les ressources internes,
 - liaison avec les patients et ses proches;
- informer le patient et/ou ses proches des différentes ressources disponibles, des conditions et des démarches effectuées et/ou à faire;
- la coordination et la planification: assurer une prise en charge rapide du patient;
- établir une concertation avec les différents intervenants impliqués dans le plan de sortie du patient;
- faire le suivi de certains dossiers, par exemple, patients qui consultent de façon régulière, situations difficiles avec les familles ou avec les ressources;
- la diffusion et la représentation: informer les intervenants de l'urgence du rôle de l'équipe de liaison, des ressources publiques et privées disponibles et des conditions d'admissibilité;
- représenter l'urgence auprès des ressources du réseau à l'occasion des réunions.

Pour sa part, l'équipe de l'urgence a pour rôle de reconnaître les populations ou situations à risque, dont certaines pourraient être détectées dès le triage, et de porter ces situations à l'attention de l'infirmière de liaison. Citons les personnes âgées vivant seules, les personnes avec une maladie grave, chronique ou dégénérative, les personnes connues des services de maintien à domicile, les personnes qui ont consulté fréquemment dans les derniers mois et les personnes dont l'état risque d'entraîner l'épuisement de la famille et des proches. L'établissement voit à ajuster ces ressources en fonction des besoins des patients.

Infirmière de liaison en santé mentale

Dans les urgences à vocation psychiatrique ainsi que dans les urgences qui reçoivent une forte proportion de personnes qui présentent des problèmes de santé mentale, il est approprié de joindre à l'équipe des professionnels de l'urgence une infirmière de liaison en santé mentale. Cette infirmière a la responsabilité d'assurer la liaison auprès des patients aux prises avec un problème de santé mentale. Plus précisément, ses fonctions sont les suivantes :

- participer à l'évaluation du patient en rencontrant le patient, en contactant la famille, le médecin traitant, ou toute autre personne intéressée ;
- servir de liaison entre l'unité d'urgence et les autres services ou instances concernées : unité de soins, CLSC, centres de jour, centre de traitement dans la communauté, autres centres hospitaliers ;
- servir de liaison entre les équipes de garde quotidiennes ;
- agir comme personne-ressource auprès du personnel de l'urgence : formation, encadrement, soutien ;
- assurer le suivi avec les ressources du réseau, afin d'établir des ententes et des procédures.

Inhalothérapeute

Les soins respiratoires sont en première ligne à l'unité d'urgence. La formation spécialisée des inhalothérapeutes s'avère avantageuse pour enrichir la qualité des soins pour les personnes souffrant de problèmes respiratoires tels que MPOC, asthme, insuffisance cardiaque, et pour les patients intubés.

L'inhalothérapeute est responsable de la ventilation mécanique en :

- installant, sur ordonnance médicale, des appareils apportant une assistance respiratoire (ventilateur volumétrique, Bi-Bap, CPAP ou autres) en surveillant leur fonctionnement ainsi que l'état du patient tant que dure l'assistance ou le contrôle de la respiration ;

- secondant le médecin au moment de l'intubation ou de l'extubation en maintenant les voies respiratoires ouvertes et en procédant à la ventilation par masque ;
- assurant la surveillance de la ventilation au moment des transferts de patients à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

En plus d'être responsable de la ventilation mécanique, l'inhalothérapeute peut, en complémentarité interprofessionnelle :

- administrer, selon l'ordonnance, des médicaments, traitements d'aérosolthérapie, d'oxygénothérapie et différentes autres techniques d'inhalothérapie, et surveiller l'état du patient au cours de l'intervention ;
- installer, si nécessaire, tout équipement de mesure de la fonction respiratoire, de monitoring ou de traitement, et en assurer la surveillance ;
- procéder à l'aspiration endotrachéale des sécrétions et effectuer des prélèvements des sécrétions bronchiques ;
- enseigner au patient ou aux proches les techniques qui relèvent de son champ de pratique.

B3.4 Autres professionnels de l'unité d'urgence

- Ⓐ ***S'assurer que les fonctions d'un pharmacien soient remplies à l'unité d'urgence.***
Imputabilité: Le DSP
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires
- Ⓑ ***S'assurer de la disponibilité d'un travailleur social à l'unité d'urgence selon un horaire qui répond aux besoins des patients.***
Imputabilité: Le chef du service social
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires
- Ⓒ ***S'assurer de la présence d'un inhalothérapeute à l'unité d'urgence.***
Imputabilité: Le chef du service d'inhalothérapie
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires
- Ⓓ ***S'assurer de la disponibilité d'une infirmière de liaison en santé physique, selon un horaire qui répond aux besoins des patients.***
Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires
- Ⓔ ***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.***
Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Les urgences à vocation unique en santé mentale
ainsi que les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires

Le personnel de soutien constitue un groupe important pour la bonne marche de l'urgence. Trois catégories d'employés le composent principalement. La première catégorie est représentée par le personnel de réception, d'enregistrement, d'information et par les commis. Il serait bénéfique pour l'urgence que les employés de ce groupe aient le même titre d'emploi, de façon à créer une équipe polyvalente de gens qui peuvent s'aider et se remplacer au besoin. La deuxième catégorie est celle des préposés aux bénéficiaires, des aides et des brancardiers, qui constituent eux aussi un groupe polyvalent. Finalement, le personnel de secrétariat et d'aide à la gestion constitue la troisième catégorie.

Cette section sera abordée selon la fonction et non la catégorie de personnes, de façon à refléter la polyvalence et la complémentarité des fonctions.

Les fonctions d'inscription-réception et d'information

Le processus d'inscription ne doit pas entraîner d'attente et doit se dérouler dans les locaux de l'urgence après la rencontre avec l'infirmière du triage. En aucun cas le processus d'enregistrement ne doit retarder l'accès aux soins.

La fonction d'inscription-réception comprend :

- l'accueil des patients de l'urgence ;
- l'ouverture d'un dossier et la production de la carte d'hôpital ;
- la demande de dossier antérieur, soit à l'arrivée du patient, soit en prévision d'un transfert, ou lorsqu'un patient est attendu ;
- l'entrée de données informatiques.

Ratio : Il est impératif, pour assurer la qualité des soins offerts aux patients et pour améliorer l'efficacité de l'urgence, qu'une personne soit attitrée à l'inscription entre 8 h et 0 h. Le nombre d'employés peut varier selon l'achalandage à la salle d'urgence. Dans les urgences à moyen et haut débit, deux personnes en tout temps de 8 h à 0 h (même pendant les périodes de repas et de pauses) semblent une norme

minimale. Au cours de la nuit, cette fonction peut être jumelée avec une ou deux autres fonctions (ex. : téléphoniste de l'hôpital, préposé(e) à l'admission).

La fonction d'information comprend :

- la réponse téléphonique avec filtrage de l'information et des appels selon des **règles établies** : recours à Info-Santé CLSC, lignes claires sur les appels à transférer au médecin ou à l'infirmière ;
- l'accueil et l'orientation des visiteurs ;
- l'application des mécanismes de contrôle des visiteurs.

En aucun cas la personne responsable de l'information ne doit donner d'informations de nature clinique.

Ratio : Dans certains centres, la fonction information peut être jumelée avec la fonction inscription. La décision d'en faire une fonction séparée peut dépendre du nombre de visites à l'urgence, du nombre de visiteurs, de l'organisation du travail ou de l'aménagement des lieux.

La fonction de commis

Le commis a un rôle majeur dans le fonctionnement de l'urgence. Il agit comme intermédiaire entre l'unité d'urgence et le réseau intra-hospitalier. Il s'assure de la bonne circulation de l'information. Il permet au personnel professionnel de se consacrer entièrement aux tâches cliniques. Il doit être proactif dans ses activités. Le nombre de commis en place est fonction de l'achalandage et du volume de patients à l'urgence. On doit retrouver un commis de 8 h à 0 h pour chaque poste de travail qui regroupe un certain nombre de professionnels dédiés aux soins des patients, et cela inclut l'urgence ambulatoire. Le commis doit demeurer à son poste, une de ses fonctions importantes étant d'effectuer l'entrée de données des systèmes d'information en temps réel de façon à ce que l'information sur la situation de l'urgence soit toujours à jour (nombre de patients, délais, cheminement du processus de soins, localisation des patients). Le commis doit donc être remplacé au moment de ses repas et de ses pauses.



Le commis permet de soulager significativement le médecin et l'infirmière en remplissant plusieurs tâches administratives telles :

- «rafraîchissement» du dossier;
- gestion des appels et demandes aux consultants et autres professionnels, pour lesquels une ligne téléphonique doit être réservée;
- disponibilité des formulaires (commandes, classement);
- coordination des examens de radiologie;
- réponse téléphonique pour son secteur;
- acheminement et suivi des demandes d'admission;
- gestion des déplacements des préposés à l'extérieur de l'urgence;
- demandes d'examens de laboratoire (sous la responsabilité de l'infirmière).

La fonction de préposé aux bénéficiaires

Le préposé aux bénéficiaires doit effectuer des tâches polyvalentes qui incluent principalement les soins de confort, le déplacement des patients, l'assistance aux infirmières et aux médecins, la surveillance de patients, la vérification de la disponibilité et du bon fonctionnement des équipements ainsi que d'autres tâches particulières liées à l'urgence.

Le travail en équipe avec le personnel infirmier est un élément essentiel à la bonne marche de l'unité d'urgence. Certains milieux tendent à créer des équipes préposé-infirmière afin d'assurer une présence plus constante aux patients.

Dans les centres de traumatologie ainsi que dans les urgences pédiatriques et psychiatriques, on doit faire en sorte que le préposé soit en mesure d'accomplir des tâches liées aux particularités des patients (ex.: techniques d'immobilisation, détection des signes d'agressivité, installation des contentions, etc.).

Dans l'aire des civières, un ratio de 1 préposé pour 2 infirmières semble une norme acceptable qui permet de libérer ces dernières pour leurs tâches et agit

ainsi sur les délais de façon positive. Si le niveau des activités de l'urgence ambulatoire le justifie, il peut être nécessaire d'ajouter un préposé à temps plein dans ce secteur. Pour le service de nuit, on doit compter sur un préposé.

La fonction de brancardier

La fonction de brancardier peut être intégrée à celle du préposé ou ajustée selon le mode d'organisation du milieu. Le brancardier est responsable du transport des patients et des spécimens, de l'aide aux patients s'ils en ont besoin pour monter dans une voiture ou en descendre, et du transport de matériel et de médicaments. La fonction de brancardier doit être assurée en tout temps.

La fonction de responsable du matériel

La fonction de responsable du matériel peut être assurée en tout ou en partie par les préposés. Une personne doit cependant être désignée pour exercer cette fonction. Ses responsabilités sont les suivantes :

- nettoyage et décontamination du matériel et des équipements;
- disponibilité et remplacement du matériel;
- ordre et propreté des aires de soins.

La fonction de secrétariat

L'unité d'urgence doit bénéficier d'un service de secrétariat qui a un rôle essentiel de soutien technique auprès des membres de l'unité. Ce service permet aux professionnels de l'urgence de se consacrer à la gestion et à l'organisation de l'unité d'urgence.

Le personnel du secrétariat est responsable de l'exécution de travaux par traitement de texte, de la compilation de données statistiques, de la distribution du courrier et du suivi à apporter aux rapports médicaux. Il reçoit les appels téléphoniques destinés aux médecins et assure le suivi approprié.

Pour les activités d'enseignement, il exécute les tâches de soutien technique, rédige et distribue les horaires des activités de formation, prépare les documents écrits, apporte son soutien aux membres de

l'unité d'urgence qui participent à des congrès, des présentations ou des publications scientifiques, à des comités ou des groupes de travail.

La fonction d'aide à la gestion

Le personnel d'aide à la gestion transcrit et distribue la liste de garde des médecins et les horaires de

travail du personnel, commande le matériel et les équipements, apporte le soutien technique à l'organisation de réunions et exécute différentes tâches administratives à la demande du chef du DSMU et de l'infirmière-chef de l'urgence. Cette fonction peut être accomplie par un membre du secrétariat.

B3.5 Personnel de soutien de l'unité d'urgence

- Ⓐ ***S'assurer que les fonctions de réception, d'inscription et d'information soient assumées.***
Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes
- Ⓑ ***S'assurer que les fonctions d'un commis soient remplies selon les besoins de l'unité d'urgence.***
Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires
- Ⓒ ***S'assurer que les fonctions de préposé aux bénéficiaires et de brancardier soient assumées.***
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation
- Ⓓ ***Désigner une personne responsable du matériel.***
Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation
- Ⓔ ***Disposer d'un service de secrétariat pour l'unité d'urgence.***
Imputabilité: Le DSP et le DSI et/ou le directeur administratif concerné
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires

L'unité d'urgence doit pouvoir compter sur les services suivants, qui peuvent être offerts soit par un ou plusieurs de ses membres, soit par un autre service du centre hospitalier.

- **Les plâtres :** On doit pouvoir compter sur la présence d'une personne qui a la formation nécessaire pour faire les plâtres 24 heures par jour, 7 jours par semaine. On doit éviter, autant que possible, les délais pour les patients ainsi que les déplacements inutiles, qui sont tous deux générateurs de douleur pour le patient. Dans certains milieux, on pourra compter sur la disponibilité d'un technicien, alors que d'autres milieux formeront des infirmières de leur équipe.

- **Les ECG :** Les électrocardiogrammes doivent être effectués dans un délai le plus court possible, compte tenu de l'impact potentiel d'un retard dans le diagnostic. Dans le même esprit, un tracé fait en urgence doit être remis en main propre au médecin pour un examen rapide dès qu'il est terminé. Ce service doit être disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, mais peut être assuré par différentes catégories de personnel, selon les besoins du milieu (techniciens, infirmières, préposé formé).

B3.6 Autres services

RECOMMANDATION

- Ⓐ ***S'assurer de la disponibilité du service de plâtre entre 24 heures par jour, 7 jours par semaine.***
Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires
- Ⓑ ***S'assurer de la disponibilité rapide (moins de 10 minutes) du service d'ECG 24 heures par jour, 7 jours par semaine.***
Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

La réalité pousse à innover pour réduire les impacts potentiels d'une pénurie d'effectifs spécialisés en soins d'urgence dans nos milieux. Les stratégies de gestion du personnel pour contrer les risques de pénurie consistent à miser sur la stabilité des effectifs et le sentiment d'appartenance, sur le recrutement actif, sur la gestion de stress ainsi que sur la protection du personnel en place. Le fonctionnement optimal de l'unité d'urgence repose sur l'implication active d'un personnel consciencieux et heureux dans cet environnement difficile qu'est la salle d'urgence. L'unité d'urgence est le filet de sécurité de notre système de santé et doit demeurer accessible en tout temps. La gestion de la pénurie des effectifs prend donc une importance capitale et justifie parfois le recours à des mesures exceptionnelles, tant locales que régionales, afin de maintenir la mission.

Les mesures visant à maintenir les effectifs

Parmi les éléments de solution, citons des actions qui sont susceptibles de rendre plus attrayant le milieu de l'urgence, lequel est actuellement considéré comme un milieu exigeant, épuisant et peu valorisant. À titre d'exemples :

1. Se préoccuper du manque d'expertise, des effets de la pénurie d'effectifs, de l'état de santé des membres du personnel, de la surcharge de travail;
2. Avoir une gestion dynamique, ce qui implique qu'il faut investir de l'énergie et du temps et acquérir une expertise;
3. Mettre en place une équipe d'intervenants qui se consacrent pleinement à des rôles déterminés au sein d'une structure bien établie;
4. Impliquer les professionnels à des activités clinico-administratives;
5. Développer et maintenir, les acquis, les mesures d'avant-garde, d'autonomie et de reconnaissance des compétences;
6. S'assurer que le personnel effectue des tâches relevant de son expertise et éviter la surcharge par des activités qui peuvent être exercées par du personnel de soutien;

7. Avoir de la souplesse dans la gestion des horaires et des congés;
8. Disposer d'une liste de rappel spécialement destinée à l'urgence;
9. Établir un processus d'orientation adapté et procéder à une intégration progressive;
10. Instaurer le principe du tutorat;
11. Encourager la polyvalence chez le personnel: le partage des rôles augmente la motivation et maintient un haut niveau de qualité et d'entraide;
12. S'assurer des mécanismes efficaces de rappel du personnel advenant un débordement;
13. Conclure des ententes avec les représentants syndicaux sur des modes de fonctionnement particuliers favorisant les membres de l'équipe.

Mesures visant plus particulièrement les infirmières

La situation actuelle de la main-d'œuvre infirmière risque de perdurer et de se détériorer, malgré les mesures de prévention qui peuvent être mises en place. D'autres solutions doivent être envisagées. Il faut revoir l'organisation du travail et songer à ajouter du personnel de soutien afin de maximiser le temps consacré aux soins du patient par le personnel infirmier (pharmacien, technicien en ECG, préposés, commis, technicien préposé aux ponctions veineuses, etc.). Il faut revoir les horaires de travail (ex. : horaire de 12 heures les fins de semaine), la procédure d'assignation d'infirmières formées pour l'unité d'urgence à partir des autres unités et tenter d'innover afin de traverser cette période difficile tout en maintenant la qualité des soins. Il faut particulièrement remettre en question la pratique répandue du travail occasionnel, qui ne favorise pas le sentiment d'appartenance et qui démoralise les troupes. Une pénurie d'infirmières dans les unités de soins peut avoir un impact direct sur l'unité d'urgence en limitant l'accès aux lits pour les patients admis. L'établissement doit donc revoir l'organisation du travail dans les unités de soins et envisager la possibilité d'intégrer d'autres catégories d'emploi pour aider les infirmières.



Il est aussi particulièrement important de maintenir un climat de travail qui permette aux membres du personnel de centrer toute leur attention sur les soins à donner. Des rencontres fréquentes entre l'infirmière-chef, le chef du DSMU et les membres du personnel permettent de prendre le pouls des équipes et de véhiculer de l'information. Il peut sembler exagéré d'organiser ces rencontres dans une période où l'on est particulièrement surchargé, mais c'est justement dans ces moments qu'il devient important de le faire.

Mesures visant plus particulièrement les médecins

Nous ne pouvons insister davantage sur l'importance de miser sur une équipe médicale stable composée en tout ou en partie de médecins d'urgence à temps plein et dont l'expertise en médecine d'urgence est reconnue. La tâche clinique doit être associée à des tâches clinico-administratives essentielles à la mise au point de politiques de fonctionnement et de protocoles de soins. Il est prouvé que l'attrition est diminuée lorsque les médecins s'impliquent dans des activités liées à l'enseignement et la recherche. La participation à des activités clinico-administratives a le même effet en faveur du maintien d'une équipe médicale stable.

Un plan de pratique est également un outil privilégié de stabilisation de l'équipe médicale en place, qui joue alors un rôle plus proactif dans les milieux où la lourdeur des activités le justifie. Ce principe directeur est essentiel pour permettre le développement d'un milieu sain et favorable au maintien du personnel.

Le groupe de médecins doit implanter une structure qui permettra aux médecins de l'urgence de rayonner dans la spécialité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution.

Le recrutement continu

Nous devons insister sur l'importance de connaître à long terme le plan des effectifs médicaux de l'urgence. Il est important pour le chef du DSMU de connaître les plans de carrière de ses membres afin de planifier régulièrement le recrutement.

Le recrutement doit s'effectuer en fonction des besoins du milieu et de la catégorisation de l'urgence. La régionalisation des effectifs médicaux par le Département régional de médecine générale peut aider à remédier au manque de médecins dans certains milieux.

Il est souhaitable que les médecins possédant une expertise en médecine d'urgence offrent leurs services dans des milieux de niveaux secondaires et de niveaux supérieurs, plutôt que dans des urgences primaires ou des centres de stabilisation.

Le dépannage

Le personnel médical peut à l'occasion avoir accès à la banque provinciale de dépannage afin de suppléer au manque de ressources médicales. Cette solution ne doit pas être considérée comme une mesure permanente et l'administration doit davantage se concentrer sur des mesures visant à maintenir en place le personnel, en offrant des conditions de travail intéressantes par une organisation saine et un milieu physique agréable.

La gestion du stress à l'unité d'urgence

L'urgence est un milieu propice au stress psychologique. L'activité quotidienne d'une unité d'urgence expose régulièrement ses intervenants à des stress post-traumatiques (échec d'une réanimation, tensions avec les patients, etc.). Les tensions supplémentaires qui sont imposées au personnel des urgences québécoises viennent augmenter le risque de stress psychologique. Les intervenants ont des tâches de plus en plus complexes à accomplir, avec des moyens parfois réduits. De plus, ils doivent régulièrement faire des heures supplémentaires, ce qui les expose à l'épuisement et aux erreurs.

Les unités d'urgence doivent prévoir des mécanismes de prévention qui permettront d'éviter que des situations dégénèrent en problèmes majeurs ou chroniques. Des sessions régulières de retour sur les événements après une réanimation inefficace ou un autre événement à fort potentiel de stress peuvent être organisées à l'intention de l'ensemble du per-



sonnel, autant médical que paramédical. Les services d'aide au personnel des établissements doivent être au fait du potentiel de désordres psychologiques dans les urgences, et cela, plus particulièrement dans les fortes périodes d'achalandage. De la formation particulière sur la prévention de ces désordres et sur les processus de retour sur les événements stressants doit être disponible. Une personne-ressource ayant une expertise dans le domaine du retour sur les événements doit également être disponible au besoin.

Ces processus, en plus de contribuer à préserver un bon équilibre, permettent à l'équipe de prévenir la détérioration des relations entre les intervenants, détérioration qui peut survenir après des événements majeurs stressants. Des conflits surgissent souvent à la suite d'une mauvaise interprétation des dires et des gestes d'autres intervenants. Les sessions de retour sur les événements, en permettant à chacun de s'exprimer, désamorcent fréquemment des situations conflictuelles qui autrement risqueraient de s'envenimer.

