



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

Guide de gestion des urgences

Version 2021

Le présent *Guide de gestion des urgences 2021* représente la version unique telle que mise en ligne en date de juillet 2021. Toutes modifications et mises à jour ultérieures à cette date au *Guide de gestion des urgences* ne seront effectives et accessibles que par la version Web.

Édition :

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

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

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

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

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89718-7 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2021

1 TABLE DES MATIÈRES

1	Orientations et organisation du réseau	1
1.1	Mission de l'urgence	1
1.2	Enjeux.....	2
1.2.1	Problématique d'intégration	3
1.3	Objectifs du guide	4
1.4	Définition des trajectoires de services.....	5
1.4.1	Qualité et performance des trajectoires	8
1.5	Code d'éthique.....	9
1.6	Types de services offerts dans les urgences	9
1.7	Organismes du réseau.....	10
1.7.1	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux	10
1.7.2	Centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS)	11
1.7.3	Centres hospitaliers universitaires et instituts.....	12
1.7.4	Centres de réadaptation.....	13
1.7.5	Sites cliniques	13
1.7.6	Réseaux sociaux et communautaires	13
2	Catégorisation des urgences	15
2.1	Unités d'urgence de niveau primaire (1C, 1B, 1A et dispensaires).....	15
2.2	Unités d'urgence de niveau secondaire (2A et 2B).....	16
2.3	Unités d'urgence de niveau tertiaire (3A et 3B)	16
2.4	Civières fonctionnelles	17
3	Services de proximité, services sociaux et communautaires.....	18
3.1	Info-Santé et Info-Social 811.....	18
3.2	Centre antipoison du québec.....	19
3.3	Services d'aide en situation de crise (SASC) des services sociaux généraux	20
3.4	GMF, GMF-U et GMF-R	20
3.5	Soutien à domicile.....	21
3.6	Services liés à la ligne de prévention du suicide	21
3.7	Pharmacies communautaires.....	21
3.7.1	Prévention et stratégies d'intervention aux surdoses d'opioïdes.....	22

3.8	Maladies chroniques.....	22
3.9	Centres de réadaptation en dépendance des CISSS/CIUSSS	23
3.10	Hébergement temporaire	23
4	Services préhospitaliers d'urgence	24
4.1	Mission en préhospitalier	25
4.2	Premiers répondants.....	25
4.3	Coordination entre les urgences et les SPU.....	25
4.4	Choix du centre receveur	26
4.5	Préavis à la réception de clientèle spécifiques ou instables	27
4.5.1	Usagers traumatisés	28
4.6	Réception des ambulances à l'urgence.....	29
4.7	Demandes de transfert des clientèles de l'urgence	29
4.7.1	Transport adapté ou véhicule ambulancier	30
4.8	Accompagnement : définition du besoin d'escorte.....	31
4.8.1	Conditions nécessitant une escorte et gestion des effectifs.....	31
4.9	Accompagnement : définition du besoin d'équipement	32
4.10	Niveaux de priorisation	32
4.10.1	Priorisation des demandes de transferts interétablissements	33
4.10.2	Patients instables (priorité 2)	33
4.10.3	Patients stables pour transfert rapide (priorité 5)	33
4.10.4	Patients stables avec rendez-vous (priorité 6)	34
4.10.5	Patients stables pour transfert non urgent (priorité 8).....	34
5	Services d'évacuations aéromédicales.....	35
5.1	Préparation de l'utilisateur à l'urgence avant son transfert par navette.....	36
5.2	Responsabilité pendant les transports aériens.....	36
5.3	En cas de sinistre majeur	36
6	Gestion clinique de l'épisode de soins	37
6.1	Accès à l'urgence.....	37
6.1.1	Accès à la carte d'assurance maladie	38
6.1.2	Possession de drogue ou d'arme blanche.....	38
6.1.3	Possession d'armes à feu	38
6.1.4	Possession d'arme à feu à l'extérieur de l'urgence.....	39
6.1.5	Abus envers les personnes	39

6.2	Évaluation complète - Triage	39
6.2.1	Évaluation complète avant inscription	40
6.2.2	Évaluation brève - Prétriage	41
6.2.3	Réévaluation.....	41
6.2.4	Ordonnances collectives.....	42
6.2.5	Réorientation.....	43
6.3	Critères d'orientation des usagers	43
6.3.1	Aire ambulatoire.....	44
6.3.2	Salle de réanimation.....	44
6.3.3	Aire des civières.....	47
6.3.4	Zone d'évaluation rapide.....	48
6.4	Monitoring cardiaque et surveillance des paramètres vitaux	49
6.4.1	Aspects qualitatifs du monitoring	49
6.4.2	Aspects quantitatifs du monitoring	50
6.4.3	Aspects de la gestion clinique	50
6.5	Échange de l'information aux points de transition.....	52
6.5.1	Entre les quarts de travail.....	52
6.5.2	Entre les unités de soins.....	52
6.6	Prise en charge médicale	53
6.6.1	Conditions pour prendre en charge un usager à l'urgence	54
6.6.2	Transfert de dossier entre les médecins de l'urgence	55
6.7	Suivi de l'utilisateur à l'urgence.....	56
6.7.1	Départ de l'utilisateur	56
6.7.2	Personne recevant du soutien à domicile	57
6.7.3	Personne non connue du soutien à domicile	57
6.7.4	Admission de l'utilisateur.....	58
6.8	Examens diagnostiques.....	61
6.8.1	Suivi des résultats anormaux.....	62
6.8.2	Échographie au département d'urgence (EDU)	63
6.9	Dossier de l'utilisateur	63
6.9.1	Notes inscrites au dossier de l'utilisateur	63
6.9.2	Transmission de l'information médicale	64
6.10	Présence de la famille et proches.....	64

6.11	Prévention et contrôle des infections	66
6.11.1	Application de l'approche de la hiérarchie des mesures de PCI	67
6.11.2	Mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie	67
6.11.3	Mesures administratives et organisationnelles	68
6.11.4	Mesures individuelles.....	68
7	Consultation médicale spécialisée	69
7.1	Chefs de département et de service.....	69
7.2	Pertinence des consultations.....	70
7.3	Délai d'évaluation et de réponse aux consultations.....	70
7.4	Demandes de consultation de soir et de nuit.....	71
7.5	Surveillance des délais et réponses attendues des consultants.....	71
7.6	Demande de consultation provenant de l'extérieur de l'urgence.....	72
7.7	Gestion des transferts des usagers admis	73
8	Durant l'épisode de soins aigus	74
8.1	Gestion des admissions et des départs.....	74
8.1.1	Comité de gestion des admissions et des départs	75
8.1.2	Coordonnateur des admissions et des départs.....	76
8.1.3	Comité de séjour et admission	77
8.2	Équipes de liaison.....	77
8.3	Modèles de coordination des soins et des services pour les personnes vulnérables	78
8.4	Planification précoce de congés	79
8.5	Unité d'hospitalisation brève.....	80
8.6	Unité d'intervention brève	81
9	Épisode de soins aigus terminé.....	82
9.1	Service de médecine de jour.....	83
9.2	Accueil clinique	83
9.3	Services de soutien de première ligne	84
9.3.1	CLSC	84
9.4	Médecin de famille, ipspl et équipe de soins.....	86
9.5	Service d'hébergement.....	86
9.6	Service de réadaptation	87
9.7	Réseaux sociaux et communautaires.....	88
10	Ressources humaines.....	90

10.1	Gestionnaires.....	90
10.1.1	Chef d'unité	90
10.1.2	Coordonnateur clinico-administratif des services d'urgence.....	92
10.1.3	Chef médical.....	92
10.2	Gouvernance en cogestion.....	93
10.2.1	Comité de coordination clinico-administrative.....	95
10.2.2	Comité de l'évaluation de la qualité des soins et des services	95
10.2.3	Comité d'évaluation sur le triage	96
10.2.4	Comité de recherche	96
10.2.5	Comité pour les ordonnances collectives, les protocoles et les algorithmes ...	96
10.2.6	Comité encadrant la formation continue.....	97
10.2.7	Comité local de prévention et de contrôle des infections	98
10.3	Personnel de l'équipe soignante de l'urgence	98
10.3.1	Rôles et responsabilités de l'équipe.....	98
10.3.2	Rôles et responsabilités des collaborateurs de l'équipe	101
10.4	Qualification des infirmières de l'urgence	104
10.4.1	Intégration des infirmières	105
10.5	Organisation de l'équipe en soins infirmiers.....	108
10.6	Personnel médical de l'urgence	110
10.6.1	Règlements du Département ou du service de médecine d'urgence.....	110
10.6.2	Organisation médicale d'une urgence en région rurale.....	113
10.6.3	Quantification et qualification.....	117
10.7	Autres professionnels de l'urgence	118
10.7.1	Pharmacien.....	118
10.7.2	Travailleur social.....	119
10.7.3	Inhalothérapeute.....	120
10.7.4	Physiothérapeute et ergothérapeute.....	120
10.8	Personnel de soutien.....	120
10.8.1	Responsable du transport des usagers.....	120
10.8.2	Responsable du matériel	121
10.8.3	Technicien en administration	121
10.8.4	Agent de sécurité.....	122
10.8.5	Bénévoles	122

10.9	Mesures concernant l'attraction et la rétention des effectifs	122
10.9.1	Gestion du stress	124
10.9.2	Mécanismes de protection du personnel.....	124
11	Ressources de l'information, des technologies et des installations	126
11.1	Système d'information et de gestion des urgences	126
11.1.1	Fiabilité des données.....	127
11.1.2	Indicateurs.....	128
11.1.3	Tableau de bord.....	130
11.2	Rendez-vous santé Québec	131
11.3	Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC).....	131
11.3.1	Objectifs du SAIRC	132
11.3.2	Clientèles du système d'alertes informatiques	132
11.4	Dossier santé Québec.....	132
11.4.1	Contenu du DSQ	133
11.4.2	Accès au DSQ.....	133
12	Réalisation immobilière	134
13	Plan de désencombrement	135
14	Mesures d'urgence.....	136
14.1	Plan d'urgence : «Code orange	136
14.1.1	Activation du code orange	137
14.1.2	Réorganisation des tâches du personnel	137
14.1.3	Triage et réorganisation des aires de soins	138
14.1.4	Système de gestion des informations	138
14.1.5	Retour aux activités normales.....	138
14.2	Plan d'urgence : Code bleu.....	139
15	COVID-19.....	140
15.1	Directives cliniques.....	140
15.2	Évaluation complète - Triage.....	140
15.3	Système d'information et de gestion des urgences	141
15.4	Zones de traitement.....	141
15.5	Plan de contingence et plan de désencombrement - COVID-19.....	142
15.6	Autres outils de référence cliniques.....	142
16	Clientèles et trajectoires particulières	144

17	Gériatrie	146
17.1	Problèmes particuliers.....	148
17.1.1	Délirium	148
17.1.2	Chutes, fractures et accidents vasculaires cérébraux	149
17.1.3	Abus et négligence	149
17.1.4	Polymédication.....	150
17.1.5	Problèmes de dénutrition et de malnutrition	150
17.1.6	Contention physique ou pharmacologique	150
17.1.7	Visites fréquentes à l'urgence et réadmissions.....	151
17.2	Rôles particuliers en gériatrie.....	152
17.2.1	Infirmière clinicienne en gériatrie	153
17.2.2	Agent de liaison	154
17.2.3	Équipe interdisciplinaire de gériatrie	154
17.3	Services intégrés pour les personnes âgées.....	155
17.4	Maintien dans la communauté	156
17.4.1	Soutien à domicile	156
17.5	Approche adaptée à la personne âgée.....	157
17.5.1	Environnement physique à l'urgence.....	158
17.6	Cadre de référence des urgences gériatriques	159
18	Pédiatrie	160
18.1	Matériel utilisé en pédiatrie	160
18.2	Aspect médico-légal.....	161
18.2.1	Consentement	161
18.2.2	Refus de traitement.....	162
18.3	Enfant maltraité ou victime d'abus sexuel	162
18.3.1	Signalement obligatoire	162
18.3.2	Accueil obligatoire	163
18.3.3	Soins médicaux et autres soins en cas d'urgence	163
18.3.4	Avis de congé.....	163
18.4	clientèle de pédopsychiatrie	163
18.5	Décès d'un enfant.....	164
19	Santé mentale	165
19.1	Problématique	165

19.2	Gestion clinique de l'épisode de soins	166
19.2.1	Évaluation complète -Triage.....	166
19.2.2	Personne vivant une première période de difficulté	167
19.2.3	Personne connue des services	167
19.2.4	Personne consentante.....	167
19.2.5	Personne non consentante	168
19.3	Intervention en situation de crise	169
19.3.1	Réponse aux besoins et protection des droits de la personne	169
19.3.2	Sécurité des intervenants et des clientèles.....	170
19.4	Comorbidité des problèmes difficiles à évaluer en situation d'urgence.....	170
19.5	Principales dispositions de la loi.....	171
19.6	Aspects légaux	172
19.7	Types de gardes en établissement	174
19.7.1	Garde préventive.....	174
19.7.2	Garde provisoire	174
19.7.3	Garde autorisée	175
19.8	Personne suicidaire	176
19.9	Mesures de contrôle : isolement et contention.....	177
19.10	Place de la famille et des proches à l'urgence.....	177
19.11	Réseau intégré en santé mentale.....	178
19.11.1	Urgence et réseau intégré de services en santé mentale	178
19.11.2	Services offerts	178
19.11.3	Conditions de succès pour une organisation de services.....	178
20	Dépendance et itinérance.....	180
20.1	Problématique de la clientèle	180
20.2	Approche aux personnes.....	181
20.3	Intervenants en milieu d'urgence	181
20.4	Spécificités en itinérance.....	182
20.4.1	Problèmes particuliers.....	182
20.4.2	Accès à la carte d'assurance maladie	182
20.4.3	Rôle particulier du travailleur social ou de l'infirmière de liaison de l'urgence.	183
20.4.4	Évaluation de la sécurité du congé à la rue ou du transfert vers une ressource en itinérance hors RSSS.....	183

20.5	Spécificités en dépendance	183
20.5.1	Problèmes particuliers.....	184
20.5.2	Services des centres de réadaptation en dépendance et trajectoire de soins	184
20.5.3	Services d'une équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence.....	185
20.5.4	Orientation de l'utilisateur.....	185
20.6	PLACE DE LA FAMILLE ET DES PROCHES À L'URGENCE	187
20.7	Formation continue.....	187
21	Centres désignés - agression sexuelle.....	188
22	Trajectoire - Accidents vasculaires cérébraux.....	190
22.1	Continuum de soins et de services de l'accident vasculaire cérébral	190
22.2	Principes généraux d'organisation	191
22.2.1	Prise en charge initiale	191
22.2.2	Identification préhospitalière du triage	191
22.3	Évaluation médicale	192
22.4	Équipe d'urgence AVC.....	192
22.5	Délais souhaités en imagerie et en laboratoire.....	192
22.5.1	Imagerie.....	192
22.5.2	Laboratoire	193
22.6	Choix du bon traitement (spécifique à l'AVC ischémique).....	193
22.6.1	Thrombolyse intraveineuse	193
22.6.2	Antiplaquettaires.....	193
22.6.3	Intervention neuroradiologique	193
22.7	Surveillance post-traitement.....	194
22.7.1	Monitoring.....	194
22.7.2	Dépistage de la dysphagie	194
22.7.3	Mobilisation précoce	194
22.8	Orientation	195
22.8.1	Admission à l'unité spécialisée en AVC	195
22.9	Formation et maintien des compétences	195
22.10	Amélioration continue et indicateurs.....	195
22.11	Accueil clinique et cliniques ambulatoires avc-ait léger	196
23	Trajectoire – Cardiologie	197
23.1	Prise en charge initiale	197

23.2	Infarctus aigu du myocarde et options thérapeutiques : angioplastie et fibrinolyse .	198
23.3	Suivi des usagers par le médecin de famille.....	199
24	trajectoire - Cancérologie.....	200
24.1	Contexte	200
24.2	Problématique	201
24.2.1	Personne atteinte d'un cancer non diagnostiqué	201
24.2.2	Personne atteinte d'un cancer diagnostiqué et encore sous traitement	201
24.2.3	Personne atteinte d'un cancer diagnostiqué dont les traitements sont terminés 202	
24.3	Triage oncologique	202
24.4	Urgences oncologiques	202
24.5	Gestion des symptômes dans le service ambulatoire de cancérologie	203
24.6	Communication	203
24.7	Rôles de l'équipe interprofessionnelle en cancérologie	203
24.7.1	Rôles de l'IPO.....	203
24.7.2	Réseau intégré de services	204
24.8	Guides et échelles utilisés	204
24.8.1	Passeport en oncologie	204
24.8.2	Outil de détection de la détresse (ODD)	204
24.9	Manipulation des médicaments cytotoxiques et des liquides biologiques	204
24.10	Recommandations.....	205
24.10.1	Formation continue	205
25	Trajectoire – Traumatologie.....	206
25.1	Installation de soins aigus dans le réseau de traumatologie	206
25.2	Niveaux des centres en traumatologie.....	206
25.3	Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie	208
25.4	Fonctionnement à l'urgence	208
25.5	Formation continue	209

1 ORIENTATIONS ET ORGANISATION DU RÉSEAU

1.1 MISSION DE L'URGENCE

L'accessibilité aux services d'urgence repose sur une organisation intégrée et hiérarchisée où l'utilisateur se retrouve au bon endroit, au bon moment. Cela facilite la mise en place d'un réseau fonctionnel et efficace permettant à l'urgence de mener à bien sa mission.

Afin d'en permettre la réalisation, la vision de l'urgence s'intègre dans un parcours de soins. Sa mission est complémentaire à celle des autres composantes du réseau (première ligne, soins ambulatoires, soins hospitaliers et posthospitaliers). L'urgence constitue une plaque tournante pour les usagers nécessitant des soins et services urgents. Sa mission est donc de collaborer à l'atteinte d'une meilleure santé et d'un état de mieux-être chez la population.

Les établissements doivent, par l'entremise de leur conseil d'administration et de leurs conseils professionnels, reconnaître la mission de l'urgence et s'assurer de sa réalisation. Ces acteurs comprennent la complémentarité requise entre l'urgence et les différents services hospitaliers. Lorsqu'il s'agit d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou d'un établissement indépendant, des efforts particuliers sont apportés au chapitre de l'intégration des services de première ligne et communautaires avec ceux du secteur hospitalier et de l'ensemble du réseau. Tout particulièrement pour les établissements non fusionnés, il importe que des partenariats et des trajectoires claires soient établies avec les CISSS/CIUSSS afin d'optimiser la prise en charge des usagers.

Depuis 2015, le nombre de visites totales dans les services d'urgence est demeuré stable, bien que les visites sur civière aient augmenté et que celles dans l'aire ambulatoire aient diminué.

Années financières	Visites ambulatoires	Visites sur civière	Visites totales
2015-2016	2 568 142	1 173 358	3 741 500
2016-2017	2 537 420	1 206 239	3 743 659
2017-2018	2 528 791	1 247 222	3 776 013
2018-2019	2 464 536	1 246 516	3 711 052
2019-2020 ¹	2 464 125	1 230 157	3 694 282
Progression 2015 à 2020	↓ 4,1 %	↑ 4,8 %	↓ 1,3 %

¹ POUR 2019-2020, la dernière période de l'année financière marque le début de la pandémie de la COVID-19 au Québec. Cette situation indique également une baisse significative des visites de près de 50 % pour les deux dernières semaines de la période uniquement, baisse apportant un impact significatif principalement pour les visites ambulatoires et globales.

Cette croissance d'affluence sur civière explique, en partie, la persistance de la congestion des urgences au Québec. Cependant, les efforts significatifs consentis par l'ensemble des acteurs des paliers local, régional ou national suggèrent que cette problématique importante relève davantage d'un problème d'intégration des composantes du RSSS et que la solution doit inclure une amélioration de la continuité dans la prise en charge des usagers.

Afin d'assurer le succès des initiatives visant la diminution du temps d'attente pour une prise en charge médicale, les durées de séjour prolongées ainsi que le désencombrement des urgences, il convient non seulement d'améliorer le fonctionnement interne de l'urgence, mais également d'établir des liens fonctionnels et performants avec les partenaires concernés, qu'ils soient hospitaliers ou communautaires.

Parmi les chantiers majeurs aux urgences se trouvent notamment:

- l'accès à un médecin de famille pour l'ensemble de la population québécoise;
- la création de super-cliniques ou GMF-R pour les urgences mineures;
- la réorientation des usagers ambulatoires non urgents de l'urgence;
- l'amélioration des processus pour diminuer le délai de prise en charge médicale dans les urgences;
- adaptation des soins aux personnes âgées dans le contexte des soins d'urgence;
- la création d'accueils cliniques pour permettre une meilleure accessibilité aux plateaux techniques ainsi qu'aux médecins spécialistes;
- l'amélioration des ressources pour les alternatives à l'hospitalisation;
- l'intégration de différentes trajectoires de soins et de services dans les urgences afin de mieux répondre aux besoins des usagers, comprenant les zones d'évaluation rapide (ZER), les unités d'hospitalisation brève (UHB) et les unités d'intervention brève (UIB);
- l'optimisation des ordonnances collectives (OC) dans la prise en charge globale des usagers.

1.2 ENJEUX

L'intégration harmonieuse des différentes composantes du réseau de la santé est devenue incontournable. Cela inclut les réseaux locaux de santé (RLS), les CISSS/CIUSSS, les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS), les cliniques médicales (privées ou tous types de groupes de médecine familiale [GMF]) et les organismes communautaires. Les unités d'urgence n'échappent pas à cette nécessité qu'est l'intégration; tout au contraire, elles en sont le reflet le plus fidèle et le plus évident. La dernière version du guide de gestion des urgences visait l'amélioration de la gestion des services d'urgence. Cette nouvelle rédaction met l'accent sur les transformations du réseau et place l'intégration des urgences au cœur du parcours de soins.

1.2.1 Problématique d'intégration

Dans les cinq dernières années, le nombre de visites des usagers sur civière répertoriées au Québec a augmenté de 4,7 %, atteignant un volume annuel total de 1 230 157 visites en 2019-2020.

Les causes pouvant expliquer cette croissance constante depuis des décennies sont complexes et multifactorielles. Toutefois, certaines tendances semblent se dessiner :

- le vieillissement de la population et l'augmentation de son espérance de vie;
- l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques ou atteintes de plusieurs facteurs de comorbidité nécessitant des soins hospitaliers plus complexes;
- les difficultés de prise en charge en communauté, notamment les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;
- les difficultés d'accès aux programmes-ressources de première et, parfois, de deuxième ligne (médecins, soutien à domicile, réadaptation, etc.);
- épuisement des personnes proches aidantes.

Parmi les problèmes majeurs qu'il est permis de mentionner, ceux qui apparaissent les plus fondamentaux sont :

- l'accès à un professionnel de la santé (GMF, groupe de médecine de famille réseau [GMF-R], guichet d'accès à un médecin de famille [GAMF], cabinet privé ou CLSC, 811, etc.);
- utilisation inappropriée du 911 (par exemple un appel est souvent synonyme de transport automatiquement);
- l'absence, dans certains RLS, d'un endroit pour recevoir les urgences mineures 7 jours sur 7 à toute heure;
- le délai pour voir un médecin à l'urgence pour les visites ambulatoires mineures;
- les durées de séjour sur civière indûment prolongées, particulièrement pour les personnes âgées et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale;
- le déconditionnement des personnes âgées;
- le manque d'accessibilité aux intervenants pivots au SAD de différentes clientèles pour lesquelles le personnel doit ajuster sa communication et ses interventions (DP-DI-TSA, personnes âgées, etc.);
- le délai pour l'admission des usagers de l'urgence dans une unité de soins en raison des difficultés d'accès aux lits d'hospitalisation;
- le délai pour la sortie des usagers en fin de soins aigus (réadaptation, hébergement, soutien à domicile, etc.);
- la difficulté d'obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste ou d'avoir accès à un plateau technique;

- l'absence d'ententes formelles entre établissements pour assurer l'accès aux soins spécialisés requis;
- manque de fluidité dans l'échange d'information entre le milieu de vie, les équipes de SAD et les centres hospitaliers (par exemple peu d'informations transmises lors du retour dans le milieu de vie faisant en sorte que les soins requis ne sont pas mis en place).

La solution à ces problèmes repose en grande partie sur un réseau de santé et de services sociaux fluide, assurant un continuum de soins, où l'accès aux différents soins et services est une constante priorité. Dans un tel réseau, l'utilisateur reçoit les soins ou services requis à l'endroit le plus approprié en fonction de son état et le plus près possible de son milieu de vie. Qui plus est, un dossier informatisé provincial de l'utilisateur répond en partie à l'enjeu d'accès à l'information sur la continuité des soins des usagers, considérant la multitude de soins, de services, de programmes, d'installations, de sites cliniques ou d'établissements vers lesquels il peut se tourner.

1.3 OBJECTIFS DU GUIDE

Considérant l'évolution du RSSS, le *Guide de gestion des urgences (le Guide)* propose les notions les plus actuelles et les plus pertinentes possible en respect des attentes, qu'elles proviennent de la population ou du réseau de la santé. Bien que cette nouvelle version donne lieu à plusieurs changements, elle est en continuité avec la version antérieure et vise principalement les objectifs suivants:

- introduire de façon plus formelle la notion de gestion intégrée du flot de clientèle consultant à l'urgence et celle de parcours de soins et de services;
- proposer un modèle de gestion et un guide de fonctionnement de l'urgence adaptés à l'évolution du réseau et aux besoins de la population;
- introduire de nouveaux concepts d'organisation de façon à permettre une adaptation optimale aux différentes situations observées dans les établissements du réseau;
- comprendre l'ensemble des services et trajectoires de soins gravitant autour des urgences;
- concrétiser les orientations et les attentes ministérielles pour l'atteinte et le suivi des d'objectifs reliés au temps d'attente et des séjours à l'urgence.

S'adressant tout particulièrement aux gestionnaires et aux professionnels du réseau des urgences, le *Guide* vise une compréhension du fonctionnement, des enjeux et des pistes de collaboration entre les urgences et leurs différents partenaires du réseau, tels que les organismes communautaires ou autres programmes. Bien que la plupart des principes de gestion s'appliquent à l'ensemble des urgences, il est entendu que l'organisation et la réalité de chacun des milieux soient prises en considération dans son application. À l'inverse, le *Guide* aiguille également les acteurs du RSSS dans leur compréhension du rôle d'un service d'urgence, de ses défis et enjeux.

En outre, le MSSS s'attend à la conformité de plusieurs principes de gestion et d'organisation qui sont présentés dans ce *Guide*. Néanmoins, les établissements demeurent responsables de répondre aux exigences de la LSSSS et de voir à orchestrer l'ensemble des services pour une prise en charge optimale des usagers. De ce fait, l'élaboration de politiques et procédures propres aux réalités de chaque établissement, déclinés selon les particularités des installations est essentielle. Dans cette vigie, les établissements doivent intégrer les différents acteurs du RSSS afin d'optimiser les processus retenus. Les services d'urgence n'y faisant pas abstraction, les politiques et procédures des établissements couvrent tous les principes rattachés, de près ou de loin aux soins et services dans les services d'urgence. L'application du *Guide de gestion des urgences* demeure un cadre pour la gestion et l'organisation des urgences, en complémentarité avec les politiques et procédures des établissements.

Aussi faut-il savoir que plusieurs grands chantiers sont toujours en cours de réalisation, notamment quant à la présence et à la couverture de la médecine spécialisée, des plateaux techniques et de la répartition de la charge aux professionnels. Converti en un guide interactif, il sera désormais beaucoup plus simple et spontané de procéder aux mises à jour en continu une fois la publication amorcée. Au fur et à mesure que de nouveaux cadres de référence ou orientations seront étudiés par le MSSS, ils pourront aussitôt vous être accessibles. Pour connaître l'état des mises à jour du *Guide de gestion des urgences*, vous pouvez vous référer à la page *Mises à jour*.

1.4 DÉFINITION DES TRAJECTOIRES DE SERVICES

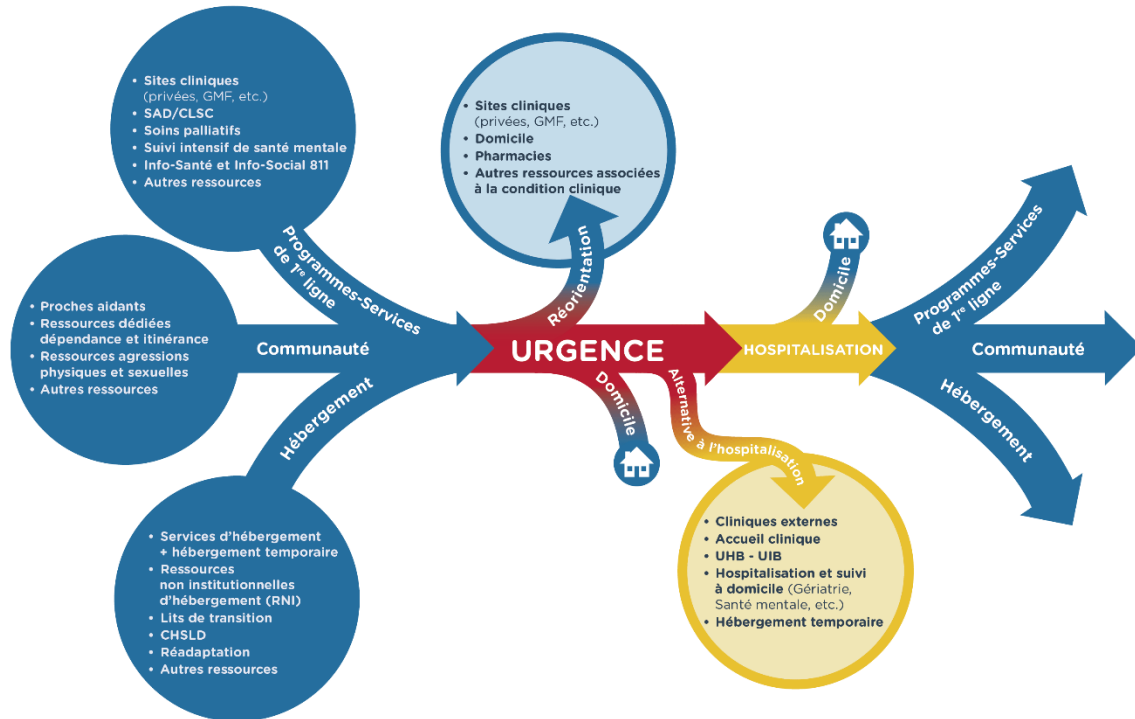
Le fonctionnement global de l'urgence est intimement lié à des facteurs internes et externes à son environnement immédiat. Pour mieux décrire cette réalité, la littérature propose d'ailleurs un modèle reposant sur les trois phases du flot de gestion de clientèle de l'urgence, soit l'amont (input), l'intervention à l'urgence (throughput) et l'aval (output) (Asplin, et al. 2007, Ospina, et al., 2006, Asaro, et al. 2007). Ce modèle décloisonné permet une meilleure intégration de l'urgence au parcours de soins et facilite une compréhension dynamique où les différentes influences sont mieux définies. Le schéma proposé illustrant le concept de flot de clientèle transitant par l'urgence sera cité au sein du *Guide* à titre de modèle conceptuel de référence sur lequel s'inscrira l'ensemble des interventions visant l'amélioration de la fluidité de la gestion du parcours de soins et de services touchant les soins d'urgence.

Le modèle de gestion et d'intégration proposé repose sur la participation, en amont, en aval et à l'urgence elle-même, de l'ensemble des intervenants concernés par la gestion de l'urgence de même que par l'amélioration de sa performance et de son efficacité. Les cliniciens, dont les médecins, les gestionnaires et les décideurs sont, ultimement, tous imputables des résultats obtenus et de la qualité des soins et services offerts aux usagers sous leur responsabilité.

La personne ayant recours aux services d'urgence doit demeurer au centre des préoccupations des intervenants et des gestionnaires des urgences. Le réseau déploie d'importantes ressources humaines, matérielles et informationnelles dans un environnement plus complexe sur les plans technologique, professionnel, organisationnel et humain. Tous les efforts doivent être orientés

vers l'obtention des meilleurs résultats cliniques possible dans le respect des intérêts des usagers et de leur dignité.

TRAJECTOIRE DE SOINS ET SERVICES



Afin d'établir une référence commune, voici une représentation conceptuelle de l'intégration de l'urgence au sein du parcours de soins ainsi que ses relations avec différentes composantes du réseau.

La fluidité du parcours de soins devient un objectif prioritaire pour tous les intervenants, les urgences le démontrant bien. De plus, le suivi de certains indicateurs, tels que le nombre d'usagers hospitalisés en attente de lits de longue durée ou la durée moyenne de séjour intrahospitalier des usagers présentant certains problèmes fréquents, illustre aussi la relation entre le niveau d'atteinte des cibles pour ces indicateurs et le niveau de congestion de l'urgence.

Comme le démontre le schéma, l'intégration de l'urgence au parcours de soins impose une gestion qui inclut une forme de régulation au sein d'un flot de clientèle et l'urgence représente un goulot d'étranglement potentiel à ce flot. De ce fait, il est primordial de mettre en place des mécanismes optimisant la trajectoire de la clientèle de l'urgence, qui présente classiquement des besoins très diversifiés.

À cet effet, le renforcement des différents mécanismes de liaison est essentiel pour une meilleure intégration fonctionnelle et stratégique entre les départements et services intra- et interétablissements concernés par la gestion du flot de clientèle se présentant à l'urgence. Nous

reviendrons sur la désignation et les responsabilités des divers intervenants touchés par les activités de liaison et leur rôle en vue d'assurer la continuité des soins et services.

La réalisation minimale d'une approche de type parcours de soins doit notamment viser à inclure les paliers de services et de soins incluant les liens avec la première ligne et ses programmes-services. Il faut favoriser une fluidité dans la transition de la personne à travers les services et les différentes organisations que sont :

- les soutiens à domicile et les services courants;
- les services sociaux;
- les services aux aînés;
- la réadaptation;
- la santé mentale;
- les services de soutien à l'hébergement de longue durée, en ressources intermédiaires ou en répit-dépannage.

Définie comme une dimension de la performance, l'efficacité du RSSS est apparue comme un enjeu déterminant dans l'approche de la congestion des urgences. Ainsi a émergé le concept d'arborisation de la réponse, qui consiste à orienter un usager vers la ressource du réseau la plus appropriée, de proximité et adaptée pour répondre à ses besoins spécifiques. Le modèle antérieur de l'approche de l'usager à l'urgence reposait principalement sur une conception relativement linéaire de la trajectoire de soins et de services; la personne était inscrite, évaluée, son problème identifié, et elle était ensuite admise ou retournée à son domicile. L'urgence doit s'adapter aux besoins de plus en plus complexes des usagers, notamment la clientèle âgée, en intégrant une approche interdisciplinaire disponible à l'urgence ou facilitée à domicile.

L'application du concept d'arborisation favorise la mise en place de plusieurs solutions au problème identifié, souvent extérieures à l'urgence, permettant une meilleure adéquation entre le besoin et la solution proposée. À titre d'exemple, les personnes présentant des situations cliniques ne nécessitant pas le recours aux infrastructures spécialisées d'une urgence d'un centre hospitalier ont accès, dans leur milieu, à des programmes-services dans un endroit connu et accessible au moins 12 heures par jour pour certains d'entre eux (cliniques sans rendez-vous, cliniques spécialisées, tous types de GMF) selon le plan de services de leur CISSS/CIUSSS.

Si elles se présentent à l'urgence, le MSSS souhaite une réorientation de ces clientèles vers des ressources plus appropriées, qu'il y ait ou non des ententes formelles entre l'urgence et les sites cliniques. De concert avec les services de premières lignes, une sensibilisation constante et soutenue auprès de la population est nécessaire afin que les clientèles développent les bons réflexes de se présenter aux différents points de service selon leur condition de santé et leur besoin (sites cliniques, pharmacie communautaire, urgences, etc.).

Dans le même ordre d'idées, une personne nécessitant une procédure diagnostique particulière pour un problème identifié dans une clinique communautaire (par exemple une échographie Doppler) pourra, suivant le principe d'arborisation, avoir directement accès au plateau requis et sera prise en charge selon les résultats sans consulter à l'urgence. L'accueil clinique fait partie de ces pistes de solution.

L'application éclairée du principe d'arborescence de la réponse favorise l'amélioration de la pertinence de l'utilisation des ressources (le bon usager, au bon endroit et au bon moment) et l'efficacité des services rendus (le meilleur service au meilleur coût).

Les modes de pratique incluant une réorientation de la clientèle de l'urgence soulèvent parfois certaines inquiétudes. Des craintes ont été émises par des équipes médicales quant aux risques médico-légaux. Plusieurs centres ont déjà adopté une telle approche et, d'après les informations recueillies auprès des gestionnaires concernés, il ne semble pas qu'elle soit associée davantage à des poursuites ou litiges qu'une gestion « linéaire » de la clientèle. Toutefois, le principe de gestion des risques, fussent-ils minimes, doit être appliqué. Le MSSS encourage les établissements du réseau à encadrer le processus de la *Réorientation* selon les *Orientations ministérielles : Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence*. Ce document vient sécuriser et encadrer la pratique de la réorientation.

Rappelons également ici que l'implantation de nouvelles approches visant l'arborescence de la réponse repose sur certains principes organisationnels qui en améliorent les chances de succès. Ceux-ci incluent notamment :

- une attitude proactive des instances locales concernées (direction générale et professionnelle du CISSS/CIUSSS ou du centre hospitalier universitaire [CHU], conseil des médecins, dentistes et pharmaciens [CMDP], partenaires externes, etc.);
- un leadership fort, bien défini et rassembleur, imputable de l'instauration et du suivi des mesures considérées;
- l'implication de tous les intervenants de l'urgence et des partenaires;
- l'existence d'un consensus accordant la priorité à l'urgence au sein de l'établissement.

1.4.1 Qualité et performance des trajectoires

L'expérience des dernières années a clairement démontré que l'amélioration de la qualité et de la performance des différents milieux ne pouvait être réalisée et encore moins consolidée en l'absence de la responsabilisation ainsi que de l'implication continue et proactive de plusieurs acteurs. Nommons à ce titre la direction générale, la direction des soins infirmiers (DSI), la direction des services professionnels (DSP) de même que celle des services multidisciplinaires (DSM), le CMDP, le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et l'ensemble du personnel de l'établissement. Certains mécanismes proposés pour l'obtention de résultats requièrent l'implication d'équipes et de personnes chargées de responsabilités précises, dont les actions sont coordonnées et le leadership reconnu par les instances administratives et cliniques de l'établissement. Ces personnes ou équipes doivent évidemment jouir des leviers nécessaires à l'atteinte des objectifs ciblés.

Chaque programme ou activité de soins inclut un volet spécifique assurant l'évaluation continue de la qualité et le suivi d'indicateurs de qualité dans chaque établissement du réseau.

1.5 CODE D'ÉTHIQUE

Conformément à la loi, chaque établissement a l'obligation d'élaborer un *Code d'éthique* qui indique les droits des usagers, de même que les pratiques et conduites attendues de l'ensemble du personnel.

La direction générale s'assure que chaque intervenant qui travaille au sein de son établissement a accès au code d'éthique. Il doit en remettre une copie à tout usager qui en fait la demande.

De façon générale, le personnel de l'urgence doit :

- prodiguer des soins et services aux usagers en tenant compte des besoins spécifiques de chacun;
- reconnaître que sa responsabilité professionnelle fondamentale est le bien-être de l'usager;
- répondre rapidement et adéquatement, sans préjugé ni partialité, à toute demande de soins constituant une urgence médicale;
- respecter les droits des usagers et s'efforcer d'agir dans leur intérêt, en particulier avec les usagers les plus vulnérables ou incapables de choisir un traitement en raison de leur inaptitude à consentir de façon éclairée à un traitement donné;
- s'assurer du consentement éclairé de l'usager à tout traitement qui lui est proposé;
- respecter le droit des usagers à la confidentialité et ne divulguer de renseignements confidentiels qu'avec le consentement de l'usager;
- coopérer avec tous les intervenants participant aux soins des usagers se présentant à l'urgence;
- prendre part à des activités de formation continue afin de maintenir ses connaissances et ses compétences à jour;
- faire une utilisation judicieuse et responsable des ressources médicales à sa disposition;
- encourager l'usager à retourner voir son médecin de famille à la suite de sa visite à l'urgence;
- soutenir les efforts déployés en vue de réduire les conséquences des blessures et des maladies.

1.6 TYPES DE SERVICES OFFERTS DANS LES URGENCES

Le présent *Guide* s'applique à l'ensemble des urgences du Québec même si les modes de gestion peuvent varier selon la vocation de l'établissement (centre universitaire, régional, spécialisé ou rural). Cependant les objectifs poursuivis demeurent les mêmes, particulièrement au chapitre de l'accessibilité et de la qualité des soins et des services prodigués à la population.

Situées au confluent de plusieurs services, les unités d'urgence sont un des éléments importants du réseau de la santé. Leur fonctionnement est intimement lié à la performance de

l'établissement, mais également à celle des services offerts en amont et en aval. À ce chapitre, la mise en place des CISSS/CIUSSS, des instituts et des CHU a eu entre autres pour objectif une meilleure intégration des services, en assurant un réel parcours de soins. Parmi les éléments prioritaires soutenant cette démarche d'intégration, mentionnons :

- l'accès à un médecin de famille (soit par GMF, GMF-R, guichet d'accès à la clientèle orpheline, cabinet privé et autres types de cliniques);
- les services préhospitaliers et posthospitaliers;
- l'accessibilité aux lits de courte durée et aux ressources adéquates pour la clientèle en fin de soins actifs (RNI, CHSLD, UTRF, URFI, réadaptation, soins palliatifs, etc.);
- ententes de service formelles interétablissements assurant un accès rapide à l'ensemble des soins requis;
- d'autres critères doivent également être pris en considération dans la classification des services offerts par les différentes unités d'urgence, notamment:
 1. la distance,
 2. l'accessibilité,
 3. le volume et la lourdeur des activités,
 4. la densité de la population,
 5. l'expertise requise de l'équipe d'urgence,
 6. disponibilité d'une équipe d'évaluation interdisciplinaire (par exemple les équipes spécialisées en gériatrie).

Afin de bien déterminer les besoins aux différents services d'urgence en fonction de la mission de leur installation et de leur établissement, veuillez vous référer à l'exercice de la *Catégorisation des urgences*.

1.7 ORGANISMES DU RÉSEAU

Les services et soins qui assurent le parcours sont nombreux et ont chacun une mission à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ces divers organismes ou établissements visent à fournir des services de qualité à la population de leur territoire. Leurs rôles respectifs sont brièvement définis.

1.7.1 Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux

L'épisode de soins peut comprendre le recours à des services tertiaires régionaux ou suprarégionaux. Compte tenu de la complexité et de la gravité de leur état, certains usagers ont besoin de l'intervention de médecins spécialistes de centres tertiaires, notamment en cardiologie, en neurochirurgie, en traumatologie ou en pédiatrie.

Le RUISS a pour fonction de favoriser la complémentarité et l'intégration des missions relatives aux soins, à l'enseignement et à la recherche de tous les établissements de santé d'un même

réseau ayant une désignation universitaire, et de faciliter la concertation entre ces établissements. Il aide aussi les régions de son territoire à maintenir la compétence de leurs professionnels et de leurs médecins et leur apporte le soutien en ce qui a trait aux services à la population. Dans un esprit de partenariat, l'objectif des RUISSS est de favoriser la collaboration entre les établissements, les universités et les hôpitaux universitaires afin de mieux coordonner les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies.

Chaque RUISSS est responsable d'un territoire qui lui est propre, incluant les territoires situés à proximité des établissements qui lui sont associés. En outre, le RUISSS collabore avec les établissements des territoires des régions périphériques, intermédiaires et plus éloignées dont il est responsable.

Chaque établissement membre d'un RUISSS offre des services dans le ou les domaines d'expertise qui lui sont reconnus. Les corridors de services y sont bidirectionnels et leurs modalités de fonctionnement font l'objet d'ententes formelles entre les établissements membres du RUISSS et les établissements de son territoire.

Un établissement membre d'un RUISSS fournit des soins et des services de deuxième ligne à une ou des instances locales de son territoire, si le MSSS juge qu'une telle contribution est nécessaire. Les établissements universitaires de santé membres d'un RUISSS viennent en aide aux établissements de leur territoire qui ont de la difficulté à assurer les soins de deuxième ligne à leur population. Il peut s'agir, par exemple, d'une aide ponctuelle lorsqu'il y a interruption des services ou, mieux encore, d'une aide visant à prévenir de telles interruptions à court, moyen et long terme.

1.7.2 Centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS)

Les 22 CISSS/CIUSSS sont responsables de l'organisation des services de santé et des services sociaux sur leur territoire. Cette structure vise à mieux prendre en charge les clientèles en situation de vulnérabilité, tout particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes vivant avec des incapacités, les jeunes en difficulté, les personnes vivant avec un problème de santé mentale ou aux prises avec un cancer et celles souffrant de maladies chroniques.

Le CISSS/CIUSSS est responsable de définir un projet clinique qui détermine :

- les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- les objectifs poursuivis en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population;
- les services requis pour satisfaire les besoins et les particularités de la population;
- les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Afin de définir son projet clinique et organisationnel, le CISSS/CIUSSS, pour le territoire de son réseau, fait appel à la collaboration des établissements offrant des services spécialisés et

surspécialisés, des divers groupes de professionnels, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des ressources privées et des intervenants des autres secteurs d'activité ayant une influence sur les services de santé et les services sociaux. L'ensemble de la planification aura pour but de créer un parcours de soins local intégré devant répondre aux besoins sanitaires de la population du territoire concerné. La fluidité des interfaces entre chacun des maillons de ce continuum permet d'adapter les services aux fluctuations de la demande.

Les *centres hospitaliers*, pour la plupart, sont intégrés à un CISSS/CIUSSS en vue d'améliorer la continuité des soins. Ils offrent notamment des services d'urgence, des services d'hospitalisation pour les soins aigus et des services diagnostiques (laboratoire et radiologique) selon leur vocation. La qualité de leurs liens avec les autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux est essentielle pour leur bon fonctionnement et pour éviter qu'ils soient perpétuellement engorgés.

Le *centre local de services communautaires (CLSC)* offre, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique. Le centre intégré qui assume cette mission doit s'assurer que les personnes ayant besoin de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs proches sont jointes, que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur sont fournis à l'intérieur de ses installations ou dans le milieu de vie des personnes, c'est-à-dire à l'école, au travail ou à domicile. Au besoin, il s'assurera que ces personnes sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Les *centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)* offrent principalement des services d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie ainsi que certains services alternatifs, dont l'hébergement temporaire ou les lits de répit. Les services sociaux du CISSS/CIUSSS déterminent quelles sont les personnes qui nécessitent un hébergement. Par la suite, les différentes instances concernées agissent en toute diligence pour que les usagers dont l'état nécessite un hébergement ne souffrent d'aucun délai d'attente.

Vous pouvez consulter la [*Mission des établissements de santé et services sociaux*](#).

1.7.3 Centres hospitaliers universitaires et instituts

Également appelés établissements non fusionnés, les centres hospitaliers universitaires et certains instituts ne sont pas intégrés aux CISSS/CIUSSS. Les soins de santé et de services sociaux peuvent être dispensés dans plusieurs de leurs installations. Ils ont l'obligation d'assurer des services et de desservir la population de plus d'un territoire de CISSS/CIUSSS. Il est toutefois nécessaire qu'ils établissent des liens avec les autres CISSS/CIUSSS de proximité et que des ententes formelles soient établies entre ces établissements, selon les besoins.

Les centres hospitaliers universitaires et instituts, en plus de leur responsabilité vis-à-vis leur population de proximité, ont une responsabilité suprarégionale qui est précisée à l'intérieur des RUISSS. Ils offrent principalement des services ultraspécialisés aux personnes qui les requièrent. Les hôpitaux régionaux offrent certains services spécialisés à la population de leur territoire en complémentarité avec les hôpitaux hors de leur région.

1.7.4 Centres de réadaptation

Les centres de réadaptation jouent un rôle primordial dans le parcours de soins pour certaines catégories d'usagers, notamment ceux ayant besoin de recouvrer leur autonomie fonctionnelle après un accident, une chirurgie ou certaines maladies et pour qui les services de réadaptation à domicile ne sont pas suffisants. Ces usagers ont besoin d'une réadaptation plus intensive qui nécessite les services d'un centre de réadaptation.

Les centres de réadaptation en dépendance (CRD) ont quant à eux pour mission d'améliorer l'état de santé et de bien-être, la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes d'alcool, de drogue, de jeu et de cyberdépendance et de leur entourage par le biais de services spécialisés en dépendance. Ces services sont l'évaluation spécialisée en dépendance, les services de réadaptation externes et avec hébergement, la réinsertion sociale, la gestion de l'intoxication, les services externes intensifs de gestion du sevrage et les services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale, ainsi que le soutien à l'entourage des personnes dépendantes.

1.7.5 Sites cliniques

Les médecins de famille travaillent soit dans une *clinique privée*, un *des GMF ou GMF-R*, et sont un maillon essentiel dans la prestation des soins à l'utilisateur à l'intérieur de la communauté. On rappelle ici l'importance de l'accessibilité à un médecin de famille et aux professionnels de la santé. Toutefois, il importe de rappeler le rôle des infirmières praticiennes spécialisées et des infirmières cliniciennes dans la prise en charge des différentes clientèles dans l'un ou l'autre des sites cliniques.

1.7.6 Réseaux sociaux et communautaires

Les organismes communautaires sont des organismes sans but lucratif qui offrent des services et des activités répondant à des besoins particuliers nommés par la population. En effet, de l'accompagnement en hébergement jusqu'au soutien à l'intervention, ces organismes couvrent une large gamme de services. Les organismes communautaires jouent un rôle complémentaire essentiel pour certaines clientèles, qu'il s'agisse d'un suivi ou d'une intervention en matière de violence conjugale ou d'agression sexuelle, d'une intervention auprès d'enfants victimes de négligence ou de violence, d'un groupe de soutien pour une personne qui a besoin de cheminer vers un mieux-être, d'un accompagnement individuel ou de groupe pour une personne qui rencontre des difficultés d'adaptation ou du transport-accompagnement pour une personne aînée qui a un rendez-vous médical.

Ces services communautaires peuvent aussi offrir des activités socioprofessionnelles et de répit pour les personnes ayant une déficience ou encore le dépistage pour les enfants présentant de potentiels retards de développement. De plus, ils offrent des services d'hébergement, que ce soit urgent, transitoire ou permanent. Il peut y avoir un hébergement transversal selon diverses problématiques, autant en violence conjugale qu'en itinérance ou en réinsertion sociale, ou encore pour une intervention psychosociale.

Enfin, rappelons que d'autres partenaires du RSSS jouent également un important rôle dans la dispensation des services de santé et des services sociaux. À titre d'exemple, les pharmacies communautaires, les ressources privées telles que des résidences pour personnes âgées, les entreprises d'économie sociales, les partenaires des autres secteurs (par exemple scolaire, municipal, services de garde, emploi, etc.) ont tout aussi un rôle avec le RSSS.

2 CATÉGORISATION DES URGENCES

Bien que le présent *Guide* établisse certaines normes de gestion et d'organisation dans les urgences, il serait utopique de croire qu'il peut être appliqué intégralement et uniformément à l'ensemble des urgences au Québec. En effet, les exigences de gestion ne peuvent être les mêmes dans un centre universitaire que dans un dispensaire en région rurale.

Dans le but de faciliter l'atteinte des objectifs de gestion poursuivis, mais également dans l'optique de mieux encadrer les gestionnaires et professionnels œuvrant dans les urgences, l'équipe de la Direction des services d'urgence (DSU) propose une mise à jour de la *Catégorisation des services d'urgence*. Chacun des niveaux est ainsi associé à des recommandations minimales à respecter.

Cette catégorisation se veut maintenant plus uniforme afin de rejoindre autant les conditions organisationnelles que les modalités de gestion s'appliquant aux exercices quinquennaux de qualification de la main-d'œuvre médicale spécialisée. S'appuyant déjà sur la catégorisation proposée au précédent guide de gestion des urgences, ce nouvel exercice a simplifié l'organisation des différents niveaux. Aussi, les trois niveaux, soit primaire, secondaire et tertiaire, sont-ils eux-mêmes déclinés en sous-catégories selon leurs propres distinctions.

Rappelons que tous les services d'urgence, quel qu'en soit le niveau d'activité, doivent minimalement répondre aux opérations de triage, de stabilisation et de réanimation des clientèles. En outre, ils veillent tous à assurer le monitoring cardiaque en salle de réanimation, pouvoir procéder à des examens d'électrocardiogramme (ECG) et entreprendre une procédure de transfert à l'intérieur de 30 minutes avec des établissements ou installations partenaires.