La mise en place de procédures de retour sur les événements stressants est sous la responsabilité de l'infirmière-chef et du chef du DSMU. Les assistants infirmières-chefs ont pour leur part la responsabilité de dépister toutes les situations qui risquent d'entraîner du stress pour le personnel ainsi que toutes les situations problématiques qui méritent qu'un retour sur les événements soit fait. De plus, chaque personne concernée a la responsabilité de souligner à son chef les situations qui l'ont touchée ou perturbée de quelque façon que ce soit.

Les mécanismes de protection du personnel

La réalité sociale à laquelle le personnel des urgences est confronté quotidiennement expose parfois ce dernier à l'agressivité d'individus qui se présentent à l'unité d'urgence. Ces individus peuvent être intoxiqués par l'alcool ou la drogue. Ils peuvent tenter de pénétrer dans le département avec des armes et manifester des intentions agressives ou homicides envers des patients ou des membres du personnel. À cet égard, le gestionnaire responsable de la sécurité a la responsabilité de s'assurer que le personnel de l'unité d'urgence travaille dans un environnement sécuritaire.

Un agent de sécurité doit être disponible pour intercepter et maîtriser ce type d'individus. Pour maîtriser un patient ou un visiteur violent, un code spécial «du patient/visiteur agité ou agressif» peut être instauré dans le but de permettre de rassembler rapidement plusieurs intervenants qui prendront la situation en main. Une intervention rapide des services policiers peut parfois s'avérer nécessaire dans les situations critiques. Des systèmes d'alerte prioritaires et réservés à ces éventualités doivent être disponibles à des endroits stratégiques dans l'unité d'urgence. Les patients amenés par des policiers doivent être installés dans des endroits surveillés. Des ententes avec les services policiers doivent permettre d'assurer leur assistance au personnel jusqu'à ce que toute situation d'urgence soit contrôlée.

Dans tous les cas, l'ensemble du personnel doit être formé spécialement pour éviter de se placer dans des situations périlleuses. Le personnel peut être soumis à une formation particulière lui permettant de réagir dans ces situations critiques en évitant le plus possible de se mettre en danger et de subir des blessures. Des mécanismes de protection plus avancés peuvent être envisagés dans les milieux présentant plus de risques : gardiens de sécurité armés, entrées sous surveillance, systèmes de protection et d'isolement pour le personnel de l'accueil, de la réception et du triage, caméras de surveillance, détecteurs de métal, etc.

Il est souhaitable qu'une personne-ressource ayant une expertise dans ce type de problématique puisse être disponible et mise à contribution rapidement si un événement qui a constitué une menace pour le personnel s'est produit. La sécurité du personnel doit s'étendre également à la sécurité des lieux et de l'équipement mis à sa disposition pour accomplir ses tâches quotidiennes.

B3.7 Mesures visant à contrer la pénurie de médecins et d'infirmières

RECOMMANDATION

- (A) Établir des règles de fonctionnement afin de maximiser le temps que les infirmières consacrent directement aux soins des patients.**
Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence.
Catégories d'urgence : Toutes.
- (B) Planifier le recrutement à long terme des effectifs et établir des mécanismes nécessaires à la stabilisation des équipes médicale et infirmière en place à l'unité d'urgence.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.
Catégories d'urgence : Toutes.
- (C) Nommer un responsable du processus de retour sur des événements stressants.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.
Catégories d'urgence : Toutes.
- (D) Assurer la protection du personnel en disposant de renfort rapidement pour l'unité d'urgence.**
Imputabilité : Le gestionnaire responsable de la sécurité.
Catégories d'urgence : Toutes.

B4.1 Configuration physique

L'aménagement des lieux de l'urgence est aussi un point essentiel à prendre en considération dans la recherche d'une plus grande fonctionnalité des unités d'urgence du Québec. Lorsque des projets visent le réaménagement fonctionnel, l'agrandissement ou la construction d'une urgence, l'équipe des employés, des infirmières et des médecins de l'unité d'urgence doit être impliquée à toutes les étapes de la réalisation du projet. Certaines règles et normes doivent nous guider et l'aménagement des unités d'urgence doit être évalué selon certains principes :

1. Recherche de liens de proximité adéquats ;
2. Capacité évolutive de l'unité d'urgence lui permettant de se transformer selon des besoins futurs ;
3. Respect des principes de sécurité pour le personnel et les patients ;

4. Prise en considération de la notion de confort et de confidentialité ;
5. Polyvalence ;
6. Espace suffisant pour s'adapter aux pics ;
7. Visibilité des patients par le personnel et accès rapide au besoin ;
8. Circulation contrôlée à l'intérieur des locaux de l'urgence ;
9. Élimination des espaces-soins des corridors ;
10. Concept à aires ouvertes, avec poste central ;
11. Locaux dédiés à la seule mission de l'urgence.

Le fonctionnement par modules semble être le plus adapté sur le plan fonctionnel. Les modules de base suivants sont à prévoir.

B4.1 Configuration physique

RECOMMANDATION

- Ⓐ ***S'assurer que la configuration physique de l'urgence permet à l'équipe d'accomplir sa mission.***

Imputabilité : Le directeur général, le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence : Toutes.

B4.2 Aire de triage et d'accueil

L'accueil comprend le module triage et le module inscription. La salle d'attente fait partie de cette section, ainsi qu'un poste de sécurité ou d'information, ou les deux.

Le module triage est central et doit être situé à proximité de l'inscription, de l'urgence majeure et de la salle de choc. La salle d'attente doit être visible du module triage. On doit prévoir au moins deux espaces pour le triage afin de faire face aux pics qui requièrent plus d'une personne au triage.

La salle de triage doit être configurée de façon à permettre la fuite de l'infirmière en cas de menace d'agression physique. Il doit exister également un bouton d'alarme pour aviser le reste du personnel

d'un danger potentiel. Cette salle doit être suffisamment grande pour permettre l'entrée d'un fauteuil roulant avec accompagnateur et pour contenir l'équipement requis.

Le module inscription doit faire partie de l'urgence et doit être visible dès l'entrée du patient dans l'urgence. Il doit être possible de créer des dossiers et d'imprimer une carte d'hôpital. Un système d'enregistrement informatique et un lien rapide avec les archives pour l'obtention des dossiers antérieurs sont des éléments à privilégier. Le poste d'accueil doit répondre à des exigences ergonomiques et sécuritaires. Il doit disposer de l'espace suffisant pour accueillir le nombre d'employés requis.

B4.2 Aire de triage et d'accueil

RECOMMANDATION

- (A) ***Disposer, dans les lieux de l'urgence, d'un module d'accueil et d'enregistrement pour les patients qui s'y présentent.***

Imputabilité : Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires et tertiaires.

- (B) ***Disposer, pour le triage, de locaux bien équipés, sécuritaires, en nombre suffisant et situés près des axes principaux de l'urgence.***

Imputabilité : Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes.

Les civières de l'aire de choc ne sont pas comptées au permis, et les espaces peuvent en général recevoir deux à quatre patients. Afin de pouvoir répondre aux cas de patients contagieux, un des espaces prévus doit être fermé et servir de lieu d'isolement. Cet espace doit idéalement être à pression négative. Ces espaces doivent être utilisés selon les critères établis précédemment dans le guide et selon les besoins évalués à partir d'une utilisation appropriée. Le temps de

séjour en salle de choc ne devrait généralement pas dépasser une à deux heures. Les espaces doivent être gérés par l'équipe de soins de façon à pouvoir accueillir en tout temps des patients instables. L'aire de choc doit disposer de tout l'équipement requis, autant pour les patients adultes que pour les enfants. Un système de communication à mains libres doit la relier au reste de l'urgence.

B4.3 Aire de choc

RECOMMANDATION

- Ⓐ **Évaluer le nombre de civières requises dans la salle de choc, selon les critères d'utilisation, en tenant compte d'un temps de séjour maximum d'une à deux heures.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence: Toutes.

- Ⓑ **Prévoir un espace fermé pouvant servir de lieu d'isolement pour un patient instable.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.

L'aire des civières est divisée en une aire avec monitoring et une aire sans monitoring. L'aire avec monitoring comprend des espaces-civière mieux équipés et de dimension plus importante, ainsi qu'un poste de surveillance.

L'aire sans monitoring doit disposer d'un poste central autour duquel les civières sont placées. On doit tenir compte, dans l'aménagement, du fait qu'il devient très difficile d'assurer une surveillance adéquate dès que le nombre de civières entourant un poste est supérieur à 15. Les espaces doivent être polyvalents afin d'éviter, autant que possible, de déplacer indûment les patients à travers les différents lieux de l'urgence, car cela génère une mauvaise utili-

sation du temps du personnel, une rupture dans la continuité des soins et un risque accru d'erreurs et de perte de biens personnels.

Compte tenu de l'augmentation de la problématique psychiatrique et sociale, de l'arrivée des bactéries multirésistantes ainsi que de l'accroissement de la clientèle immunosupprimée, certains espaces doivent être fermés et certains doivent être accessibles par des portes vitrées coulissantes. Ce nombre doit être déterminé en tenant compte du type d'utilisateurs et doit être suffisant pour permettre l'isolement infectieux, préventif et psychiatrique. Certaines salles doivent être à pression négative pour éviter la propagation de l'infection.

B4.4 Aire des civières

RECOMMANDATION

- Ⓐ **Disposer d'une aire de monitoring dont le ratio est fonction de la lourdeur de la clientèle.**
Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.
Catégories d'urgence: Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.
- Ⓑ **Déterminer les besoins en isolement selon le type d'utilisateurs.**
Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.
Catégories d'urgence: Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.

Le module d'urgence ambulatoire doit être aménagé de façon à assurer un fonctionnement optimal en tenant compte du débit et du temps pour favoriser une période d'attente minimale. Le calcul du nombre de cubicules requis doit tenir compte du nombre de visites en urgence ambulatoire, du nombre de médecins présents, de la présence ou non d'étudiants en médecine, de la présence ou non de spécialistes consultants, de la présence de traumatologie, etc. Pour établir le nombre de cubicules requis, il est important de connaître les niveaux d'urgence établis

au triage des patients ambulatoires, car ces niveaux prescrivent le délai d'attente maximal pour le patient. Ce délai est directement lié, entre autres, à la disponibilité d'espace pour installer le patient.

On doit, de plus, prévoir des salles polyvalentes et/ou à caractère plus spécifique : salles de chirurgie mineure, propre et souillée, de plâtre, de gynécologie, d'ORL, d'ophtalmologie, de traitement pour la clientèle pédiatrique, d'entrevue psychiatrique, etc.

B4.5 Aire ambulatoire**RECOMMANDATION****Ⓐ Disposer d'une aire ambulatoire distincte de l'aire des civières.**

Imputabilité : Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence : Les urgences primaires, secondaires et tertiaires.

Les espaces doivent répondre aux besoins administratifs, mais aussi aux besoins liés à l'enseignement, à la formation et aux activités des différents professionnels qui travaillent à l'urgence. Là où ces fonctions existent, on doit prévoir les espaces pour :

- Le chef du DSMU;
- L'infirmière-chef;
- Les médecins;
- Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence;
- L'assistante-infirmière-chef;
- Le travailleur social;
- Les autres professionnels;
- Les secrétaires, selon le nombre requis, et des espaces de travail polyvalent pour d'autres membres du personnel;
- Les réunions dans les milieux d'enseignement, l'orientation du personnel et la recherche;
- Le repos du personnel, avec partie cuisinette. La dimension doit être calculée en fonction du nombre maximal personnes sur place pour pouvoir accueillir confortablement les employés avant le début de leur journée de travail. On doit prévoir une ou deux toilettes réservées aux membres du personnel;
- La chambre de garde;
- Le vestiaire avec douches, selon le nombre d'employés tant pour les hommes que pour les femmes;

B4.6 Aire clinico-administrative**RECOMMANDATION**

- Ⓐ **Déterminer les besoins en bureaux et en locaux administratifs en tenant compte des particularités du milieu et de la catégorie d'urgence, dans un souci de polyvalence.**

Imputabilité: Le DG, le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence: Toutes.

D'autres espaces sont requis, dont :

- Un garage permettant l'entrée, la sortie et la circulation de plusieurs ambulances à la fois. Évaluer le besoin selon le profil d'entrée des ambulances ;
- Un salon pour les familles accompagnant un patient dont l'état est instable et une salle pour accueillir les proches à la suite d'un décès ;
- Un espace pour pharmacie satellite ;
- Une aire de décontamination pour la réception de personnes ayant possiblement été en contact avec des matières dangereuses (chimiques, biologiques, radioactives). Les urgences désignées dans leur région comme devant être mises à contribution en cas de désastre doivent disposer d'un local où sont placés l'équipement et le matériel requis. Ce local doit être à proximité de l'entrée des ambulances. Le matériel et l'équipement doivent être vérifiés régulièrement et maintenus en état de fonctionner. Les vêtements appropriés, de toutes les tailles et pour toutes les saisons et les situations climatiques, doivent être disponibles. Pour la décontamination, on doit pouvoir disposer d'un bac de décontamination, d'un système de récupération des eaux usées ainsi que d'une douche pour le personnel ;
- Une aire de radiographies simples à l'intérieur ou à proximité de l'urgence, afin de réduire au minimum les risques pour le patient et ses déplacements pour accélérer le processus d'investigation ;
- Une aire de tomographie axiale pour les centres secondaires lourds et pour les centres tertiaires ;
- Des salles de bains/toilettes ;
- Des salles d'utilités ;
- Des réserves.

B4.7 Autres aires

RECOMMANDATION

Ⓐ **Se doter d'un espace pour les familles.**

Imputabilité : Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence : Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.

Ⓑ **Se doter d'un garage pour les ambulances.**

Imputabilité : Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence : Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.

Ⓒ **Se doter d'un espace pour pharmacie satellite.**

Imputabilité : Le responsable de la pharmacie et le chef du DSMU

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires.

Ⓓ **Se doter d'une aire de décontamination.**

Imputabilité : Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence : Toutes.

Ⓔ **Se doter d'un poste d'appoint pour les radiographies simples.**

Imputabilité : Le DSP, le chef du DSMU et le chef radiologiste.

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires.

Le nombre de civières qui se trouvent dans une unité d'urgence devrait permettre aux professionnels qui œuvrent dans cette urgence de traiter le volume de patients qui s'y présentent sans qu'il y ait débordement. Ce nombre de civières sera calculé en prenant l'hypothèse que l'unité d'urgence doit respecter les normes de durée de séjour acceptées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le nombre de civières comptabilisées dans l'unité d'urgence est exprimée selon le nombre de civières au permis et selon une capacité maximale d'accueil.

Le nombre de civières au permis justifie le calcul des ressources humaines nécessaires au fonctionnement général de l'urgence.

La capacité maximale d'accueil exprime le nombre maximal de civières de l'unité d'urgence et permet de répondre aux pics d'achalandage dans 90% du temps.

Le taux d'occupation de l'unité d'urgence est calculé à partir de la capacité maximale d'accueil.

A) Calcul du nombre de civières au permis

Le nombre de civières au permis est celui qui est nécessaire pour traiter le volume régulier de patients qui se présente à l'unité d'urgence. Ce nombre est calculé en utilisant les variables suivantes :

1. Normes de la durée moyenne de séjour sur civières :
 - Patients non hospitalisés : 8 heures
 - Patients hospitalisés : 12 heures
2. Répartition inégale du volume entre le jour, le soir et la nuit :
 - Ajout de 30% du nombre de civières calculé au point 1.
3. Prévion d'augmentation de la clientèle dans le futur :
 - Ajout du pourcentage d'augmentation évalué pour cinq ans au nombre de civières calculé au point 1.

Exemple de calcul du nombre des civières nécessaires pour un établissement type à partir des statistiques tirées du registre des urgences.

- L'établissement a reçu en moyenne 1150 patients sur civière par période au cours de la dernière année;
- Ce volume augmente de 2,5% par année depuis les trois dernières années;
- 350 patients sont hospitalisés en moyenne par période en provenance de ce volume de patients sur civière;
- 800 patients sont donc libérés après investigation et traitement.

a) Nombre de civières nécessaires pour les patients non hospitalisés :

800 patients (1150 - 350) x 8 h =
6400 heures civières/période
divisées par 28 jours =
229 heures civières/jour
divisées par 24 heures = **9,5 civières**

b) Nombre de civières nécessaires pour les patients hospitalisés :

350 patients x 12 heures =
4200 heures civières/période
divisées par 28 jours =
150 heures civières/jour
divisées par 24 heures = **6,25 civières**

c) Sous-total

9,5 + 6,25 = **15,75 civières**

d) Augmentation de la clientèle prévue dans 5 ans

15,75 civières x 12,5% = **2 civières**

e) Répartition inégale du volume

30% x 15,75 = **4,7 civières**

f) Nombre total de civières au permis :

15,75 + 2 + 4,7 = **22,4 = 23 civières**

N.B. : Les civières de réanimation ne sont pas incluses dans le calcul du nombre de civières requises.

B) Capacité maximale d'accueil

Il y a lieu de prévoir à l'unité d'urgence des espaces additionnels fonctionnels et conformes à la définition d'espace-civière, au sein même des sections de civières avec monitoring et sans monitoring, pouvant accommoder 3 à 15 civières additionnelles. Ces espaces additionnels, non utilisés, sont disponibles immédiatement en cas de pics d'achalandage. Ils pourront éventuellement être utilisés advenant une augmentation de la lourdeur des activités justifiant des modifications au calcul du nombre de civières au permis. Cet ajout au nombre de civières au permis constitue la capacité maximale d'accueil.

L'espace supplémentaire comprend un nombre de civières additionnelles nécessaires pour parer aux pics d'achalandage dans 90% du temps (90^e percentile). Cette analyse est basée sur les taux d'occupation moyens horaires (tableau 17 du registre) sur une période de un an pour donner une image claire de l'achalandage réel de l'unité d'urgence. Elle doit de plus être ajustée à partir de taux d'occupation qui respectent les normes de durée de séjour.

Dans les situations de pics d'achalandage, il est important pour l'unité d'urgence et pour le centre hospitalier de bonifier leur performance afin que les espaces-civiers additionnels soient suffisants.

Il est nécessaire au moment d'établir le programme fonctionnel et technique (PFT) de l'unité d'urgence, de planifier d'ores et déjà des capacités d'agrandissement futur afin d'être en mesure de faire face à l'augmentation probable d'achalandage et de lourdeur. À cette fin, il est recommandé de prévoir des capacités d'agrandissements internes (fonctions non cliniques à côté de l'urgence...) et externes (terrain, stationnements...).

Exemple de calcul de la capacité maximale d'accueil suivant l'exemple précédent :

- a) **Nombre total de civières au permis :**
 $15,75 + 2 + 4,7 = 22,4 = 23 \text{ civières}$
- b) **Nombre de civières additionnelles pour parer aux pics d'achalandage :**
 $27 \text{ (90^e percentile)} - 23 = 4 \text{ civières}$
- c) **Capacité maximale d'accueil de cette urgence :** $23 + 4 = 27$

B4.8 Calcul du nombre de civières nécessaires

RECOMMANDATION

- Ⓐ **Calculer le nombre de civières nécessaires à l'urgence d'après les critères du guide de gestion.**

Imputabilité : Le chef du DSMU.

Catégories d'urgence : Toutes.

Le texte d'introduction au présent document fait mention d'équipes ou de personnes imputables, coordonnées entre elles, autorisées, identifiées, connues et reconnues par les composantes administratives et cliniques du réseau local. Ce chapitre du guide circonscrit cette approche par la description du rôle des responsables clinico-administratifs. Ce rôle est un élément central du modèle de gestion de l'urgence que les instances doivent reconnaître et soutenir. Il est capital parce qu'il comprend la responsabilité de la prestation des soins à l'unité d'urgence, de la gestion des ressources humaines et de la gestion des ressources physiques et matérielles.

L'équipe de gestion de l'unité d'urgence est formée de l'infirmière-chef et du chef du département ou service de médecine d'urgence qui doivent ensemble, dans un mode de cogestion, assurer le bon fonctionnement de l'unité d'urgence. Ce partage de gestion amène les différents responsables à chercher ensemble et à trouver des stratégies d'intervention pour maintenir et améliorer la qualité, pour augmenter la performance et pour atteindre les résultats visés. La gestion de l'unité d'urgence repose sur l'imputabilité de cette équipe.

Le mandat de l'équipe de gestion se résume à :

- Faire respecter la mission de l'urgence afin que les lieux et le personnel de l'urgence demeurent dédiés aux tâches qui doivent y être accomplies;
- Gérer les activités quotidiennes, le fonctionnement et l'utilisation des ressources;
- Assurer une bonne organisation physique et matérielle de l'unité d'urgence;
- Voir au maintien et à l'amélioration de la compétence des membres de l'unité d'urgence;
- S'assurer de l'existence d'un processus continu d'amélioration de la qualité globale;
- S'assurer de la définition et du respect des actes autorisés selon les protocoles;

- Créer des groupes de travail, coordonner les travaux des équipes et s'assurer des résultats;
- Favoriser et stimuler la participation des membres de l'unité d'urgence à la gestion;
- Favoriser les liens entre les médecins et le personnel infirmier au sein des différents comités;
- Harmoniser les liens de l'urgence avec les autres instances concernées;
- Participer à la mise au point et au respect de protocoles d'entente;
- Assurer la bonne gestion du budget de l'unité d'urgence;
- Formuler les demandes d'acquisition ou de remplacement d'équipements médicaux et les transmettre au comité des équipements;
- Faire le suivi des rapports des systèmes d'information;
- Participer aux travaux du groupe action-support à l'unité d'urgence, ainsi qu'à tout comité pertinent à l'urgence;
- S'assurer de l'application du plan de décongestion et contribuer au plan de crise, le cas échéant.