2.1 UNITÉS D'URGENCE DE NIVEAU PRIMAIRE (1C, 1B, 1A ET DISPENSAIRES)

Important : Cet exercice de catégorisation ne reprend pas la proposition telle que connue au *Guide de gestion de l'urgence de 2006*, principalement pour le niveau primaire.

D'abord, le niveau de catégorisation primaire est divisé en quatre sous-catégories. Dans la première division, les urgences de type 1C sont incluses à des centres hospitaliers. Ces urgences offrent des services médicaux continus généralement assurés par des médecins omnipraticiens. Ces installations doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique répandue ainsi que des lits d'hospitalisation (laboratoire, plateau technique de base avec échographie). L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les services de chirurgie générale et d'anesthésiologie y sont accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Il n'est pas requis que les installations dans lesquelles se trouve ce type d'urgence possèdent une unité de soins intensifs ou son équivalent. Certaines urgences primaires sont également désignées comme étant des centres de stabilisation en traumatologie.

De plus, les niveaux de catégorisation primaire de type 1B, 1A et les dispensaires représentent des urgences situées hors centres hospitaliers. Ces urgences de première ligne sont des points de service faisant partie des services offerts par les CISSS/CIUSSS, à savoir les CLSC, les CHSLD et les dispensaires. Dans ces points de service, un professionnel ou une équipe de professionnels s'appuyant sur des moyens adéquats offre dans une période de temps convenable des services à l'utilisateur et, le cas échéant, l'oriente vers la ressource appropriée, en faisant appel aux corridors de services préétablis. De manière générale, ces urgences ne possèdent pas d'unité d'hospitalisation, à l'exception de quelques lits d'évaluation gériatrique ou de médecine.

Sommairement, les urgences 1B doivent être situées à moins de 70 km d'un centre hospitalier avec qui des ententes de services sont établies, et sont généralement ouvertes entre 12 heures et 16 heures par jour. Les urgences de type 1A sont un point de service relié à une urgence du réseau local de service. Elles ont aussi des ententes de service, sont ouvertes 24 heures par jour, 7 jours par semaine et sont situées à plus de 70 km d'une urgence d'un centre hospitalier. Les dispensaires sont quant à eux des services d'urgence offrant également des services 24 heures par jour, 7 jours par semaine, mais en région éloignée ou isolée.

2.2 UNITÉS D'URGENCE DE NIVEAU SECONDAIRE (2A ET 2B)

Dans les unités d'urgence de niveau secondaire, les services médicaux continus sont généralement assurés par des omnipraticiens et quelques spécialistes de la médecine d'urgence, que soutiennent des spécialistes des disciplines chirurgicales et médicales appropriées. Ces installations doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique spécialisée. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les services d'anesthésiologie, de radiologie, de médecine interne et de chirurgie générale, de même que les services offerts par certaines spécialités médicales et chirurgicales, notamment l'orthopédie si le centre est un centre secondaire désigné du réseau de traumatologie, doivent y être accessibles 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'installation. Les installations de ces urgences doivent également avoir une unité de soins intensifs.

Sauf exception, les urgences secondaires de type A ont moins de 20 civières fonctionnelles, alors que les urgences secondaires de type B ont 20 civières fonctionnelles et plus.

2.3 UNITÉS D'URGENCE DE NIVEAU TERTIAIRE (3A ET 3B)

Les unités d'urgence de niveau tertiaire offrent des services médicaux continus, généralement assurés par des spécialistes en médecine d'urgence et par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes. À ce titre, ils exercent un rôle d'expert-conseil auprès des autres installations, le cas échéant. Les installations tertiaires incluent naturellement toutes les conditions des niveaux précédents. Elles doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique spécialisée et surspécialisée. L'équipe médicale en place permet d'assurer l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Doivent également être

accessibles dans ces centres hospitaliers des services de médecins spécialistes en anesthésiologie, en radiologie et en médecine interne, ou de médecins appartenant à certaines spécialités médicales ou chirurgicales, notamment l'orthopédie, la neurologie tertiaire et la neurochirurgie, si le centre est un centre désigné du réseau de traumatologie, et ce, 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'installation. Les urgences tertiaires de type B représentent des centres à vocation unique pour une clientèle, tels que les urgences pédiatriques ou celles dédiées en santé mentale.

Ci-joint se trouve un tableau représentant les distinctions entre les trois grands niveaux de catégorisation, soit primaire, secondaire et tertiaire, et leurs sous-catégories.

2.4 CIVIÈRES FONCTIONNELLES

Les services d'urgence ont attribué un nombre de civières fonctionnelles, auparavant dites « au permis ». Le nombre autorisé pour une urgence découle de plusieurs aspects, dont une formule qui amalgame la volumétrie des visites et sa croissance sur les dernières années, des facteurs multiplicatifs découlant des pics d'achalandage, des admissions et des départs. Ce calcul intègre également les valeurs des cibles ministérielles en regard des durées de séjour. Rappelons que les civières de l'aire de réanimation ainsi que les fauteuils de la ZER ne sont pas inclus au total des civières fonctionnelles autorisées mais plutôt en ajout.

En dépit des civières fonctionnelles, les urgences sont munies d'emplacements de débordement utilisés en cas de dépassement du niveau d'activité de l'installation. Les civières de débordement ne sont pas destinées à un usage récurrent. Lorsque les niveaux d'activité d'une installation et d'une urgence sont supérieurs à la normalité, tous les partenaires de l'organisation doivent travailler de concert avec les gestionnaires des services d'urgence afin d'assurer une fluidité hospitalière et d'éviter les séjours prolongés à l'urgence. Différentes mesures peuvent être initiées tel que discuté dans la section du *Plan de désencombrement*.

3 SERVICES DE PROXIMITÉ, SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES

Le MSSS favorise l'organisation d'un réseau intégré et hiérarchisé de services qui tient compte de l'évolution des besoins de la population ainsi que du développement des connaissances et des technologies. À cette fin, en collaboration avec les CISSS/CIUSSS et les établissements du réseau, il :

- planifie et soutient l'organisation des services de première ligne, notamment en GMF, en GMF-Universitaire (GMF-U) et en GRM-Réseau (GMF-R);
- analyse l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés offerts dans les établissements, y compris dans les centres hospitaliers;
- propose des moyens pour améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux, la fluidité des trajectoires de soins et de services ainsi que la performance de notre réseau;
- planifie les effectifs médicaux et psychosociaux et en assure la répartition équitable entre les diverses régions du Québec.

La première ligne joue un rôle primordial dans la hiérarchisation des services au Québec afin de minimiser les visites à l'urgence lorsque cela peut être évité. L'enjeu principal en première ligne est d'assurer à tous les Québécois un accès à un médecin de famille qui leur offre les soins requis et un suivi de qualité, au bon endroit et au bon moment. L'accès aux IPS de première ligne permet également une prise en charge des clientèles de tous âges dans une approche globale de leurs besoins. Les IPSPL peuvent évaluer, déterminer un plan d'intervention et dispenser des soins infirmiers et médicaux en collaboration interprofessionnelle, notamment avec les médecins.

Plusieurs mesures et incitatifs ont déjà été mis en œuvre de façon à augmenter le nombre de personnes inscrites auprès des médecins de famille ainsi que l'accessibilité à des équipes interdisciplinaires de première ligne pour les personnes non inscrites. De plus, le GAMF a pour fonction de capter les demandes des personnes à la recherche d'un médecin de famille et permet, de manière sécuritaire et confidentielle, de créer un premier lien entre le citoyen et le médecin.

La clientèle vue à l'urgence démontrant un besoin non urgent devrait être orientée vers des sites de première ligne, qu'elle soit inscrite ou non à un médecin de famille, de façon à assurer une prise en charge dans la communauté et à limiter l'utilisation de l'urgence à des fins non urgentes. Les modalités en regard de la *Réorientation* sont accessibles à cette sous-section.

3.1 INFO-SANTÉ ET INFO-SOCIAL 811

Le service Info-Santé offre aux citoyens un accès téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à une consultation professionnelle auprès d'une infirmière, en réponse à leurs besoins en matière de santé.

Après évaluation de la situation de santé du citoyen qui fait appel au service, les infirmières sont en mesure de lui communiquer les autosoins lui permettant de résoudre son problème, de l'informer des éléments lui permettant de suivre l'évolution de sa situation et de lui indiquer quoi faire, ou qui consulter advenant une détérioration, ainsi que les délais de consultation, le cas échéant.

Info-Santé assure aussi la réponse, en tout temps, à la clientèle vulnérable des services de soutien à domicile (SAD) hors des heures normales d'accueil des SAD. Cette continuité d'accès téléphonique permet de mettre en lien les usagers inscrits au SAD avec une infirmière de garde qui peut se déplacer à domicile, en cas de besoin, et éviter ainsi un déplacement vers un établissement de santé.

Dans un même ordre d'idées, Info-Social 811 est un service téléphonique gratuit et confidentiel permettant à toute personne de joindre rapidement un professionnel en intervention psychosociale, en cas de besoin. Offert en tout temps, ce service permet d'offrir un soutien ponctuel aux personnes dans le besoin ou à leurs proches. Le but est de renforcer la capacité des personnes à prendre en charge leur état de santé et leur bien-être ou celui de leurs proches ainsi que de les soutenir en situation de crise et ainsi, de prévenir que des personnes ayant des besoins psychosociaux ou de santé mentale ne se retrouvent à l'urgence.

Les professionnels peuvent offrir des conseils ou répondre à des interrogations de l'ordre psychosocial ainsi que diriger les personnes vers les ressources appropriées à leurs besoins. Le service Info-Social peut assurer l'estimation du risque suicidaire ou homicidaire. C'est un service d'aide désigné en situation de crise. À cet effet, l'Info-Social 811 peut notamment déployer une équipe d'intervention de crise 24/7 dans le milieu.

3.2 CENTRE ANTIPOISON DU QUÉBEC

Le Centre antipoison du Québec répond à la population et aux professionnels de la santé lorsqu'une situation urgente d'intoxication ou d'empoisonnement s'apparente et ce, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'évaluation téléphonique est assurée par des infirmières et des médecins. Cette équipe répond aux questions de la population et des professionnels de la santé et émet des recommandations en regard de la situation décrite.

Le rôle du centre d'appel permet notamment de répondre aux interrogations entourant les produits toxiques, un accident de travail impliquant une exposition aiguë à des produits toxiques, la mauvaise utilisation d'un médicament, l'ingestion ou l'inhalation d'un produit chimique ou encore le contact de la peau et des yeux à une substance chimique. En cas de référencement aux services d'urgence, le centre antipoison assure également le premier contact auprès du service d'urgence afin de proposer une conduite en regard de la situation clinique de l'utilisateur.

3.3 SERVICES D'AIDE EN SITUATION DE CRISE (SASC) DES SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX

Les services sociaux généraux constituent des services de première ligne pour l'ensemble de la population qui éprouve un problème social ou psychologique ou encore qui a des questions à cet égard. Les personnes peuvent s'adresser à leur CISSS/CIUSSS afin d'obtenir une réponse à un besoin (par exemple pour une détresse psychosociale ou des conflits, pour une personne en situation de pauvreté, suite à une agression sexuelle ou à de la violence conjugale, suivant un deuil, pour du soutien aux personnes proches aidantes, pour une personne en situation de crise avec idées suicidaires ou homicidaires ou dont l'état mental est perturbé ou présente un danger, etc.). Les services sociaux généraux sont offerts par les CISSS/CIUSSS ou par des partenaires ayant des ententes à cet effet.

Pour plus d'informations sur les services sociaux généraux, vous pouvez vous référer aux *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience* publiées par le MSSS.

Certains services sociaux généraux sont identifiés et mandatés officiellement comme étant des services d'aide en situation de crise ou SASC dans le cadre de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Les SASC sont :

- service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence;
- service de consultation téléphonique psychosociale (Info-Social), accessible en tout temps au numéro 8-1-1 (Info-Social 811);
- service d'intervention de crise dans le milieu 24/7.

3.4 GMF, GMF-U ET GMF-R

Les GMF sont des regroupements de médecins de famille qui travaillent ensemble ainsi qu'en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux (par exemple les infirmières et les travailleurs sociaux). Leur mission est d'offrir des services médicaux à toute clientèle, notamment le suivi continu d'une clientèle constituée d'un nombre minimal d'usagers inscrits auprès des médecins qui y exercent leur profession. Ils doivent également assurer le suivi des soins post-hospitaliers dans un délai approprié pour la population vulnérable.

Les GMF-U sont des GMF dans lesquels les résidents en médecine de famille, les étudiants et les stagiaires dans différentes disciplines peuvent recevoir de la formation. Ils ont pour mission de dispenser et d'enseigner, de façon exemplaire et innovatrice, des soins de santé et des services de première ligne intégrés en collaboration interprofessionnelle, de participer au développement et à l'application des connaissances, notamment par la recherche et l'érudition.

Les GMF-R ont pour objectifs de répondre aux besoins semi-urgents ou urgents simples en offrant un accès rapide aux services médicaux de première ligne. Leur offre de service est complémentaire à celle des GMF et permet d'éviter aux usagers qui ont une condition de santé non prioritaire de se présenter à l'urgence. Les GMF-R (supers cliniques) permettent un accès

médical aux usagers présentant une condition de santé non urgente mais qui n'ont actuellement pas de médecin de famille désigné. En collaboration avec une équipe interprofessionnelle (par exemple des infirmières, des travailleurs sociaux, etc.), ils répondent aux besoins de toutes les clientèles, avec ou sans médecin de famille.

3.5 SOUTIEN À DOMICILE

En 2003, le MSSS a diffusé la politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix*, dans laquelle il indique que le domicile est la première option à considérer, et ce, en tout temps. Dans ce contexte, le SAD est une façon efficace et efficiente de répondre aux besoins de la clientèle et joue un rôle vital au sein d'un réseau de santé intégré. Le SAD s'adresse à toute personne, peu importe son âge, ayant une incapacité temporaire ou persistante, dont la nature peut être physique, psychique ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile ou dans certains autres milieux de vie une partie ou la totalité des services que son état requiert. Il s'adresse également aux proches de ces personnes. Le SAD est une manière de répondre aux besoins des clientèles qui se retrouvent dans les programmes-services répondant à des besoins touchant l'ensemble de la population (Santé publique et Services généraux – activités cliniques et d'aide) ainsi qu'à des problématiques particulières (Soutien à l'autonomie des personnes âgées [SAPA], DP, DI-TSA, Jeunes en difficulté [JED], Santé mentale et Santé physique, ce dernier incluant notamment la prestation de soins palliatifs et de fin de vie).

3.6 SERVICES LIÉS À LA LIGNE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

La ligne 1-866-APPELLE consiste à offrir à la population une réponse téléphonique accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. La ligne est programmée à partir des indicatifs régionaux qui servent à basculer automatiquement l'appel vers un centre désigné. Les centres de prévention du suicide sont les principaux centres de réponse téléphonique désignés de la ligne ainsi que certains CISSS/CIUSSS par le biais du service Info-Social 811.

3.7 PHARMACIES COMMUNAUTAIRES

Les pharmacies communautaires représentent un service de proximité important pour les usagers. Le pharmacien contribue à soutenir et à promouvoir la santé de la population par ses diverses interventions. De plus, depuis 2015, l'élargissement du champ de pratique des pharmaciens a permis non seulement de mieux soutenir les usagers dans leur approche globale de la santé, mais aussi de soutenir les autres professionnels en ayant un rôle davantage élaboré dans le soutien à la santé. Ainsi, de nouvelles activités sont réalisées dans les pharmacies communautaires permettant de répondre à certains besoins de la population sans une intervention dans un milieu de soins. Parmi ces nouvelles activités, notons :

- prolonger une ordonnance;
- prescrire des analyses de laboratoire;

- prescrire des médicaments lorsqu'aucun diagnostic n'est requis;
- ajuster l'ordonnance d'un médecin;
- prescrire des médicaments pour certaines problèmes mineurs;
- substituer un médicament lors de rupture d'approvisionnement;
- administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié;
- prescrire et administrer des vaccins.

Enfin, rappelons que dans plusieurs pharmacies communautaires, une infirmière sur place peut assurer certains soins et services en plus de répondre à des problématiques de santé spécifiques (par exemple faire le suivi de maladies chroniques, des soins de plaies, de la vaccination, le dépistage d'ITSS, etc.).

3.7.1 Prévention et stratégies d'intervention aux surdoses d'opioïdes

Une *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes* expose la problématique entourant l'usage des opioïdes, décrit la situation au Québec et énonce les actions principales qui seront mises en œuvre afin de prévenir les surdoses d'opioïdes. Cette stratégie identifie les interventions pour y faire face lorsque les surdoses surviennent, particulièrement dans le contexte illicite de la consommation de drogues.

Parmi l'ensemble des actions à déployer, soulignons notamment le développement et l'implantation par l'INSPQ d'un *Programme de formation sur l'administration de la naloxone pour les intervenants du RSSS*, à la demande du MSSS, disponible depuis janvier 2019.

La naloxone est accessible gratuitement depuis le 10 novembre 2017 dans toutes les pharmacies du Québec. De plus, plusieurs régions ont entamé les démarches afin que des organismes communautaires, reconnus par les directions de santé publique, puissent remettre de la naloxone aux personnes plus vulnérables qui ont de la difficulté à se rendre en pharmacie communautaire. Les ambulances ont également toutes été équipées de naloxone et la grande majorité des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) sont formés pour l'administrer.

3.8 MALADIES CHRONIQUES

Le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées est un enjeu important. Le *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne* a été diffusé par le MSSS au cours de l'automne 2012 et favorise l'intégration des différents volets du parcours de soins par le partage des pratiques innovantes locales et régionales ainsi que par la diffusion des données probantes.

Chaque CISSS/CIUSSS a la responsabilité de mettre en place de tels services afin d'éviter des visites à l'urgence. Le Programme national de santé publique (PNSP) vise la mise en place de ces services de santé publique relativement à l'adoption de modes de vie et à la création d'environnements sains et sécuritaires pour l'ensemble de la population. Ils permettent d'agir, de façon intégrée, en

amont de plusieurs problèmes de santé évitables, tels que les maladies chroniques, les problèmes liés au poids, les problèmes de santé buccodentaire, les traumatismes non intentionnels, les problèmes associés à l'environnement physique ou au milieu de travail ainsi que certains problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale. Enfin, les services du PNSP visent également la prise en compte de l'enjeu du vieillissement afin d'améliorer la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à prévenir l'apparition et les conséquences des maladies chroniques le plus tôt possible dans la vie des personnes.

3.9 CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DES CISSS/CIUSSS

Toutes les régions du Québec disposent d'un CRD intégré au mandat des CISSS/CIUSSS. Plusieurs CRD disposent des services de désintoxication internes, qui sont souvent une interface en amont ou en aval de l'urgence.

3.10 HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Des alternatives à l'hospitalisation existent lorsqu'un usager nécessite une aide fonctionnelle temporaire en raison de sa condition de santé. L'implication des intervenants du réseau, de l'infirmière de liaison et des travailleurs sociaux permet de trouver une place en hébergement temporaire. Offert à l'extérieur du domicile, le répit prend la forme d'un hébergement temporaire dans un établissement public comme une ressource intermédiaire ou un organisme communautaire d'hébergement. Ce service peut également être offert au privé dans une famille d'accueil, dans une maison de répit ou dans toute autre ressource qui offre ce service.

Aussi, l'hébergement temporaire propose des lits de dépannage psychosocial (par exemple des lits de réorientation et de transition assistée), tel que spécifié dans le *Plan de soutien à la gestion des trajectoires pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du RSSS*. Ces lits permettent de relocaliser un usager ne pouvant demeurer dans son milieu, mais ne requérant pas de soins de santé physique urgents. Cela peut donc éviter une visite à l'urgence en offrant une alternative à l'hospitalisation.

L'établissement doit connaître et promouvoir le recours à ces services et établir des liens, tout particulièrement les établissements non fusionnés. Ces ressources sont à considérer comme *Alternatives à l'hospitalisation* lorsque l'épisode de soins aigus de l'usager est terminé, et ce, pour toutes les clientèles.

4 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (comité Dicaire) a amené le gouvernement du Québec, en 2002, à adopter une loi encadrant le domaine particulier des services préhospitaliers d'urgence (SPU). Elle vise à mieux définir l'organisation en précisant les rôles respectifs des partenaires : premiers répondants, techniciens ambulanciers paramédics, propriétaires de services ambulanciers, CISSS/CIUSSS, MSSS, etc. La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence a également mis en place certaines modalités visant l'assurance de la qualité des soins et services prodigués et, finalement, elle a mis en place les principes nécessaires à l'encadrement provincial de l'ensemble des composantes du service. En outre, notons que le rapport Ouellet, publié en juin 2014, appuie quelques pistes d'amélioration des services préhospitaliers sur lesquelles des travaux sont en cours. Le mandat de ce comité de travail visait tout particulièrement à analyser le fonctionnement général des services préhospitaliers québécois et à émettre une série de recommandations afin de bonifier les prestations de services à la population.

Pour plus d'information, il est possible de consulter le rapport du comité de travail *Services préhospitaliers : urgence d'agir*.

Ainsi, le souci de la qualité et de l'efficacité des soins, qu'ils soient de nature urgente ou non, doit inclure toutes les phases des interventions concernées, et ce, dès la prise en charge (PEC) de l'utilisateur et jusqu'à son départ. Cela exige, entre autres, une coordination optimale entre les volets préhospitalier et hospitalier.

Les services préhospitaliers d'urgence sont également devenus plus efficaces à la suite de l'instauration de normes et de politiques administratives touchant l'harmonisation des pratiques et l'atteinte d'objectifs de qualité et d'accessibilité. Les entreprises ambulancières sont maintenant responsables de l'observance de certains indicateurs de qualité, dont l'accès aux services et la qualité des soins prodigués.

Malgré la préoccupation et les efforts des gestionnaires du réseau et ses avancées significatives, la gestion des services préhospitaliers d'urgence représente un défi quotidien pour un grand nombre de milieux compte tenu du type particulier d'organisation en cause. Considérant les répercussions importantes de ce volet sur certaines clientèles particulières (traumatologie, cardiologie, personnes âgées et autres), une meilleure intégration des services préhospitaliers au fonctionnement global des services d'urgence est une condition non négligeable à l'atteinte d'objectifs de qualité et de performance du réseau des soins d'urgence dans son ensemble. La présente section vise à mieux faire comprendre les objectifs de cette intégration des SPU au réseau des soins d'urgence.

4.1 MISSION EN PRÉHOSPITALIER

La mission des SPU est définie à l'article 1 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence :

...que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse.

La capacité de répondre dans un temps prédéterminé pour certaines situations cliniques dépend directement de la disponibilité des ressources préhospitalières.

La littérature est sans équivoque sur le fait que le temps de réponse du système pour les personnes victimes d'arrêt cardiorespiratoire est inversement proportionnel au taux de survie, laquelle est possible lorsque ce temps de réponse se situe à l'intérieur du délai prescrit, tel que prévu au *Protocole opérationnel ministériel*.

Afin d'assurer une disponibilité et une efficacité optimales, une interface bien intégrée entre les SPU et les centres receveurs, tout particulièrement les urgences, doit être présente afin de permettre aux SPU de remplir leur mission. La remise en service rapide des ambulances est primordiale pour remplir cette mission.

4.2 PREMIERS RÉPONDANTS

En ce qui concerne le volet *premiers répondants* de la chaîne d'intervention préhospitalière, nous recensons, en 2019, près de 346 services qui sont répartis dans autant de municipalités. De ce nombre, le Service de sécurité incendie de Montréal compte 63 casernes offrant le service de premier répondant de niveau 3, c'est-à-dire que les pompiers sont formés pour agir dans des situations d'arrêt cardiorespiratoire, d'anaphylaxie, de traumatologie et d'urgence médicale. C'est d'ailleurs 198 municipalités qui ont opté pour ce niveau de formation de leurs premiers répondants. Par ailleurs, 965 véhicules de police de la Sûreté du Québec sont munis d'un défibrillateur externe automatisé permettant aux policiers dûment formés d'intervenir dans les situations cliniques suspectes d'arrêt cardiorespiratoire.

Parallèlement, le MSSS encourage les services policiers municipaux à s'impliquer dans des démarches favorisant l'accès rapide à la défibrillation pour les victimes d'arrêt cardiaque dans la communauté. Il demeure important de voir à l'implantation de ce maillon de la chaîne d'intervention en prenant en charge la formation des policiers ainsi que la mise en place des appareils nécessaires (défibrillateurs externes automatisés [DEA]). Ces services ont largement démontré leurs effets positifs sur la survie de la population ciblée (Pescatore, 2015).

4.3 COORDINATION ENTRE LES URGENCES ET LES SPU

Lorsque l'intervention clinique auprès de l'utilisateur pris en charge par les services préhospitaliers est optimisée, le travail des intervenants œuvrant à l'urgence est facilité. Pour ce faire, un plan

visant l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des ressources préhospitalières de même que l'instauration de nouvelles modalités de soins par les TAP est à prévoir. De plus, le développement du programme de soins avancés préhospitaliers apporte également une amélioration à la qualité des services offerts aux populations visées par ce volet.

Le réseau préhospitalier établit les horaires de couverture populationnelle en fonction de la variation de la demande et met en place, lorsque possible, des mécanismes d'ajustement pour répondre aux pointes d'achalandage. À cet égard, le centre hospitalier prend note de l'importance de la compression du délai de prise en charge des personnes amenées à l'urgence par ambulance. Un délai indûment prolongé retarde la remise en disponibilité des ambulances et nuit à l'accès aux soins préhospitaliers pour la communauté, ce qui peut se traduire en effets délétères pour la population souffrant de pathologies chronodépendantes.

Dans les régions urbaines, la meilleure orientation des ambulances prévoit de diriger celles-ci en appliquant une gestion en temps réel de la situation d'occupation des installations plutôt qu'un modèle par alternance d'attribution. Ainsi, le souci de la capacité d'une urgence à recevoir un nouvel usager implique une meilleure qualité de la PEC de ce dernier.

4.4 CHOIX DU CENTRE RECEVEUR

La très grande majorité de la clientèle préhospitalière reçue à l'urgence provient des transports effectués à la suite de demandes de la population (9-1-1), ce qui représente environ 85 % du volume des personnes transportées par les SPU, tandis que 15 % de ce volume est lié à des demandes de transferts interétablissements.

Lors des transports dits primaires (demande de la communauté), le centre hospitalier receveur est choisi en fonction du plan d'organisation des services, qui considère les éléments suivants :

- le type de clientèle (par exemple traumatisée, médicale, obstétrique, etc.);
- les ressources disponibles au centre hospitalier receveur (niveau du centre en traumatologie, en cardiologie, etc.) à la présence de certaines spécialités (par exemple pédiatrie, obstétrique, etc.);
- la condition clinique de l'usager (niveau d'instabilité clinique) selon les règles d'appréciation clinique préhospitalière définies aux protocoles d'intervention clinique à l'usage des TAP (*PICTAP*);
- la disponibilité des ressources ambulancières;
- le temps de transport vers le centre hospitalier;
- la localisation des différents centres hospitaliers sur un territoire particulier;
- l'«appartenance» de l'usager à une spécialité d'un centre receveur;
- la capacité d'accueil du centre receveur;
- le choix de l'usager;
- la présence de signes et symptômes évoquant une maladie à surveillance extrême (par exemple la COVID-19, Ebola, MRSI).

Il est à noter que la condition clinique spécifique de l'utilisateur (niveau d'instabilité) et les soins disponibles dans un centre receveur en fonction de cette condition (par exemple le réseau de traumatologie) sont prioritaires sur d'autres éléments, tels que l'appartenance et le choix de l'utilisateur. Ce dernier critère, bien qu'important, peut revêtir une importance variable selon la région concernée lors de l'élaboration de son plan d'organisation des services, en fonction de l'analyse de besoins et des ressources disponibles. De surcroît, dans les régions urbaines, il est encouragé que la répartition des «cas généraux» se réalise davantage sur le principe de l'achalandage d'une installation plutôt que sur «l'appartenance» des usagers à un centre hospitalier. Des partenariats entre les services préhospitaliers, les CCS ainsi que les établissements doivent être dressés en ce sens.

La conduite du véhicule ambulancier lors du transport de l'utilisateur vers le centre hospitalier est dictée par sa condition clinique. C'est à l'intérieur des PICTAP que se trouvent les précisions au sujet des niveaux de conduite, soit urgente (avec sirènes et feux d'urgence), immédiate (avec sirènes et feux d'urgence, au besoin seulement) ou non urgente (sans sirènes ni feux d'urgence).

4.5 PRÉAVIS À LA RÉCEPTION DE CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES OU INSTABLES

Le protocole de préavis (informant l'urgence qui recevra l'utilisateur) définit les situations où les TAP doivent aviser le personnel de l'urgence de leur arrivée imminente avec un usager présentant une condition particulièrement instable ou s'inscrivant dans une trajectoire de soins particulière. Les modalités d'application de ce protocole relèvent de la gouvernance régionale des SPU et de l'organisation des soins prévalant dans la région. Il est cependant important que chaque urgence dispose de modalités entendues de réception et de prise en charge de ces préavis et s'assure d'en faire le suivi en assurant la qualité. S'il y avait problème, il est requis d'impliquer le directeur médical régional des SPU, lequel travaille au MSSS.

Un préavis est par contre toujours requis pour les clientèles suivantes :

- les traumatisés majeurs;
- les usagers avec un AVC récent suspecté en préhospitalier;
- les usagers avec un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) identifié à l'ECG 12 dérivations;
- les usagers avec atteinte de l'état d'éveil;
- les usagers instables selon les règles d'appréciation clinique préhospitalière (PICTAP);
- la présence des signes et symptômes évoquant une maladie à surveillance extrême (par exemple la COVID-19, Ebola).

Les informations relatives à un préavis (par exemple heure de réception, histoire et état clinique, signes vitaux et neurologiques, échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie [EQTPT], échelle de Cincinnati, traitements administrés, heure prévue d'arrivée, etc.) doivent être intégrées et consignées au dossier hospitalier. Une place en salle de réanimation doit être

préparée pour recevoir les clientèles dont le traitement est chronodépendant, et ce, sans délai d'attente à l'évaluation complète du triage. Le triage complet se fait, optimalement, à l'intérieur de la salle de réanimation.

Une proportion importante d'utilisateurs est directement dirigée à l'aire de réanimation à la suite d'un préavis donné par les TAP alors qu'ils sont en direction de l'établissement. Ceux-ci doivent s'assurer de communiquer directement avec le personnel responsable de l'urgence et de transmettre toute l'information pertinente au regard de la situation présente ainsi qu'une description des signes cliniques objectifs répertoriés (par exemple tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation, résultats d'ECG si positifs, signes neurologiques, état d'éveil, etc.).

L'orientation des utilisateurs victimes d'AVC aigu de l'ambulance à l'imagerie diagnostique et non à l'urgence est reconnue pour faciliter la prise en charge et accélérer le traitement de reperfusion.

L'équipe ambulancière décrit également la nature et l'effet des traitements administrés (par exemple médication, réanimation, support ventilatoire, etc.).

Lors de l'arrivée de l'utilisateur en salle de réanimation, l'équipe de l'urgence s'assure de recueillir l'anamnèse faite par les TAP ainsi que la médication régulière de l'utilisateur, s'il y a lieu.

Par ailleurs, si le problème de l'utilisateur relève d'un réseau de soins aigus dûment désigné (par exemple cardiologie, traumatologie, pédiatrie, neurologie ou autre), les TAP doivent vérifier auprès de l'équipe médicale s'il est indiqué de procéder à un transfert rapide (moins de 30 minutes) vers un centre désigné de plus haut niveau. Dans ce cas, ils doivent rester sur place afin d'effectuer eux-mêmes le transfert de l'utilisateur de façon à ne pas entraîner de délai associé à la demande d'une nouvelle équipe ambulancière.

Toutefois, considérant l'importance de couvrir adéquatement les besoins populationnels du territoire qu'elle dessert, l'équipe ambulancière quittera les lieux si le médecin n'indique pas rapidement le besoin de transférer l'utilisateur. Le délai de décision du médecin responsable ne devrait pas excéder la durée prescrite aux TAP pour rédiger leurs dossiers et préparer leur véhicule pour une prochaine affectation, soit environ 20 minutes.

4.5.1 Usagers traumatisés

Pour les utilisateurs victimes de traumatismes, les SPU et l'urgence doivent pouvoir communiquer directement entre eux en tout temps. Au départ du site de l'accident, les TAP doivent préciser l'étape de l'EQTPT pour chaque victime, aviser l'urgence du nombre de blessés et de l'état du ou des utilisateurs ayant un critère positif à l'EQTPT. Ils doivent aussi décrire les signes vitaux et neurologiques, l'état de conscience et signaler le temps estimé avant l'arrivée du ou des blessés. De plus, le TAP dicte dans son rapport le type d'impact, les blessures apparentes ainsi que le type d'accident, d'objet ou de mécanisme ayant causé les blessures. Il est à noter que l'utilisateur traumatisé démontrant une atteinte objective (EQTPT, étape 1 ou 2) est directement orienté en salle de réanimation.

Pour en savoir davantage concernant l'EQTPT et le réseau de traumatologie, veuillez vous référer à la section *Trajectoire – Traumatologie*.

4.6 RÉCEPTION DES AMBULANCES À L'URGENCE

Pour les autres clientèles préhospitalières reçues à l'urgence, les équipes ambulancières sont dirigées à l'aire de triage. La priorisation de cette clientèle à cette étape répond aux principes usuels appliqués par l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG). Toutefois, nonobstant le niveau de priorité accordé, le personnel de l'urgence s'efforce de libérer le plus rapidement possible l'équipe ambulancière afin d'optimiser la disponibilité des ressources préhospitalières sur le territoire, permettant ainsi une meilleure réponse à la clientèle, qu'elle provienne de la communauté ou des autres centres hospitaliers.

Il est donc attendu que les usagers qui arrivent en ambulance soient triés de façon prioritaire, indépendamment de leur condition clinique, à moins qu'un usager ambulancier ne requière l'attention et l'intervention immédiates de l'infirmière responsable du triage ou que celle-ci soit déjà en train de faire une évaluation. En aucun temps l'évaluation complète et la prise en charge d'un usager en ambulance ne doit surpasser celle d'un usager ambulancier nécessitant une PEC plus rapide.

Ainsi, il ne serait donc pas indiqué d'effectuer une évaluation brève pour les ambulances, systématiquement. Si plusieurs usagers du réseau préhospitalier sont en attente au même moment, la condition clinique des usagers selon les TAP dicte leur priorité pour être évalués par l'infirmière du triage.

Dans l'objectif d'optimiser les ressources préhospitalières, le critère de performance visé touchant la période de non-disponibilité intrahospitalière (arrivée au centre hospitalier jusqu'à la remise en disponibilité) est de 35 minutes pour 80 % des situations et de 45 minutes pour 98 % des situations.

L'inscription des usagers ne relève généralement pas des services préhospitaliers d'urgence. Celle-ci devrait être assurée par le centre receveur et ne pas engendrer de délais d'attente supplémentaires à la libération des ressources ambulancières. Toutefois, dans certaines conditions, un membre de l'équipe ambulancière pourra assumer cette fonction, particulièrement lors de la prise en charge de la personne en salle de réanimation.

4.7 DEMANDES DE TRANSFERT DES CLIENTÈLES DE L'URGENCE

Lorsque le besoin de transfert vers un autre établissement (ou une autre ressource) d'un usager ayant été inscrit à l'urgence est établi, ou lors d'un retour à domicile d'un usager non autonome, le mode de transport le plus approprié doit être choisi. Un transport interhospitalier ou un retour à domicile ne requiert pas nécessairement un véhicule ambulancier. Les centres hospitaliers demandeurs sont responsables du choix du mode de transport le plus approprié vers une autre installation du même établissement ou d'un autre établissement.

Par ailleurs, lorsqu'il y a recours aux ressources préhospitalières pour un transfert interétablissement, le personnel du centre hospitalier évalue le niveau d'urgence ou de priorité du transfert et transmet l'information pertinente aux personnes concernées du centre de communication santé (CCS). Celles-ci doivent alors assurer une réponse respectant le niveau de

priorité déterminé correspondant aux besoins de l'utilisateur. L'objectif visé par cette modulation est d'assurer une disponibilité optimale des ressources préhospitalières sur le territoire.

Par contre, les transports adaptés présentent des avantages certains pour des clientèles présentant des pathologies moins urgentes ou ne nécessitant pas la lourdeur de l'encadrement liée à l'intervention ambulancière. Le transport en taxi, avec la famille ou avec un bénévole peut être tout à fait approprié et devrait être considéré dans les circonstances où la personne peut se déplacer de façon sécuritaire.

Lorsque l'utilisateur transféré est colonisé ou infecté avec une bactérie multirésistante ou que la possibilité d'une maladie infectieuse transmissible est évoquée, des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent être prises, selon l'agent pathogène connu ou soupçonné (le syndrome présenté), avant, pendant et après le transport. L'équipe PCI de l'établissement doit, en collaboration avec les acteurs concernés, élaborer des politiques et des procédures à cet effet.

4.7.1 Transport adapté ou véhicule ambulancier

Un transport adapté doit être privilégié lorsque cliniquement approprié, et ce, dans le but de réduire les coûts systémiques et d'améliorer l'efficacité et la disponibilité des SPU envers les situations d'urgence de plus haute priorité.

Lorsque la condition clinique de l'utilisateur ne requiert pas un transfert urgent ou des soins actifs, la coordination et la planification du transport sont souvent plus faciles avec un transporteur adapté qu'avec les SPU. L'utilisation du transport adapté inclut les avantages suivants :

- augmentation de la disponibilité des services ambulanciers permettant une amélioration du temps de réponse auprès de la clientèle ayant des besoins immédiats;
- ponctualité mieux assurée pour les demandes planifiées;
- diminution importante des coûts de transport pour l'établissement;
- possibilité de transporter plus d'un usager à la fois.

Lorsqu'au sein d'un établissement, plus d'une demande de transfert est envisagée (par exemple pour des examens spécialisés), la coordination centralisée de ces transferts et, plus particulièrement, de ceux nécessitant une ambulance favorise significativement l'optimisation opérationnelle pour les SPU et les retombées financières auprès de l'établissement concerné. À ce titre, cette coordination centralisée est donc fortement recommandée.

Au regard du transport interétablissement, le transport par ambulance représente le mode de transport le plus approprié lorsque :

- le médecin, l'infirmière ou l'inhalothérapeute accompagne l'utilisateur lors du transport;
- l'utilisateur doit absolument demeurer couché en raison de sa condition médicale (ce dernier doit être transféré du lit à la civière des ambulanciers directement et ne peut se mettre debout pour effectuer ce transfert) à moins que celle-ci ne soit sa condition usuelle;

- l'administration de médicaments par voie parentérale ne peut être retardée ou temporairement cessée : en ce cas, la décision repose sur le risque identifié, réel ou appréhendé, correspondant à la situation particulière de la personne concernée par le transport.

4.8 ACCOMPAGNEMENT : DÉFINITION DU BESOIN D'ESCORTE

Si après évaluation, la ressource appropriée est un véhicule ambulancier, le médecin traitant doit ensuite évaluer le niveau de surveillance requis par la condition clinique de l'utilisateur. Si le niveau de surveillance est inclus dans le champ de pratique du TAP de soins primaires et que celui-ci a reçu la formation appropriée, une escorte infirmière n'est pas nécessaire (RLRQ, chapitre M-9, r. 2.1). Une escorte n'est pas non plus recommandée lorsqu'un équipement médical ne requiert pas de surveillance pour la durée du transport (par exemple sonde urinaire, tube nasogastrique, iléostomie, jéjunostomie, gastrostomie, etc.).

Par contre, si le niveau de surveillance requis pour la durée du transport n'est pas inclus dans le champ de pratique des TAP présents pour le transfert, une escorte est nécessaire dans certaines conditions :

- usager avec un tube de drainage thoracique;
- usager intubé;
- usager avec un stimulateur cardiaque endoveineux ou externe;
- usager avec une perfusion médicamenteuse active.

Cette escorte doit être fournie par le centre hospitalier qui transfère l'utilisateur (il arrive que ce ne soit pas le centre hospitalier demandeur, par exemple lors d'un retour après une consultation ou une procédure). Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a publié ce *Guide d'exercice* pour le transfert interétablissement et l'accompagnement médical. Au besoin, se référer à la politique de l'établissement en regard des transports des usagers et de leur escorte.

4.8.1 Conditions nécessitant une escorte et gestion des effectifs

À la suite de leurs engagements contractuels, les entreprises ambulancières doivent faciliter, dans la mesure du possible et selon les ententes régionales, le retour des escortes médicales ou professionnelles dans leur site d'origine lors d'un transfert interétablissement. Cela peut être à la discrétion du CCS régional, selon les besoins. Par contre, lors du retour, l'équipe ambulancière est réputée être disponible pour répondre aux appels. Il est donc fortement suggéré que les membres du personnel hospitalier s'assurent d'avoir avec eux des vêtements appropriés pour les situations où, lors du retour, une affectation urgente leur imposerait de revenir en taxi ou d'intervenir avec l'équipe préhospitalière.

4.9 ACCOMPAGNEMENT : DÉFINITION DU BESOIN D'ÉQUIPEMENT

Lorsque les équipes d'urgence planifient un transfert ambulancier, elles doivent aussi planifier les équipements requis (par exemple pompes, moniteur-défibrillateur, stimulateur externe, etc.) et tenter d'en diminuer le nombre. Tous les véhicules ambulanciers sont munis de moniteurs-défibrillateurs semi-automatiques permettant d'effectuer la surveillance cardiaque et de défibriller si nécessaire, en mode semi-automatique. Par contre, la cardioversion et la stimulation cardiaque externe ne sont pas possibles avec ces appareils.

L'équipe qui planifie le transfert doit considérer que tous les appareils devront être arrimés dans le véhicule ambulancier, et ce, pour assurer la sécurité de tous dans l'éventualité d'un impact. Il est de la responsabilité de l'équipe des TAP de s'assurer que tous les équipements, même ceux fournis par l'équipe médicale, sont sécuritaires pendant le transport.

Les équipements utilisés lors du transport doivent être nettoyés et désinfectés avant d'être réutilisés. Afin de déterminer à qui revient cette responsabilité ainsi que les produits recommandés, il est important de consulter la politique/procédure de l'établissement sur les zones grises ou d'aviser le responsable de la gestion des zones grises ou autre personne désignée par l'établissement si une telle politique/procédure n'est pas disponible.

4.10 NIVEAUX DE PRIORISATION

Il est essentiel que les cliniciens et les gestionnaires comprennent bien les mécanismes régissant l'attribution (l'affectation) des véhicules ambulanciers lorsqu'une demande est faite auprès du CCS, et ce, pour faciliter l'accès en temps opportun aux ressources ambulancières. Afin de prioriser adéquatement les affectations des ressources préhospitalières, les SPU ont développé un système de priorisation à 9 niveaux, soit de 0 à 8. Les priorités 0, 1, 3, 4 et 7 sont réservées aux demandes provenant de la population (9-1-1). Les niveaux 2, 5, 6 et 8 sont réservés aux demandes de transferts interétablissement.

Chacun de ces niveaux correspond à un risque pour la santé de la personne concernée, le niveau 0 représentant un risque immédiat de mortalité et le niveau 8, une situation stable ne comportant, pour ainsi dire, aucun risque de mortalité ou de morbidité au cours des heures qui suivent. Toute la classification repose donc sur une échelle de risque au regard de la mortalité ou de la morbidité potentielle liée à la situation clinique identifiée; cette échelle intègre également la notion de chronodépendance des situations cliniques les plus à risque, élément qui justifie la priorisation de certaines conditions par rapport à d'autres.

Le respect de cette grille dans l'attribution des ressources assure l'optimisation de la capacité et de la sécurité de la réponse des SPU au regard des demandes de la population et de celles des établissements. Notons que la grille d'affectation selon le risque évalué a été standardisée pour l'ensemble du territoire québécois depuis plusieurs années. Le *Protocole opérationnel ministériel – Priorités d'affectation préhospitalière 0-8* est présenté dans le tableau ci-joint.

4.10.1 Priorisation des demandes de transferts interétablissements

De façon plus concrète, en ce qui a trait aux demandes adressées aux SPU en provenance des établissements, il importe que les informations transmises reflètent bien la nature du risque pour la santé de la personne dont l'état requiert un transfert dans un autre établissement. Il est également important de prendre en compte le fait que, mis à part dans les centres désignés du réseau de traumatologie et les centres hospitaliers du réseau de l'accident vasculaire cérébral (AVC), ou à la suite de certains protocoles de transferts entendus pour les victimes d'infarctus aigu du myocarde, les équipes ambulancières ne peuvent être réquisitionnées directement par l'équipe de l'urgence pour un transfert urgent d'un usager vers un autre établissement.

La demande pour un transfert immédiat est formulée et transmise directement au CCS en exposant le besoin. Il est alors possible, mais non assuré, qu'une équipe déjà présente à l'urgence soit affectée à ce transfert. Toutefois, pour des motifs opérationnels, il est aussi possible qu'une autre équipe soit acheminée de façon immédiate à l'urgence pour effectuer ce transfert.

4.10.2 Patients instables (priorité 2)

Cette clientèle présente un risque élevé de morbidité et/ou de mortalité immédiate.

L'affectation de l'ambulance se fait dans l'immédiat et le délai visé d'arrivée du véhicule ambulancier au centre demandeur (référant) est de moins de 30 minutes (pour 95 % des demandes). Une liste détaillée d'exemples de diagnostics et de conditions cliniques associés à ces demandes est présentée au tableau suivant.

Aucune demande de transfert en *priorité 2* ne sera acceptée pour effectuer le transfert d'un usager vers une unité de psychiatrie ou un centre de soins palliatifs ou pour un retour à domicile.

Le tableau ci-joint intitulé *Catégories diagnostiques requérant une demande en priorité 2*, illustre des exemples de telles catégories.

4.10.3 Patients stables pour transfert rapide (priorité 5)

Ces usagers correspondent à une clientèle dont le traitement est débuté, mais exigeant un suivi ou un soutien non disponible au centre demandeur. Ces usagers présentent un faible risque de morbidité et de détérioration clinique à très court terme. L'affectation de l'ambulance est réalisée dès que possible ou selon l'heure convenue (lorsque cet usager est attendu à un moment précis), en fonction de la disponibilité des ressources, dans le but d'assurer l'arrivée du véhicule ambulancier en moins de 60 minutes (pour 95 % des demandes). Voici quelques exemples de ces priorités d'appel :

- retour d'examen ou de rendez-vous d'un usager qui requiert une surveillance clinique accrue ou des traitements actifs (par exemple des soins intensifs, coronariens ou intermédiaires);
- grand brûlé stable;
- femme en travail actif sans complication et sans accouchement imminent.

4.10.4 Patients stables avec rendez-vous (priorité 6)

Ces usagers ont un état clinique stable, mais ont des besoins de monitoring clinique et font généralement l'objet de rendez-vous programmés pour des traitements et/ou des investigations. L'affectation de l'ambulance est faite selon l'heure prévue du rendez-vous, en fonction du temps de déplacement prévu. L'heure de départ ainsi calculée peut cependant être devancée jusqu'à 2 heures plus tôt, selon la disponibilité des ressources ambulancières. Si cette alternative est retenue, le répartiteur du CCS avisera les demandeurs de la nouvelle heure de départ.

4.10.5 Patients stables pour transfert non urgent (priorité 8)

Ces usagers stables ont des besoins de monitoring clinique et nécessitent un transfert avec des soins médicaux et/ou un soutien clinique ne pouvant être assuré par un transporteur adapté.

L'affectation de l'ambulance est faite en moins de 12 heures, selon la disponibilité des ressources ambulancières. Le répartiteur du CCS avise le personnel du centre demandeur avant d'affecter une ambulance. Voici un exemple de ces priorités d'appel :

- usager sous respirateur nécessitant un transfert pour réhabilitation.

Toute demande de transfert pour retour à domicile ou à un centre de soins palliatifs ou de réadaptation sera considérée comme une priorité de niveau 8.

5 SERVICES D'ÉVACUATIONS AÉROMÉDICALES

Le programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) fournit, depuis plus de 30 ans, un service de transport interétablissement aux usagers hospitalisés en région éloignée dont l'état de santé nécessite des soins spécialisés disponibles dans les hôpitaux des régions de Québec et de Montréal. Deux niveaux de service sont offerts : un service d'avion-hôpital offert en tout temps, incluant un médecin à bord, et deux services de navettes multipatients programmés pour les situations non urgentes, incluant deux ressources infirmières, et ce, 5 jours par semaine.

Le programme ÉVAQ, relevant du CHU de Québec – Université Laval, est responsable du volet clinique (personnel médical et paramédical, équipement clinique, suivi de clientèle, centrale de coordination des demandes, régulation médicale), tandis que le Service aérien gouvernemental (SAG), relevant du ministère des Transports du Québec, est responsable de la gestion du volet touchant les opérations aériennes du programme (aéronefs, personnel navigant, contrôleurs de vol et répartition).

Si un transfert d'utilisateur par ambulance terrestre implique un trajet de plus de 250 km, le transport par voie aérienne est alors priorisé lorsqu'il est accessible (aller-retour). L'infirmière de la centrale de coordination, secondée par un médecin régulateur de l'urgence du CHU de Québec – Université Laval, fait les recommandations nécessaires au centre hospitalier demandeur afin que l'utilisateur soit transféré dans les meilleures conditions possible. Les directives de préparation tiennent compte du milieu aéronautique, mais également de la pathologie de l'utilisateur.

L'infirmière de la centrale de coordination ÉVAQ avise l'établissement receveur de l'arrivée d'un usager transféré par l'un des services ÉVAQ. Si un usager est transféré directement à l'urgence, c'est que ce dernier a été accepté par le médecin d'urgence (par exemple un corridor de traumatologie) ou qu'aucun lit n'est disponible à l'étage. De façon à minimiser les temps de non-disponibilité de l'avion et des équipages, il est recommandé que :

- l'équipe ÉVAQ passe prioritairement au triage;
- l'utilisateur soit transféré rapidement sur une civière de l'urgence, de façon à ce que l'équipe ÉVAQ soit libérée rapidement;
- lorsque l'utilisateur transféré est colonisé ou infecté avec une bactérie multirésistante ou que la possibilité d'une maladie infectieuse transmissible est évoquée, des mesures de prévention et de contrôle des infections sont prises, selon l'agent pathogène connu ou soupçonné, avant, pendant et après le transport. L'équipe PCI de l'établissement doit, en collaboration avec les acteurs concernés, élaborer des politiques et des procédures à cet effet.

5.1 PRÉPARATION DE L'USAGER À L'URGENCE AVANT SON TRANSFERT PAR NAVETTE

Lorsqu'un usager ne requiert pas les services spécialisés de l'avion-hôpital, mais doit néanmoins être transféré vers un centre de soins pour y recevoir des soins, ou est dans un centre et peut retourner dans sa région, l'urgence ou l'établissement peut faire appel aux services de la navette multipatients d'ÉVAQ pour effectuer le transport. Dans ce cas, l'urgence doit transmettre une demande de transport à l'ÉVAQ. Conformément à la politique de transport des usagers, ce dernier recevra son congé de l'établissement en région. Il est important que l'usager soit vêtu adéquatement pour son transport en avion, selon la saison.

5.2 RESPONSABILITÉ PENDANT LES TRANSPORTS AÉRIENS

La structure prévoit dorénavant l'intégration d'un médecin régulateur disponible en tout temps, de garde à la centrale. Une des principales responsabilités de ce médecin est de soutenir les équipes d'infirmières lors d'un vol de transfert sans escorte médicale, au besoin. Les médecins-escortes et les médecins-régulateurs d'ÉVAQ ont des privilèges du CMDP du CHU de Québec-Université Laval pour leur pratique aéromédicale. Ainsi, ils prennent en charge les usagers durant le transport interétablissement et la responsabilité est donc sous l'égide d'ÉVAQ.

Toutefois, pour les transferts réalisés au privé, il n'existe pas de mécanisme universel et de norme de pratique. Le recours aux compagnies privées revient à la responsabilité du centre demandeur. Les infirmières de l'avion-hôpital sont accompagnées du médecin-escorte (incluant les transports des usagers COVID positifs), alors que les infirmières de la navette programmée d'ÉVAQ se réfèrent au médecin-régulateur à la centrale. Notons que les usagers de la navette privée sont moins à risque de décompensation, de manière générale, car le triage fait en sorte que ce sont les usagers stables qui y voyagent.