Chacun des membres de l'équipe de gestion est imputable de remplir les mandats qui lui sont attribués :

L'infirmière-chef de l'unité d'urgence

Outre ses tâches administratives, l'infirmière-chef de l'unité d'urgence est responsable auprès des employés de :

- Mettre au point, valider et implanter des outils d'évaluation de la qualité de l'acte, de la prise de décision et de la compétence à l'urgence, en ce qui concerne le groupe des infirmières;
- S'assurer de la présence d'un personnel qualifié et en nombre suffisant, même en période de pointe;
- S'assurer que le personnel offre des soins humains et personnalisés;
- Favoriser et stimuler l'implication du personnel;

- Déléguer pour la mise au point de programmes, de politiques, de protocoles, de processus de contrôle de la qualité, de résolution de problèmes, etc.;
- Effectuer la gestion du budget de formation;
- Produire un programme annuel de formation en cours d'emploi;
- Assurer la protection du personnel;
- Organiser des rencontres statutaires avec les membres du personnel;
- Implanter des mécanismes de communication et de consultation auprès des employés, par exemple un cahier de communication, un tableau d'affichage, des réunions, etc.;
- Implanter un programme d'orientation adapté aux réalités de l'unité d'urgence;
- Intervenir auprès des membres du personnel en difficulté, c'est-à-dire n'atteignant pas les objectifs d'excellence; déceler les difficultés et établir le niveau de motivation. À cet égard, mettre au point un plan d'action précis avec échéancier (comportant choix d'un tuteur, formation adaptée, examen maison, etc.);
- Faire le suivi des plaintes en analysant les problèmes et en prenant les mesures appropriées pour y remédier.

L'infirmière-chef doit disposer de temps suffisant pour voir au bon fonctionnement de l'urgence. La gestion de l'urgence demande une présence dont la nature doit être évaluée selon la catégorisation de chaque urgence. Pour les centres secondaires et tertiaires, l'infirmière-chef doit avoir la responsabilité unique de l'unité d'urgence.

Le chef du département ou du service de médecine d'urgence

Le plan d'organisation du centre prévoit la création d'un département ou d'un service de médecine d'urgence lié au département de médecine générale. Les règlements sur l'organisation clinique de l'établissement prévoient la nomination d'un chef de département ou de service de médecine d'urgence

(DSMU); ce chef doit être un membre actif du CMDP. La durée du mandat peut varier selon les milieux mais doit être d'au moins deux ans. Le chef de département a, envers le CMDP et envers le DSP, des fonctions et responsabilités décrites dans la LSSSS. Le chef de département ou de service de médecine d'urgence participe aux comités de l'établissement relatifs à l'urgence.

Au delà des fonctions et responsabilités décrites dans la LSSSS, le chef du département de médecine d'urgence a la responsabilité d'assurer les fonctions énumérées plus bas.

Dans les services de médecine d'urgence, le chef du département de médecine générale a la responsabilité de s'assurer que les fonctions ci-dessous sont bien remplies.

Sous l'autorité du directeur des services professionnels, le chef du DMU:

- 1) Soutient le fonctionnement interne du département;
- 2) Coordonne les activités professionnelles des membres du département;
- 3) Gère les ressources médicales du département;
- 4) Établit des règles d'utilisation des ressources et voit au respect de ces règles; il informe, le cas échéant, le directeur des services professionnels de la dérogation à ces règles par l'un des membres du département;
- 5) S'assure de l'établissement de la liste de garde conformément aux règlements du CMDP approuvés par le conseil d'administration et veille à son application; en cas d'absence ou de suspension temporaire des privilèges d'exercice d'un membre du département, il voit à son remplacement;
- 6) S'assure de la distribution appropriée des soins dans l'unité d'urgence;
- 7) S'assure de l'application des politiques et procédures du département;
- 8) Établit les règles d'utilisation des ressources matérielles par les membres du département; dans le cas des ressources matérielles utilisées par

des médecins appartenant à plus d'un département clinique, cette responsabilité est assumée conjointement par les chefs des départements cliniques concernés;

- 9) Nomme, après concertation, les responsables des divers dossiers prioritaires du département;
- 10) Participe aux activités des comités hospitaliers dont il est membre de par sa fonction, ou s'assure d'une représentation du département en cas d'absence à un comité au sein de l'hôpital;
- 11) Convoque les réunions départementales nécessaires à la gestion du département;
- 12) Voit au maintien des effectifs médicaux du département, conformément au plan des effectifs médicaux sanctionnés par le conseil d'administration du centre hospitalier et approuvé par la régie régionale;
- 13) Supervise le recrutement des nouveaux membres;
- 14) Soumet un rapport annuel des activités du département.

Dans ses responsabilités envers le CMDP, le chef du DMU:

- 1) Surveille la façon dont s'exerce la médecine dans son département et, plus particulièrement, voit à la réalisation d'un programme d'évaluation des actes médicaux;

2) Établit pour le département des règles de soins médicaux qui tiennent compte de la nécessité de fournir des services adéquats aux usagers du centre hospitalier et qui prévoient que l'exercice professionnel des membres du département doit répondre à des règles uniques;

3) Établit pour le département des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de fournir des services adéquats aux usagers du centre hospitalier, qui tiennent compte également des ressources dont dispose le centre hospitalier et qui prévoient que l'exercice professionnel des membres du département répond à des règles uniques;

4) Fournit au comité d'examen des titres, au moment de la nomination ou de la renomination des membres du département, ses recommandations quant au statut, aux privilèges d'exercice et aux conditions rattachées à la jouissance de ces privilèges;

5) Établit, en collaboration avec le gestionnaire infirmier, des protocoles de délégation d'actes médicaux et des ordonnances permanentes et les révise annuellement. Il s'assure du respect des conditions de délégation décrites au décret gouvernemental concernant la délégation des actes médicaux et le respect des ordonnances permanentes;

6) Collabore avec le gestionnaire infirmier dans l'organisation de la formation du personnel de l'urgence.

B5 Cogestion administrative de l'unité d'urgence

- (A) **Adopter un modèle de gestion participative par la cogestion médico-infirmière. Élaborer le partage des responsabilités de chacun des chefs.**

Imputabilité: Le DSP et le DSI.
Catégories d'urgence: Toutes.

- (B) **Respecter le mandat de l'équipe de gestion.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.
Catégories d'urgence: Toutes.

- (C) **S'assurer que l'infirmière-chef est responsable exclusivement de l'urgence.**

Imputabilité: Le DSI.
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.

ORGANISATION CLINICO-ADMINISTRATIVE DE L'UNITÉ D'URGENCE

Le fonctionnement optimal de l'unité d'urgence repose sur l'implication de ses membres. La participation des membres de l'unité d'urgence à des activités administratives permet de les responsabiliser par rapport à la gestion quotidienne de l'unité.

Plusieurs dossiers méritent une attention continue de la part des gestionnaires de l'unité d'urgence. La responsabilité de faire progresser ces dossiers incombe à l'infirmière-chef et au chef du DSMU, selon leur mandat respectif. Ces sujets sont donc abordés régulièrement en réunion du comité des opérations. **Il est nécessaire que les médecins et le personnel s'impliquent très activement afin de faire progresser rapidement les dossiers de l'unité d'urgence.**

Il est recommandé que des médecins soient dégagés de certaines tâches cliniques afin de faire progresser les dossiers de l'unité d'urgence. C'est le principe du temps protégé. Dans les DSMU, il doit exister une proportion significative de médecins d'urgence à temps plein. Ce sont ces médecins particulièrement qui voient à faire avancer les dossiers prioritaires par une implication assidue.

L'unité d'urgence doit donc être structurée sur la base d'un exécutif décisionnel (l'infirmière-chef et le chef du DSMU) qui assume le déroulement normal des opérations et à la répartition des différents dossiers entre les membres de l'unité.

Les activités suivantes sont prioritaires et doivent être confiées à des membres de l'unité d'urgence qui en auront la responsabilité et devront en rendre compte à la direction et aux conseils concernés. Les sujets sont abordés régulièrement lors des rencontres administratives de l'unité d'urgence.

Le comité des opérations

Le comité des opérations, structure interdisciplinaire, discute des questions qui touchent le fonctionnement interne de l'unité d'urgence. Le comité est constitué de médecins d'urgence, d'infirmières d'urgence, d'un travailleur social, d'une infirmière de liaison, d'un coordonnateur médical à l'unité d'urgence, d'un représentant de la pharmacie, d'un représentant du

personnel de soutien et de tout autre membre dont la présence est jugée pertinente. Les membres du comité établissent des lignes de conduite et des directives régissant le fonctionnement interne de l'unité. C'est aussi un lieu d'échange de l'information au sein de l'unité.

Le comité des opérations pourra s'intéresser particulièrement à :

- L'organisation du travail dans l'aire ambulatoire, dans l'aire des civières et dans la salle de choc;
- La révision des médicaments d'urgence et des protocoles se rattachant à la médication;
- La gestion courante de la fluidité de l'unité d'urgence;
- Les règles de fonctionnement de l'unité d'urgence.

L'évaluation de la qualité des soins

Le Collège des médecins du Québec définit la qualité des soins comme «la capacité des activités professionnelles et des services de santé d'améliorer de façon continue la santé des individus et des populations, en tenant compte de leurs attentes et de l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé». Sous ce rapport, selon les principes directeurs, tout doit être mis en œuvre afin d'offrir les meilleurs soins de santé au moment du passage du patient à l'urgence.

L'évaluation de la qualité des soins doit comprendre, notamment :

- L'évaluation, selon des critères objectifs, de la qualité de l'acte médical, des soins et des services;
- L'étude de sujets d'intérêt;
- Les études de mortalité et de morbidité;
- La révision de cas particuliers en fonction de la littérature;
- L'évaluation par l'étude de cas;
- L'évaluation de la satisfaction de la clientèle;
- L'évaluation des rapports faisant état d'accidents, d'incidents ou d'erreurs.

Il est préférable que l'évaluation de la qualité des soins s'effectue en prenant en considération la globalité des services offerts, c'est-à-dire qu'elle devrait comprendre, en plus des aspects médicaux et infirmiers, l'évaluation de l'environnement sanitaire, de la disponibilité des services diagnostiques, de la connaissance des mesures d'urgence et de tout autre élément de coordination entre les différents services. À ce chapitre, l'équipe de l'unité d'urgence qui met au point le plan d'amélioration continue de la qualité en relation avec un processus d'agrément tient compte des balises retenues dans les activités d'évaluation de la qualité des soins. **Il demeure que l'évaluation de la pratique professionnelle doit se faire au sein des structures formelles du CMDP, du CII et du CM.**

La formation continue

La formation est un enjeu important et les besoins de formation sont toujours majeurs à l'urgence. Le responsable de ce dossier voit à la planification des activités d'enseignement et à la mise à jour du centre de documentation. Il a la responsabilité de l'enseignement offert au personnel médical et paramédical.

Le personnel infirmier participe activement avec les médecins aux activités de formation continue, autant en ce qui a trait à la préparation de l'activité qu'en ce qui concerne son déroulement. Le responsable peut être soit le chef médical et/ou infirmier, soit un membre délégué par l'un des deux. Dans les urgences des centres tertiaires ou à vocation unique, un poste de clinicienne ou de monitrice peut être un atout essentiel.

Les besoins en formation doivent être déterminés et leur priorité doit être révisée annuellement avec l'ensemble des intervenants. De plus, la participation aux colloques touchant de près les urgences (colloques de l'Association des infirmiers et infirmières en urgence du Québec, de l'Association des médecins d'urgence du Québec, de l'Association des gestionnaires infirmiers en urgence du Québec et tout autre colloque portant sur l'urgence) doit être favorisée au maximum.

Le dossier des ordonnances permanentes, des protocoles de soins et des politiques de l'unité d'urgence

L'unité d'urgence est un milieu propice à l'établissement d'ordonnances permanentes. On doit en effectuer régulièrement la révision, en confiant à des médecins et infirmières la responsabilité de la mise à jour, de l'information transmise au personnel concerné et de la formation s'il y a lieu. Le chef du DSMU est responsable d'autoriser les ordonnances. L'infirmière-chef de l'unité d'urgence et le chef du DSMU sont responsables de faire entériner les ordonnances par les instances concernées.

Dans le but de faciliter le travail à l'urgence, d'accélérer le processus et d'augmenter la qualité des soins offerts aux patients, il est important de mettre au point des protocoles de soins. Les protocoles établissent les normes d'application d'un geste professionnel. Il s'agit d'une balise pour les utilisateurs, fondée sur des données validées. Les protocoles sont habituellement issus du consensus d'un groupe d'experts. Ils doivent être rédigés conjointement avec les personnes qui participent au processus d'offre des soins et adoptés par les membres de l'unité d'urgence ainsi que par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou par le CII à implanter à l'établissement.

Voici des exemples de protocoles importants pour l'unité d'urgence :

- Protocole de la prise en charge initiale d'un polytraumatisé;
- Protocole d'administration de thrombolyse;
- Protocole d'administration de vaccin antitétanique;
- Protocole d'administration d'acétaminophène;
- Protocole d'intervention en cas de douleur thoracique;
- Protocole de sédation consciente et d'utilisation de l'analgésie;
- Protocole d'utilisation de l'intubation en séquence rapide.

Certaines politiques auront l'aval du DSP et du CMDP, du CIL, de la DSI et/ou du directeur administratif concerné. Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence doivent s'assurer de leur respect et de leur mise à jour. Leur format doit faciliter la consultation et elles doivent être facilement disponibles.

Le triage

Il est très important d'avoir un comité d'évaluation de la qualité du triage. Il doit être composé de médecins et d'infirmières qui procèdent à l'évaluation selon différentes méthodes, comme l'étude par critères objectifs, en vue de faire des recommandations de formation et d'enseignement continu au personnel affecté au triage. Le comité doit de plus s'assurer que les recommandations sont prises en considération. Le comité a aussi pour rôle de réviser les différents instruments utiles au triage tels que le guide et la formule papier utilisée, et de voir au respect des normes et délais.

La garde à l'unité d'urgence

L'établissement de la liste de garde médicale à l'urgence relève du chef du DSMU. Le responsable médical de ce dossier doit s'assurer qu'une liste de garde, tenue à jour, est toujours disponible à l'urgence avec les numéros de téléphone ou de téléavertisseur permettant de joindre les personnes, s'il y a lieu.

Des mécanismes de rappel doivent pouvoir assurer la présence de ressources supplémentaires dans un délai raisonnable. Des ressources médicales, disponibles dans un délai de 30 minutes, doivent assurer l'accompagnement médical au moment du transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier de plus haut niveau, lorsque la situation se présente. La relève à l'urgence pourrait être assurée par le prochain médecin à l'urgence sur la liste de garde.

Un système de garde ou une liste de rappel est également à prévoir afin de pouvoir contacter rapidement du personnel supplémentaire. On pense au personnel paramédical ainsi qu'aux dispensateurs de services du laboratoire, de la radiologie, etc.

Un système de garde pour le personnel infirmier peut être instauré au besoin lorsque l'achalandage atteint un point critique ou lorsque les listes de rappel sont épuisées. Les périodes de garde doivent d'abord être attribuées sur une base volontaire et il est souhaitable que cette démarche se fasse dans un esprit de collaboration entre l'infirmière-chef et l'équipe des infirmières.

Pour tous les groupes, des règles internes doivent être établies pour les différents congés, soit :

- Absences prolongées;
- Vacances annuelles (nombre de semaines annuellement et nombre de semaines durant la période estivale);
- Congés à la période des fêtes;
- Congés sabbatiques;
- Congés de maternité;
- Congés de paternité.

Parmi les possibilités, citons une banque d'infirmières occasionnelles spécialisées et orientées en urgence, une équipe volante spécialisée, un système de garde à certains moments de la semaine. Les moyens privilégiés doivent tenir compte de la catégorie de la clientèle, de l'achalandage, de la disponibilité et de la compétence du personnel d'appoint.

Le dossier technique

Il est important de bien documenter les dossiers nécessitant un investissement majeur, tel que l'équipement de monitoring cardiaque, pour faciliter leur acceptation et éviter tout retard. L'introduction de nouvelles technologies doit se fonder sur des données médicales avec preuve à l'appui et avoir des effets positifs sur les soins aux patients ou le débit des patients à l'urgence.

Ce dossier doit être pris en charge conjointement par l'infirmière-chef de l'urgence et le chef du DSMU pour voir à la mise à jour continue de l'équipement de l'urgence. Les employés et les professionnels concernés doivent être consultés et doivent être impliqués.

Les relations interdépartementales

Le bon fonctionnement de l'unité d'urgence repose aussi sur l'étroite collaboration avec les autres départements de l'hôpital. C'est pourquoi, le DSMU doit rencontrer les responsables des différents départements/services pour définir clairement la nature des relations qui les unissent au sein de la structure hospitalière. Citons comme exemple l'établissement d'une politique sur les consultations et les admissions. Le comité des relations interdépartementales met au point des politiques et des protocoles clairs qui définissent le rôle de chaque département/service en relation avec l'unité d'urgence, toujours dans le souci d'assurer le bien-être du patient et le respect des normes et objectifs de l'établissement.

La gestion de l'information

On doit se préoccuper d'organiser une structure de soutien et d'assurer un bon fonctionnement de la gestion de l'information : entrée des données, fiabilité des données.

Les responsables du dossier doivent superviser l'utilisation et le développement du système informatique de l'unité d'urgence. Ils assurent une standardisation de la collecte des données, celle-ci permettant d'évaluer la performance de l'unité d'urgence et de l'établissement. Ils voient au développement et à la rédaction de rapports complets, pertinents et faciles à obtenir, à comprendre et à utiliser.

Les mesures d'urgence

Un plan de mesures d'urgence en cas de sinistre interne ou externe doit être mis au point dans chaque centre hospitalier, et ce, en conformité avec les recommandations du Ministère. L'unité d'urgence sera nécessairement impliquée en cas de sinistre. Aussi un ou des porteurs de dossier s'assurent de la compétence de l'unité d'urgence à jouer son rôle.

Une formation doit être donnée à l'ensemble des intervenants et les rôles de chacun doivent être bien définis. Des simulations de sinistres doivent être organisées environ tous les deux ans pour s'assurer de l'efficacité du plan d'urgence. Il est préférable que

l'unité d'urgence évalue les besoins en personnel et le mode d'organisation de l'urgence advenant un sinistre. Il se peut qu'à l'occasion d'un événement à l'extérieur de l'hôpital, l'équipe de l'urgence soit appelée à aller sur les lieux du sinistre pour faire du triage.

Des procédures bien établies et connues du personnel et des médecins doivent prévoir la façon de déléguer les membres de l'équipe de triage et la façon de les remplacer. De même, des rôles doivent être déterminés pour les membres de l'équipe qui demeurent sur les lieux et pour le personnel supplémentaire devant s'y présenter. Par exemple, si le médecin de garde à l'urgence ambulatoire et deux infirmières se déplacent sur les lieux de l'événement, la relève à l'urgence ambulatoire sera assurée par le prochain médecin à l'urgence ambulatoire sur la liste de garde.

Dans les milieux où un seul médecin assure le service de garde, des mesures doivent être mises en place pour répondre aux besoins régionaux en médecine de sinistre. Dans un tel milieu, le prochain médecin sur la liste de garde peut facilement intervenir, étant donné sa disponibilité. Un système de rappel à partir d'une liste déjà établie en cas de sinistre sera en place pour le rappel du personnel infirmier. Le nombre de personnes qui doivent être rappelées est déterminé en fonction du sinistre annoncé. Dans l'éventualité où le sinistre se produit la nuit, le prochain médecin sur la liste de garde à l'urgence ambulatoire se rend sur les lieux de l'événement. Le chef du DSMU ou son remplaçant de même que l'infirmière-chef sont avisés de la situation en tout temps.

En plus des dossiers prioritaires précédents qui doivent être évalués dans toutes les unités d'urgence, on retrouve certains dossiers qui méritent l'attention de milieux dont la mission et la lourdeur des activités le justifie :

L'enseignement

Le responsable de l'enseignement doit :

1. S'assurer que les étudiants en stage de formation soient accueillis et qu'on leur explique le fonction-

nement interne, les procédures et les protocoles de l'unité d'urgence;

2. Structurer, superviser et évaluer l'enseignement aux étudiants en stage dans l'unité d'urgence;
3. Superviser la liste de garde des étudiants et voir à son respect;
4. Représenter l'unité d'urgence au sein de comités d'enseignement du centre hospitalier ainsi qu'au sein de l'université ou de tout autre comité pertinent;
5. Privilégier, pour les stagiaires en soins infirmiers, le jumelage «un pour un» pour offrir de l'enseignement et du soutien de qualité. Il doit s'assurer de la présence d'un moniteur qui connaît bien le milieu et les différents protocoles ou procédés.

La recherche

La recherche, tant médicale qu'en soins infirmiers, doit prendre une place importante dans certains milieux. Un comité de recherche doit être actif et être composé des différents intervenants concernés par les études. Le responsable du dossier doit voir à coordonner et à superviser les activités de recherche qui se déroulent dans l'unité d'urgence et à assurer les liens avec le comité d'éthique de la recherche de l'établissement.

La traumatologie

Ce comité discute des soins apportés aux patients traumatisés. Il détermine le rôle de chaque membre de l'équipe (du personnel d'accueil aux médecins et infirmières). C'est un lieu privilégié pour l'apprentissage continu des soins à donner aux patients polytraumatisés.

Le comité de traumatologie est essentiel puisqu'il assure une uniformisation des soins grâce à l'implantation de lignes de conduite efficaces pour le personnel de l'unité d'urgence ainsi que des protocoles de gestion des traumatisés.

Liens avec des comités de l'hôpital prioritaires pour l'unité d'urgence

Nous avons mentionné qu'une proportion significative des admissions dans le centre hospitalier

provient de l'unité d'urgence, laquelle a des contacts à tous les niveaux de l'hôpital en raison de ses liens avec les différents services et départements de même qu'avec les nombreux intervenants. Il est important que l'unité d'urgence délègue des membres de son groupe auprès des comités importants de l'hôpital afin de connaître les orientations de la politique et d'influencer positivement le processus des soins et de participer aux stratégies d'intervention. Le choix des comités les plus pertinents, qui tient compte de la disponibilité des ressources, incombe au chef du DSMU et à l'infirmière-chef de l'unité d'urgence.