5.3 EN CAS DE SINISTRE MAJEUR

Dans les cas de sinistre majeur (par exemple une catastrophe naturelle, une explosion, une inaccessibilité des lieux isolés, une attaque terroriste, un accident majeur, etc.) nécessitant l'évacuation de multiples victimes d'une urgence vers des centres de soins de niveau tertiaire, il faut toujours contacter l'ÉVAQ pour s'informer si l'avion-hôpital et/ou la navette multipatients peuvent être rendus rapidement disponibles et assurer les éventuels transferts.

6 GESTION CLINIQUE DE L'ÉPISODE DE SOINS

6.1 ACCÈS À L'URGENCE

Lorsqu'un usager se rend à l'urgence, il suit un certain parcours avant de recevoir les soins requis par sa condition. La responsabilité de l'établissement envers l'utilisateur débute dès que ce dernier entre sur le terrain de l'installation. Certaines précautions méritent d'être prises afin de diminuer les risques pour l'utilisateur durant ce parcours.

Une signalisation doit être en place afin d'indiquer à tous de procéder initialement à une hygiène des mains. Un distributeur de solution hydroalcoolique doit se situer immédiatement à côté de cette signalisation ainsi que des explications sur l'utilisation adéquate du produit.

Une signalétique doit également indiquer aux usagers et à leurs accompagnateurs qui présentent des symptômes infectieux de respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire. À cet effet, l'établissement doit rendre disponibles des masques de procédure, des papiers mouchoirs, une poubelle qui ne requiert pas de contact ainsi qu'une section réservée aux personnes atteintes d'une infection respiratoire.

L'urgence est facilement localisable, donc bien identifiée aux abords de l'édifice pour que toute personne soit en mesure d'en repérer immédiatement l'entrée. Le lieu où se trouve l'urgence est bien indiqué à chacune des autres portes de l'édifice et le parcours pour s'y rendre est facile à suivre et clairement indiqué. La distinction entre l'entrée principale et l'entrée de l'urgence est évidente.

Une situation d'urgence peut également concerner un employé ou un visiteur à l'intérieur de l'installation ou sur son terrain. Afin de ne pas mettre en péril la santé de la personne en difficulté, il faut éviter toute confusion quant à l'identité des personnes qui lui porteront secours ou la conduiront à l'urgence. Des mesures de sécurité clairement définies et des procédures d'intervention envers la personne en difficulté doivent être appliquées autant sur l'ensemble du terrain de l'installation qu'à l'intérieur de celle-ci. Les membres de l'urgence ou de l'équipe de réanimation de l'établissement, accompagnés de préposés, sont probablement les personnes les mieux préparées pour répondre à ce genre de situation. L'équipe se déplace promptement sur les lieux de l'incident pour prendre en charge l'utilisateur en difficulté et l'évaluer selon les procédures établies. Selon les établissements, des mesures d'urgence encadrant ces procédures sont élaborées, définies et clairement diffusées dans l'organisation. Différents codes de couleurs ou nomenclatures peuvent être associés à ces mesures d'urgence. Il importe de bien les reconnaître et de les promouvoir, car il peut être courant que les services d'urgence soient impliqués dans la gestion de ces situations.

Qui plus est, l'établissement doit promouvoir une politique et une procédure assurant un accès sécuritaire à ses installations en cas de situation de violence ou d'agression de la part d'un usager. En tout temps, la *sécurité* des lieux, des usagers et du personnel de l'urgence doit être engagée de la part de l'établissement.

6.1.1 Accès à la carte d'assurance maladie

Afin de pouvoir faciliter la prestation future de soins de santé ou de médicaments, il est souhaitable que la personne puisse avoir en sa possession sa carte d'assurance maladie valide.

Au Québec, une modalité administrative particulière existe afin de faciliter l'obtention de la carte d'assurance maladie pour les personnes en situation d'itinérance. Ce service est disponible à travers toutes les régions du Québec et il est gratuit pour la personne en situation d'itinérance (aucuns frais pour la délivrance de la carte ni pour la photo). Il permet à certains types d'acteurs travaillant dans les établissements de santé et de services sociaux, les centres locaux d'emploi, les bureaux de Services Québec ainsi qu'à certains organismes communautaires reconnus d'attester de l'identité d'une personne et de sa situation d'itinérance afin de recevoir la carte d'assurance maladie pour cette personne et de la lui remettre.

Une fois la demande de carte remplie et reçue à la RAMQ, si la personne est déclarée admissible à l'assurance maladie, une carte d'une durée d'un an sera produite. La personne devra donc reprendre le processus avant l'expiration de sa carte (aucun avis de renouvellement n'est transmis par la RAMQ).

Pour plus d'information sur le processus, vous pouvez contacter la RAMQ.

6.1.2 Possession de drogue ou d'arme blanche

Toute personne en possession de drogue ou d'arme blanche à l'urgence, que son état nécessite ou non des soins en santé mentale ou en santé physique, se verra retirer la drogue ou l'arme blanche qu'elle a en sa possession, le tout dans le respect de son anonymat. Si la personne est consentante, elle remet la drogue ou l'arme blanche à un responsable ou à un policier, selon les procédures établies. En cas de refus, l'intervention d'un policier devient essentielle. La protection du personnel de l'urgence ainsi que celle des autres usagers prévalent. Les établissements doivent élaborer des politiques et procédures permettant au personnel de l'urgence de disposer de ces éléments en partenariat avec le service de sécurité de l'installation.

Ces outils du [*Ministère de la Sécurité publique*](#) permettront de guider vos droits et vos obligations en regard de la gestion des armes à feu en milieu de santé.

Un outil élaboré par le gouvernement du Québec aide à comprendre les principes de gestion et le cadre légal entourant la récente [*Légalisation du cannabis*](#).

6.1.3 Possession d'armes à feu

Le personnel divulgue aux policiers le signalement de toute personne en possession d'une arme à feu à l'urgence. L'établissement et les agents de la paix conviendront par la suite de la conduite à tenir, particulièrement si la personne refuse de remettre son arme.

6.1.4 Possession d'arme à feu à l'extérieur de l'urgence

Compte tenu des efforts consentis actuellement à la prévention des suicides et des homicides par arme à feu, si le personnel d'un établissement est au courant qu'une personne possède une arme à feu et que, pour une raison impérative et objective ayant trait à la santé de celle-ci ou de son entourage, il croit que la possession de cette arme constitue un danger, il peut divulguer ce fait aux agents de la paix. Ces derniers jugeront de la pertinence de faire une demande d'ordonnance d'interdiction préventive de possession d'armes.

6.1.5 Abus envers les personnes

Le milieu hospitalier comporte aussi des risques pour les personnes en état de grande vulnérabilité. Les abus de droit ou tout autre type d'abus envers les personnes de la part du personnel, d'ambulanciers, de policiers ou de proches doivent faire l'objet de signalement auprès des organismes responsables, lesquels pourront appliquer les mesures légales appropriées.

Visant la reconnaissance des situations potentielles de violence ou d'abus psychologique, physique ou sexuel, une attention particulière est accordée aux enfants, aux clientèles vulnérables, aux personnes âgées, aux personnes originaires de minorités ethniques, aux personnes présentant un handicap physique et à celles souffrant de problèmes graves de santé mentale (par exemple la psychose ou la déficience intellectuelle). Ainsi, chaque établissement doit se doter d'une politique et d'une procédure en ce qui a trait aux situations potentielles d'abus des aînés.

6.2 ÉVALUATION COMPLÈTE - TRIAGE

L'évaluation initiale complète consiste à déterminer le degré de priorité associé à l'état des usagers identifié par l'évaluation clinique effectuée par les infirmières. Il sert également à définir l'orientation dans l'aire de traitement appropriée à l'état de santé de l'utilisateur ainsi que le délai souhaitable entre l'évaluation infirmière et la PEC médicale y faisant suite.

En 2019, l'OIIQ a publié une mise à jour de ses *Lignes directrices au triage*. Une conformité des urgences est attendue en lien avec ce rigoureux processus de prise en charge des usagers. L'énoncé de position commun du CMQ et de l'OIIQ reconnaît que le triage est sous la responsabilité des infirmières. Au premier plan de la PEC des usagers, les infirmières doivent donc réaliser une évaluation exhaustive des usagers se présentant aux urgences afin d'établir une priorisation de la prise en charge des clientèles. L'ÉTQ, appliquée dans les urgences du Québec et même partout au Canada, est utilisée dans le but d'uniformiser le processus du triage par le recours aux mêmes critères et à la même méthode de classification pour toute personne se présentant à l'urgence.

L'ÉTQ comprend cinq niveaux de priorité établis en fonction de critères objectifs permettant d'évaluer rapidement le niveau de risque et de priorité associé à l'état de l'utilisateur qui consulte. Le délai d'attente acceptable pour chaque code de priorité d'urgence est déterminé par l'ÉTQ et se décline de la façon suivante:

Niveaux	Délais de prise en charge médicale	Détails
1	Prise en charge immédiate	Réanimation : conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre et qui nécessitent une intervention énergique et immédiate.
2	15 minutes	Très urgent : conditions qui menacent la vie, l'intégrité d'un membre ou de sa fonction et exigeant une intervention médicale rapide.
3	30 minutes	Urgent : conditions souvent associées à un inconfort important et à une incapacité à s'acquitter des activités de la vie quotidienne.
4	60 minutes	Moins urgent : conditions variables selon l'âge et le degré de détresse du patient et présentant des risques de détérioration ou de complications.
5	120 minutes	Non urgent : conditions qui peuvent être aiguës, non urgentes, ou faire partie d'un problème chronique.

Tiré de

(OIIQ, CMQ. 2019. Triage à l'urgence : lignes directrices. <https://www.oiiq.org/triage-a-l-urgence-lignes-directrices>)

Les délais jusqu'à l'évaluation médicale représentent des objectifs opérationnels et non des normes de soins établies. Dans l'éventualité où les délais de PEC médicale ne seraient pas répondus, tout particulièrement dans le contexte de l'urgence ambulatoire, des mécanismes de *Réévaluation* de la clientèle doivent rigoureusement être considérés afin d'assurer une surveillance de la condition des usagers présents à l'urgence. Rappelons qu'en tout temps, le jugement clinique de l'infirmière prime sur le niveau de priorité au triage. Ainsi, lors de son évaluation complète initiale ou au moment de ses réévaluations, elle peut décider, en tout point, de réviser le niveau de priorisation de l'usager selon l'évolution de sa condition clinique. Cette révision du niveau de priorité peut s'effectuer à la hausse ou à la baisse et ne doit pas être influencée par les délais d'attente avant une prise en charge médicale; seuls la condition clinique de l'usager, le jugement clinique infirmier et l'ETG prévalent.

Enfin, toujours en concordance avec les lignes directrices de l'OIIQ, faut-il rappeler que l'infirmière du triage est au premier plan dans la détection des risques infectieux. Ainsi, dès l'arrivée de l'usager, son évaluation et l'identification hâtive de facteurs de risque permet de limiter la propagation d'agents pathogènes. Elle peut rapidement initier la mise en application des politiques et procédures en vigueur dans l'établissement.

6.2.1 Évaluation complète avant inscription

Il est impératif que chaque usager qui consulte pour un problème de santé soit d'abord évalué au triage avant son inscription à l'urgence. La gestion administrative des données de l'usager et de son inscription complète au SGU ne doit, dans aucun cas, devancer une première évaluation clinique réalisée par l'infirmière. Dans cet ordre d'idées, l'évaluation complète des usagers demeure prioritaire à la réalisation de l'enregistrement et à la consignation des données

administratives de l'épisode de soins. En aucun temps l'établissement ne peut donc exiger le paiement immédiat à un usager malgré qu'aucune carte d'assurance maladie ne soit présentée ou encore que cette dernière ne soit pas renouvelée.

6.2.2 Évaluation brève - Prétriage

L'évaluation brève est réalisée par l'infirmière apte à repérer rapidement les situations les plus à risque de transmettre une infection ou jugés instables, à les diriger vers les ressources appropriées et à accélérer leur prise en charge (CINQ, 2013; AQESSS, 2006; OIIQ et CMQ, 2019).

Selon la situation épidémiologique et le niveau de risque inhérent à l'achalandage, il faut envisager de mettre en place un système d'évaluation brève à l'urgence pour repérer la clientèle symptomatique dès son entrée dans le milieu de soins. Des regroupements ou cohortes sont également possibles dans l'aire d'attente en définissant une section réservée et permettent ainsi de limiter les risques de propagation et de contagion de diverses infections. Ces recommandations sont notamment basées sur les travaux de l'INSPQ et du CINQ sur les *Mesures de prévention et contrôle des infections à l'urgence*.

L'infirmière du triage doit être disponible en tout temps et doit être en mesure d'avoir recours à des mécanismes de soutien de façon immédiate durant les périodes de grand achalandage. En effet, le temps d'attente pour être évalué au triage est de moins de 10 minutes (l'établissement devra mettre en place les outils nécessaires afin de mesurer ce délai) et le temps moyen pour effectuer l'évaluation complète est de 5 minutes. Or, la situation l'exige (par exemple à l'heure d'un pic d'achalandage) lorsqu'un délai supérieur à 10 minutes s'écoule entre l'arrivée des usagers et leur évaluation complète. À ce moment, l'infirmière procède à une évaluation brève (prétriage ou *quick look*) afin de prioriser les évaluations cliniques des usagers.

En outre, un outil de triage électronique MRSI/Ebola/COVID-19 doit être implanté afin d'isoler rapidement les situations probables. Des questions basées sur les symptômes des usagers ou leur provenance sont énoncées dans l'ultime but d'identifier précocement des maladies infectieuses à surveillance extrême (*MIASE*).

6.2.3 Réévaluation

Les infirmières doivent être en mesure de surveiller en tout temps les personnes dans la salle d'attente afin de noter toute détérioration de l'état d'un usager en attente pour une évaluation médicale. Cette surveillance doit permettre un visuel constant sur l'ensemble de l'environnement physique de la salle d'attente et de tous ses usagers.

L'état de l'usager est réévalué lorsque le délai prévu pour la PEC médicale est échu, ou encore lorsque son état se détériore. L'information obtenue au moment de l'évaluation initiale et de la réévaluation est consignée sur un formulaire prévu à cet effet. La réévaluation peut être visuelle ou plus complète, selon l'état de l'usager et selon les éléments de surveillance relevés au moment de l'évaluation initiale. Une personne en attente d'évaluation dont l'accompagnateur se rend auprès du personnel de l'urgence pour signaler un changement de son état clinique devrait faire l'objet d'une réévaluation immédiate. Après cette réévaluation, l'infirmière peut décider à tout

moment de modifier le niveau de priorité de l'utilisateur à la hausse ou à la baisse ou encore son orientation en fonction de l'évolution de sa condition de santé.

L'infirmière du triage a la responsabilité d'établir l'ordre de priorité des usagers en attente de voir un médecin en tenant compte des priorités accordées aux usagers lors d'évaluation complète ou de la réévaluation. Les usagers en attente d'une PEC médicale sont informés de la situation qui prévaut à l'urgence. Réitérons que l'infirmière du triage peut, à tout moment, ajuster le niveau de priorité selon l'ÉTG et l'évolution de la condition clinique de l'utilisateur, qu'il y ait eu application ou non d'une OC.

Une bonne gestion de la salle d'attente répond aux besoins de sécurité des usagers. Cela permet, notamment, de prévenir les plaintes ainsi que des comportements agressifs chez les usagers et leurs accompagnants.

6.2.4 Ordonnances collectives

L'ordonnance collective vise un groupe de personnes ou une ou plusieurs situations cliniques. Elle permet à un professionnel de la santé ou à une personne habilitée d'exercer certaines activités réservées ou autorisées sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin, et ce, dans les circonstances cliniques et aux conditions qui y sont précisées. Cela implique que la personne qui fait l'objet de l'ordonnance n'a pas, au préalable, à être évaluée par le médecin (CMQ, 2017).

L'infirmière peut, à partir de l'évaluation de l'utilisateur et des constats qui en découlent, décider de la pertinence d'initier ou non une mesure diagnostique ou thérapeutique selon une OC, avant même que ce dernier soit vu par le médecin. Cette mesure permet d'accélérer le processus de soins, voire de soulager l'utilisateur lorsqu'il est dans l'aire d'attente.

Les OC constituent un moyen d'encourager la complémentarité entre les actions des médecins de l'urgence et celles des infirmières, de réduire la durée de séjour et de faciliter la prise en charge de l'utilisateur à l'urgence. Elles visent à réduire les délais d'attente, à accroître l'accès aux soins et aux services ainsi qu'à favoriser l'utilisation judicieuse des ressources. Elles permettent, entre autres, de répondre rapidement à une situation urgente ou semi-urgente et d'assurer la continuité des soins auprès d'une clientèle connue. Son application, de plus en plus fréquente dans les milieux de soins, est également vue comme une piste de solution pour atteindre l'efficacité recherchée dans le RSSS.

Les ordonnances collectives et les procédures appliquées par les infirmières au triage sont préalablement approuvées notamment par le département de médecine d'urgence, la DSI et le CMDP de l'établissement. Des processus internes doivent permettre d'assurer une vigie sur la qualité et la sécurité dans l'application et le suivi des OC. À cet effet, l'établissement doit instaurer des mécanismes de sécurité afin d'assurer le suivi des usagers notamment dans le cas d'un départ avant une PEC médicale et où une ordonnance collective fut préalablement appliquée. Le Collège des médecins du Québec a publié un *Guide d'exercice* à cet effet, mais une révision est attendue pour 2021.

6.2.5 Réorientation

L'approche de la réorientation au Québec vise à offrir une alternative aux usagers basée sur la notion « du bon usager, au bon endroit, pour les bons soins ». Les *Orientations ministérielles : réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence* ont été publiées afin d'aiguiller les établissements dans l'instauration de cette trajectoire de soins.

Les visites qualifiées de *réorientables* représentent les visites faites par des usagers à l'urgence pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités au moins aussi bien dans un autre service. Historiquement, les visites considérées comme *réorientables* étaient appelées « P4-P5 ». Cependant, il a été établi que le potentiel de réorientation d'un usager n'était pas exclusivement lié à sa cote de triage sur l'ETG, mais plutôt à la raison de sa visite ainsi qu'au portrait clinique global de son état de santé. L'infirmière du triage a la capacité d'émettre le constat que la raison de consultation est non urgente et ne justifie pas une évaluation médicale dans l'immédiat.

Ainsi, à la suite de son évaluation complète, l'infirmière pourrait suggérer à l'utilisateur de regagner son domicile, de consulter une ressource de première ligne (par exemple le médecin de famille, la pharmacie communautaire, le dentiste, les services courants en CLSC, etc.) ou de diriger plus formellement l'utilisateur vers un site clinique de première ligne (tous types de GMF, clinique externe, etc.), idéalement en lui fournissant un rendez-vous. Offrir la réorientation devrait être systématique, mais la gestion du refus dépend des circonstances particulières, dont de la capacité de l'urgence à offrir des soins et services à l'utilisateur en temps opportun. Il faut noter que la réorientation peut être proposée ou s'effectuer à tout moment dans l'épisode de soins de l'utilisateur entre son arrivée et sa PEC médicale.

Afin de garantir un suivi juste du processus de la réorientation, il faut s'assurer que les données extraites des systèmes de gestion de l'urgence (SGU) sont exactes. Il est donc essentiel que l'orientation de départ, à la suite de la réorientation, soit réellement « **Réorientation** » dans le SGU (et non, « **Départ avant prise en charge** »). En ce sens, certaines pratiques du milieu doivent donc être modulées afin de s'assurer de l'exactitude des données.

Voici quelques exemples de réorientation faite par l'infirmière après l'évaluation complète :

- l'utilisateur retourne à son domicile à la suite de conseils et de l'enseignement des éléments de surveillance transmis par l'infirmière;
- l'utilisateur est redirigé par l'infirmière vers un autre service du même établissement de santé (par exemple les soins courants, la clinique externe, etc.);
- l'infirmière offre à l'utilisateur un rendez-vous dans un site clinique de première ligne (préférentiellement celui de son médecin de famille).

6.3 CRITÈRES D'ORIENTATION DES USAGERS

L'évaluation complète permet aux infirmières de réaliser une collecte de données globale pour ainsi attribuer un niveau de priorité à l'utilisateur basé sur l'ÉTG. De ce niveau de priorité, l'infirmière doit par la suite orienter l'utilisateur vers le bon secteur répondant à ses besoins cliniques. En fonction

de la priorité et de la nature des soins, l'utilisateur sera orienté vers une aire de traitement appropriée, soit l'aire ambulatoire ou l'aire civière, y compris la zone d'évaluation rapide (ZER). Son inscription sera effectuée soit par un accompagnateur, soit par un membre du personnel de l'inscription sans retarder le début des soins, dans l'éventualité où la condition clinique de l'utilisateur nécessiterait une prise en charge immédiate. Dans les situations où le niveau de priorité est moindre et où l'utilisateur est orienté vers l'aire ambulatoire ou vers la ZER, après le triage, ce dernier sera dirigé à l'inscription puis vers la zone d'attente. Tous les services d'urgence doivent se doter de critères d'orientation des usagers afin d'assurer une sécurité du processus d'évaluation et d'orientation des usagers, mais également afin d'encadrer une certaine uniformité des pratiques entre les infirmières et les médecins.

Pour les usagers qui ne sont pas retournés dans la salle d'attente, qui sont connus pour une bactérie multirésistante ou qui présentent des symptômes infectieux, les mesures de prévention et de contrôle des infections nécessaires (par exemple les précautions de type contact ou aériennes) doivent être mises en place immédiatement afin de prévenir leur transmission dans le milieu de soins.

6.3.1 Aire ambulatoire

L'aire ambulatoire des urgences regroupe les raisons de consultation et les conditions cliniques ne nécessitant pas une prise en charge immédiate des usagers. Pendant leur attente de PEC médicale, des OC peuvent être appliquées afin, notamment, de soulager les usagers d'un inconfort, ou encore de rendre cette période d'attente entre l'évaluation au triage et la PEC médicale plus efficiente. En fonction de certaines problématiques de santé, une OC peut être appliquée et le médecin traitant aura déjà en main les résultats associés, au moment de la prise en charge de l'utilisateur.

Qui plus est, dans la salle d'attente, il est possible de regrouper les personnes atteintes de symptômes d'infection respiratoire dans une aire d'attente distincte ou dans une section réservée, ce qui permet de limiter les risques de propagation et de contamination. Si les personnes symptomatiques sont dirigées dans une section réservée d'une salle d'attente commune ou un autre lieu commun d'attente et qu'aucune barrière physique ne les sépare des personnes asymptomatiques, il importe de s'assurer qu'une distance d'au moins deux mètres est respectée entre les personnes symptomatiques et les personnes asymptomatiques.

D'après la configuration des salles d'attente des urgences, il est également possible de prévoir des espaces dédiés aux femmes allaitantes.

6.3.2 Salle de réanimation

La priorité de l'urgence est la PEC des usagers présentant un risque immédiat de mortalité ou de morbidité. La salle de réanimation (aire de choc) est un lieu sécuritaire pour intervenir auprès d'utilisateurs présentant des pathologies graves ou instables dont l'état critique nécessite des soins non disponibles dans les autres aires de l'unité.

L'aire de réanimation doit être munie d'un plateau technique permettant d'assurer la PEC répondant aux normes touchant la réanimation et la stabilisation de la clientèle. Cette aire demeure libre en tout temps afin de répondre à sa fonction et aux critères de salubrité correspondant aux interventions qui peuvent s'y pratiquer (interventions invasives). Les critères d'utilisation de cette salle doivent être connus de l'ensemble du personnel.

La stabilisation de l'état clinique de l'usager, après sa réception, doit être diligente, mais ne doit pas être prolongée. L'objectif poursuivi est d'orienter rapidement l'usager dont l'état est stabilisé ou en voie de l'être vers l'endroit le plus approprié afin d'assurer un traitement spécifique dans les conditions les plus sécuritaires possible. Les salles de réanimation ne doivent jamais pallier un problème d'accès aux civières afin de demeurer disponibles, en tout temps, pour les clientèles instables. Au même titre, la salle de réanimation n'est pas une extension de l'unité des soins intensifs et donc, ne peut servir à remédier au manque de lits de ce secteur.

L'équipe de l'urgence verra à statuer sur la durée maximale du séjour dans la salle de réanimation. Cependant, un séjour moyen de 1 heure avec un maximum de 2 heures devrait être préconisé afin que les ressources soient utilisées à bon escient.

L'une des conditions importantes pour assurer le succès de la prise en charge des usagers dont l'état est instable est la disponibilité des ressources humaines. Dans la majorité des situations, les ambulanciers avisent les intervenants de l'arrivée d'un usager dont l'état est instable. Le personnel infirmier et médical doit immédiatement se mobiliser et être prêt à accueillir cet usager. L'équipe pourra entreprendre sans délai les soins de stabilisation, de diagnostic et d'orientation définitive répondant à l'urgence de la demande.

Au moins une infirmière est attirée à la salle de réanimation. Toutefois, cette infirmière doit participer dans les autres secteurs de l'urgence lorsqu'aucun usager n'y est soigné. Elle est immédiatement disponible pour s'y rendre lorsqu'un usager y est dirigé. Les règles de fonctionnement de l'équipe permettent une mobilisation rapide des autres membres du personnel lorsque la situation l'exige. Les membres du personnel en inhalothérapie et en technique de radiologie donnent priorité à la salle de réanimation dans leurs activités, mais également les médecins spécialistes consultants. Les rôles de chaque intervenant doivent être définis et connus de tous. À cet effet, le médecin responsable de la PEC devient le responsable de la coordination des activités en partenariat avec l'assistante infirmière-chef.

Parmi les éléments permettant l'atteinte des objectifs de qualité de PEC en salle de réanimation, il faut mentionner la priorité qui doit être accordée de façon non équivoque au traitement des demandes de bilans sanguins ou des requêtes d'examen diagnostiques. Celles-ci sont traitées de façon prioritaire par le service de laboratoire et de radiologie. Un système d'acheminement de prélèvement ou de requête rapide et fiable est disponible; la participation des PAB et des agents administratifs de l'urgence est requise afin que tout délai à ce chapitre soit minimisé.

Une revue systématique des situations qui se déroulent dans la salle de réanimation permet à l'équipe d'optimiser l'utilisation de cette aire et son fonctionnement.

Bien qu'il s'agisse de situations d'urgence et d'une PEC immédiate des usagers, le personnel doit impérativement porter l'équipement de protection adéquat lors des interventions. Comme il doit

Intervenir rapidement auprès des usagers avant d'avoir pleinement accès aux informations élaborées concernant les antécédents médicaux d'un usager ou sa condition immédiate, il demeure sécuritaire, préventif et adéquat de préconiser d'emblée le port de l'équipement de protection de base en toutes situations. En outre, des mesures additionnelles devraient être envisagées lors d'interventions médicales pouvant générer des aérosols en raison d'une manipulation artificielle des voies respiratoires d'une personne. Parmi les procédures concernées se trouvent notamment l'intubation et les procédures connexes (par exemple la ventilation manuelle ou l'aspiration endotrachéale ouverte), la réanimation cardiorespiratoire, etc.

6.3.2.1 *Prise en charge de l'usager avec condition instable*

L'urgence est intégrée au parcours de soins et l'équipe en place doit être en mesure d'offrir sans délai les soins optimaux pour les usagers souffrant de conditions instables. À l'exception de circonstances très particulières, un traitement urgent requérant une exécution immédiate ou le besoin d'accès immédiat à un examen plus approfondi ne doit en aucun cas être retardé par une référence à un médecin spécialiste ou un transfert à une autre unité de soins.

Outre les soins courants prodigués au regard des conditions habituelles observés au département ou au service de médecine d'urgence (DSMU), l'urgence doit être en mesure d'offrir les soins de réanimation et de stabilisation initiaux autant aux adultes qu'aux enfants, même si l'établissement est à vocation unique et que cette vocation est bien connue de la population. Les installations à vocation unique dotées d'urgence ou qui n'ont pas les ressources pour prendre en charge certaines pathologies doivent planifier des procédures de PEC initiale et de transfert dès l'arrivée d'un usager dont la condition clinique ne peut être traitée localement. La *Catégorisation des urgences* permet de mettre en lumière ces distinctions.

6.3.2.2 *Règle de fonctionnement*

Voici quelques exemples de situations justifiant qu'un usager soit directement dirigé à la salle de réanimation sans qu'une infirmière du triage ne réalise une évaluation exhaustive :

1. Arrêts cardiorespiratoires :

- Usager réanimé ou non.
- Usager pour qui une canule oesophago-trachéale (Combitube®) a été installée.

2. Instabilité des fonctions vitales ou neurologiques :

- A & B :
- Détresse respiratoire grave;
 - Support ventilatoire actif;
 - Hypoxie.

- | | |
|-----|---|
| C : | <ul style="list-style-type: none"> • État de choc; • Bradycardie ou tachycardie chez un patient symptomatique; • Hémorragie grave; • Malaise ou anomalie des signes vitaux avec diaphorèse profuse et/ou dyspnée. |
| D : | <ul style="list-style-type: none"> • Coma ou atteinte de l'état de conscience; • État septique; • Status epilepticus. |

3. Traumatisme à risque selon les critères établis par le réseau de services intégrés en traumatologie (y compris les brûlures graves).

4. Atteinte du système cardiovasculaire :

- Infarctus aigu avec instabilité des signes vitaux;
- Signes et symptômes compatibles avec un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST).

5. Intoxication grave avec atteinte présente ou appréhendée des fonctions vitales.

6. Trouble de la thermorégulation :

- Hypothermie (température rectale < 34°C);
- Coup de chaleur (température rectale > 41°C).

7. Problèmes pédiatriques (enfants de moins de 14 ans) :

- Critères précédents;
- Instabilité des signes vitaux.

8. Accouchement imminent.

6.3.3 Aire des civières

Tel que recommandé dans les *Lignes directrices de l'OIIQ*, les établissements devraient se munir de critères ou d'algorithmes cliniques permettant une orientation judicieuse des clientèles vers l'aire des civières. Ce procédé permet d'encadrer une pratique sécuritaire au triage et d'utiliser les civières à bon escient.

Notons à titre d'exemple les usagers susceptibles d'être contagieux ou immunosupprimés qui seront dirigés immédiatement dans un espace qui leur est réservé. Également, pour la clientèle pédiatrique, une bassinette (couchette) devrait être attribuée à l'enfant orienté vers l'aire des civières en fonction de son âge, par mesure de sécurité. Il n'est pas recommandé que de laisser les enfants en bas âge dans leur poussette, et ce, notamment afin de faciliter les évaluations et les interventions des professionnels.

Les usagers arrivant en ambulance ne nécessitent pas d'être automatiquement installés sur une civière. L'infirmière du triage, après évaluation, dirigera ces usagers vers l'aire de traitement appropriée. De même, le besoin de prolonger le séjour sur civière de tout usager qui y est initialement évalué doit être réexaminé. Il est tout à fait justifié de retourner un usager vers la salle d'attente si l'évaluation médicale ne conclut pas au besoin de maintien sur civière pour la poursuite de l'épisode de soins à l'urgence.

6.3.4 Zone d'évaluation rapide (ZER)

La ZER a pour mission première d'offrir des soins de qualité en temps optimal, pour une clientèle urgente ou semi-urgente, dans un milieu qui facilite les interventions intensives rapides. La ZER permet entre autres de réduire les goulots d'étranglement d'usagers en attente de PEC dans l'aire des civières et pour qui la condition clinique ne nécessite pas un long séjour au service d'urgence. Ce modèle est tout particulièrement indiqué dans les milieux urbains avec de grands pics d'achalandage et où une diminution des départs avant une PEC pourrait être observée (Anderson et al., 2020).

Cette zone est distincte de l'aire ambulatoire et de l'aire des civières. L'ajout de fauteuils représente une offre de service supplémentaire à la population et ne vient pas modifier le nombre de civières fonctionnelles de l'installation. Tel que mentionné, l'objectif d'une ZER est d'offrir une alternative à un usager qui aurait normalement été traité sur civière afin d'y recevoir des soins. L'organisation de l'équipe soignante vise un retour à domicile de l'usager en moins de 12 heures, préférablement entre 4 et 8 heures.

La ZER n'est pas un «*fast track*» qui offre un service lors de pics d'achalandage pour une clientèle nécessitant une courte évaluation et un traitement simple suivi d'un congé.

Elle vise à améliorer différents paramètres, dont :

- la capacité d'absorber efficacement une augmentation de la clientèle;
- la durée de séjour de l'usager;
- le délai de la PEC médicale et de l'équipe soignante;
- la diminution du nombre d'usagers quittant sans être vus par un médecin;
- l'attribution mieux ciblée des civières à la clientèle ne pouvant être traitée en mode ambulatoire;
- la satisfaction de l'usager et de ses proches.

La philosophie de cette zone repose notamment sur le travail interdisciplinaire favorisant les interventions intensives rapides en visant une durée de séjour optimale à l'urgence. L'approche préconisée mise sur la compression de tous les délais associés à l'épisode de soins, du triage au congé de l'usager. L'équipe qui y travaille est interdisciplinaire, axée sur une collaboration interprofessionnelle qui concentre ses efforts sur la prise en charge de la clientèle dès son arrivée à l'urgence, et ce, jusqu'à sa sortie de l'unité. L'Association canadienne des médecins d'urgence recommande la mise en place d'une telle aire d'évaluation et de traitement pour les urgences qui ont un volume élevé d'usager (ACMU, 2013).

L'organisation et le fonctionnement proposés de la ZER sont décrits dans ce *Cadre de référence ministériel*.

6.4 MONITORAGE CARDIAQUE ET SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES VITAUX

Le monitoring cardiaque approprié des usagers de l'urgence contribue à réaliser les objectifs cliniques fondamentaux suivants :

- diminuer la mortalité;
- diminuer et prévenir la morbidité;
- accroître la capacité diagnostique;
- améliorer l'ajustement thérapeutique.

Le premier objectif peut notamment être atteint par la détection précoce et le traitement rapide des arythmies graves associées aux pathologies cardiaques aiguës et à plusieurs autres problèmes médicaux. Le second touche la reconnaissance, chez l'usager à risque, d'une détérioration physique manifestée par des changements notables des paramètres physiologiques. Le troisième a notamment trait à la détection de signes (hypotension, hypoxémie, arythmie ou autre problème) qui auraient pu, autrement, passer inaperçus. Enfin, le quatrième objectif est l'amélioration de l'ajustement thérapeutique, qui est fortement associé au monitoring de l'évolution de l'état de l'usager instable soumis à une intervention ou à un traitement à but thérapeutique. Le rôle du monitoring dépasse donc largement, en médecine d'urgence, le diagnostic des seules arythmies graves.

6.4.1 Aspects qualitatifs du monitoring

Une partie des indicateurs de qualité choisis par les gestionnaires de l'urgence sont liés à la qualité du processus de prise en charge des usagers et intègrent parfois l'utilisation de l'équipement de monitoring. L'analyse des données permet de déceler les maillons problématiques des processus évalués et d'agir de façon plus ciblée pour améliorer la performance.

Concrètement, les besoins particuliers en monitoring de chaque urgence découlent des besoins des usagers et de plusieurs variables, dont le nombre d'usagers à traiter, leur gravité ainsi que leur profil démographique et médical. L'évolution technologique a permis de rendre largement accessibles des fonctions de monitoring autrefois peu répandues (par exemple pour les arythmies avancées, la saturation d'oxygène, la surveillance du segment ST, etc.).

Pour assurer un monitoring adéquat, les urgences qui reçoivent des enfants doivent disposer de matériel adapté tel que des capteurs et autres adaptateurs de type pédiatrique. Bien que certaines urgences ne soient que très peu exposées à cette clientèle particulière, du matériel de base tel que des dispositifs pour la saturométrie ou le monitoring cardiaque devrait être accessible au personnel soignant, en tout temps en salle de réanimation, afin de répondre à toutes situations cliniques urgentes.

Dans chaque aire fonctionnelle de l'urgence, le monitoring peut être utilisé afin de surveiller certains paramètres vitaux et, ainsi, assurer à l'utilisateur des soins de qualité optimale tout en facilitant la tâche du personnel soignant. De façon à mieux répondre aux besoins en la matière, il faut d'abord établir, pour chaque unité, le minimum requis en fonction des usagers à traiter (paramètres à surveiller pour chaque aire de l'urgence), puis quantifier les besoins et, enfin, mettre en place une procédure de gestion clinique des divers équipements de monitoring.

En contrepartie, il importe de mentionner aux professionnels qu'une surveillance et une évaluation rigoureuse des usagers demeure cruciale et ne peut se soustraire malgré le monitoring cardiaque. Qui plus est, faut-il rappeler que malgré les aspects pratiques du monitoring cardiaque, l'utilisateur s'en retrouve moins mobile et donc, cette pratique peut être paradoxale aux approches visées auprès de certaines clientèles dont la gériatrie. Son usage doit donc être justifié cliniquement et non servir de réassurance dans l'investigation des usagers.

Enfin, en ce qui a trait à l'aire de réanimation, les besoins en monitoring sont relativement similaires d'une urgence à l'autre, à l'exception de quelques centres surspécialisés qui pourraient nécessiter des équipements reliés à des missions cliniques particulières.

Dans les urgences pratiquant la sédation-analgésie d'intervention, dite *procédurale*, un équipement de monitoring de base, comprenant un moniteur d'ECG, un saturomètre et un sphygmomanomètre, est disponible dans l'espace prévu à cette fin de même que le nécessaire pour une ventilation respiratoire assistée d'urgence. La surveillance par capnographie doit également être considérée.

6.4.2 Aspects quantitatifs du monitoring

Comme relativement peu d'utilisateurs présentent des arythmies létales, il est particulièrement difficile de détecter a priori ceux qui en souffriront. Il convient donc d'assurer le monitoring pour la détection d'arythmies létales partout où le risque est identifié, même si leur taux d'incidence est relativement bas. Par ailleurs, les autres dimensions cliniques du monitoring couvrent une population beaucoup plus importante que celle présentant un risque d'arythmie létale. Malgré cela, il ne faut toutefois pas que l'urgence devienne le prolongement fonctionnel des soins intensifs ou de l'unité coronarienne.

Il est recommandé que plus de 50 % des civières fonctionnelles autorisées à l'urgence disposent d'appareils de monitoring, fixes ou mobiles. Afin de réduire les déplacements des usagers au sein de l'urgence, une certaine souplesse dans l'attribution des fonctions de monitoring est nécessaire. Toutefois, à noter que les nouveaux projets immobiliers prévoient une couverture à 100% des civières fonctionnelles autorisées.

6.4.3 Aspects de la gestion clinique

6.4.3.1 *Éléments organisationnels*

Un appareil de monitoring, aussi sophistiqué soit-il, ne saurait remplacer la surveillance des usagers par les infirmières et les médecins, tout au long du séjour à l'urgence. En ce qui a trait aux

éléments plus techniques, le respect des règles suivantes est nécessaire afin d'assurer une provision adéquate de monitoring à l'urgence :

- l'organisation physique des lieux permet la surveillance visuelle des usagers;
- les protocoles, les ordonnances individuelles ou collectives, les techniques et les règles de soins concernant le monitoring sont accessibles et révisés régulièrement. Ils doivent aussi être clairs, connus de tous et, selon le cas, acceptés par le CMDP et le CII;
- un programme de formation et des activités de mise à jour relatives à l'utilisation du monitoring ainsi qu'à l'interprétation des données produites sont offerts au personnel;
- un programme d'amélioration de la qualité est mis en place et des correctifs sont apportés, au besoin.

Placé sous la responsabilité du service de génie biomédical ou d'un service connexe, un programme d'entretien préventif de l'équipement est en place et fonctionnel.

6.4.3.2 *Protocole d'utilisation du moniteur cardiaque*

Le médecin de l'urgence établit, pour chaque usager installé sur civière, s'il est nécessaire d'avoir recours au monitoring et prescrit, le cas échéant, le type de monitoring approprié. Il vérifie régulièrement, soit au moins toutes les 4 heures ainsi qu'à la fin de chaque quart de travail, s'il est toujours indiqué d'avoir recours au monitoring et décide à quel moment il faut y mettre fin.

La fluctuation continue de l'activité de l'urgence nécessite une surveillance serrée de l'utilisation de son équipement spécialisé. La gestion de l'équipement est continue et comporte des mécanismes explicites. Un protocole d'utilisation permet d'assurer la gestion des appareils et des activités de monitoring. Pour être efficace, ce protocole doit :

- être conçu en collaboration avec tous les services et départements visés;
- répondre aux normes de prescription du monitoring;
- viser à uniformiser et à guider la pratique clinique;
- être dynamique et évolutif;
- assurer une utilisation pertinente de l'équipement disponible.

6.4.3.3 *Disponibilité des moniteurs*

Lorsque l'urgence n'est pas en mesure de fournir l'équipement de monitoring nécessaire à l'utilisateur à cause d'un manque d'appareils, il est suggéré de suivre une démarche respectant les étapes suivantes :

- réévaluer les besoins actualisés des usagers déjà sous monitoring de l'urgence. Un système de prescriptions avec codes (couleurs, lettres ou nombres) peut être utilisé par les médecins de l'urgence et les spécialistes afin d'évaluer systématiquement les besoins;
- aviser le coordonnateur médical ou son remplaçant du manque d'accessibilité au monitoring;

- vérifier l'utilisation qui est faite des moniteurs dotés d'une certaine mobilité ou installés dans d'autres unités (par exemple soins intensifs, soins intermédiaires, soins généraux avec télémétrie, etc.) afin de mieux répondre aux besoins des usagers de l'urgence;
- s'assurer du nettoyage et de la désinfection appropriés après chaque usager étant donné que la contamination de ces appareils peut être une source de transmission des infections.

Si le problème n'est pas résolu, le coordonnateur médical doit aviser le directeur des services professionnels (DSP) ou son remplaçant.

6.5 ÉCHANGE DE L'INFORMATION AUX POINTS DE TRANSITION

6.5.1 Entre les quarts de travail

L'optimisation des épisodes de soins des usagers transige également par une transmission de l'information concise, complète et pertinente entre tous les partenaires de l'équipe soignante. Il est recommandé qu'un rapport sommaire mais juste soit réalisé lors des changements de quart de travail ou lors du transfert de responsabilité de l'usager pour un autre soignant. Il n'est pas obligatoire que ce rapport soit communiqué de façon écrite, mais il est indispensable que le soignant prenant la relève d'une cohorte d'usager, qu'il soit préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire ou infirmière, échange directement avec son prédécesseur. Cette façon assure une meilleure transition de l'information entre les membres du personnel soignant.

En outre, dans le but d'optimiser la collaboration interdisciplinaire et le partage d'informations cruciales, il est fortement préconisé que les différents membres de l'équipe soignante discutent de l'évolution de la condition clinique des usagers. Des éléments cliniques et sociaux pertinents peuvent être dégagés de ces échanges et permettront, ultimement, d'orienter de manière proactive et efficiente les usagers vers les ressources professionnelles et communautaires appropriées. Ces échanges peuvent avoir lieu tout particulièrement en début de quart de travail, mais également tout au long de celui-ci.

6.5.2 Entre les unités de soins

La transmission de l'information entre les unités de soins est d'autant plus importante. Il peut être envisagé qu'un outil écrit standardisé soit communiqué aux unités de soins recevant l'usager afin d'éviter les délais d'attente pour un rapport verbal avec l'infirmière prenant en charge ce dernier (par exemple si elle est indisponible lors d'un soin, lors de sa pause, etc.). Le rapport verbal entre les infirmières peut néanmoins être privilégié, selon les établissements. S'il s'agit d'un transfert dans un secteur de l'urgence ou vers une unité de soins d'une autre installation, les rapports verbaux entre les infirmières sont exigés.

Il est primordial d'assurer une transition sécuritaire entre les unités de soins. À ce titre, l'usager ne peut quitter l'urgence sans que l'infirmière prenant en charge l'usager à l'unité de soins ne

signifie clairement et verbalement à l’infirmière de l’urgence le moment opportun pour que s’effectue ce transfert.

Dans le but d’éviter les délais indus par l’organisation interne de l’une ou l’autre des unités de soins, il est encouragé que l’établissement balise les transferts entre les unités de soins par une politique et une procédure spécifiant ces modalités. À titre d’exemple, il sera spécifié que le délai maximal entre l’attribution d’un lit et le départ de l’usager de l’urgence sera de 30 minutes. Qui plus est, cette politique identifiera clairement les modalités de transmission de l’information préconisées par l’établissement, tel que mentionné précédemment.

6.6 PRISE EN CHARGE MÉDICALE

La PEC de l’usager par le médecin s’effectue le plus rapidement possible à la suite du triage. Cette prise en charge respecte, dans toute la mesure du possible, les cibles opérationnelles de l’ÉTG.

Le médecin affecté aux soins des usagers est le premier responsable du respect des délais recommandés comme objectifs opérationnels. La mise en place de protocoles, d’OC ou de tout autre processus ayant les mêmes fins vise à accélérer la prise en charge et à soutenir le médecin dans la prise de décision en comprimant les délais d’accès à certaines données diagnostiques ou touchant l’évolution de l’usager (changement de la douleur après analgésie).

L’achalandage excessif à l’urgence peut expliquer certains délais de prise en charge. Une urgence efficace et bien gérée voit à corriger rapidement cette situation si elle est occasionnelle, ou à modifier son fonctionnement si elle est récurrente. Les services d’urgence peuvent entre autres établir des critères de priorisation des usagers dans l’aire ambulatoire appuyé sur l’ETG et les délais d’attente prolongés. Cet algorithme permet d’entrecroiser la priorisation des usagers selon leur condition clinique et les délais prolongés dans l’aire ambulatoire. Rappelons que les réévaluations par l’infirmière du triage permettent d’assurer la surveillance constante de la clientèle dans l’aire ambulatoire et que son jugement clinique de la priorisation des usagers prévaut, en tout temps, sur la durée de séjour.

Cette responsabilité relève du chef de département médical de l’urgence, qui peut, conjointement avec l’équipe médicale et les gestionnaires de l’urgence, proposer et implanter des modifications au fonctionnement ou ajuster les ressources médicales ou autres aux besoins de la clientèle. Des précisions concernant la *Quantification de la main d’œuvre médicale* sont disponibles à cette section.

Lorsque l’achalandage justifie la présence de plus d’un médecin à l’urgence, il est recommandé qu’un médecin s’occupe de l’aire ambulatoire et qu’un autre se charge de l’aire des civières afin que l’équipe puisse assurer le suivi adéquat de tous les usagers de l’urgence. Les infirmières s’assurent de la présence d’une procédure permettant aux médecins d’identifier l’infirmière responsable de chaque usager. D’autres mécanismes permettent de :

- constater l’heure d’arrivée des nouveaux usagers et leur niveau de priorité selon leur condition clinique;

- d'indiquer les usagers dont la durée de séjour est prolongée;
- d'identifier les usagers dont la condition clinique nécessite une réévaluation.

Pour éviter de prolonger les séjours, il est nécessaire de mettre en place une procédure de réévaluation prioritaire à l'aide de marqueurs visant à déterminer quels usagers doivent être revus par l'équipe médicale. De même, un mécanisme efficace de communication doit être mis en place afin que le médecin de l'urgence soit prévenu dès l'obtention des résultats des examens prescrits ou dès que l'utilisateur est à l'urgence depuis plus de 8 heures. De façon générale, le médecin doit assurer l'orientation définitive des usagers qu'il a évalués et pris en charge au cours de son quart de travail (départ ou demande de consultation en médecine spécialisée). Seul un nombre minimal d'utilisateurs tardivement évalués peuvent faire l'objet de transfert lors du changement de quart des médecins du DSMU.

Les normes soumises par le MSSS relativement à la durée de séjour des usagers sur civière sont les mêmes pour l'ensemble des établissements, qu'ils soient situés en région rurale ou urbaine, de statut universitaire ou non. Issues du *Plan stratégique du MSSS 2019-2023*, les cibles suivantes guident les établissements et les urgences dans leurs actions pour une meilleure prise en charge de la population.

Indicateurs	Cibles 2019-2020	Cibles 2020-2021	Cibles 2021-2022	Cibles 2022-2023
Délai moyen de PEC médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	145 minutes	120 minutes	105 minutes	90 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	13,5 heures	13 heures	12,5 heures	12 heures

6.6.1 Conditions pour prendre en charge un usager à l'urgence

Dans son rapport sur la complémentarité des services d'urgence, le Collège des médecins du Québec (CMQ, 1998) a proposé un canevas pour déterminer dans quelle mesure un médecin peut prendre en charge un usager.

Le principe directeur justifiant des critères de prise en charge des usagers a pour but d'éviter les délais d'attente dans l'administration des soins définitifs requis. Le médecin de l'urgence doit évaluer rapidement si son établissement est en mesure d'offrir les soins aux usagers qui consultent pour un problème aigu ou particulier et, le cas échéant, il doit assurer un transfert dans un milieu pouvant mieux répondre aux besoins déterminés.

Le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert de l'utilisateur vers un établissement disposant des capacités de le prendre en charge, si les principes suivants sont respectés :

- le centre où il œuvre ne possède pas les ressources permettant d'évaluer adéquatement l'utilisateur, d'établir un diagnostic et d'assurer une stabilisation initiale adéquate;
- la condition de l'utilisateur ne relève pas d'une prise en charge systémique de type réseau – qu'il soit régional ou national (par exemple un réseau intégré de traumatologie) – exigeant un transfert même si l'établissement dispose des ressources nécessaires (par exemple un établissement non désigné en traumatologie).

Les modalités à respecter dans de telles situations sont décrites plus loin dans la section *Organisation d'un transfert interétablissement*.

De plus, afin que la PEC des usagers à l'urgence soit effectuée de manière adéquate, le personnel infirmier et médical doit être avisé en temps réel des avis à la vigilance lancés par les directions de santé publique régionales ou le MSSS en lien avec une situation représentant un risque infectieux, toxicologique ou environnemental particulier au niveau régional ou provincial.

6.6.2 Transfert de dossier entre les médecins de l'urgence

À la fin de chaque quart de travail, le médecin de l'urgence qui termine son service doit informer verbalement son remplaçant de l'état de tous les usagers qui se trouvent à l'urgence sous sa responsabilité. Il est important de spécifier que tous les usagers non orientés se trouvant à l'urgence relèvent du médecin en poste à l'urgence. Pour cette raison, celui-ci doit transférer les usagers en évaluation, mais sans orientation au collègue qui prend la relève. Il est fortement déconseillé de transférer des usagers non orientés séjournant dans l'aire des civières à un médecin qui n'est pas physiquement à l'urgence. Ce type de transfert contribue à augmenter les durées de séjour à l'urgence, en plus d'imposer un risque supplémentaire aux usagers, qui ne sont alors, techniquement, sous la responsabilité d'aucun médecin présent au DSMU.

Afin de minimiser les risques inhérents aux processus de transfert de responsabilité médicale, il convient de se référer aux règles définies et acceptées dans le milieu.

Le médecin qui débute son service prend donc sous sa responsabilité tous les usagers présents à l'urgence dont le transfert n'a pas été accepté par un médecin spécialiste ou par un autre médecin. Le médecin d'urgence doit connaître la condition médicale de tout usager de l'urgence relevant de sa responsabilité. Quoi qu'il en soit, advenant une détérioration de l'état d'un usager entraînant une instabilité, le médecin de l'urgence doit offrir l'aide médicale requise dans l'attente d'une PEC définitive ou de l'arrivée du médecin traitant. Ceci prévaut également pour les usagers déjà pris en charge en médecine spécialisée qui voient leur condition clinique se détériorer et pour qui le médecin traitant n'est pas physiquement présent à l'urgence mais appelé à se présenter auprès de celui-ci. Le médecin d'urgence doit donc assurer la PEC et le soutien

médicalement requis pour la condition de l'usager présent à l'urgence en collaboration avec le médecin traitant.

Lorsqu'il y a plus d'un médecin en service, le médecin qui transfère un usager dans une autre section de l'urgence doit en aviser son ou ses collègues, même s'il décide d'assurer lui-même le suivi de cet usager. Lorsque plusieurs médecins d'urgence sont présents à l'urgence, des procédures claires doivent être établies afin que chaque usager y séjournant soit sous la responsabilité d'un médecin clairement désigné.

6.7 SUIVI DE L'USAGER À L'URGENCE

Les situations nécessitant un retour de l'usager à l'urgence doivent être exceptionnelles. L'urgence n'est pas considérée comme une clinique externe ou une clinique sans rendez-vous. Les visites pour le suivi d'un usager doivent avoir lieu en dehors de l'urgence, soit en clinique externe, vers l'accueil clinique, en CLSC ou en cabinet privé, ou encore au sein d'une activité ambulatoire particulière. Dans l'éventualité où un usager devait consulter à nouveau à l'urgence à la demande du médecin, une évaluation complète au triage demeure néanmoins impérative.