On pense particulièrement aux comités suivants :

- Équipe action-support à l'unité d'urgence;
- Équipe de gestion des lits;
- Équipe réseau;
- Équipe médicale d'hospitalisation;
- Équipe clientèle;
- Comité exécutif du CMDP;
- Table des chefs de département;
- Comité consultatif du directeur général;
- Comité exécutif de soins infirmiers;
- Comité d'évaluation des actes médicaux;
- Comité hospitalier de l'amélioration continue de la qualité des soins;
- Comité d'humanisation des soins;
- Comité de plan de soins;
- Comité des soins intensifs;
- Comités d'éthique;
- Comité pharmaceutique et thérapeutique;
- Comité hospitalier d'informatique;
- Comité d'informatisation des laboratoires;
- Comité des archives médicales;
- Comité de traumatologie;
- Comité du contrôle des infections;

- Comité de planification des mesures d'urgence en cas de catastrophe;
- Comité de transfusion;
- Comité d'enseignement en milieu hospitalier;

B6 Organisation clinico-administrative de l'unité d'urgence

(A) *S'assurer que l'organisation clinico-administrative repose sur une approche interdisciplinaire et proactive.*

Imputabilité: Le DSP, le CMDP, le CIL, la DSI et/ou le directeur administratif concerné.
Catégories d'urgence: Toutes.

(B) *Établir les priorités quant aux dossiers clinico-administratifs et nommer des membres responsables de ces dossiers.*

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

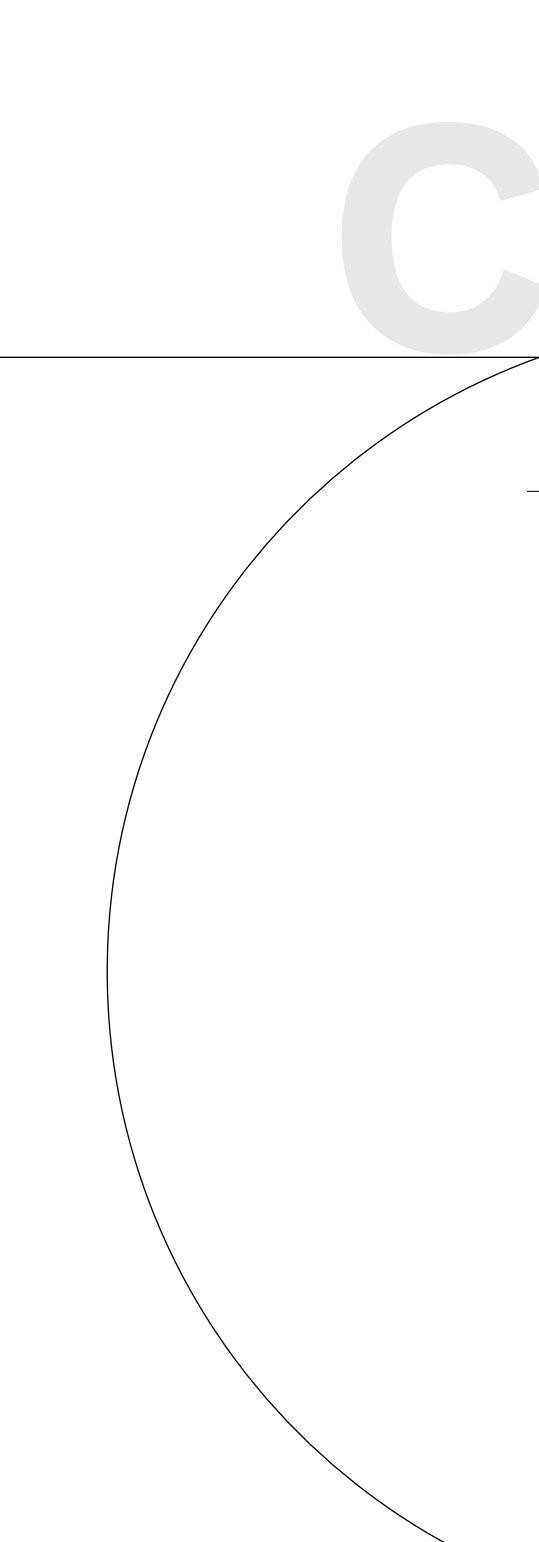
(C) *Favoriser les plans de pratique (temps protégé) pour permettre le bon fonctionnement des activités clinico-administratives.*

Imputabilité: Le chef du DSMU.
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires.



Centre hospitalier

Guide de
gestion de
**L'UNITÉ
D'URGENCE**



Ccentre hospitalier

■ *L'unité d'urgence est une plaque tournante pour le centre hospitalier, où plusieurs des décisions importantes la touchent d'une façon ou d'une autre. Une proportion significative des admissions dans le centre hospitalier provient de l'unité d'urgence.*

L'unité d'urgence doit s'intégrer dans l'hôpital et non devenir un « hôpital dans l'hôpital », ce qui risque d'arriver si elle est isolée dans son action. Aussi, le centre hospitalier doit s'assurer de créer des liens étroits entre l'ensemble de ses départements, unités ou services et l'unité d'urgence. L'esprit de collaboration est important et tout doit être mis en œuvre pour résoudre rapidement la moindre situation problématique. Dans plusieurs milieux, cela implique un changement d'attitude, voire de culture.

La gestion interne de l'unité d'urgence doit s'inscrire dans un processus général de gestion de l'amont et de l'aval. Il est impératif de circonscrire plus étroitement les actions et de préciser quelles sont les personnes responsables des résultats attendus. Il est aussi important de mettre à contribution les instances clés dans ce dossier comme intervenants actifs dans la mise en place la plus rapide possible de solutions partagées.

Comme le modèle de gestion de l'unité d'urgence est basé sur la responsabilité et est axé sur des liens entre toutes les composantes, des outils seront mis en place par le centre hospitalier pour assurer le fonctionnement optimal de l'unité d'urgence dans son environnement.

Le centre hospitalier doit mettre sur pied une équipe action-support qui a pour mission d'assister l'équipe de gestion de l'unité d'urgence (infirmière-chef et chef du DSMU) et d'être un outil de liaison entre l'urgence et ses partenaires.

Son mandat est l'application des recommandations du guide de gestion, la surveillance des activités et la conception du plan de travail annuel pour déterminer les activités prioritaires à réaliser. Il s'agit d'une condition primordiale pour l'amélioration continue du fonctionnement de l'unité d'urgence.

Le projet proposé est de constituer des équipes, dans chaque centre hospitalier, formées de personnes qui sont responsables d'entités liées à l'unité d'urgence et qui sont autorisées à prendre des décisions dans leur secteur d'activité, de manière à assurer l'imputabilité des résultats.

La mise en place de cet outil de coordination continue entre l'unité d'urgence et tous ses partenaires peut contribuer à lever les obstacles à la fluidité des soins. La relation d'influence mutuelle et de confiance peut contribuer à favoriser la compréhension de tous les éléments en jeu. Enfin, l'utilisation des données des systèmes d'information (tableaux de bord) pour représenter la réalité permettra un meilleur partage des solutions.

Le mandat de l'équipe action-support

- Appliquer ou voir à l'application des recommandations portant sur la mise en place du guide de gestion de l'unité d'urgence selon les principes directeurs retenus et le type d'urgence du centre hospitalier;
- Établir le plan d'action annuel du centre pour assurer la mise en œuvre du guide de gestion selon les priorités de l'établissement, et superviser son application;
- Évaluer et suivre la situation de l'unité d'urgence;
- Déceler et évaluer toute situation problématique liée à l'unité d'urgence;
- Apporter les correctifs nécessaires;

- Faire aux instances concernées les recommandations sur les mesures nécessaires;
- S'assurer de la mise en place et de l'application du plan de décongestion;
- Le cas échéant, se constituer en groupe de gestion de crise selon les critères du guide de gestion.

La composition optimale de l'équipe action-support

La composition proposée peut varier selon le plan d'organisation de chaque centre. La liste suivante est à titre indicatif, mais comprend la majorité des acteurs essentiels notamment :

1. L'infirmière-chef de l'unité d'urgence;
2. Le chef du DSMU;
3. Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence et le coordonnateur médical aux admissions;
4. Le chef du département de médecine;
5. Le chef du département de chirurgie;
6. Le chef du département de médecine générale;
7. La directrice des soins infirmiers;
8. Le directeur des services professionnels;
9. Les présidents du CMDP et du CII;
10. Un représentant des CLSC-CHSLD du territoire.

Le responsable de l'équipe est le DSP et il pourra s'adjoindre, pour l'appuyer, d'autres professionnels, comme :

1. Le chef du département de gériatrie;
2. Le chef du département de radiologie;
3. Le chef des laboratoires;
4. Le chef du service des admissions;
5. Le directeur des services hospitaliers;
6. Un responsable du soutien logistique au groupe.

Le rôle des membres

Comme chaque membre est en position d'autorité ou de responsabilité à l'égard du groupe dont il provient, son rôle est d'intervenir selon son niveau de

responsabilité et selon les tâches prévues. Il doit rendre compte des activités des intervenants de son secteur dans le fonctionnement de l'unité d'urgence.

Des membres de l'équipe action-support peuvent constituer un sous-groupe de travail qui doit rendre des comptes à l'équipe. À titre d'exemple, les instances suivantes liées à la gestion de l'unité d'urgence font partie intégrante de l'équipe action-support : équipe de gestion des lits; DSMU; départements médicaux; équipes médicales d'hospitalisation; équipe clientèles; direction du centre; représentants du réseau local.

Chacune des instances du modèle de gestion de l'unité d'urgence – y compris le réseau territorial qui peut être représenté – a au moins un membre qui participe à l'équipe action-support à l'unité d'urgence. Les liens sont donc assurés avec les instances suivantes du modèle de gestion et contribuent à l'unité de décision.

La légitimité

L'appui formel du conseil d'administration et du comité exécutif du CMDP du centre hospitalier est requis, avec des résolutions à cet effet.

Le pouvoir

Les résolutions doivent prévoir que l'équipe action-support a le pouvoir de faire directement des recommandations à la direction générale et au comité exécutif du CMDP. Elles doivent aussi pouvoir convoquer toute personne dont l'expertise ou l'implication est nécessaire au bon fonctionnement de l'unité d'urgence. Évidemment, la mise en place de solutions possibles est liée au degré d'implication des membres de l'équipe action-support.

Le fonctionnement

L'équipe détermine ses règles de fonctionnement relativement aux réunions, au soutien logistique, etc. Ces règles (quorum, convocation, etc.) doivent être les plus souples possible pour éviter tout alourdissement inutile.

Le groupe de travail doit se réunir sur une base régulière, en plus de réunions *ad hoc* lorsqu'il y a une

crise majeure dans l'établissement. Le groupe doit prévoir les crises en fonction des données statistiques antérieures et de l'expérience du milieu.

Liens de l'équipe action-support à l'unité d'urgence

Le volet central du fonctionnement de l'équipe action-support à l'unité d'urgence est la création de liens avec toutes les instances qui peuvent de près ou de loin contribuer à la prestation efficace des services à l'unité d'urgence. L'équipe doit porter une attention particulière aux liens suivants :

Les liens avec la direction du centre hospitalier

Des liens étroits avec la direction de l'hôpital permettent d'assurer le partage clair des orientations, d'assurer l'unité de décision et d'éviter les duplications des actions.

Les liens avec la direction des services professionnels

Le directeur des services professionnels a pour rôle la coordination clinique et est en relation directe avec le chef du DSMU, avec qui la collaboration est donc primordiale.

Les liens avec les chefs de département

Les chefs de département sont responsables, notamment, de coordonner l'activité professionnelle des médecins. Leur collaboration est essentielle.

Les liens avec le comité exécutif du CMDP

Des liens privilégiés sont assurés avec le CMDP par le pouvoir de recommandation que l'équipe action-support à l'unité d'urgence a envers le comité exécutif. Le DSP a évidemment le rôle de favoriser ces liens.

Les liens relatifs à l'accès aux services du centre hospitalier et du réseau

Pour assurer l'accessibilité aux services, les cadres et intervenants responsables des liaisons doivent être en contact avec l'équipe action-support, qui peut également les convoquer pour contribuer à résoudre un problème.

Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence, le coordonnateur médical aux admissions ou son substitut –

dans les plus petits centres, le DSP – et le chef des admissions du centre sont en étroit contact, en plus de participer à l'équipe action-support.

Pour valider et maintenir les liens avec le réseau extra-hospitalier, l'équipe action-support est représentée aux rencontres territoriales. De plus, idéalement, un représentant des CLSC du territoire et des CHSLD est présent aux rencontres de l'équipe.

Les liens avec l'équipe de gestion continue de la qualité (Conseil d'agrément canadien)

Comme la qualité est un principe directeur de premier plan, l'équipe action-support doit être étroitement associée au processus d'amélioration continue de la qualité.

C1 Action-support à l'unité d'urgence

Ⓐ Mettre sur pied une équipe action-support à l'unité d'urgence.

Imputabilié : Le DSP.

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation.

Ⓑ Reconnaître l'équipe action-support à l'unité d'urgence comme groupe de gestion de crise, le cas échéant.

Imputabilié : Le DSP.

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation.

Ⓒ Établir un plan de travail annuel pour l'unité d'urgence.

Imputabilié : Le DSP.

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation.

Ⓓ Mettre en place des modalités visant à assurer les liens de l'équipe action-support avec les instances du centre hospitalier et du réseau local.

Imputabilié : Le DSP.

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation.

GESTION QUOTIDIENNE DES ADMISSIONS ET DES DÉPARTS

Il importe d'éviter de garder le patient à l'urgence en raison d'un manque de lits dans l'unité des soins et d'éviter de réduire indûment les activités normales (par exemple, annuler de façon automatique des chirurgies prévues pour des patients hospitalisés).

La gestion quotidienne des admissions et des départs comporte les éléments suivants :

1. Bilan de la situation de l'urgence, des demandes d'admission et des départs ;
2. Actions pour lever les empêchements aux départs. Ces actions peuvent prévoir des contacts et ententes avec les membres de la famille, la disponibilité d'un salon de départ, etc.
3. Détection des cas de séjours prolongés ;
4. Gestion de l'utilisation des aires de débordement selon les critères du centre ;
5. Diffusion du portrait de la situation quotidienne du centre ;
6. Établissement de politiques et de procédures pour assurer le départ du patient de l'unité d'urgence vers des unités de soins en moins d'une heure après l'attribution du lit. Ces règles et procédures doivent prévoir des mécanismes d'attribution des lits, la disponibilité du personnel d'entretien ménager et des mécanismes de communication entre les infirmières des unités de soins et celles de l'urgence.

Le DSP ou le médecin coordonnateur aux admissions agit comme interlocuteur avec le comité de direction et les chefs de département et contribue à résoudre

toute situation problématique. En cas de conflits, le DSP contribue à leur résolution.

Chaque établissement devrait déterminer la meilleure façon de remplir cette fonction.

Citons quelques exemples d'outils de gestion quotidienne des lits :

- Définition de la congestion de l'urgence ;
- Définition, distribution et identification des aires de lits supplémentaires ;
- Directive à appliquer pour l'ouverture et la fermeture des lits de débordement ;
- Formulaire à l'usage des unités pour consigner les départs prévus et déceler les situations problématiques ;
- Formulaire du service d'admission sur la situation de l'urgence, sur les lits disponibles et sur les admissions demandées ;
- Portrait de la situation des lits, des admissions et des départs pour transmission quotidienne aux partenaires ;
- Grille décisionnelle sur les critères d'utilisation des lits supplémentaires à l'usage de l'équipe, du directeur de garde et des médecins coordonnateurs ;
- Dépliant d'information aux patients sur les différentes aires d'hospitalisation ;
- Protocole pour gérer les demandes de transfert faites par d'autres centres hospitaliers ;
- Mécanisme de gestion des cas de patients dont le départ autorisé est problématique.

C2

Gestion quotidienne des admissions et des départs

RECOMMANDATION

Ⓐ *Mettre en place une politique de gestion quotidienne des départs et admissions.*

Imputabilité : Le DSP et/ou le directeur administratif concerné.

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation.

REVUE DE LA GESTION DE L'UTILISATION DES LITS DU CENTRE HOSPITALIER

Outre l'équipe action-support à l'unité d'urgence, le centre hospitalier doit mettre en place ou consolider l'équipe de gestion de l'utilisation des lits et s'assurer de son bon fonctionnement. Le principe directeur de gestion constante de la situation sous-tend la gestion de l'utilisation des lits en tout temps et inclut le principe lié au respect des missions des autres programmes du centre hospitalier.

La perspective systémique peut facilement nous faire entrevoir l'effet amplificateur sur l'unité d'urgence des délais liés au départ retardé des patients hospitalisés ou la durée excessive des séjours hospitaliers.

C'est pourquoi il faut porter une attention particulière à tous les éléments du processus qui peuvent influencer sur la durée du séjour ou sur le départ du patient hospitalisé par la levée de tout obstacle au bon déroulement de l'épisode de soins et de tout empêchement au départ. La préparation précoce du départ peut contribuer à éviter tout empêchement à son bon déroulement.

Pour atteindre ces objectifs, il faut la collaboration étroite et l'implication de tous les médecins traitants à l'hospitalisation. À cet égard, il faut regrouper les médecins autour d'équipes – à l'occasion d'activités départementales ou non – qui doivent se donner ensemble une vision, un projet, un processus ou des ententes visant à aborder de manière homogène la portion hospitalisation de l'épisode de soins.

Le mandat de l'équipe de revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier

Il s'agit de concevoir un projet commun visant à circonscrire de façon cohérente l'ensemble des activités de l'hospitalisation, notamment :

1. La révision des politiques communes;
2. L'adoption de règles de fonctionnement;
3. La surveillance de la gestion et de la pertinence des séjours;
4. L'adoption de modalités d'implication des professionnels, notamment des pharmaciens de l'étage;

5. L'adoption de modalités d'analyse des données relatives à l'utilisation (DRG, séjours excessifs, etc.).

La composition

La composition proposée peut varier selon le plan d'organisation de chaque centre. La liste suivante est à titre indicatif, mais comprend la majorité des acteurs essentiels :

1. Chefs de département, médecine et chirurgie;
2. DSP;
3. Coordonnateur médical aux admissions;
4. DSI;
5. Personne responsable des données;
6. Directeur du bureau d'admission;
7. Représentant des CLSC.

La responsabilité de l'équipe

Le responsable de l'équipe devrait être décidé par l'établissement.

Les interventions et outils de gestion de l'hospitalisation

1. Politique et directives d'admission, de séjour, de fin de soins aigus et de départ;
2. Critères d'hospitalisation et critères de gestion des lits;
3. Modalités d'utilisation des lits selon les spécialités et consultations des spécialistes dans les aires de débordement;
4. Détermination d'un nombre de lits pour les admissions prioritaires sans passer par l'urgence;
5. Fonctionnement des tournées (heure, modalités) et adoption de règles applicables au moment du changement de médecins traitants;
6. Modalités de consultations auprès des autres spécialités;
7. Modalités d'implication et de communication des équipes médicales avec les autres professionnels;
8. Révision des modalités de transferts automatiques – systématiques – vers les autres professionnels;
9. Modalités d'application liées à la planification précoce du départ;

10. Modalités de participation aux protocoles de suivi systématique;
11. Modalités de suivi de l'utilisation des lits;
12. Adoption de modalités claires d'utilisation des services ambulatoires;
13. Révision avec les partenaires de la procédure visant un délai «0» pour les attentes d'hébergement;
14. Modalités de liaison avec l'équipe d'évaluation gériatrique;
15. Modalités d'utilisation de la feuille sommaire clinique pour transmission rapide au médecin de famille au départ du patient;
16. Étude des réadmissions, des séjours excessifs et des DRG problématiques;
17. Étude de la pertinence des admissions et des durées d'hospitalisation;
18. Étude du potentiel de la chirurgie d'un jour;
19. Étude du potentiel de la chirurgie avec admission le même jour;
20. Fermeture de lits;
21. Étude du potentiel d'utilisation des services à domicile;
22. Adoption de modalités claires de référence aux CLSC;
23. Révision des outils de transmission de l'information.

C3 Revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier

RECOMMANDATION

- (A) **Mettre en place une équipe de revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier selon une approche homogène de l'épisode de soins.**
Imputabilité: Le DSP et le CMDP.
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.
- (B) **Adopter des règles communes de fonctionnement, de l'arrivée au départ du patient, et des règles d'analyse de la gestion des lits.**
Imputabilité: Le DSP et le CMDP.
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

La coordination efficace de soins offerts par une équipe interdisciplinaire organisée permet une meilleure intégration des services. Il est avantageux de faire des regroupements de patients sous forme de programmes lorsque des pathologies complexes exigent une approche concertée entre plusieurs établissements. Chaque patient souffrant d'une affection entraînant des symptômes sévères et persistants peut alors être mieux connu et mieux suivi par un tel réseau.

Ces méthodes de suivi organisées pour améliorer la qualité des soins et assurer une réponse prompte aux besoins de santé sont actuellement mises de l'avant. Chaque patient vulnérable doit en connaître l'existence et doit être capable d'y avoir accès selon les critères prévus. Une équipe de suivi CH-CLSC peut être responsable de cette prise en charge. Les liens entre les différents partenaires pour s'assurer de la continuité des soins doivent être solides et harmonieux.

En lien avec l'unité d'urgence on retrouve les équipes liaison et les programmes clientèles.

Les équipes liaison

L'équipe de liaison a pour mission d'organiser la prise en charge et l'orientation des patients vers les ressources appropriées. On pense notamment aux personnes suivantes :

- Personnes souffrant de multipathologies chroniques;
- Personnes âgées en perte d'autonomie;
- Personnes éprouvant un problème de santé mentale;
- Personnes victimes de violence familiale;
- Personnes souffrant de toxicomanie;
- Personnes aux prises avec des problèmes sociaux;
- Personnes ayant un besoin d'assistance à domicile.