6.7.1 Départ de l'usager

Dans certaines circonstances et en accord avec la philosophie du parcours de soins, la planification du départ de l'usager de l'urgence est établie par l'équipe. Le travailleur social ou l'équipe de liaison intervient au besoin, notamment pour les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes victimes d'agression, les personnes avec un problème de santé mentale et les personnes en situation d'itinérance. Ces professionnels devraient être interpellés rapidement au dossier afin de planifier le congé le plus tôt possible, car plusieurs étapes sont parfois nécessaires pour réaliser un plan de sortie optimal.

Au moment de son congé, l'usager doit, minimalement, recevoir :

- de l'information relativement à sa condition médicale et sociale;
- de l'information concernant les prescriptions liées à son état de santé;
- la date de son prochain rendez-vous en clinique, s'il y a lieu;
- des consignes sur l'interruption de son travail, s'il y a lieu;
- le résumé écrit de sa visite médicale, si le médecin le juge approprié, pouvant être acheminé au médecin traitant de l'usager;
- le rapport du consultant, s'il y a lieu.

Lorsqu'une personne consulte à l'urgence pour une situation de crise (par exemple pour idées suicidaires ou homicidaires, personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, etc.) ou qu'elle a été amenée dans le cadre d'une intervention du service de crise dans le milieu 24 heures par jour, 7 jours par semaine, il est de la responsabilité du personnel de l'urgence, lorsqu'ils orientent cette personne, de s'assurer qu'une évaluation rigoureuse des risques suicidaire, homicidaire ou de la dangerosité liée à l'état mental soit réalisée. Le personnel

de l'urgence voit également à ce que des stratégies de sécurité puissent être identifiées et que des liens soient effectués vers les services sociaux ou communautaires appropriés (par exemple suivi psychosocial à court terme dans le RSSS, suivi dans un programme-service spécifique, centre de crise, centre de prévention du suicide, maison d'hébergement, organisme communautaire en santé mentale, etc.). Si la personne est en attente d'un service et que son état s'est détérioré, il est important de lui proposer des services complémentaires ou de s'assurer d'une prise en charge rapide par le RSSS.

6.7.2 Personne recevant du soutien à domicile

L'utilisateur recevant des services de soutien à domicile fait l'objet d'un suivi dès son identification par l'infirmière du triage ou l'infirmière soignante. Les intervenants de l'urgence peuvent communiquer alors, dans les meilleurs délais, avec l'intervenant pivot assigné à la personne afin de permettre d'échanger les informations pertinentes sur la situation de l'utilisateur et ainsi s'assurer d'un plan de services individualisé ajusté en fonction d'actions concertées. Un système est en cours de déploiement au niveau provincial permettant d'identifier plus facilement les usagers connus du *SAD*.

L'intervenant pivot, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, doit s'assurer de revoir les modalités permettant d'éviter le recours à l'urgence pour des problèmes de santé qui pourraient être pris en charge au domicile ou dans la communauté. L'ensemble des intervenants concernés devrait apporter les ajustements nécessaires aux pratiques en cours afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services tout en favorisant l'implication de l'utilisateur et de ses proches dans cette démarche.

6.7.3 Personne non connue du soutien à domicile

Pour mieux répondre à cette clientèle qui est souvent identifiée lors d'un épisode de soins, il convient d'instaurer des protocoles d'orientation et de suivi adaptés aux besoins de l'utilisateur en vue de lui offrir les services de soutien en externe (de courte ou de longue durée) ou les soins palliatifs à domicile que son état ou sa situation exige.

L'utilisateur doit faire l'objet d'une évaluation appropriée et l'on doit lui proposer un plan d'intervention ou un plan de services individualisés dans des délais raisonnables, en s'assurant que sa sécurité n'est pas menacée ou compromise.

Grâce aux différentes équipes de liaison, des contacts et des ententes sont établis entre les intervenants de l'urgence et ceux d'autres secteurs, notamment le guichet d'accès aux services de soutien à domicile, comme les centres de crise et d'hébergement temporaire. Dans ce contexte, l'implantation d'approches mieux intégrées au sein des centres de santé et de services sociaux permet d'assurer une meilleure fluidité du parcours de soins et une plus grande accessibilité aux services répondant aux besoins de l'utilisateur.

6.7.4 Admission de l'usager

La marche à suivre pour l'admission d'un usager aux unités de soins doit être clairement établie. Il faut pour cela tenir compte des différentes étapes liées au processus d'admission. Voici quelques exemples d'éléments à prendre en considération :

- l'admission d'un usager se trouvant à l'urgence ne doit en aucun cas être confirmée avant que le médecin consultant n'ait pris connaissance de la demande et accepté l'admission, à moins d'ententes en ce sens entre le DSMU et le service concerné. Dans certaines circonstances, le médecin de l'urgence peut admettre un usager s'il dispose de privilèges explicites délégués par le CMDP, s'il fait partie d'un groupe assurant l'hospitalisation ou, encore, s'il est le médecin traitant;
- les hospitalisations sont possibles 24 heures par jour;
- Le délai maximal entre la demande d'hospitalisation et le départ pour l'unité de soins est de 2 heures.

Les établissements doivent également prévoir des tests de dépistage pour les bactéries multirésistantes, comme recommandé par le CINO, à effectuer dès l'admission à l'urgence.

6.7.4.1 Transfert de l'usager

Le médecin de l'urgence doit prendre en charge un usager dans l'urgence si, après évaluation, les éléments du guide d'exercice (CMQ, 1998) proposé par le Collège des médecins du Québec sont respectés. Si ces éléments ne peuvent être respectés, le médecin a l'obligation de prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert de l'usager vers l'établissement approprié. Chaque DSMU doit avoir une politique approuvée par le conseil d'administration de l'établissement concernant les transferts interétablissements.

À cet égard, l'établissement instaure une politique de transfert, des protocoles d'entente et des corridors de services avec des institutions dotées de ressources appropriées. L'accès aux soins et aux services doit être rapide ou respecter un délai déterminé dans le protocole d'entente. L'équipe médicale du centre hospitalier receveur prend la responsabilité de l'usager dès son arrivée à son centre.

Toutefois, le retour de l'usager vers le centre initialement demandeur doit être organisé dès que le centre receveur spécialisé a répondu à la demande de services et assuré les soins nécessaires. Le retour au centre receveur est réalisé en respect de la *Circulaire ministérielle* de novembre 2011 portant sur ce sujet.

De plus, pour les établissements situés en région rurale, il est pertinent d'établir des corridors de services, des ententes et des modalités d'accès aux spécialistes des diverses disciplines (dont la médecine d'urgence). Ces ententes ou modalités peuvent reposer sur un soutien à distance (par exemple communication établie par un système de télésanté, téléphone, visioconférence, télé-métrie, etc.), pour permettre la prise en charge initiale des usagers par l'établissement local ou encore leur rétention sécuritaire à ce niveau.

6.7.4.2 Organisation d'un transfert interétablissement

La préparation pour un transfert interétablissement doit respecter les règles de pratique afin d'en assurer la sécurité et la pertinence. Parmi les considérations particulières devant régir ce type d'activité, mentionnons les principes suivants:

- la responsabilité du transfert d'un usager vers un autre centre hospitalier revient à l'équipe médicale qui transfère l'usager, soit le médecin en service à l'urgence ou le consultant qui en a initialement accepté la prise en charge;
- sauf s'il y a eu entente préalable (par exemple en traumatologie), aucun transfert vers un autre centre hospitalier ne peut être effectué sans que le médecin traitant ait communiqué avec le médecin qui doit recevoir l'usager pour s'assurer que celui-ci accepte le transfert. Qui plus est, si l'usager est transféré en médecine spécialisée dans un centre receveur, le médecin de l'urgence doit d'abord être avisé et accepter le transfert de cet usager par le médecin traitant du centre receveur. Si la condition de santé de l'usager le permet et en fonction de l'achalandage de l'urgence, une entente peut être faite pour déterminer à quel moment cet usager sera transféré vers le centre receveur. L'infirmière responsable de l'usager s'assure de transmettre un rapport verbal sur l'état de l'usager à l'intention de l'infirmière qui le prendra en charge au centre receveur;
- le médecin traitant a la responsabilité de stabiliser la condition médicale de l'usager avant son transfert, à moins d'indications ou de conditions particulières l'en empêchant;
- la stabilisation inclut l'évaluation adéquate de l'état de l'usager et la phase initiale d'un traitement approprié pour que, selon une probabilité raisonnable et en respect des guides de pratique, le transfert immédiat de l'usager n'entraîne pas son décès ou une atteinte sérieuse de ses fonctions ou de ses organes;
- pour assurer une stabilisation minimale de l'usager avant le transfert, on doit, lorsque cela est nécessaire :
 1. maintenir la perméabilité des voies aériennes.
 2. contrôler l'hémorragie, le cas échéant.
 3. immobiliser adéquatement l'usager.
 4. préparer un accès veineux pour l'administration de solutés ou de transfusions sanguines.
 5. administrer les médicaments prescrits.
 6. prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer le monitoring et la stabilité optimale de l'usager durant le transfert.
- le médecin traitant détermine, si requis, quel type d'accompagnateur sera nécessaire en fonction des besoins de l'usager: médecin, infirmière, inhalothérapeute, etc. Un mécanisme doit être mis en place pour assurer rapidement la disponibilité de l'accompagnateur – soit dans un délai de moins de 30 minutes – et pour que son remplacement à l'urgence soit effectué, le cas échéant;
- le médecin traitant doit inscrire au dossier les ordonnances nécessaires pour assurer le bon déroulement du transfert de l'usager. Une copie du dossier de l'urgence, des résultats des examens de laboratoire disponibles et des radiographies récentes, ainsi qu'un résumé des éléments pertinents du dossier antérieur doivent accompagner l'usager.

Lorsqu'il y a un accompagnateur professionnel, celui-ci doit utiliser un formulaire sur lequel sont inscrites les prescriptions; ce formulaire sert aussi à inscrire les notes prises durant le transfert par l'accompagnateur et les notes relatives à l'état de l'utilisateur au moment de sa prise en charge par le centre de destination. Une copie du formulaire est laissée dans le centre de destination et la copie originale est insérée au dossier de l'établissement qui effectue le transfert.

Le professionnel accompagnateur doit être formé et compétent, et l'établissement doit faire en sorte qu'il lui soit possible de communiquer en tout temps avec le médecin de l'urgence ou le médecin attitré durant le transfert.

Dans des circonstances particulières, certains usagers devraient bénéficier d'un accompagnement médical. En fonction des propositions du CMQ (2005), il est recommandé d'évaluer le besoin de transfert chez:

- tout usager ayant présenté un arrêt cardiorespiratoire durant son séjour à l'urgence;
- tout usager dont les signes vitaux ou neurologiques sont instables;
- tout usager ayant eu un infarctus aigu du myocarde et :
 1. se trouvant en état de choc ou présentant une hypotension (TA systolique < 90 mm Hg) avec risque d'instabilité.
 2. présentant une bradycardie sévère symptomatique (< 45/minute) ou un bloc AV du 2^e ou 3^e degré.
 3. ayant présenté une arythmie ventriculaire maligne (tachycardie ventriculaire soutenue, tachycardie polymorphe ou fibrillation ventriculaire).
 4. présentant des complications mécaniques (CIV aiguë, rupture du muscle papillaire avec insuffisance mitrale sévère, etc.).
- tout usager intubé susceptible de présenter des complications durant le transport ;
- toute femme sur le point d'accoucher lorsque le premier centre receveur ne peut garantir la sécurité de la mère et de l'enfant ;
- tout usager présentant une affection qui risque, durant le transfert, d'entraîner le décès ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes.

Dans toute situation jugée pertinente par le médecin de l'urgence, un accompagnement médical est également indiqué. À noter également que lorsque l'utilisateur transféré est colonisé ou infecté avec une bactérie multirésistante ou la possibilité d'une maladie infectieuse transmissible est évoquée, des mesures de prévention et contrôle des infections doivent être prises, selon l'agent pathogène connu ou soupçonné (le syndrome présenté), avant, pendant et après le transport.

La politique de transfert de l'établissement inclut clairement la conduite à tenir concernant les modalités de communication avec les centres receveurs et les transporteurs, les délais acceptables selon la catégorie d'urgence, les critères relatifs au choix des professionnels accompagnateurs, les OC, les formulaires de notes, l'équipement et les médicaments contenus dans la trousse de transport. Pour toute information complémentaire entourant le transport, veuillez vous référer à la section *Services d'évacuations aéromédicales*. Également, pour toutes

précisions concernant les transferts interétablissements pour la clientèle de traumatologie, veuillez vous référer à la section *Trajectoire - Traumatologie* ou encore au guide de référence de l'INESSS sur les *Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie.*

6.7.4.3 *Gestion des transferts des usagers admis*

Précisons que tout usager admis provenant d'une autre installation ne doit, en aucun temps, séjourner ou transiter par l'urgence du centre receveur. Il est attendu qu'en toutes situations, les préarrangements entre le centre demandeur et le centre receveur aient tous été effectués avant le départ de l'utilisateur du centre demandeur. Puisque les usagers admis transférés interinstallations utilisent fréquemment le transport ambulancier et conséquemment, transitent par le garage de l'urgence, il est attendu que l'urgence ne soit que le passage de l'utilisateur vers sa chambre d'hospitalisation. L'unique exception à cette règle de gestion des transferts des usagers admis se limite à la situation où un usager aurait gravement décompensé cliniquement pendant le transfert et que l'unité receveur ne peut gérer une telle condition clinique. Cette transition par l'urgence se fera rapidement, le temps de rediriger l'utilisateur vers l'unité de soins la plus opportune, majoritairement une unité des soins intensifs ou l'unité coronarienne.

6.8 EXAMENS DIAGNOSTIQUES

Les demandes d'exams diagnostiques émanant de l'urgence se limitent aux exams estimés nécessaires à l'évaluation et au traitement urgent de la condition de l'utilisateur. À cet égard, des mécanismes d'évaluation de la pertinence des exams prescrits sont conjointement mis en place par les différents départements concernés de l'établissement.

De plus en plus, une surconsommation des exams diagnostiques ou des traitements médicaux semble signalée comme étant un problème important (Kanzaria et al., 2015). Cette problématique est souvent reliée aux craintes de recours légaux, particulièrement dans les urgences où un diagnostic rapide est nécessaire. Elle s'explique également par la crainte, pour le médecin de l'urgence, que le manque d'accès en première ligne n'entraîne pour l'utilisateur un retard préjudiciable à la PEC du problème identifié ou en investigation. Les investigations superflues peuvent aussi être davantage observées chez la clientèle aînée ou celle présentant de multiples comorbidités (Tung et al., 2018).

Il importe donc que chaque unité d'urgence se préoccupe de cet aspect de la pratique médicale et établisse un processus de révision de pratique afin d'éviter le surdiagnostic et le surtraitement. De plus, le DSMU doit donc particulièrement veiller à ce que l'accès à des modalités alternatives à l'urgence soit possible (par exemple accueil clinique, hôpital de jour, GMF-R, guichet d'accès pour l'inscription des clientèles vulnérables ou non et de santé mentale, etc.) et que ces alternatives soient judicieusement sollicitées.

Les services d'imagerie médicale et de laboratoire doivent donner priorité aux demandes provenant de l'urgence. Les analyses de laboratoire urgentes doivent être effectuées rapidement et leurs résultats devraient être disponibles dans un délai de moins de 30 minutes suivant le

prélèvement. Afin d'accélérer le processus, les demandes d'examen sont clairement identifiées par une codification indiquant qu'elles proviennent de l'urgence et, de ce fait, sont traitées en priorité.

Les radiographies simples doivent être effectuées dans un délai de moins d'une heure. Pour les urgences vitales, l'accès aux services d'imagerie médicale avancée (tomodensitométrie, échographie, Doppler, résonance magnétique, médecine nucléaire) doit être possible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ces examens doivent être effectués suivant le degré d'urgence, après entente avec la spécialité concernée. Une interprétation préliminaire doit être produite immédiatement, communiquée au service d'urgence et consignée au dossier. Tous les examens de TDM doivent être lus et interprétés entre 8 h et 22 h, et ce, 7 jours sur 7. Les examens urgents doivent être lus de nuit à la demande du médecin traitant. Cette dernière directive s'applique pour les urgences de la catégorisation 2B, 3A et 3B.

Dans les établissements où le volume d'activité le justifie ou par recommandation à un autre centre après consultation avec le service de cardiologie, il apparaît opportun que le médecin d'urgence puisse avoir accès à des plages de disponibilité pour l'obtention d'un électrocardiogramme à l'effort 5 jours par semaine au minimum, mais idéalement 7 jours sur 7 en respect de la plage usuelle de réalisation de ce type d'examen.

De plus, afin d'assurer une utilisation pertinente des civières et de favoriser un suivi ambulatoire des usagers dont l'état le permet, l'urgence a accès à des plages horaires pour les examens d'imagerie dans un délai de 24 à 48 heures. Un mécanisme de suivi immédiat doit cependant être instauré afin que l'utilisateur reçoive les résultats sans délai et qu'un suivi approprié soit assuré.

Les départements de biologie médicale et de radiologie (RLRQ, chapitre S-4.2) doivent s'assurer de répondre en tout temps à une augmentation ponctuelle de demandes d'examens venant de l'urgence. Pour ce faire, ils doivent instituer des procédures spéciales dans leurs départements respectifs. Ces dispositions peuvent être inscrites au plan de désencombrement, dont l'application est prévue en cas de congestion de l'établissement ou d'un fort achalandage de l'urgence.

6.8.1 Suivi des résultats anormaux

Il est essentiel que le chef médical de l'urgence instaure, avec les départements concernés, des mécanismes assurant le suivi d'un usager en cas de résultats anormaux qui n'auraient pas été identifiés lors de l'épisode de soins à l'urgence. Ce mécanisme prévoit une procédure de rappel et de suivi pour certains examens de laboratoire et pour les examens d'imagerie le requérant.

De plus, advenant une interprétation erronée par le clinicien initialement responsable, un système de notification des discordances de lecture des radiographies et des autres examens diagnostiques est mis en place de façon à informer un médecin de l'urgence, préalablement désigné (par exemple le coordonnateur, le médecin de l'ambulatorio, etc.), de cette situation. Ce dernier a alors la responsabilité du suivi des usagers concernés, et ce, dans un court délai.

6.8.2 Échographie au département d'urgence (EDU)

Le CMQ révisait, en 2016, les *Lignes directrices sur les échographies ciblées réalisées à l'urgence* par des médecins non radiologistes. Une révision des indications cliniques ciblées pour l'EDU a alors été publiée, dans laquelle se trouvait notamment la recherche d'un épanchement péricardique et pleural ou encore la recherche d'une grossesse intra-utérine.

L'échographie ciblée est aussi reconnue pour l'évaluation de l'usager en choc ou en arrêt cardiaque, l'évaluation de l'activité cardiaque globale et la réalisation de procédures en situation d'urgence pouvant bénéficier d'un guidage par échographie.

Faisant suite à quantité de recherches originales et de publications officielles, ainsi qu'à la multiplication des programmes de formation, le champ d'application de l'échographie ciblée au département d'urgence a rapidement évolué.

Tous reconnaissent que la médecine d'urgence a connu, au cours des dernières années, une impressionnante évolution des connaissances, des moyens d'investigation et des modalités d'intervention.

De plus, la population demande à ce que les soins d'urgence soient fournis, en temps opportun, de la façon la plus complète possible, et ce, dans un contexte d'accessibilité optimale. En ce qui a trait au domaine d'investigation radiologique, la littérature médicale a démontré l'utilité, l'efficacité et la pertinence de l'approche par échographie ciblée.

Par ailleurs, les services d'urgence doivent gérer l'augmentation constante de l'affluence ainsi que la nécessité de reconnaître précocement et en tout temps les conditions urgentes associées à un haut niveau de risque pour l'usager. Considérant l'importance d'améliorer et d'assurer la sécurité des usagers, l'utilisation de techniques et de traitements non invasifs de même que l'utilisation de techniques d'imagerie sans radiation deviennent de plus en plus pertinentes.

Dans ce contexte, l'apparition d'appareils d'échographie modernes, portatifs et moins coûteux permettant de générer des images de haute qualité rend possible l'utilisation de l'échographie ciblée par une majorité de médecins d'urgence. Il est fortement recommandé que les services d'urgence intègrent l'EDU dans leur pratique pour ainsi optimiser et faciliter la prise en charge de toutes clientèles.

6.9 DOSSIER DE L'USAGER

6.9.1 Notes inscrites au dossier de l'usager

Il est reconnu que les infirmières et les médecins consacrent un temps considérable à la rédaction de leurs notes au dossier de l'usager. Bien que cela soit parfois perçu comme un frein à leur disponibilité clinique, il demeure essentiel que ces données reflètent de façon précise l'ensemble de l'épisode de soins à l'urgence. L'écriture doit d'être lisible afin d'éviter tout risque d'erreur.

Certains centres utilisent des moyens permettant de diminuer le temps consacré par les professionnels à la prise de notes : informatisation du dossier et implantation du dossier

numérisé. Le modèle des fiches cliniques, telles qu'elles sont utilisées dans d'autres unités de soins, peut répondre à une documentation rigoureuse, complète et pertinente dans le dossier de l'utilisateur. La mise en application de ces modalités permet une utilisation plus judicieuse du temps et des compétences des différents cliniciens impliqués dans la PEC des usagers. Par ailleurs, une fiche clinique harmonisée au sein d'un même établissement permet d'assurer une cohérence et une meilleure gestion du suivi de l'information au dossier de l'utilisateur.

Si l'utilisateur est connu pour une colonisation ou une infection avec une bactérie multirésistante ou une maladie à déclaration obligatoire (MADO), par exemple la tuberculose, cette information devrait être facilement repérable à son dossier.

6.9.2 Transmission de l'information médicale

L'urgence applique des procédures respectant la confidentialité dans la transmission de l'information médicale au médecin de famille et, lorsque cela est nécessaire, à tout autre intervenant appelé à offrir des services professionnels à l'utilisateur après son séjour à l'urgence. Cette mesure est essentielle pour assurer la continuité et la qualité des soins ainsi que pour éviter une multiplication injustifiée des examens.

Un résumé écrit de la visite à l'urgence peut être remis à l'utilisateur par le médecin de l'urgence s'il le juge approprié ou s'il y a nécessité pour la PEC par le médecin de famille. Ce résumé constitue un moyen acceptable et utile d'informer les intervenants qui assurent la prise en charge de l'utilisateur à sa sortie de l'urgence. Toutefois, la transmission électronique des informations peut également représenter un atout considérable et devrait être privilégiée pour les situations s'y prêtant. Les médecins de famille et les différents sites offrant des soins de santé devraient, notamment, avoir accès aux résultats de laboratoire et de diagnostic, particulièrement pour les installations regroupées au sein d'un CISSS/CIUSSS. Pour les centres qui bénéficient d'un dossier informatisé, l'accès des analyses de laboratoire à l'intention du médecin de famille est un moyen facile d'informer ce dernier de façon objective des résultats d'investigation subie à l'urgence.

Un système de communication efficace doit être en place pour assurer la circulation de l'information relative au statut infectieux d'un usager et à sa PEC tout au long de son cheminement dans le milieu de soins. Certaines informations peuvent également être récupérées dans le *Dossier Santé Québec (DSQ)*.

De façon à baliser la pratique à cet égard, il convient de rappeler que la transmission de l'information doit toujours demeurer confidentielle et respecter la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1).

6.10 PRÉSENCE DE LA FAMILLE ET PROCHES

La participation de l'utilisateur et de ses proches tout au long de l'épisode de soins représente un objectif d'intérêt pour le personnel soignant. Le manque de connaissance et d'information est un élément qui génère des sentiments d'incertitude et d'anxiété chez la famille et les proches. La

diminution des durées séjours, des risques de délirium et potentiellement d'une diminution des retours à l'urgence est envisagée par leur présence (Duran, et al., 2007, McCabe, et al. 2014, Watkins, et al., 2019). De tels sentiments influencent la capacité de compréhension de la situation et peuvent, par conséquent, nuire aux relations entre la famille et le personnel de l'urgence. Une meilleure information permet à la famille de mieux soutenir l'utilisateur et de devenir une alliée significative pour l'équipe soignante. Cette approche est particulièrement indiquée auprès des personnes âgées, chez qui l'insécurité ou la fragilité est chose courante.

En ce qui concerne les soins prodigués aux personnes en situation d'itinérance et aux personnes vulnérables sans proches ou famille, l'implication d'intervenants communautaires ou de pairs aidants significatifs pour la personne peut se révéler très soutenante, tant pour l'utilisateur que pour l'équipe traitante. L'équipe se devra toutefois d'avoir reçu le consentement de l'utilisateur pour le partage d'informations.

Pour les soins prodigués aux enfants à l'urgence, l'implication de la famille est primordiale. La participation des parents aux soins, si l'enfant subit des traitements invasifs ou en cours de réanimation, est encouragée, mais demeure tributaire du choix des parents ou des tuteurs et doit être encadrée. Pour ce faire, ceux-ci reçoivent de l'information claire sur les traitements et sur les réactions possibles de l'enfant tout en bénéficiant d'un soutien émotionnel de la part du personnel tout au cours de l'accompagnement lors de situations difficiles.

Pour les personnes âgées, la présence des proches permet non seulement de diminuer l'anxiété, mais est un atout important pour maintenir son autonomie. En effet, que ce soit pour l'accompagnement aux déplacements, à l'hygiène, à l'alimentation et à l'orientation, la présence de la famille est favorisée. Il est toutefois important de bien encadrer ce rôle en fournissant l'information nécessaire aux personnes proches aidantes et à la famille.