L'intervention de l'équipe de liaison vise à orienter vers des ressources appropriées tout patient dont l'état ne nécessite plus l'accès au plateau technique de centre hospitalier. Lorsqu'une équipe de liaison particulière est présente à l'urgence, le mandat de l'équipe de liaison du centre hospitalier peut concerner exclusivement les patients hospitalisés. Dans les autres milieux, le mandat peut comprendre les éléments suivants :

- Assurer le lien entre l'urgence et les différents programmes du centre hospitalier (ex.: hôpital de jour, médecine de jour, consultation externe).
- Assurer le lien, pour la clientèle, entre l'urgence et les ressources externes de la communauté: médecin traitant et référents, centre de crise, centre de traitement dans la communauté, autres CH, CLSC, maintien à domicile, etc.

L'équipe peut être constituée des membres suivants :

- Un représentant du CLSC;
- Infirmière de liaison en santé physique;
- Infirmière de liaison en santé mentale;
- Infirmière de liaison en gériatrie;
- Travailleur social à l'urgence ou dans les unités.

Les programmes clientèles

Des modèles de coordination de soins ou de services sont actuellement mis en place pour les personnes dont les problèmes de santé sont complexes ou chroniques. Ces modèles, qui s'adressent à des groupes donnés, sont axés sur des activités interdisciplinaires et sont basés sur des objectifs cliniques à atteindre. Ils permettent la prise en charge efficace et rapide du patient affecté. Comme rien n'est laissé au hasard, y compris les critères d'admissibilité au service, la planification du déroulement de l'épisode de soins et la continuité des soins sont mieux assurés et coordonnés.

Ces modèles sont mis en place pour des personnes qui fréquentent davantage l'urgence; pensons notamment aux patients atteints :

- D'insuffisance cardiaque;
- D'une maladie pulmonaire obstructive chronique;
- De problèmes de santé mentale sévères et persistants;
- De perte d'autonomie en gériatrie.

Suivant la situation géographique, d'autres types de clientèles se font plus nombreux, comme les personnes souffrant de toxicomanie ou atteintes du sida. D'autre part, selon la nature des activités d'un centre hospitalier, le développement d'axes d'excellence

comme l'oncologie, la cardiologie, la neurologie, la traumatologie ou la chirurgie orthopédique permet également des approches coordonnées.

Ces modèles doivent prévoir, dans chaque centre où ils sont implantés, l'intégration de leurs activités à celles de l'unité d'urgence, par exemple en ce qui concerne :

- Le dépistage;
- La référence;
- La demande de consultation;
- La prise en charge;
- L'orientation selon les besoins du patient et les critères du programme.

Ce modèle est essentiellement basé sur la présence d'un coordonnateur clinique de suivi systématique, rôle habituellement tenu par une infirmière. Cependant, la composition des équipes varie dans chaque centre selon les besoins et les ressources du milieu et selon les champs d'activités jugés prioritaires.

Pour assurer le fonctionnement de ces modèles coordonnés de soins, des outils particuliers doivent être utilisés par les membres de l'équipe interdisciplinaire :

- Le cheminement clinique, qui inclut le plan d'intervention interdisciplinaire ainsi que l'analyse des écarts par rapport aux résultats attendus;
- La planification du départ;
- L'ordonnance type;
- Les formulaires de demande de soins;
- La note de départ transmise aux partenaires clés;
- Les formulaires électroniques d'orientation vers les centres hospitaliers et les CLSC.

De façon plus particulière, on peut aussi noter l'utilisation des outils suivants :

- Grille de triage spécifique;
- Grille d'évaluation gériatrique (système de mesure d'autonomie fonctionnelle informatisée), psychiatrique, etc.;
- Grille de suivi des personnes en attente d'hébergement, etc.

C4 Liaison et programmes clientèles

(A) Définir les mécanismes d'intervention de la liaison à l'unité d'urgence une fois la clientèle ciblée.

Imputabilité: Le DSI et le DSP.
Catégories d'urgence: Toutes .

(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.

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'unité d'urgence et le responsable des équipes de liaison.
Catégories d'urgence: Toutes.

(C) Prévoir, dans les modèles de coordination des services pour les pathologies complexes, des modalités d'intégration et d'interaction efficaces avec l'unité d'urgence.

Imputabilité: Le coordonnateur de suivi systématique.
Catégories d'urgence: Toutes.

(D) Mettre à contribution le coordonnateur du suivi systématique pour l'implantation des outils requis et pour la formation portant sur ces modèles coordonnés de trajectoire clinique.

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'unité d'urgence.
Catégories d'urgence: Toutes.

(E) Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires.

Imputabilité: Le DSP et la DSI.
Catégories d'urgence: Toutes.

L'unité d'urgence fonctionne d'une façon optimale lorsque son taux d'occupation est inférieur à 80 %.

Un échec des mesures habituelles visant à assurer la fluidité des mouvements à l'unité d'urgence peut amener une occupation plus importante de l'unité. Pour éviter ces situations, ou pour y faire éventuellement face, l'hôpital doit mettre en vigueur le plan de mesures de décongestion.

Il est clair que toutes les mesures habituelles doivent avoir été utilisées au maximum avant que l'on songe à mettre en branle le plan de décongestion. En effet, ces mesures font partie intégrante du processus normal de gestion et ne doivent pas être considérées comme des mesures exceptionnelles à mettre en place à l'occasion d'une congestion. On pense notamment à :

1. Un processus d'investigation et de prise de décision à l'urgence qui respecte les normes ;
2. Une réponse des services diagnostiques et de consultation selon les normes ;
3. Un processus des congés de l'hôpital sans obstacles organisationnels.

Cependant, on peut avoir à mettre en branle un plan de décongestion. Il ne faut pas attendre une crise pour le faire, puisque la seule congestion constitue déjà un échec par rapport au fonctionnement optimal visé.

La définition

Lorsque l'hôpital n'est pas en mesure d'hospitaliser les patients en provenance de l'urgence, **c'est-à-dire lorsque l'urgence est occupée à plus de 90 % de sa capacité en civières**, l'hôpital doit mettre immédiatement en vigueur des mesures de décongestion qui donnent accès immédiatement à des lits. La situation doit être évaluée périodiquement jusqu'à ce qu'elle soit maîtrisée.

Les mesures

Un plan de décongestion doit être établi dans chaque centre hospitalier. Sous la responsabilité du médecin coordonnateur aux admissions, les mesures du plan

de décongestion doivent être mises en branle rapidement et doivent être suivies de près pour en mesurer l'effet sur la congestion de l'urgence.

Les mesures préconisées dans le plan de décongestion consistent, entre autres, à :

1. Aviser les responsables des départements/services de la congestion à l'unité d'urgence ;
2. Augmenter l'accessibilité aux lits d'hospitalisation par l'ouverture de lits supplémentaires, dont l'accès à une unité de débordement, et par l'accélération des congés possibles sur les étages ;
3. S'assurer que l'on accorde la priorité aux tests de laboratoire et à l'imagerie à l'unité d'urgence ;
4. Revoir les admissions électives ;
5. Donner des avis aux ressources extérieures (cliniques, CLSC, CHSLD, régies régionales) afin de permettre de mobiliser ces ressources et de diminuer la pression sur les urgences ;
6. Intensifier les services afin de favoriser le retour des patients dans la communauté.

La décision

La décision d'amorcer le plan de décongestion est prise par le médecin coordonnateur de l'unité d'urgence et le coordonnateur médical aux admissions, ou par leurs supérieurs immédiats, le cas échéant.

La gestion de crise à l'unité d'urgence

L'équipe action-support à l'unité d'urgence se constitue en groupe de gestion de crise :

1. lorsque toutes les mesures habituelles mises en place s'avèrent inefficaces ;
2. et lorsque le plan de décongestion de l'équipe de gestion des lits n'a pas eu le succès escompté.

Le plan de crise a la même importance qu'un plan de mesures d'urgence en cas de sinistre. Une situation de crise touche le centre hospitalier au complet et demande la collaboration de toutes les ressources de l'hôpital et du réseau.

Il n'est pas acceptable de tolérer des patients dans les corridors et ces patients doivent être dirigés vers les unités de soins afin de diminuer la lourdeur à l'urgence pour la diluer à l'intérieur de l'hôpital. La crise à l'urgence est un problème de tout l'hôpital. À ce titre, le nombre de civières au permis à l'unité d'urgence a la même signification qu'un nombre de lits maximum à l'unité coronarienne ou aux soins intensifs. Sa limite ne peut être dépassée compte tenu

de la lourdeur des pathologies présentées à l'unité d'urgence.

Le mandat de l'équipe-support à l'égard de la gestion de crise est de :

1. S'assurer d'établir un plan de crise;
2. Appliquer le plan de crise selon les paramètres retenus.

C5 Plan de décongestion et gestion de crise

RECOMMANDATION

Ⓐ Établir un plan de décongestion pour chaque centre hospitalier.

Imputabilité: L'équipe action-support à l'unité d'urgence.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

Ⓑ Adopter un plan de gestion de crise et des critères de mise en œuvre de ce plan.

Imputabilité: L'équipe action-support à l'unité d'urgence.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

Le rôle du coordonnateur médical est d'agir de façon à assurer un déroulement fluide des soins dans les unités. Le coordonnateur est un médecin gestionnaire des services. Lorsqu'il remplit cette fonction, il favorise l'interaction entre les différents intervenants et s'assure que les soins offerts au patient sont donnés d'une façon optimale et rapide.

Selon l'importance des activités de l'institution, on doit prévoir la présence d'un coordonnateur médical aux admissions. Les fonctions et les rôles des coordonnateurs doivent être adaptés à la lourdeur des activités de l'établissement. Ce rôle essentiel peut être joué par le DSP ou le DSP adjoint.

Le coordonnateur médical aux admissions est nommé par le DSP après consultation des chefs des départements cliniques et de l'exécutif du CMDP. Il assure la coordination entre les admissions, les transferts, les séjours et les congés au centre hospitalier dans le but de favoriser la fluidité des services dans les unités de soins, tout en contribuant à décongestionner l'unité d'urgence. Dans les établissements ayant un coordonnateur médical à l'unité d'urgence, le coordonnateur médical aux admissions a un **rôle exclusif aux unités de soins**. Cependant, une collaboration étroite entre les deux coordonnateurs est essentielle si l'on veut maintenir de hauts niveaux de performance.

Dans la poursuite des objectifs, on doit s'assurer du respect des rôles, pouvoirs et fonctions dévolus aux chefs de département, au CMDP, ainsi qu'aux directions.

Sous l'autorité de la direction des services professionnels, le coordonnateur médical aux admissions doit :

- Participer à l'équipe action-support à l'unité d'urgence;
- Voir à l'application des politiques et procédures relatives à l'admission, à l'hospitalisation et au départ;
- Contribuer à l'évaluation de la pertinence des demandes d'admission;
- Collaborer avec les autres chefs de départements pour assurer une meilleure planification de la gestion des lits au sein de l'hôpital;
- Assurer une représentation aux différents comités de gestion de l'établissement;
- Participer à l'application du plan de décongestion et du plan de crise;
- Soutenir l'équipe médicale d'hospitalisation lorsqu'elle se réunit pour améliorer le déroulement de la portion hospitalière de l'épisode de soins;
- Collaborer avec le médecin traitant, le travailleur social et les autres intervenants pour favoriser le retour et le maintien à domicile des patients hospitalisés;
- Étudier la durée de séjour dans les unités de soins, le délai de réponse à la consultation médicale et du transfert entre les médecins, le retard apporté à l'autorisation du congé médical, et intervenir auprès des médecins concernés pour s'assurer du respect des politiques et des procédures concernant l'hospitalisation des patients dans les unités de soins;
- Favoriser l'utilisation des ressources alternatives à l'hospitalisation (l'unité de médecine de jour, les cabinets privés, les cliniques externes et les CLSC);
- Établir des mécanismes visant à évaluer la pertinence des investigations dans les unités de soins;
- Collaborer avec le DSP pour l'admission de patients en provenance de l'extérieur de l'établissement, pour les transferts, etc.;
- Assurer un suivi continu et s'impliquer, s'il y a lieu, de façon intensive, à tous les dossiers dont la composante sociale est évidente ou anticipée;
- Établir les priorités quant aux admissions et en aviser le DSP;
- Avertir un médecin qui ne s'acquitte pas de ses responsabilités, en tant que membre du CMDP, dans l'application des politiques relatives au DSMU. De plus, il avise le DSP et le chef du département de ce comportement;

- Informer l'exécutif du CMDP de même que le DSP des pratiques perturbant le bon fonctionnement de l'urgence;

- Aviser l'exécutif du CMDP et le DSP des pratiques d'hospitalisation et de durée de séjour inappropriées.

C6 **Coordonnateur médical aux admissions**

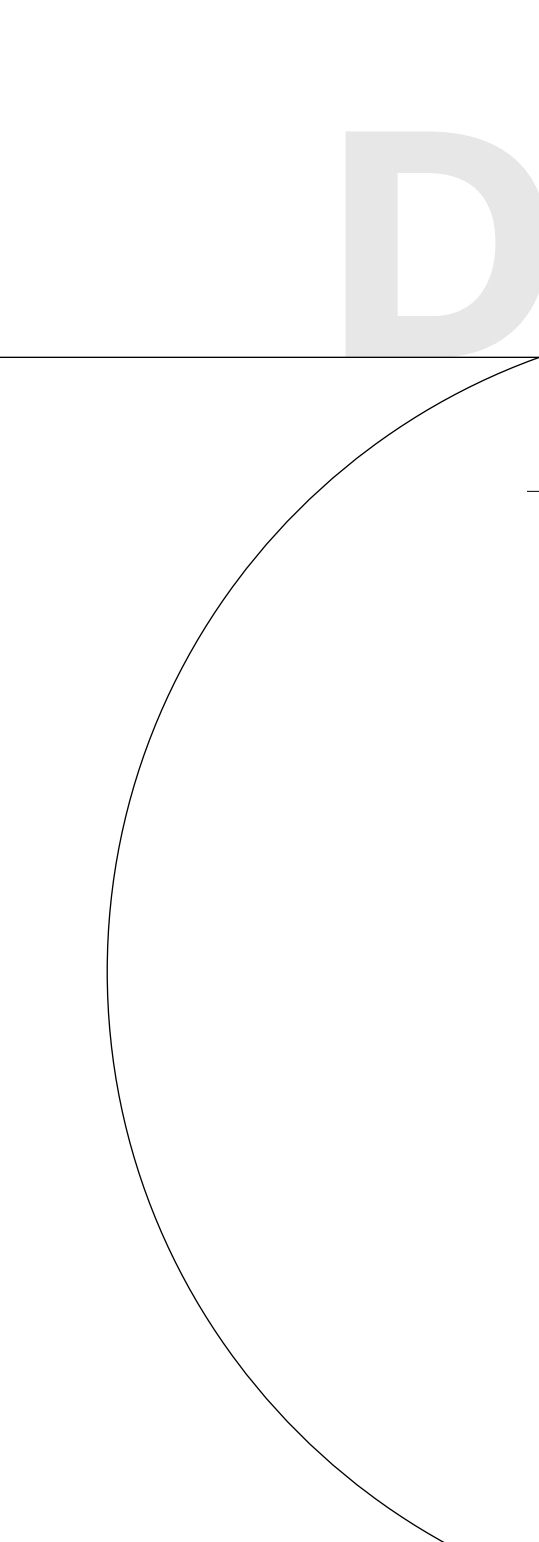
R E C O M M A N D A T I O N

- ① **Nommer un coordonnateur médical aux admissions.**
Imputabilité: Le DSP.
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.
- ② **S'assurer que les fonctions du coordonnateur médical aux admissions sont bien définies et bien remplies.**
Imputabilité: Le DSP.
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.



Réseau territorial

Guide de
gestion de
**L'UNITÉ
D'URGENCE**



Dréseau territorial

■ *Les unités d'urgence sont exposées à une multitude de contingences qui influent sur leur fonctionnement et qui sollicitent le réseau local dans ce qu'il a de plus essentiel: sa capacité à travailler en interrelation. Le centre hospitalier ne peut pas faire face seul à l'ensemble de la situation. Il est nécessaire d'adopter une approche macroscopique pour déterminer les activités à intégrer et à coordonner en faisant intervenir tous les partenaires locaux utiles dans une perspective systémique de réseau.*

Selon cette approche, le patient doit être placé au centre des préoccupations locales et le processus de soins doit répondre aux critères de qualité. Le fonctionnement optimal de l'urgence ne peut être possible que grâce à la participation active de toutes les composantes du réseau.

Le groupe réseau a pour mission de servir d'outil de liaison entre l'unité d'urgence et tous les intervenants du territoire.

Le projet proposé est de constituer pour chaque territoire de centre hospitalier un regroupement de personnes responsables de déterminer les obstacles locaux à la fluidité et à la continuité des soins, et de soutenir la mise en place de toutes solutions appropriées.

Le mandat du groupe réseau consiste à :

1. Trouver des pistes de solution quant aux interactions de l'établissement et des ressources de la communauté qui retardent le congé du patient de l'urgence;
2. Mettre en place la politique nécessaire pour assurer une continuité des soins;
3. Établir les critères d'identification des patients à risque dont l'état nécessite une intervention organisée et coordonnée en amont ou en aval de l'épisode de soins;
4. Établir des mécanismes efficaces de communication et d'échange d'information clinique entre l'unité d'urgence et les partenaires du réseau (CLSC, médecin de famille, autres médecins traitants, CHSLD...);
5. Identifier et élaborer des pistes de solution au regard de l'efficacité de la prise en charge en amont de l'unité d'urgence.

La composition

La raison d'être du groupe réseau est la concertation de tous les partenaires visant l'intégration des activités inter-organisationnelles. Le responsable de ce groupe est l'équipe action-support. La composition proposée peut varier selon le plan d'organisation de chaque centre. La liste suivante est à titre indicatif, mais elle comprend la majorité des acteurs essentiels, notamment :

- Le chef du DSMU;
- L'infirmière-chef de l'unité d'urgence;

- Le responsable de la planification des congés et du suivi de l'unité d'urgence;
- Le travailleur social de l'unité d'urgence;
- Le RSI des CLSC du territoire (devrait s'adjoindre un représentant médical);
- Le RSI ou le DSI des CHSLD du territoire (pourra s'adjoindre un représentant médical);
- Les représentants médical et infirmier des cliniques médicales du territoire (DRMG).

Le groupe réseau pourra s'adjoindre d'autres professionnels, comme :

- Le coordonnateur médical de l'unité d'urgence;
- Le coordonnateur médical aux admissions;
- Le DSP;
- Le DSI;
- Une infirmière clinicienne en gériatrie;
- Une infirmière clinicienne en psychiatrie;
- Un médecin de l'unité d'urgence;
- Une infirmière de l'unité d'urgence;
- Un représentant médical et un représentant infirmier des hôpitaux de réadaptation et de convalescence du territoire;
- Un représentant médical et un représentant infirmier du département de gériatrie;
- Un représentant médical et un représentant infirmier du département de médecine générale;
- Un représentant médical et un représentant infirmier de la régie régionale.

Les réunions

Les réunions se tiennent de façon régulière. L'équipe action-support est responsable de la tenue des réunions. L'ordre du jour est établi en concertation et le déroulement doit permettre la recherche de solutions.

D1 Groupe réseau

- Ⓐ ***Faire rapport au conseil d'administration de l'engagement de l'établissement en faveur de la mise en place d'un réseau de services intégrés entre l'unité d'urgence et les autres partenaires du territoire.***

Imputabilité : Le DSP, le DSI, le RSI, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.
Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation.

- Ⓑ ***Mettre sur pied un groupe réseau territorial devant se pencher sur toutes les questions liées à l'unité d'urgence.***

Imputabilité : L'équipe action-support.
Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation.

Les CLSC

Le centre hospitalier et les CLSC doivent établir entre eux des liens de communication qui soient en mesure d'assurer la coordination et la prestation efficace de services sur le territoire.

Il est important d'accorder la priorité aux interventions auprès des personnes en perte d'autonomie et des personnes atteintes de maladies chroniques qui consultent à répétition. À cet effet, il est très important que le réseau local favorise des modes de fonctionnement permettant en amont comme en aval d'éviter le recours à l'unité d'urgence par ces personnes. Il faut activer la mise en place de trajectoires de soins par les équipes dont il a été question plus haut.

Un modèle de services intégrés met à profit les services à domicile et les services courants qui prennent la relève dès que les patients peuvent se rendre au CLSC, ce qui favorise une meilleure accessibilité aux services de première ligne et, par le fait même, permet à l'unité d'urgence de mieux réaliser sa mission.

Les ressources des CLSC doivent être partagées avec l'unité d'urgence. Par exemple, on peut envisager l'affectation d'une infirmière ou d'un intervenant social d'un CLSC à l'unité d'urgence du centre hospitalier du territoire.

Il faut miser sur des expériences antérieures fructueuses et des modèles efficaces déjà existants, notamment :

- La mise en place d'une équipe interdisciplinaire pour la prise en charge des personnes qui éprouvent des problèmes particuliers : MPOC, victimes d'AVC, personnes ayant des problèmes d'insuffisance cardiaque, personnes atteintes de démence, etc.;
- Les modèles et les expériences efficaces de réseaux intégrés de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, conduisant notamment à la mise en place d'un guichet unique de services;

- Le modèle basé sur l'intervention d'un gestionnaire qui planifie les soins aux personnes âgées ou en perte d'autonomie, qu'il s'agisse des soins offerts dans la communauté, de la détermination des besoins des patients des CHCD ou des liens entre les divers établissements et intervenants (CHCD, CHSLD, cliniques privées, etc.);
- Les modèles de démarches visant à permettre aux intervenants d'urgence de maintenir l'offre de soins pour les problèmes aigus dans les cliniques, les CLSC et les CHSLD;
- Les modèles d'arrimage des divers intervenants de première ligne (cliniques privées, CLSC, urgences, préhospitalier) dans une perspective d'approche client et de continuité des épisodes de soins;
- Le modèle d'intervention auprès des personnes qui ont des problèmes psychiatriques ou des difficultés psychosociales;
- Les mécanismes d'utilisation des ressources du milieu, dont le service d'urgence psychosociale;
- Le système de garde efficace pour les patients en perte d'autonomie à domicile;
- Les plans de soins partagés pour les patients bénéficiant de ressources à l'extérieur des établissements.

Les services Info-Santé CLSC

Le patient peut en tout temps faire appel aux services d'Info-Santé CLSC. Le recours à ce service permet d'aider le patient à utiliser la bonne ressource selon ses besoins dans le but de favoriser une utilisation optimale du réseau sociosanitaire.

En conformité avec les principes directeurs du guide de gestion, le service Info-Santé CLSC doit disposer d'un programme d'amélioration continue de la qualité. Nous devons également insister sur le fait qu'Info-Santé CLSC doit avoir recours à l'expertise médicale dans le processus d'établissement et de mise à jour des protocoles.

Le médecin de famille des cliniques privées et des CLSC

Le médecin de famille en clinique privée ou en CLSC est un maillon essentiel dans la prestation de soins au patient de la communauté. Toute mesure visant la clarification des rôles et des modes de fonctionnement auprès de la clientèle doit être appuyée au regard des éléments suivants :

- La pertinence d'avoir un médecin de famille;
- La disponibilité à l'égard du patient : réseau de services intégrés, horaire de présence en clinique, suppléance en cas d'absence, etc., le tout étant assuré par l'existence d'un répertoire local tenu à jour, connu, supervisé par le DRMG; liste des CLSC et des cliniques privées et heures d'ouverture; liste de garde du réseau de services intégrés;
- Le rôle des services courants des CLSC;
- Les modalités d'utilisation appropriée de l'urgence et des services diagnostiques des centres hospitaliers;
- Des canaux privilégiés qui permettent au médecin en CLSC ou en clinique privée d'avoir accès aux services du centre hospitalier de façon rapide, ce qui évite le recours à l'urgence, lorsque c'est possible. En donnant des indications précises au médecin en cabinet privé et en CLSC quant à l'utilisation des tests diagnostiques et des services spécialisés et quant à l'accès aux consultants, on facilite l'orientation des patients vers le bon service ou département et on évite que les infirmières du service d'urgence aient à remplir les prescriptions des médecins des cliniques environnantes;
- La communication entre le médecin de l'urgence et le médecin de famille. Au moment du départ du patient hospitalisé, des mesures doivent être mises en œuvre afin d'assurer une communication et un échange d'information médicale dans un délai rapide avec le médecin traitant;
- Les liens avec la communauté et les divers professionnels référents.

- Des lignes directrices quant à l'utilisation de l'urgence et au transfert à l'urgence par le médecin de famille (appel des médecins, information clinique, formulation précise du besoin, disponibilité de l'urgence pour recevoir cette information, etc.); une note aux médecins de famille sur les modalités d'utilisation de l'urgence;
- Plan de communication régulière avec les médecins.

Les services ambulanciers préhospitaliers

Le support au réseau préhospitalier fait partie des fonctions de base de l'unité d'urgence. Le domaine préhospitalier doit être perçu comme une extension du travail à l'urgence, puisque plusieurs des patients qui vont consulter à l'urgence sont pris en charge initialement par les intervenants du réseau préhospitalier. Plus le travail de ces derniers est efficace, plus le travail des intervenants de l'unité d'urgence est facilité et plus les patients en bénéficient. À cet égard, on doit s'assurer que l'arrimage entre le préhospitalier et les centres hospitaliers s'effectue convenablement. Le concept de l'hôpital de base doit être abordé dans chaque région afin d'optimiser les ressources matérielles et humaines et maximiser les soins aux patients.

Il faut donc optimiser les soins en réseau préhospitalier et les unités d'urgence doivent se sentir véritablement concernées par cette étape de l'épisode de soins au patient. Les médecins d'urgence doivent s'impliquer à la formation continue et veiller à l'assurance qualité du travail des intervenants en réseau préhospitalier.

L'accueil des intervenants du réseau préhospitalier doit être prompt et courtois, les échanges doivent être professionnels et ils doivent respecter les champs d'expertise de chacun des intervenants. Les intervenants ne doivent pas être retenus ni s'attarder indûment au centre hospitalier en raison de la nécessité pour ceux-ci d'être rapidement disponibles et prêts à répondre à toute nouvelle demande de service sur le territoire. Lorsque la condition du patient le permet, on doit favoriser l'utilisation d'un autre moyen de transport, de même que pour les retours à domicile.



Par ailleurs, au moment de la demande de transfert interétablissement, le personnel de l'établissement demandeur doit juger adéquatement de l'urgence du transfert et transmettre une information juste à la centrale de coordination afin d'assurer une disponibilité optimale des ressources sur le territoire. À cet effet, les transferts urgents doivent être catégorisés urgents et recevoir la réponse appropriée, alors que les autres qui ne le sont pas pourront attendre qu'une ambulance soit libérée sans découvrir le territoire.

Dans un autre registre, le réseau préhospitalier doit établir des mécanismes d'ajustement pour faire face à l'achalandage. Un plan de contingence permettant de dévier les ambulances lorsque les ressources d'un centre hospitalier sont débordées doit être élaboré en mettant à contribution la régie régionale et les établissements concernés.

Les CHSLD et les centres d'accueil privés

L'épisode de soins comprend aussi les mesures alternatives à l'hospitalisation, y compris l'hébergement permanent.

Une fois l'épisode de soins aigus terminé, les différentes instances concernées agissent avec toute la diligence possible pour contribuer à l'atteinte d'un délai «0» pour la clientèle dont l'état nécessite un hébergement. Le rôle des comités d'évaluation et des CHSLD, une fois la décision prise de procéder à un hébergement, est déterminant.

Pour faciliter cette opération, toutes les mesures utiles doivent être mises en œuvre. Il s'agit, notamment, de :

- Favoriser la possibilité d'un placement temporaire dans un territoire où des lits sont disponibles en respectant le choix du patient;
- Réviser les mécanismes d'admission afin qu'ils puissent être utilisés en moins de 24 heures;
- Établir des protocoles d'entente sur la prise en charge en priorité par le CLSC des personnes dont l'épisode de soins aigus est terminé;

- Uniformiser les services d'un territoire à l'autre (heure d'admission des patients, étude des dossiers);
- Ouvrir des lits supplémentaires et des espaces de débordement pour contribuer au succès du plan de décongestion ou au plan de crise, si nécessaire;
- Soutenir les services dans les CHSLD, hébergement privé, etc., par une couverture professionnelle (médecin, infirmière, pharmacien) et par un plateau technique minimal (ECG, pompes volumétriques);
- Faire des ententes entre les centres hospitaliers et les CHSLD pour éviter le transfert inutile à l'unité d'urgence et pour faciliter l'accès aux services diagnostiques du centre hospitalier, le cas échéant.

Les réseaux sociaux et communautaires

En plus d'assumer ses fonctions de prestation de soins, l'unité d'urgence assume un rôle social et communautaire en partenariat avec les CLSC les CPEJ et les autres établissements du réseau.

L'unité d'urgence est un filet de sécurité sociosanitaire. S'il y a lieu, le personnel doit prendre les mesures nécessaires pour que soient prises en charge des problématiques sociale ou communautaire et, par la suite, recourir au CLSC, au CPEJ ou à un autre établissement afin d'assurer la continuité des services. Qu'il s'agisse du dépistage de la violence conjugale, du dépistage des enfants victimes de négligence ou de violence, du déclenchement d'une intervention sociosanitaire dans un secteur où l'on a décelé une problématique spécifique ou de l'orientation d'une personne âgée vers une clinique de vaccination, le rôle du personnel de l'unité d'urgence est complémentaire de celui du personnel des établissements du réseau de la santé.

Les unités d'urgence, par l'intermédiaire de leurs travailleurs sociaux ou infirmières de liaison, doivent tisser des liens fonctionnels avec les réseaux sociaux et communautaires afin que la prise en charge de ces personnes puisse se faire de façon rapide et optimale.

Les réseaux des centres hospitaliers tertiaires

L'épisode de soins peut comprendre l'utilisation de services tertiaires régionaux ou suprarégionaux. On peut diriger des patients dans des centres tertiaires, notamment en cardiologie, neurochirurgie ou traumatologie.

Pour harmoniser le fonctionnement de ces activités et pour assurer un déroulement optimal de l'épisode de soins, des liens doivent être établis entre les centres d'orientation et les centres utilisateurs.

Les centres d'orientation devront à cet égard faire des rencontres avec tous leurs centres référents pour mettre en place des ententes sur les différentes modalités d'orientation, pour fournir l'information sur les protocoles nécessaires à la prise en charge et pour assurer le fonctionnement des mécanismes de retour dans la région d'origine une fois la portion tertiaire de l'épisode de soins terminée.

La direction de la santé publique

La direction de la santé publique établit des liens fonctionnels avec les unités d'urgence de son territoire, particulièrement en ce qui concerne les MADO, les épidémies, les intoxications industrielles, les empoisonnements, etc.

La régie régionale

Les régies régionales de la santé et des services sociaux ont un rôle de premier plan à jouer dans la détermination des besoins de la population, la planification de l'organisation et la coordination des services dans leur région. La loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2) spécifie que les régies régionales doivent établir les plans d'organisation de services de leur territoire et évaluer l'efficacité des services (art.340, ali.3). Quant aux urgences, la loi est très précise (art.359) : les régies régionales doivent assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins en s'assurant notamment que des normes de fonctionnement adéquat des services d'urgence sont adoptées par les établissements qu'opèrent une urgence (alinéa 2), et en s'assurant que les établissements adoptent et appliquent, en ce qui concerne

l'utilisation des lits, des normes conformes aux exigences d'une répartition adéquate des cas d'urgence.

Ainsi, il importe qu'une démarche structurante réunissant l'ensemble des acteurs concernés soit mise de l'avant dans les régions.

Conformément aux priorités ministérielles relatives aux services d'urgence, à savoir l'accroissement de l'accessibilité aux services d'urgence et la diminution des délais d'attente, des objectifs ont été signifiés aux régies régionales dans le cadre des ententes de gestion. Rappelons que les ententes de gestion découlent des contrats de performance et d'imputabilité signés entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et les présidents de chaque régie régionale. Elles sont en vigueur au moment de la publication de ce guide. Elles pourront certes être revues et modifiées dans le temps.

Les régies régionales doivent préparer un plan d'action régional d'organisation des services d'urgence. À cette fin, le MSSS a préparé un guide de présentation de ce plan. Ce plan doit inclure :

- Les objectifs régionaux, qui doivent préciser les résultats attendus, les mesures concrètes envisagées, les échéanciers et la dynamique régionale face à la mise en place d'éléments de résolution de problèmes dans tous les secteurs d'activités qui peuvent influencer l'achalandage et la gestion des urgences ;
- Des mesures touchant les clientèles spécifiques ;
- Des mesures touchant l'organisation des services et les relations interétablissements ;
- Les plans d'action des établissements ; le présent guide en précisera les modalités ;
- Les mécanismes d'intégration des services ;
- Les mécanismes régionaux de coordination et de suivi.

Le Centre de coordination nationale des urgences, sous la responsabilité de la Direction générale des affaires médicales et universitaires du ministère de la

Santé et des Services sociaux, travaillera en étroite collaboration avec les directions concernées du MSSS afin de surveiller l'implantation et le suivi des plans d'action régionaux d'organisation des services

d'urgence dans les régies régionales. Les modalités de suivi des plans seront déterminées de concert avec les régies régionales.

D2 Partenaires du groupe réseau

- Ⓐ ***Établir, avec tous les partenaires du groupe réseau, les modalités de coopération et de fonctionnement au regard des modèles et actions proposés.***

Imputabilité: Le DSP, le DSI, le directeur du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

- Ⓑ ***S'assurer que la conception et la mise à jour des protocoles d'Info-Santé CLSC sont faites en étroite collaboration avec les experts en médecine d'urgence.***

Imputabilité: Le comité directeur d'Info-Santé CLSC, le CMQ et l'OIIQ.

- Ⓒ ***Consolider la mise en place de mécanismes facilitant l'accès aux médecins de famille.***

Imputabilité: Le MSSS et la FMOQ.

- Ⓓ ***S'assurer de la mise en place des plans d'action régionaux d'organisation des services d'urgence.***

Imputabilité: le Centre de coordination nationale des urgences du MSSS.

Les mesures

Chaque établissement du réseau doit avoir accès aux services offerts par les unités d'urgence en fonction des politiques régionales de transfert et selon les normes établies par le Collège des médecins du Québec.

En contrepartie, les établissements (CHSGS, CHSLD, CLSC) ou organisations du réseau (foyers privés, centres d'accueil, cliniques médicales) doivent consolider ensemble les mesures suivantes : limiter le recours à l'urgence par les patients qui disposent d'autres solutions et rendre opérationnels les plans d'action qui permettent en temps réel (ce qui suppose un lien d'information entre les urgences et le réseau) de concrétiser les mesures pour désengorger l'urgence de leur territoire, le cas échéant.

Lorsqu'une mesure est retenue, les partenaires doivent décider s'il est indiqué de consolider et de formaliser les activités prévues par des ententes inter-établissements ou interorganisations. À titre d'exemple, les mesures suivantes peuvent être encadrées par une entente :

- Définition des rôles et des responsabilités des praticiens de première ligne, pouvant inclure des systèmes de garde continue pour les patients;
- Modalités de transfert de patients dans les cliniques médicales et les CLSC;
- Mise en place d'outils fonctionnels permettant, sur une large plage horaire, la communication de l'information clinique comme le résumé de la visite à l'urgence et le résumé de l'hospitalisation;
- Modalité de coordination des épisodes de soins afin d'assurer un suivi optimal et une meilleure utilisation des ressources, en particulier par la mise au point de protocoles cliniques conjoints;
- Présence physique de représentants des CLSC au sein des hôpitaux;
- Entente assurant à l'urgence et au réseau de soins de la communauté un accès suffisant au plateau d'investigation rehaussé et aux consultations

spécialisées, et mise en place des protocoles communs d'utilisation des ressources;

- Établissement de liens avec les groupes communautaires locaux dans le respect de leur autonomie;
- Protocoles d'entente avec les services de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, avec l'urgence psychosociale, les services ambulatoires, les CHSLD, etc.;
- Protocole d'entente avec la sécurité publique;
- Protocole d'entente entre les médecins sur le territoire et le département de psychiatrie.

Pour donner suite au Forum sur les urgences, les ententes devraient viser prioritairement les clientèles suivantes :

- MPOC;
- Insuffisance cardiaque;
- PAPA et santé mentale.

Les ententes formelles

Les ententes formelles doivent être coordonnées sur chaque territoire, sous le leadership du centre hospitalier, et sous la supervision de la régie régionale, qui verra à soutenir les mécanismes pertinents nécessaires dans le réseau. L'équipe action-support, par des rencontres régulières, particulièrement en prévision des pointes et en période de crise, sera mise à contribution. De plus, la collaboration des intervenants est essentielle, notamment en ce qui concerne :

- La participation des professionnels du territoire à la conception ou à la validation des ententes;
- La responsabilisation des coordonnateurs médicaux hospitaliers dans la mise en œuvre des ententes.

Les activités particulières

Il est important, dans le futur, que le réseau évalue la pertinence d'établir des liens entre ses membres afin que certaines urgences jouent un rôle de consultation, soit par télémedecine ou autrement. Une interpénétration des expertises devrait maximiser l'efficacité de l'ensemble des interventions.

D3 Ententes**Ⓐ Conclure des ententes qui structurent les activités de coopération entre les établissements.**

Imputabilité: Les DG des différents établissements.

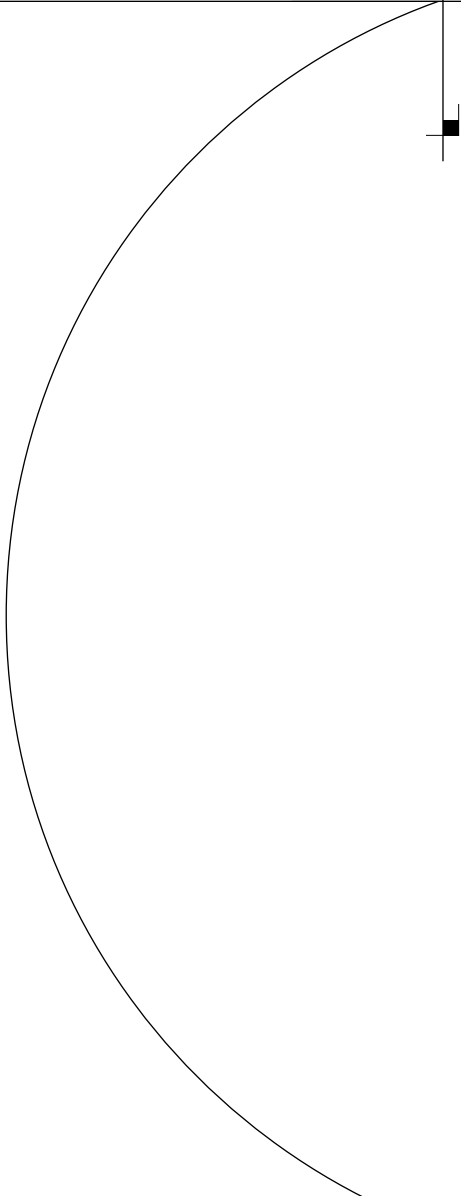
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.



Système d'information

Guide de
gestion de
**L'UNITÉ
D'URGENCE**

E système d'information



Les technologies de l'information permettent d'accroître considérablement la productivité et l'efficacité des opérations à l'urgence, tout en réduisant les risques d'erreurs dans le traitement clinique et la diffusion de renseignements clinico-administratifs. L'expérience démontre que les technologies de l'information peuvent aider à résoudre des problèmes et à prendre des décisions en fournissant des données pertinentes, lorsqu'il le faut, et ce, dans un format approprié.

Ces technologies permettent de recréer la dimension clinique de l'utilisation des ressources. Et bien qu'elles n'en soient encore qu'à leurs premiers pas dans le domaine de la santé, il est certain qu'en donnant accès à des données valides, mises à jour localement, elles vont modifier notre culture de gestion.

Informatisation de l'unité d'urgence

La gestion de l'information représente une activité cruciale pour le bon fonctionnement de l'urgence. Elle ne peut s'effectuer que par l'entremise d'un système informatisé fiable et qui répond aux attentes des utilisateurs du système. L'uniformité des bases de données est devenue essentielle afin d'évaluer adéquatement le volume d'activités et la performance. Il s'agit de la seule façon de comparer sa performance avec celle d'autres institutions. La tenue des registres doit être identique, et pour ce faire, des lignes directrices sont tracées de façon stricte afin de ne laisser aucune place à l'interprétation. C'est par l'entremise d'un système informatisé que les gestionnaires de l'urgence peuvent obtenir en temps réel la situation de l'urgence. L'acquisition des données pertinentes aiguille le gestionnaire vers la reconnaissance des problèmes, lui permet d'en mesurer l'importance et de constater le niveau de changement à la suite des mesures correctrices apportées. L'analyse des données permet ainsi de déceler les maillons faibles et de diriger les énergies au bon endroit afin d'améliorer la performance.

L'informatisation de l'urgence comporte plusieurs aspects :

1. La gestion de l'information en temps réel, qui a comme but de faciliter la gestion quotidienne de l'unité d'urgence;
2. L'extraction de l'information, qui aide l'administration à déterminer les besoins et les problématiques sur lesquels on doit agir afin de maintenir les objectifs de saine gestion et de performance optimale;
3. La comparaison des performances, qui peut se faire entre différents centres hospitaliers selon leur catégorie;
4. La gestion de la qualité par l'informatisation des éléments cliniques de travail;
5. L'avantage de pouvoir aborder les questions problématiques à partir de données objectives;
6. L'analyse des ressources nécessaires à l'urgence.

Il est essentiel que toutes les urgences, dans toute la province, soient informatisées de façon optimale dans le plus court délai possible. Le système idéal n'existe pas et les unités d'urgence doivent s'assurer que les systèmes de gestion des données répondent à certains critères minimaux. Parmi ces critères, on retrouve :

1. La capacité de conserver les données pertinentes acquises antérieurement;
2. La capacité d'utiliser des bases de données comparables et utilisables dans tout le réseau;
3. Un mode simple d'extraction des données pertinentes;
4. La capacité de générer les rapports essentiels à la description des multiples facteurs affectant le fonctionnement de l'urgence;
5. La capacité de s'arrimer avec le reste de l'hôpital par une interface fiable et fonctionnelle (on pense aux liens avec les laboratoires, l'admission, etc.);
6. La possibilité de suivre le patient dans l'institution;
7. La capacité d'obtenir les données de base que sont les requêtes-résultats, le transfert du plan de soins, les liens avec les pharmacies communautaires, etc.



L'utilisation des données en provenance d'un système informatisé nécessite un concept de base qui assure que les données saisies sont justes et fiables. Ce sont les personnes qui utilisent le système qui déterminent son rendement éventuel. La réussite de l'analyse dépend donc des éléments suivants :

- **Le personnel infirmier et médical de l'urgence n'a pas le temps d'effectuer la saisie des données;** ces personnes doivent se concentrer sur les soins aux patients. Dans ce contexte, le succès d'une telle entreprise repose sur l'ajout de commis affectés à la saisie de toutes les données informatisées;
- Il faut s'assurer de l'exactitude et de la fiabilité des données. Cette responsabilité incombe au gestionnaire infirmier de l'urgence ainsi qu'au chef de l'unité d'urgence;
- Il est important de disposer des données en temps réel. Les analyses doivent être disponibles rapidement et représenter une vision immédiate de la salle d'urgence.

Tout en tenant compte de la nature particulière de l'unité d'urgence, il faut garder à l'esprit que la nature systémique de la gestion de l'unité d'urgence exige une vision commune dans le développement des systèmes d'information. L'évolution technologique, le vieillissement de la population, les réseaux intégrés de soins, la complexité clinique, les pressions du public sur la demande de soins, tout cela nécessite un volume élevé de données de nature clinique aussi bien qu'administrative. Simultanément, cette information ne peut être traitée en silo. Elle doit avoir une perspective clinique calquée sur la notion d'épisode de soins. L'information doit être « transportable » du point A au point B.

Le tableau de bord des indicateurs de performance

Le CECCNU propose une banque d'indicateurs essentiels à la saine gestion de l'unité d'urgence. Plusieurs de ces indicateurs sont disponibles au registre; certains autres ne sont pas disponibles mais sont considérés comme essentiels à l'évaluation optimale de l'unité d'urgence. Le comité d'experts désire rappeler la norme pour certains indicateurs. Les marqueurs sont répartis en trois sections : performance de l'urgence, performance de l'hôpital et performance du système.

I PERFORMANCE DE L'URGENCE : MARQUEURS

	<i>Donnée disponible au registre</i>	<i>Donnée calculée au registre</i>	<i>Donnée nouvelle à obtenir</i>
A) Lourdeur et évolution de la clientèle			
1. Nombre total de visites à l'urgence			X
a) Pourcentage de changement par rapport aux 5 dernières années pour les mêmes périodes			X
2. Nombre de visites – patients sur civière	X		
a) Pourcentage de changement par rapport aux 5 dernières années pour les mêmes périodes		X	
3. Nombre de visites – patients sur civière 65-74 ans	X		
a) Pourcentage de changement par rapport aux 5 dernières années pour les mêmes périodes		X	
4. Nombre de visites – patients sur civière > 75 ans	X		
a) Pourcentage de changement par rapport aux 5 dernières années pour les mêmes périodes		X	
5. Nombre d'ambulances	X		
a) Pourcentage de changement par rapport aux 5 dernières années pour les mêmes périodes		X	
B) Disponibilité en civières			
1. Capacité selon les normes			X (Guide)
2. Capacité actuelle	X		
3. Écart capacité normes/actuelle			X
C) Performance de l'urgence			
1. DMS ¹ de tous les patients sur civière	X		
2. DMS des patients hospitalisés (12 h)	X		
3. DMS patients non hospitalisés (8 h)	X		
4. DMS patients non hospitalisés et sans consultation		X	
N.B.: Le registre nous donne actuellement le séjour moyen sans consultation qui inclut les patients hospitalisés et non hospitalisés.			
5. DMS patients non hospitalisés et avec consultation		X	
6. DMS santé mentale	X		
7. DMS patients hospitalisés de l'arrivée à la demande de la première consultation (TA-TC)			X (TC)
8. Pourcentage séjours > 24 h (tolérance 0)	X		
9. Pourcentage séjours > 48 h (tolérance 0)	X		
10. Taux d'occupation à 0 h (80 %)	X		
11. Taux d'occupation à 8 h (80 %)	X		

1. Durée moyenne de séjour

	<i>Donnée disponible au registre</i>	<i>Donnée calculée au registre</i>	<i>Donnée nouvelle à obtenir</i>
12. Taux d'occupation à 16 h (80 %)	x		
13. Personnes-jours corridors (tolérance 0)	x		
D) Impact sur l'hôpital			
1. Nombre total de consultations		x	
2. Nombre de consultations par spécialité		x	
3. Pourcentage de patients avec au moins une consultation		x	
4. Nombre moyen de consultations par patient		x	
5. Pourcentage de patients avec consultation qui sont hospitalisés		x	
6. Pourcentage de patients avec consultation qui ne sont pas hospitalisés		x	
N.B.: Le registre donne le nombre de patients avec consultation non hospitalisés.			
7. Nombre d'hospitalisations	x		
8. Pourcentage d'hospitalisations par rapport au nombre de patients sur civière		x	
E) Patients ambulatoires			
1. Nombre de visites de patients ambulatoires		x	
2. DMS des patients ambulatoires		x	
F) Triage			
1. Durée d'attente avant le triage			x
2. Durée du triage			x
3. Classes de priorités attribuées en rapport avec le diagnostic ou l'évaluation du patient			x
4. Pourcentage d'admissions en fonction de la classe de priorité			x
5. Délais constatés en relation avec la classe de priorité			x
G) Qualité			
1. Pourcentage de retours en dedans de 3 jours (évitables et non évitables)			x
2. Pourcentage de retours en dedans de 3 jours, patients hospitalisés			x
3. Pourcentage de retours en dedans de 7 jours (évitables et non évitables)			x
4. Pourcentage de retours en dedans de 7 jours, patients hospitalisés			x

	<i>Donnée disponible au registre</i>	<i>Donnée calculée au registre</i>	<i>Donnée nouvelle à obtenir</i>
1. Délai moyen : de demande de consultation à demande d'hospitalisation (TC-TDH) (2 h)			X (TC)
2. Délai moyen : de demande d'hospitalisation à assignation d'un lit (TDH-TAL) (1 h)			X (TAL)
3. Délai moyen de assignation d'un lit au départ (TAL – TD) (1 h)			X (TAL)
4. Délai moyen : de consultation à départ pour les patients non hospitalisés (TC-TD)			X (TC)
5. Délai moyen : de réponse verbale à consultation (TC-TRV)			X (TC) X (TRV)
6. Délai : examen de radiologie simple (1 h)			X
7. Délai : examen de radiologie avancé (CT scan, échographie...)			X
8. Délai : examen de laboratoire (1 h)			X
9. Pourcentage des patients sur civière > 75 ans déclarés en hébergement			X
10. DMS DRG typiques en médecine avec écart par rapport au premier tertile			X
11. DMS DRG typiques en chirurgie avec écart par rapport au premier tertile			X
12. DMS DRG typiques en psychiatrie avec écart par rapport au premier tertile			X
13. Pourcentage de chirurgies d'un jour			X
14. Pourcentage de chirurgies avec admission le même jour			X
15. Pourcentage d'admissions provenant de l'urgence			X
16. Pourcentage d'admissions électives			X
17. Nombre de lits fermés			X
18. Distribution des lits médecine/chirurgie (nombre et %)			X
19. Nombre de lits de gériatrie active			X
20. Nombre de lits de psychiatrie			
21. Pourcentage de patients retournant à l'urgence en dedans de 3 jours (évitable et inévitable)			X
22. Pourcentage de patients retournant à l'urgence en dedans de 3 jours et qui sont réhospitalisés			X
23. Pourcentage de patients retournant à l'urgence en dedans de 7 jours (évitable et inévitable)			X
24. Pourcentage de patients retournant à l'urgence en dedans de 7 jours et qui sont réhospitalisés			X
25. Pourcentage de réhospitalisations directes en dedans de 3 jours			X
26. Pourcentage de réhospitalisations directes en dedans de 7 jours			X

III PERFORMANCE DU SYSTÈME : MARQUEURS

	<i>Donnée disponible au registre</i>	<i>Donnée calculée au registre</i>	<i>Donnée nouvelle à obtenir</i>
1. Nombre de patients chroniques dans lits de soins aigus			X
2. Nombre de patients en attente de convalescence/réadaptation dans lits de soins aigus			X
3. Nombre de patients en attente de soins à domicile dans lits de soins aigus			X
4. Déficit, civières à l'urgence par rapport aux normes			X

E Système d'information

(A) Se doter d'un système d'information des données répondant aux critères mentionnés plus haut.

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

(B) S'assurer de la fiabilité de la collecte des données.

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

(C) Établir un tableau de bord des indicateurs de fonctionnement et de performance.

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.



Grille de conciliation et de suivi des recommandations proposées par le guide

Guide de
gestion de
**L'UNITÉ
D'URGENCE**

grille de conciliation et de
suivi des recommandations
proposées par le guide



GRILLE DE CONCILIATION ET DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS PROPOSÉES PAR LE GUIDE

RECOMMANDATION	A1 Généralités	Réalisée
	Ⓐ <i>S'inspirer du Guide de gestion de l'unité d'urgence pour établir ou adapter les politiques de l'établissement en cette matière.</i> Imputabilité: Le directeur général de l'établissement Catégories d'urgence: Toutes	
RECOMMANDATION	A2 Principes directeurs et modèle de gestion de l'unité d'urgence	Réalisée
	Ⓐ <i>Adopter les principes directeurs dans toutes les instances du centre et du territoire.</i> Imputabilité: Le directeur général de l'établissement Catégories d'urgence: Toutes Ⓑ <i>Adopter un modèle de gestion de l'unité d'urgence.</i> Imputabilité: Le directeur général de l'établissement Catégories d'urgence: Toute	
RECOMMANDATION	B1.1 Clientèles	Réalisée
	Ⓐ <i>À partir des données des systèmes d'information, faire connaître les clientèles qui se présentent à l'unité d'urgence et l'évolution de leurs particularités.</i> Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes	

	B1.2 Mission de l'unité d'urgence	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ Adopter la définition de la mission de l'unité d'urgence et s'assurer de l'engagement des directions et des conseils professionnels à prioriser l'unité d'urgence au sein de l'établissement. Imputabilité: Le président du CA et le DG de l'établissement Catégories d'urgence: Toutes Ⓑ Faire connaître la mission de l'unité d'urgence à la population et aux partenaires. Imputabilité: MSSS Catégories d'urgence: Toutes Ⓒ Appliquer la mission retenue par le MSSS et adoptée par le CA pour l'unité d'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes	

	B1.3 Code d'éthique	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ Adopter et appliquer un code d'éthique pour les professionnels et le personnel qui travaillent à l'unité d'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence dans son application. Le responsable du code d'éthique dans l'établissement et le CA dans son adoption. Catégories d'urgence: Toutes.	

B2.1	Accès à l'unité d'urgence	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ Mettre en place une signalisation claire sur l'emplacement de l'unité d'urgence. Imputabilité: Le gestionnaire responsable de la sécurité Catégories d'urgence: Toutes Ⓑ Prévoir des mesures de sécurité et des procédures claires d'aide à la clientèle. Imputabilité: Le gestionnaire responsable de la sécurité, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes Ⓒ Prévoir une procédure claire pour les situations où une personne autre qu'un patient du centre est victime d'un accident ou d'un malaise. Imputabilité: Le DSP ou le directeur administratif concerné Catégories d'urgence: Toutes	

B2.2	Le triage	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ S'assurer que le triage est effectué par une infirmière avant l'inscription. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes Ⓑ Implanter l'échelle de triage ETG. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes Ⓒ Établir des protocoles et prévoir des mécanismes d'accès aux soins et services. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes Ⓓ Évaluer de façon continue le processus du triage. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes	

B2.3	Critères d'installation des patients sur une civière	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ Utiliser les critères recommandés quant à l'installation des patients sur une civière. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation Ⓑ Établir des mécanismes d'évaluation de façon à assurer que les critères mentionnés plus haut sont respectés. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation	

B2.4	Critères d'installation des patients dans la salle de choc	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ Adopter des critères pour une utilisation optimale de la salle de choc. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes Ⓑ Tenir un registre d'utilisation et évaluer l'utilisation de la salle de choc. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes Ⓒ Implanter un programme d'évaluation de la qualité des interventions effectuées dans la salle de choc. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes	

B2.5	Monitoring à l'unité d'urgence	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ Établir des règles d'utilisation du monitoring à l'unité d'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation	

B2.6 Prise en charge médicale du patient à l'unité d'urgence

Réalisée

- Ⓐ **Faire en sorte que le personnel de l'unité d'urgence possède l'expertise requise pour répondre aux demandes de soins urgents de toutes les clientèles, y compris les catégories de clientèles que l'on retrouve peu fréquemment dans l'établissement.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence: Toutes

- Ⓑ **Adopter les consignes du guide d'exercice du Collège des médecins du Québec en ce qui concerne la prise en charge médicale.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et le CMDP

Catégories d'urgence: Toutes

- Ⓒ **S'assurer que l'unité d'urgence ne devienne pas un lieu où les patients sont mis en observation prolongée.**

Imputabilité: Le chef du DSMU, en collaboration avec le coordonnateur médical de l'unité d'urgence et/ou le DSP

Catégories d'urgence: Toutes

- Ⓓ **Mettre au point ou adapter des outils de dépistage ou d'évaluation de problématiques particulières.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence: Toutes

- Ⓔ **Établir des règles pour s'assurer que les consultations émanant de l'urgence soient appropriées. Mettre au point un mécanisme de surveillance.**

Imputabilité: Le chef du DSMU, le DSP et le CMPD

Catégories d'urgence: Toutes

- Ⓕ **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. Mettre au point un mécanisme de surveillance des temps de consultation.**

Imputabilité: Le chef du DSMU, le DSP et le CMPD

Catégories d'urgence: Toutes

- Ⓖ **Élaborer les règles et protocoles visant à éviter les admissions inappropriées de l'unité d'urgence. Établir un mécanisme de surveillance des admissions inappropriées de l'unité d'urgence.**

Imputabilité: Le chef du DSMU, le DSP et le CMPD

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation

- Ⓗ **Adopter des règles relatives aux demandes de consultation provenant de l'extérieur de l'urgence et en assurer la diffusion auprès des membres du CMDP de l'établissement et des médecins du territoire.**

Imputabilité: Le chef du DSMU, les chefs des départements cliniques, le CMDP et le DSP

Catégories d'urgence: Toutes

suite page suivante



RECOMMANDEATION	suite B2.6 Prise en charge médicale du patient à l'unité d'urgence ① Adopter, pour les patients présents à l'unité d'urgence, des règles relatives au transfert entre les médecins de l'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU Catégories d'urgence: Toutes ② Adopter des règles relatives au processus d'admission dans l'établissement. Imputabilité: Le DSP, la DSI et/ou le directeur administratif concerné Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation ③ Mettre en place des procédures claires visant à établir et à identifier le médecin et l'infirmière responsables de chaque patient présent à l'unité d'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence et le DSP. Catégories d'urgence: Toutes.	Réalisée
-----------------	---	---

B2.7 Les examens diagnostiques à l'unité d'urgence

Réalisée

- ① **Accorder la priorité aux demandes urgentes d'examens en provenance de l'unité d'urgence.**
Imputabilité: Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires
Catégories d'urgence: Toutes
- ② **Faire en sorte que les analyses de laboratoire et les radiographies simples urgentes demandées à l'urgence soient effectuées dans un délai d'une heure.**
Imputabilité: Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires
Catégories d'urgence: Toutes
- ③ **Prévoir pour l'unité d'urgence l'accès à des plages horaires prioritaires pour les services d'imagerie médicale avancée et de médecine nucléaire.**
Imputabilité: Le DSP et les chefs des départements de radiologie et de médecine nucléaire
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation
- ④ **Prévoir un mécanisme d'évaluation de la pertinence des examens de laboratoire et d'imagerie médicale.**
Imputabilité: Le chef du DSMU
Catégories d'urgence: Toutes
- ⑤ **Établir un mécanisme adéquat de réponse advenant une demande accrue en examens diagnostiques.**
Imputabilité: Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires
Catégories d'urgence: Toutes

B2.8 Planification du départ du patient de l'unité d'urgence

Réalisée

RECOMMANDATION

- Ⓐ **Établir une procédure de réévaluation des patients sur civière.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et/ou le coordonnateur médical de l'unité d'urgence et/ou le DSP et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation
- Ⓑ **Établir et adopter des critères pour libérer un patient de l'unité d'urgence.**
Imputabilité : Le chef du DSMU
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓒ **Concevoir un guide sur les modalités de planification et de préparation du départ de l'unité d'urgence et s'assurer de l'implication du patient lui-même, du personnel de l'unité d'urgence et des partenaires du réseau, le cas échéant.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

B2.9 Les transferts inter-établissements

Réalisée

RECOMMANDATION

- Ⓐ **Adopter des règles relatives aux transferts de l'unité d'urgence vers d'autres établissements.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et le DSP, en collaboration avec les responsables médicaux et les DSP des centres de destination.
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓑ **Adopter des règles de disponibilité des escortes.**
Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes
- Ⓒ **Adopter des directives sur les transferts avec escorte médicale ou non médicale.**
Imputabilité : Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le CMDP
Catégories d'urgence : Toutes

RECOMMANDATION	B2.10 La famille et les visiteurs à l'unité d'urgence	Réalisée
	Ⓐ Établir des règles de visite et des mécanismes de contrôle des visiteurs à l'unité d'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence et le responsable de la sécurité et/ou des communications Catégories d'urgence : Toutes Ⓑ Établir des procédures sur l'information à donner aux proches. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes Ⓒ Désigner une ou des personnes responsables du soutien aux familles en état de choc. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes	
RECOMMANDATION	B2.11 Transmission de l'information clinique	Réalisée
	Ⓐ Appliquer des modalités de transfert de l'information clinique au médecin de famille et aux autres intervenants lorsque cela est nécessaire. Imputabilité: Les cliniciens sont responsables de la transmission de l'information. Les directeurs concernés sont responsables de la disponibilité des outils de transmission de l'information. Catégories d'urgence: Toutes	
RECOMMANDATION	B2.12 Le suivi des patients de l'unité d'urgence	Réalisée
	Ⓐ Établir des règles d'utilisation des locaux de l'unité d'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes	

	B2.13 Le suivi des résultats anormaux	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ <i>Mettre au point et appliquer des mécanismes de gestion des résultats anormaux d'examens, incluant des procédures de rappel téléphonique.</i> Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, les responsables médicaux des services diagnostiques, le DSP et le CMDP Catégories d'urgence: Toutes	

	B2.14 Cogestion clinique à l'unité d'urgence	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ <i>Constituer un tandem médico-infirmier de cogestion clinique.</i> Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes	

RECOM MANDATION	B3.1 Personnel médical de l'unité d'urgence	Réalisée
	(A) Établir des règles sur la composition de l'équipe médicale selon le type de soins d'urgence offerts par le centre hospitalier. Imputabilité: Le chef du DSMU Catégories d'urgence: Toutes (B) Établir des règlements de fonctionnement interne du DSMU. Imputabilité: Le chef du DSMU Catégories d'urgence: Toutes (C) Établir des règles portant sur la présence médicale continue à l'unité d'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU et le DSP Catégories d'urgence: Toutes (D) Établir le nombre de médecins d'urgence requis en tenant compte de leurs activités cliniques et clinico-administratives. Imputabilité: Le chef du DSMU Catégories d'urgence: Toutes (E) Prévoir des mécanismes pour s'assurer d'une présence médicale suffisante à l'unité d'urgence en cas d'achalandage important ou de désastre. Imputabilité: Le chef du DSMU Catégories d'urgence: Toutes (F) Promouvoir la création d'un département de médecine d'urgence dans les urgences lourdes, les urgences tertiaires et la plupart des urgences secondaires et, pour les autres établissements, en fonction de la volonté de la majorité des médecins qui détiennent des privilèges à l'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU, le DSP et le DG Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires (G) Prévoir dans les centres où l'urgence est un service, la participation du chef à la table des chefs de département. Imputabilité: Le DSP Catégories d'urgence: Les centres de stabilisation ainsi que les urgences primaires et secondaires	
RECOM MANDATION	B3.2 Coordonnateur médical de l'unité d'urgence	Réalisée
	(A) Évaluer la pertinence de nommer un coordonnateur médical de l'unité d'urgence. Imputabilité: Le chef du DSMU et/ou le DSP Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires (B) S'assurer que les fonctions du coordonnateur médical de l'unité d'urgence sont bien remplies. Imputabilité: Le chef du DSMU et/ou le DSP Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires	

B3.3 Personnel infirmier de l'unité d'urgence

Réalisée

Ⓐ Disposer d'outils d'évaluation de l'expertise et des mécanismes de soutien clinique.Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et la monitrice clinique,
s'il y a lieu

Catégories d'urgence: Toutes

Ⓑ Mettre sur pied un programme d'orientation et d'intégration à l'unité d'urgence pour toutes les infirmières, y compris celles qui effectuent des remplacements.Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et la monitrice clinique,
s'il y a lieu

Catégories d'urgence: Toutes

Ⓒ Structurer un programme d'intégration progressive à l'intention des infirmières qui ne répondent pas aux critères de qualification requis.Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et la monitrice clinique,
s'il y a lieu

Catégories d'urgence: Toutes

Ⓓ Établir annuellement un programme de formation continue.Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et la monitrice clinique,
s'il y a lieu

Catégories d'urgence: Toutes

Ⓔ Établir un ratio d'infirmières qui tient compte de la pression et de la catégorie de patients, ainsi que des temps de pause et de repas.

Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et le chef du DSMU

Catégories d'urgence: Toutes

Ⓕ S'assurer que les fonctions de monitrice clinique sont remplies et déterminer ces fonctions.

Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence et le directeur administratif concerné

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les
urgence tertiaires**Ⓖ S'assurer que les fonctions d'assistante infirmière-chef sont remplies et déterminer ces fonctions.**

Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires

B3.4 Autres professionnels de l'unité d'urgence

Réalisée

Ⓐ S'assurer que les fonctions d'un pharmacien soient remplies à l'unité d'urgence.

Imputabilité: Le DSP

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes
et les urgences tertiaires**Ⓑ S'assurer de la disponibilité d'un travailleur social à l'unité d'urgence selon un horaire qui répond aux besoins des patients.**

Imputabilité: Le chef du service social

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires

Ⓒ S'assurer de la présence d'un inhalothérapeute à l'unité d'urgence.

Imputabilité: Le chef du service d'inhalothérapie

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires

Ⓓ S'assurer de la disponibilité d'une infirmière de liaison en santé physique, selon un horaire qui répond aux besoins des patients.

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires

Ⓔ 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.

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence: Les urgences à vocation unique en santé mentale
ainsi que les urgences secondaires lourdes et les
urgences tertiaires

B3.5 Personnel de soutien de l'unité d'urgence

Réalisée

- (A) ***S'assurer que les fonctions de réception, d'inscription et d'information soient assumées.***

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes

- (B) ***S'assurer que les fonctions d'un commis soient remplies selon les besoins de l'unité d'urgence.***

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires

- (C) ***S'assurer que les fonctions de préposé aux bénéficiaires et de brancardier soient assumées.***

Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation

- (D) ***Désigner une personne responsable du matériel.***

Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation

- (E) ***Disposer d'un service de secrétariat pour l'unité d'urgence.***

Imputabilité: Le DSP et le DSI et/ou le directeur administratif concerné
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires

B3.6 Autres services

Réalisée

- (A) ***S'assurer de la disponibilité du service de plâtre entre 24 heures par jour, 7 jours par semaine.***

Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires

- (B) ***S'assurer de la disponibilité rapide (moins de 10 minutes) du service d'ECG 24 heures par jour, 7 jours par semaine.***

Imputabilité: L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Toutes

B3.7	Mesures visant à contrer la pénurie de médecins et d'infirmières	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ Établir des règles de fonctionnement afin de maximiser le temps que les infirmières consacrent directement aux soins des patients. Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence : Toutes. Ⓑ Planifier le recrutement à long terme des effectifs et établir des mécanismes nécessaires à la stabilisation des équipes médicale et infirmière en place à l'unité d'urgence. Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence : Toutes. Ⓒ Nommer un responsable du processus de retour sur des événements stressants. Imputabilité : Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence : Toutes. Ⓓ Assurer la protection du personnel en disposant de renfort rapidement pour l'unité d'urgence. Imputabilité : Le gestionnaire responsable de la sécurité. Catégories d'urgence : Toutes.	

B4.1	Configuration physique	Réalisée
RECOMMANDATION	Ⓐ S'assurer que la configuration physique de l'urgence permet à l'équipe d'accomplir sa mission. Imputabilité : Le directeur général, le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence : Toutes.	

B4.2	Aire de triage et d'accueil	Réalisée
RECOMMANDEATION	Ⓐ Disposer, dans les lieux de l'urgence, d'un module d'accueil et d'enregistrement pour les patients qui s'y présentent. Imputabilité: Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires. Ⓑ Disposer, pour le triage, de locaux bien équipés, sécuritaires, en nombre suffisant et situés près des axes principaux de l'urgence. Imputabilité: Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence Catégories d'urgence: Toutes.	

B4.3	Aire de choc	Réalisée
RECOMMANDEATION	Ⓐ Évaluer le nombre de civières requises dans la salle de choc, selon les critères d'utilisation, en tenant compte d'un temps de séjour maximum d'une à deux heures. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Toutes. Ⓑ Prévoir un espace fermé pouvant servir de lieu d'isolement pour un patient instable. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.	

RECOMMANDATION	B4.4 Aire des civières	Réalisée
	Ⓐ Disposer d'une aire de monitoring dont le ratio est fonction de la lourdeur de la clientèle. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent. Ⓑ Déterminer les besoins en isolement selon le type d'usagers. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.	
RECOMMANDATION	B4.5 Aire ambulatoire	Réalisée
	Ⓐ Disposer d'une aire ambulatoire distincte de l'aire des civières. Imputabilité: Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Les urgences primaires, secondaires et tertiaires.	
RECOMMANDATION	B4.6 Aire clinico-administrative	Réalisée
	Ⓐ Déterminer les besoins en bureaux et en locaux administratifs en tenant compte des particularités du milieu et de la catégorie d'urgence, dans un souci de polyvalence. Imputabilité: Le DG, le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Toutes.	

B4.7 Autres aires

Réalisée

Ⓐ Se doter d'un espace pour les familles.

Imputabilité: Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence: Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.

Ⓑ Se doter d'un garage pour les ambulances

Imputabilité: Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence: Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.

Ⓒ Se doter d'un espace pour pharmacie satellite.

Imputabilité: Le responsable de la pharmacie et le chef du DSMU

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires.

Ⓓ Se doter d'une aire de décontamination.

Imputabilité: Le DSI, le DSP, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence.

Catégories d'urgence: Toutes.

Ⓔ Se doter d'un poste d'appoint pour les radiographies simples.

Imputabilité: Le DSP, le chef du DSMU et le chef radiologiste.

Catégories d'urgence: Les urgences secondaires lourdes et les urgences tertiaires.

B4.8 Calcul du nombre de civières nécessaires

Réalisée

Ⓐ Calculer le nombre de civières nécessaires à l'urgence d'après les critères du guide de gestion.

Imputabilité: Le chef du DSMU.

Catégories d'urgence: Toutes.

RECOMMANDATION	B5 Cogestion administrative de l'unité d'urgence	Réalisée
	Ⓐ Adopter un modèle de gestion participative par la cogestion médico-infirmière. Élaborer le partage des responsabilités de chacun des chefs. Imputabilité: Le DSP et le DSI. Catégories d'urgence: Toutes. Ⓑ Respecter le mandat de l'équipe de gestion. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Toutes. Ⓒ S'assurer que l'infirmière-chef est responsable exclusivement de l'urgence. Imputabilité: Le DSI. Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent.	

RECOMMANDATION	B6 Organisation clinico-administrative de l'unité d'urgence	Réalisée
	Ⓐ S'assurer que l'organisation clinico-administrative repose sur une approche interdisciplinaire et proactive. Imputabilité: Le DSP, le CMDP, le CII, la DSI et/ou le directeur administratif concerné. Catégories d'urgence: Toutes. Ⓑ Établir les priorités quant aux dossiers clinico-administratifs et nommer des membres responsables de ces dossiers. Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation. Ⓒ Favoriser les plans de pratique (temps protégé) pour permettre le bon fonctionnement des activités clinico-administratives. Imputabilité: Le chef du DSMU. Catégories d'urgence: Les urgences secondaires et tertiaires.	

RECOMMANDATION	C1 Action-support à l'unité d'urgence (A) Mettre sur pied une équipe action-support à l'unité d'urgence. Imputabilié: Le DSP. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation. (B) Reconnaître l'équipe action-support à l'unité d'urgence comme groupe de gestion de crise, le cas échéant. Imputabilié: Le DSP. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation. (C) Établir un plan de travail annuel pour l'unité d'urgence. Imputabilié: Le DSP. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation. (D) Mettre en place des modalités visant à assurer les liens de l'équipe action-support avec les instances du centre hospitalier et du réseau local. Imputabilié: Le DSP. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.	Réalisée
	C2 Gestion quotidienne des admissions et des départs (A) Mettre en place une politique de gestion quotidienne des départs et admissions. Imputabilité: Le DSP et/ou le directeur administratif concerné. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.	Réalisée

C3 Revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier

Réalisée

- Ⓐ **Mettre en place une équipe de revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier selon une approche homogène de l'épisode de soins.**

Imputabilité: Le DSP et le CMDP.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

- Ⓑ **Adopter des règles communes de fonctionnement, de l'arrivée au départ du patient, et des règles d'analyse de la gestion des lits.**

Imputabilité: Le DSP et le CMDP.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

C4 Liaison et programmes clientèles

Réalisée

- Ⓐ **Définir les mécanismes d'intervention de la liaison à l'unité d'urgence une fois la clientèle ciblée.**

Imputabilité: Le DSI et le DSP.

Catégories d'urgence: Toutes .

- Ⓑ **Mettre au point, si nécessaire, des outils de dépistage qui permettent à l'unité d'urgence de mettre à contribution l'équipe de liaison.**

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'unité d'urgence et le responsable des équipes de liaison.

Catégories d'urgence: Toutes.

- Ⓒ **Prévoir, dans les modèles de coordination des services pour les pathologies complexes, des modalités d'intégration et d'interaction efficaces avec l'unité d'urgence.**

Imputabilité: Le coordonnateur de suivi systématique.

Catégories d'urgence: Toutes.

- Ⓓ **Mettre à contribution le coordonnateur du suivi systématique pour l'implantation des outils requis et pour la formation portant sur ces modèles coordonnés de trajectoire clinique.**

Imputabilité: Le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'unité d'urgence.

Catégories d'urgence: Toutes.

- Ⓔ **Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires.**

Imputabilité: Le DSP et la DSI.

Catégories d'urgence: Toutes.

RECOMMANDEMENT	C5 Plan de décongestion et gestion de crise	Réalisée
	Ⓐ Établir un plan de décongestion pour chaque centre hospitalier. Imputabilité: L'équipe action-support à l'unité d'urgence. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation. Ⓑ Adopter un plan de gestion de crise et des critères de mise en œuvre de ce plan. Imputabilité: L'équipe action-support à l'unité d'urgence. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.	

RECOMMANDEMENT	C6 Coordonnateur médical aux admissions	Réalisée
	Ⓐ Nommer un coordonnateur médical aux admissions. Imputabilité: Le DSP. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation. Ⓑ S'assurer que les fonctions du coordonnateur médical aux admissions sont bien définies et bien remplies. Imputabilité: Le DSP. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.	

RECOMMANDATION	D1 Groupe réseau	Réalisée
	Ⓐ <i>Faire rapport au conseil d'administration de l'engagement de l'établissement en faveur de la mise en place d'un réseau de services intégrés entre l'unité d'urgence et les autres partenaires du territoire.</i> Imputabilité: Le DSP, le DSI, le RSI, le chef du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation. Ⓑ <i>Mettre sur pied un groupe réseau territorial devant se pencher sur toutes les questions liées à l'unité d'urgence.</i> Imputabilité: L'équipe action-support. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.	
RECOMMANDATION	D2 Partenaires du groupe réseau	Réalisée
	Ⓐ <i>Établir, avec tous les partenaires du groupe réseau, les modalités de coopération et de fonctionnement au regard des modèles et actions proposés.</i> Imputabilité: Le DSP, le DSI, le directeur du DSMU et l'infirmière-chef de l'urgence. Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation. Ⓑ <i>S'assurer que la conception et la mise à jour des protocoles d'Info-Santé CLSC sont faites en étroite collaboration avec les experts en médecine d'urgence.</i> Imputabilité: Le comité directeur d'Info-Santé CLSC, le CMQ et l'OIIQ. Ⓒ <i>Consolider la mise en place de mécanismes facilitant l'accès aux médecins de famille.</i> Imputabilité: Le MSSS et la FMOQ. Ⓓ <i>S'assurer de la mise en place des plans d'action régionaux d'organisation des services d'urgence.</i> Imputabilité: le Centre de coordination nationale des urgences du MSSS.	

D3 Ententes

Réalisée

- Ⓐ **Conclure des ententes qui structurent les activités de coopération entre les établissements.**

Imputabilité: Les DG des différents établissements.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

E Système d'information

Réalisée

- Ⓐ **Se doter d'un système d'information des données répondant aux critères mentionnés plus haut.**

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

- Ⓑ **S'assurer de la fiabilité de la collecte des données.**

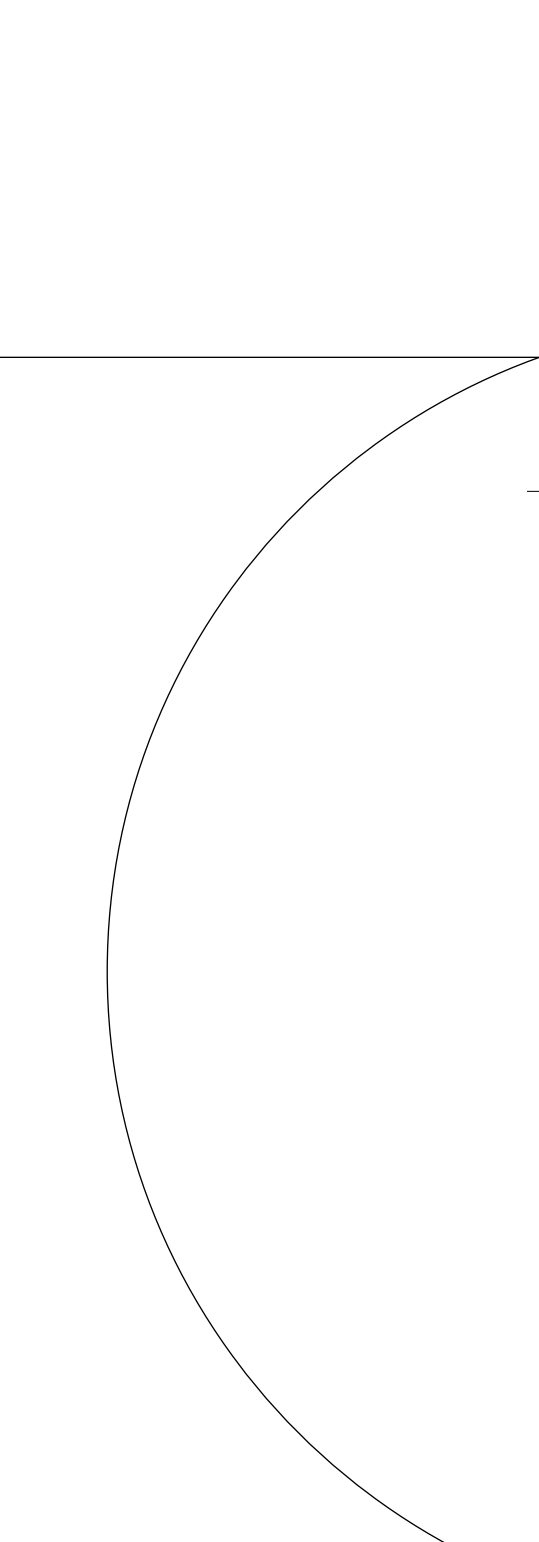
Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

- Ⓒ **Établir un tableau de bord des indicateurs de fonctionnement et de performance.**

Imputabilité: Le chef du DSMU, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique.

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation.

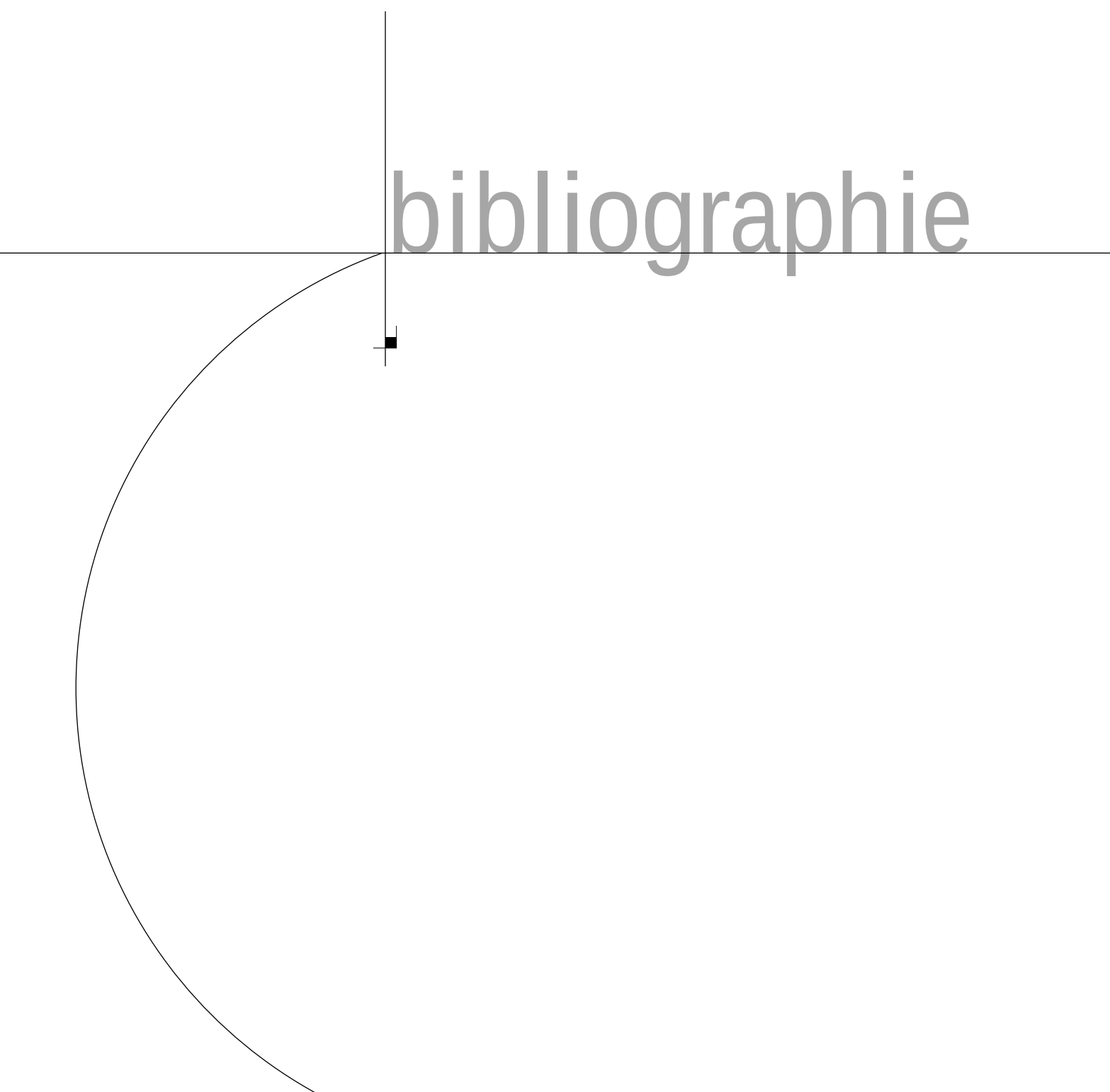


conclusion

■ *L'unité d'urgence constitue une vitrine importante des activités d'un centre hospitalier. Il doit être également perçu comme un baromètre de l'efficacité du réseau dans sa mission de fournir des soins médicaux optimaux à la population. Étant donné les interactions importantes de l'unité d'urgence avec le personnel de l'hôpital et les membres du réseau, il importe de cibler davantage les maillons essentiels du processus de saine gestion. Nous avons tenté de dresser des solutions garantes de succès, tout en étant conscients qu'il s'agit d'éléments à adapter en fonction de la mission de chaque milieu.*

Nous avons de plus ciblé les responsables de l'efficacité des procédures. Nous croyons que chaque membre du réseau et du personnel de l'hôpital a un rôle majeur à jouer afin d'optimiser l'utilisation rationnelle de l'urgence.

*Le **Guide de gestion de l'unité d'urgence** se veut dynamique en évoluant et en s'adaptant aux réalités de notre milieu et aux politiques québécoises de santé. Nous espérons que cette première version sera utilisée favorablement afin de bâtir un réseau de sécurité adéquat pour notre population.*



bibliographie



BIBLIOGRAPHIE

- AFILALO, M. *Les marqueurs de la performance à l'urgence*, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, publication interne, 1999.
- AMERICAN COLLEGE of EMERGENCY PHYSICIANS. «Definition of an emergency service», *Annals of Emergency Medicine*, n^o 23, 1994, p.1397.
- AUER, N. *The Future of Emergency Medicine*, lieu, American College of Emergency Physicians (ACEP), 1998.
- BEVERIDGE, R., et al. «Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG)», *Journal de l'Association des médecins d'urgence du Québec*, n^o 11, 1999.
- CHINNIS A. «Mission-based management: implication for emergency medicine», *Academic Emergency Medicine* 2000, vol. 7, n^o 4, p. 377-379.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. «Guide de pratique. Triage à l'urgence», *Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, lieu, éditeur, 2000.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. «Complémentarité des services d'urgence: Prise en charge des patients», *Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, lieu, éditeur, 1998.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et des services médicaux*, 1998.
- EMERGENCY SERVICES WORKING GROUP. *OHA Region 3 Emergency Services Working Group*, Ontario, éditeur, 1998.
- GREGORY, L.H. *Emergency Medicine Risk Management*, deuxième édition, American College of Emergency Physicians, ACEP, 1997.
- GROUPE TACTIQUE D'INTERVENTION et ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC. *Les urgences au Québec 1990-1997: bilan, perspectives et normes*, lieu, gouvernement du Québec, 1998.
- HAMEL, P., L. LA RUE et J. POITRAS. «Pour une utilisation rationnelle de la salle de stabilisation», *Journal de l'Association des médecins d'urgence du Québec*, 1998.
- KRISTAL S.L., et al. 1998-1999 SAEM Emergency Medicine Faculty Salary and Benefits Survey, *Academic Emergency Medicine*, vol. 6, n^o 12, 1999, p. 1261-1271.

Médecins d'urgence: La Départementalisation d'un service d'urgence, texte préparé à partir d'un document conçu par les médecins des DMU de L'HÔTEL-DIEU de LÉVIS et DMU du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC.

MEISLIN H., *et al. Meeting the goals of Academia: Characteristics of Emergency Medicine Faculty Academic WorkStyles*, *Academic Emergency Medicine*, 1992, vol. 21, n^o 3, p. 298-302.

MICHAUD, Danielle. *Le travail du pharmacien à l'urgence*, Lévis, Hôtel-Dieu de Lévis, publication interne, 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Relever ensemble le défi des urgences*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL. *Data Elements for Emergency Department Systems*, Atlanta, Georgia, 1997.

SANDERS A.B., *et al.* «Allocation of time in three academic specialties», *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 6, 1998, p. 435-437.

SEROUR, S. *et al.* «Pharmacist needed in the ER», *JGPH*, vol. 52, n^o 6, 1999.

ROSEN, P., *et al. Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice*, quatrième édition, 1998.

ROSEN, R.A. *Managing to Get it Right*, American College of Emergency Physicians, ACEP, 1998.

VADEBONCOEUR, A., *et al. Projet urgence 2000: De paratonnerre à plaque tournante*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

VILLENEUVE, J. «Revoir l'urgence du CH Le Gardeur: expérience exigeante, mais nécessaire!», *Objectif prévention*, vol. 23, n^o 3, 2000, p.9-12.

VOYER, P. *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1997.

WILLIAMS, R.M. «The costs of visits to emergency departments», *New England Journal of Medicine*, n^o 334, 1996, p. 642-646.