En ce qui a trait aux visites et à la présence de la famille et de personnes proches aidantes auprès des usagers, il est préférable que des règles de fonctionnement claires soient établies. Celles-ci porteront principalement sur les points suivants :

- le nombre de visiteurs, la présence constante de la famille et la durée de la visite permise, favorisant le plus possible la présence des proches auprès de l'utilisateur (famille, père et mère de jeunes enfants, aidants naturels);
- les mesures de prévention et de contrôle des infections à respecter (pratiques de base telles que l'hygiène des mains et les précautions additionnelles, le cas échéant);
- les mécanismes de contrôle des visiteurs et d'accès aux locaux de l'urgence;
- la présence essentielle et encouragée des deux parents auprès des jeunes enfants;
- la présence de proches auprès des usagers en perte d'autonomie, des personnes âgées, des personnes présentant un handicap et des usagers ayant un problème de santé mentale;
- l'information médicale qu'il est pertinent de fournir aux proches;
- la désignation de la personne responsable de prendre des nouvelles de l'état de l'utilisateur (on doit, dans la mesure du possible, maintenir des liens étroits avec la personne représentant l'utilisateur);

- la disponibilité d'un membre du personnel (souvent le travailleur social ou l'assistante infirmière-chef) pour le soutien aux proches lorsque l'utilisateur traité à la salle de réanimation se trouve dans un état précaire;
- la présence des proches dans la salle de réanimation ou la salle de traitement (lorsque les soins prodigués ou la situation d'occupation des locaux le permettent);
- un mécanisme permettant de vérifier auprès de l'utilisateur conscient et orienté s'il désire qu'un membre de son entourage soit informé de sa présence à l'urgence;
- un mécanisme permettant, lorsqu'un usager est inconscient, de contacter un membre de la famille s'il n'y a pas d'accompagnateur;
- l'accessibilité à un service d'interprète ou de traduction ou encore le recours à un outil technologique pour faciliter la communication, lorsque requis;
- l'assurance qu'en toute situation, le personnel soignant porte une attention particulière à la confidentialité.

De toute évidence, une vision de partenariat entre l'utilisateur, sa famille et le personnel soignant est d'actualité. Le MSSS publiait récemment le *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Ce guide vise à outiller les usagers, les proches, les intervenants et les gestionnaires du RSSS en matière d'approche de partenariat et à préciser les balises au sein desquelles doit se définir et s'actualiser cette approche. Ils pourront ainsi se mobiliser pour la mise en œuvre et la pérennisation de cette approche dans le respect de la volonté et de la capacité d'engagement de l'utilisateur et de ses proches.

6.11 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

La PCI constitue un défi d'envergure pour les services d'urgence. Le volume important des usagers y requérant des soins, parfois dans une condition de santé instable, les interventions à caractère rapide, la diversité et la complexité de problèmes de santé, les espaces physiques parfois étroites et les situations d'engorgement sont quelques circonstances favorisant la transmission des agents pathogènes. Ainsi, la mise en place des politiques et procédures concernant la transmission des infections à l'urgence doit représenter une préoccupation prioritaire. Le personnel doit recevoir la formation requise afin de reconnaître les risques infectieux, d'appliquer conformément et avec rigueur les diverses mesures requises.

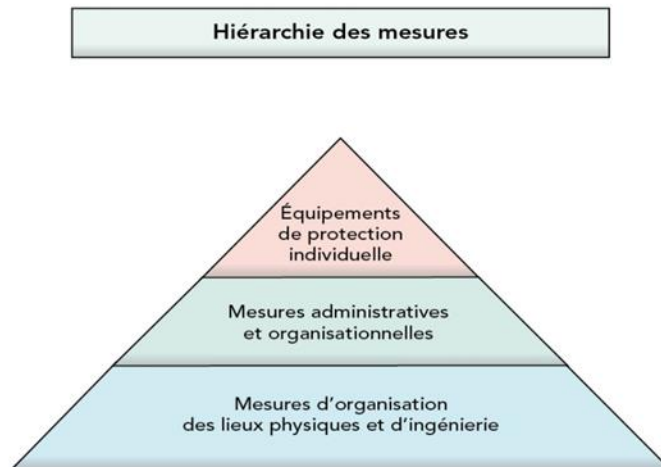
Afin d'optimiser la gestion de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements, des processus rigoureux et encadrés devraient être instaurés et déclinés pour une adaptation du fonctionnement propre aux installations et aux services d'urgence. Qui plus est, un comité local en PCI spécialisé pour les services d'urgence devrait assurer le suivi régulier des différentes mesures instaurées et recommandées pour ces services. Ce comité expert suggère des pistes d'amélioration, par différents moyens, afin d'optimiser l'incontournable PCI. Ce comité local doit être composé du gestionnaire de l'urgence, de son chef médical, de l'infirmière en pratique avancée, de la conseillère en PCI ainsi que des membres de l'équipe soignante.

Notons enfin que les procédures reliées à la PCI ne devraient pas être des freins à l'optimisation des épisodes de soins. En ce sens, des mécanismes internes devraient être envisagés afin

d'assurer la fluidité hospitalière et d'orienter les usagers vers une unité dédiée, à titre d'exemple, dans l'attente de leurs résultats d'analyses laboratoires suite à une admission (par exemple les tests COVID, SARM, ERV, etc.).

6.11.1 Application de l'approche de la hiérarchie des mesures de PCI

Cadre de référence en PCI



Cette approche hiérarchique des mesures à appliquer propose une classification en trois catégories selon leur importance et leur efficacité. Ce sont les mesures d'organisation des lieux et d'ingénierie, les mesures administratives et organisationnelles, et les mesures individuelles. Aucune de ces catégories n'est conçue pour être utilisée de façon isolée. Les composantes fonctionnent en combinaison les unes avec les autres, de façon à offrir un système de protection à plusieurs paliers.

6.11.2 Mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie

Le risque de transmission des infections peut être réduit en tout temps par des mesures telles que la ventilation appropriée, le nombre de salles en pression négative avec toilette individuelle, la séparation spatiale entre les usagers ayant des symptômes infectieux, la diminution du matériel de soins dans les salles de traitement à l'essentiel, l'installation de distributeurs de solution hydroalcoolique en nombre suffisant et dans les endroits adéquats, etc.

6.11.3 Mesures administratives et organisationnelles

Ces mesures doivent également contribuer à réduire le risque de transmission des infections, notamment la mise en place de mesures rigoureuses d'hygiène et salubrité, l'intégration des mesures de PCI dans les techniques et les pratiques de soins, l'intégration de l'hygiène des mains, l'intégration des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire dans les politiques et procédures, l'organisation du travail de l'équipe soignante de façon à réduire les risques d'exposition, etc.

6.11.4 Mesures individuelles

Elles doivent s'appliquer en tout temps lorsqu'elles sont requises. Ce sont des mesures appliquées pour gérer un risque infectieux sur une base individuelle, c'est-à-dire pour prévenir la transmission d'un agent pathogène lorsqu'un contact est anticipé avec une personne infectée ou colonisée (par exemple des mesures de protection individuelle telles que le port de gants comme le recommandent les pratiques de base, le port du masque par une personne présentant une infection virale respiratoire dans une salle d'attente, etc.).

7 CONSULTATION MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Les médecins consultants de l'urgence jouent un rôle important dans le fonctionnement de l'unité. De ce fait, certains principes demandent à être respectés. Ces principes sont généralement inclus à la politique touchant les règles et procédures d'utilisation des ressources adoptée par le CMDP de l'établissement. En cas d'encombrement de l'urgence, il est d'ailleurs recommandé de prévoir des modalités particulières à cette politique afin de contribuer au rétablissement du taux d'occupation.

7.1 CHEFS DE DÉPARTEMENT ET DE SERVICE

Parmi leurs mandats, les départements médicaux ont la responsabilité de porter une attention particulière aux éléments qui peuvent influencer sur la durée du séjour ou retarder le départ de l'usager hospitalisé. La levée de tout obstacle au bon déroulement de l'épisode de soins ainsi qu'au départ des usagers fait partie de leurs préoccupations. Une politique de planification du congé soutenue par le CMDP, appliquée dès l'admission, contribue à limiter les délais d'attente prolongeant inutilement le séjour et occasionnant un obstacle à l'accessibilité aux unités de soins pour les usagers en attente d'un lit.

Pour réaliser ces objectifs, il leur faut veiller à obtenir la collaboration de tous les médecins offrant des soins aux usagers hospitalisés. À cet égard, il est indiqué que les chefs de département favorisent l'adoption de règles de fonctionnement, propres à un service ou à un département, afin d'assurer une homogénéité pour les types les plus fréquents d'épisodes de soins, en respect des guides de bonnes pratiques. Parmi les démarches départementales les plus pertinentes, notons :

- la révision des politiques du département;
- l'adoption de règles de fonctionnement reliées à l'objectif de contrôle et de réduction des durées de séjour, y compris celles touchant les infections nosocomiales;
- l'évaluation de la pertinence des séjours;
- l'adoption de règles permettant la participation active des autres professionnels aux efforts communs;
- l'adoption de méthodes d'analyse et de suivi objectif des données (DRG, séjours d'une durée excessive, complications, etc.);
- la réception des recommandations, des avis et des lignes directrices diffusés par le CINO et le MSSS de même que la formulation d'une réponse à ces recommandations;
- la mise en place d'une approche structurée dans le cadre de la hiérarchisation des mesures afin de répondre aux exigences en PCI, notamment au regard de l'organisation des lieux et de l'ingénierie (par exemple ventilation, équipement technique, chambres

individuelles, etc.) et des mesures administratives (par exemple allocation de ressources matérielles et humaines suffisantes, etc.).

7.2 PERTINENCE DES CONSULTATIONS

Les demandes de consultations effectuées à l'urgence doivent être pertinentes et basées sur l'évaluation et l'examen adéquat de l'utilisateur par le médecin de l'urgence. Le DSMU doit établir une méthode d'évaluation de la pertinence des consultations demandées. De manière générale, les consultations médicales semblent doubler la durée moyenne de séjour (DMS) des usagers à l'urgence, sans compter le délai associé aux hospitalisations. D'après les travaux menés par l'équipe de la DSU, à l'échelle provinciale, en 2019-2020, l'incidence d'une demande de consultation sur la DMS serait une augmentation de 12,9 heures. Or, ce délai n'équivaut pas au délai de réponse à une demande de consultation, mais bien à la différence entre la DMS des usagers sur civière non hospitalisés avec consultation et la DMS des usagers sur civière non hospitalisés sans consultation. De plus, toujours pour la même année, la DMS des usagers non hospitalisés et sans demande de consultation était de 8,2 heures. À ce chapitre, le soutien du coordonnateur ou du chef médical de l'urgence est donc capital.

En plus d'être pertinentes, les consultations doivent être effectuées à l'endroit le plus approprié. Ainsi, les usagers nécessitant une consultation urgente sont gardés à l'urgence, tandis que ceux qui nécessitent un avis complémentaire, sans souffrir d'un problème à risque de détérioration précoce, devraient être orientés vers un service alternatif de type clinique externe, accueil clinique, médecine de jour ou même en externe.

Afin de prévenir l'encombrement de l'urgence, le chef d'unité de l'urgence, son coordonnateur et le chef médical, conjointement avec les différents services et départements, mettent en place les mécanismes d'orientation appropriés qui minimisent le nombre de consultations réalisées à l'urgence et favorisent ainsi l'accessibilité en temps opportun aux spécialités médicales.

Les demandes de consultation augmentent considérablement les DMS des usagers présents à l'urgence. Une décision rapide quant à la pertinence d'orienter ou non l'utilisateur vers un médecin spécialiste est essentielle.

Afin de mieux soutenir le processus de décision du médecin consultant, il est préférable, dans la plupart des circonstances, que l'évaluation du médecin d'urgence ait considéré l'ensemble de la situation clinique de l'utilisateur de même que la possibilité de réaliser la consultation dans un cadre autre que l'urgence. Cette approche permet entre autres d'éviter les consultations multiples, lesquelles allongent indûment le séjour à l'urgence.

7.3 DÉLAI D'ÉVALUATION ET DE RÉPONSE AUX CONSULTATIONS

Les délais prescrits de réponse et de décision des différents consultants sont régis par les règles d'utilisation des ressources entérinées par le CMDP. Néanmoins, dans la mesure du possible, la couverture médicale spécialisée devrait être assurée jusqu'à 20h.

De plus, ces règles peuvent être modulées par certaines dispositions ayant préséance, dont le *Plan de désencombrement de l'urgence*, qui modifie les heures de couverture des consultants, et ce, en fonction du niveau appliqué du plan. En général, le délai moyen recommandé est de 2 heures entre la demande de consultation et la PEC de l'utilisateur par le consultant et ce, tous les jours.

Tous les efforts devraient être faits pour respecter ce délai. La méthode recommandée pour arriver à cette fin est d'établir des procédures avec chaque département de l'installation et de voir à une harmonisation au sein de l'établissement, cela dans le but d'assurer une réponse de qualité et le respect des délais prescrits.

Enfin, rappelons que la PEC par un médecin consultant signifie également que ce dernier assure la réponse aux besoins de l'utilisateur, en fonction de sa condition de santé. À moins d'une entente entre le médecin de l'urgence et le médecin consultant spécialiste, ce dernier prévoit la prise en charge complète de l'utilisateur et sollicite, lorsque nécessaire, d'autres professionnels ou médecins spécialistes en consultation au dossier de l'utilisateur. Ces règles de fonctionnement doivent être établies par le CMDP de l'établissement et faire preuve d'une rigoureuse concertation et compréhension entre les chefs de département.

7.4 DEMANDES DE CONSULTATION DE SOIR ET DE NUIT

Des mécanismes doivent être mis en place pour les consultations qui ont lieu le soir et la nuit. Les dispositions s'y rattachant sont normalement décrites par les règles d'utilisation des ressources citées précédemment. Ces mécanismes tiennent compte du degré d'urgence de la situation de l'utilisateur, du nombre d'utilisateurs à l'urgence et, le cas échéant, des mesures découlant de l'application du plan de désencombrement. Tel que mentionné précédemment, le médecin de l'urgence privilégie la consultation en clinique externe, en médecine de jour, à l'accueil clinique ou en externe lorsque l'état de l'utilisateur le permet. Dans l'éventualité où une admission était nécessaire selon la condition de santé de l'utilisateur, l'heure de réalisation de la consultation ne devrait jamais être un frein à son admission, qui elle, peut être réalisée 24 par jour, 7 jours par semaine, peu importe l'unité de soins ciblée.

7.5 SURVEILLANCE DES DÉLAIS ET RÉPONSES ATTENDUES DES CONSULTANTS

Les délais de consultation ayant des conséquences significatives sur la DMS des utilisateurs et, par le fait même, sur les taux d'occupation des urgences, chaque installation doit établir un mécanisme de suivi des délais liés à la consultation basé sur :

- le temps relatif à la demande;
- le temps de réponse verbale;
- le temps nécessaire à la prise de décision.

Selon la demande spécifique faite par le médecin d'urgence (consultation avec transfert ou à titre de suivis conjoints), le consultant peut décider, le cas échéant :

- de donner congé à l'utilisateur;
- d'hospitaliser l'utilisateur;
- de diriger l'utilisateur en clinique externe;
- de suggérer le recours à un spécialiste d'un autre domaine;
- de procéder à une investigation complémentaire et d'en assurer le suivi;
- d'assurer les soins relevant de sa spécialité en concertation avec d'autres médecins impliqués au dossier;
- de faire une recommandation à l'équipe médicale de l'urgence.

Il est possible, dans certains cas, que le consultant ait besoin d'examen supplémentaires à effectuer (procédures à respecter, plateau technique, etc.) pour signifier une décision finale. Il en avise aussitôt l'équipe de l'urgence et indique également sa position face à la PEC de l'utilisateur. Il est primordial que l'ensemble des équipes impliquées s'assure que tous les moyens sont pris pour éviter les hospitalisations non pertinentes. Au terme de ses examens supplémentaires, une décision clinique doit rapidement être envisagée, à savoir si l'utilisateur obtient un congé médical, s'il est admis sur en UHB ou sur une unité d'hospitalisation de courte durée.

L'utilisation des ressources de la communauté ainsi que la mise en place de procédures définies par les médecins et adoptées par le CMDP devraient être privilégiées. Pour certaines pathologies, le recours au processus de suivi systématique constitue un atout majeur pour limiter les délais d'attente et améliorer la prestation de soins. Il en est de même pour la prise en charge des usagers « grands consommateurs » ou de certaines autres clientèles particulières (par exemple en itinérance et en dépendance, en gestion de l'intoxication, etc.).

Les situations problématiques (délais d'attente indus, décisions difficiles, nécessité d'admettre en centre hospitalier l'utilisateur en attente d'une place dans une autre ressource) doivent être spécifiquement évaluées par le coordonnateur de l'urgence. Si une décision ne peut être appliquée, l'information est transmise au DSP ou à son représentant afin qu'il évalue la situation et prenne une décision quant à la conduite à tenir.

7.6 DEMANDE DE CONSULTATION PROVENANT DE L'EXTÉRIEUR DE L'URGENCE

Tout usager qui s'inscrit à l'urgence est d'abord sous la responsabilité du médecin de l'urgence, qu'il y ait une demande de consultation pour un médecin spécialiste ou non, et ce, jusqu'à la PEC de l'utilisateur par le spécialiste.

Si l'état de santé de l'utilisateur nécessite des soins urgents, le médecin de garde à l'urgence le prend en charge immédiatement. Cette situation permet d'éviter que l'utilisateur présentant un risque élevé de morbidité subisse des complications en attendant son évaluation par le médecin spécialiste.

Le spécialiste qui attend la venue d'un usager référé dont la condition clinique exige des soins urgents doit communiquer avec le médecin de l'urgence afin de l'aviser de l'arrivée de ce dernier. Si le spécialiste est disponible à l'arrivée de l'utilisateur à l'urgence, il le prend alors en charge. Le médecin qui oriente un usager de l'urgence vers un autre médecin pour une consultation a, quant à lui, la responsabilité de signifier au consultant l'urgence de la condition médicale, s'il y a lieu, ou tout élément important pouvant faciliter le processus d'évaluation.

L'envoi d'un usager à un médecin spécialiste, sans entente préalable entre le médecin ayant effectué la demande et le spécialiste, est contraire aux règles d'éthique et de bonne pratique et, à ce titre, ne doit en aucun temps être toléré. En un tel cas, un suivi est fait auprès du médecin demandeur afin de corriger la situation et de l'informer des procédures en vigueur relativement aux transferts des usagers.

Des mécanismes d'accès aux consultations spécialisées tels que l'*Accueil clinique*, l'hôpital virtuel et le *Centre de répartition des demandes de services (CRDS)* devraient limiter ces demandes aux seuls situations urgentes. À moins qu'une importante instabilité soit constatée dans la condition clinique de l'utilisateur ou que sa vie s'en trouve menacée, les consultations en médecine spécialisée doivent être dirigées vers un autre service que celui de l'urgence et, donc, privilégier les services externes.

Si un usager n'est pas préalablement attendu par le spécialiste, mais qu'il dispose d'une demande de consultation en médecine spécialisée, le médecin de l'urgence en assure la pleine responsabilité. Il en évalue alors l'état et décide s'il doit être vu par le spécialiste en urgence ou sur rendez-vous.

La demande de consultation adressée directement au médecin spécialiste doit comprendre l'identification de l'utilisateur, les renseignements médicaux pertinents, les résultats des examens récents effectués dans d'autres milieux et non disponibles à l'urgence, ainsi que les motifs de la demande ou les résultats attendus. L'infirmière du triage devrait, en ce cas, vérifier que le médecin spécialiste consulté est bien informé de la visite de l'utilisateur et qu'il accepte de le prendre en charge à son arrivée. S'il ne peut être contacté ou s'il refuse la prise en charge, le médecin de l'urgence a la responsabilité de l'évaluation et de l'orientation de l'utilisateur.

7.7 GESTION DES TRANSFERTS DES USAGERS ADMIS

Veuillez vous référer à la section *Gestion des transferts des usagers admis*.

8 DURANT L'ÉPISODE DE SOINS AIGUS

La littérature actuelle (Affleck, et al. 2013) démontre avec clarté que l'encombrement des unités d'urgence est fortement lié à la capacité d'un centre hospitalier d'admettre rapidement dans les différentes unités de soins les usagers ayant une demande d'admission. Toutefois, diverses mesures doivent être instaurées afin de contrer l'encombrement à l'urgence au regard des hospitalisations, notamment accentuer les congés même durant les fins de semaine ou répartir les admissions et les chirurgies électives tout au long de la semaine (McKenna, et al., 2019). Au même titre, le taux d'occupation est aussi lié à l'absence d'alternatives à l'hospitalisation pour certaines conditions.

8.1 GESTION DES ADMISSIONS ET DES DÉPARTS

Différents moyens doivent être instaurés afin d'améliorer la fluidité du temps de transit ainsi que la gestion globale des admissions et des départs. Parmi ceux-ci, notons plus particulièrement :

- la formation d'un comité de gestion quotidienne des admissions et des départs;
- l'étroite communication entre le coordonnateur des admissions et celui de l'urgence;
- l'implication des chefs de service affectés à la gestion des lits;
- l'implication de l'équipe en prévention et contrôle des infections afin de déterminer le type d'hébergement pour prévenir et contrôler les infections nosocomiales;
- la mise en place d'équipes de liaison répondant aux besoins des clientèles identifiées;
- la mise en place d'une UHB;
- la mise en place d'une UIB;
- la planification du congé de l'utilisateur dès son arrivée;
- la surveillance des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) et de ceux démontrant de longs séjours dans l'installation;
- le programme de gestion des grands consommateurs de soins;
- le plan de désencombrement de l'urgence, lequel inclut notamment un protocole de surcapacité.

Une installation éprouvant des problèmes d'encombrement de son unité d'urgence est susceptible d'instaurer ces divers mécanismes de gestion, lesquels peuvent être modulés selon l'achalandage ou le niveau d'application de son *Plan de désencombrement*.

Les établissements doivent adopter différents moyens pour améliorer l'efficacité de la gestion des épisodes de soins, dont ceux-ci :

- adoption de politiques et de procédures relatives à l'admission, au séjour, à la fin des soins aigus et au départ;
- adoption d'une politique de planification des congés dans l'ensemble de l'établissement;
- application de critères d'hospitalisation et de gestion des lits;
- intégration de logiciels ou d'outils informatisés permettant la gestion de la fluidité hospitalière;

- mise en place de modalités d'utilisation des lits selon les spécialités, lorsque pertinent;
- établissement de modalités permettant aux spécialistes d'offrir des consultations dans les aires de débordement;
- détermination d'un nombre de lits pour les admissions prioritaires en vue d'éviter le recours à l'urgence;
- mise en place de modalités de consultation mieux planifiées auprès des autres spécialités;
- révision des modalités de transfert des usagers entre professionnels;
- révision, avec les partenaires en cause, de procédures visant la compression maximale des délais d'attente pour les orientations en hébergement et en réadaptation;
- mise en place de modalités de liaison avec l'équipe d'évaluation gériatrique, lorsque requis;
- application de l'AAPA tout au long du séjour hospitalier de l'utilisateur et implantation des modèles d'urgences gériatriques afin d'éviter les prolongations de séjour;
- mise en place, pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, d'un ensemble de politiques et de procédures concernant le service d'urgence;
- continuité dans l'application des politiques et des procédures de prévention des infections à l'urgence sont en place (CDC, 2015), qui comprend notamment :
 1. une stratégie pour assurer la disponibilité en tout temps d'au moins une salle avec porte fermée pour les usagers possiblement atteints d'une infection transmissible par voies aériennes.
 2. une politique et procédure en place respectant les recommandations du document Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains.
- mise en place de stratégies d'optimisation du potentiel d'utilisation de la chirurgie d'un jour et de l'admission le même jour pour les situations chirurgicales s'y prêtant;
- utilisation performante de la médecine de jour, de l'accueil clinique et des alternatives à l'hospitalisation;
- offre de services continus, 7 jours sur 7 pour les aspects directement impliqués dans le congé de l'utilisateur.

Enfin, rappelons que les usagers admis, une fois leur départ effectué, ne devraient en aucun temps revenir vers le service d'urgence. Ainsi, dans l'éventualité où un usager admis verrait sa condition de santé se détériorer, il en revient aux coordonnateurs et responsables de la gestion des admissions que d'orienter l'utilisateur vers l'unité de soins la plus appropriée à sa nouvelle condition clinique (par exemple vers l'unité coronarienne ou l'unité des soins intensifs).

8.1.1 Comité de gestion des admissions et des départs

Le comité de gestion des admissions et des départs est un comité interdisciplinaire se réunissant tous les jours afin de dresser un portrait de la situation concernant la disponibilité des lits, les départs prévisibles et l'encombrement présent ou appréhendé à l'urgence. Brève, cette rencontre est d'une durée d'environ 15 à 30 minutes.

Cette rencontre est l'occasion pour tous les acteurs désignés de partager l'état de situation actuelle de leur unité afin que l'installation établisse un portrait juste des secteurs encombrés ou en plus grande difficulté. Son rôle est aussi de mettre en place des moyens permettant d'accélérer le processus d'admission et de départ des usagers. Le comité peut se réunir à nouveau au cours de la journée si une situation extrême ou particulière se produit (sinistre, débordement majeur, afflux important à l'urgence, etc.).

Les membres du comité sont désignés par l'établissement et le comité est présidé par le coordonnateur ou le gestionnaire des admissions. Il est composé des gestionnaires des unités de soins et de l'unité d'urgence ou de leurs assistantes infirmières-chefs, du coordonnateur médical de l'urgence, au besoin, ainsi que du coordonnateur médical des étages, s'il y a lieu. Le DSP, la DSI ou leur représentant ainsi que le chef médical de l'urgence siègent à ce comité de façon ponctuelle. Il est recommandé qu'une infirmière du réseau de première ligne, un délégué en prévention et contrôle des infections, un représentant du secteur d'hygiène et salubrité et un coordonnateur des services sociaux y siègent également. Le comité doit disposer de données fiables, témoignant de la situation qui prévaut, en temps réel, tant à l'urgence que dans les unités de soins.

8.1.2 Coordonnateur des admissions et des départs

Considérant l'importance stratégique du rôle qui lui est dévolu, le coordonnateur des admissions et des départs doit avoir l'appui du président directeur général de l'établissement, du DSP, du représentant de l'installation, des chefs des différents départements et du CMDP. Ce rôle ne requiert pas d'être assumé par un médecin, mais peut l'être par un gestionnaire clinique, pourvu que le DSP apporte le soutien requis auprès des équipes médicales.

Les fonctions et rôles du coordonnateur des admissions et des départs s'adaptent à la complexité des activités de l'installation. Il veille à la coordination des admissions, des transferts, des séjours et des congés en favorisant l'interaction entre les différents intervenants. Il voit aussi à la fluidité de l'accès aux soins et services requis dans les unités de soins et soutient les interventions contribuant à désencombrer l'urgence, en tout temps.

De façon générale, les principaux objectifs rattachés à la fonction du coordonnateur des admissions et des départs touchent l'optimisation de l'utilisation des lits et des ressources du centre hospitalier ainsi que la diminution des durées moyennes de séjour au centre hospitalier.

Pour l'aider dans ses fonctions et afin de libérer plus rapidement les lits des unités de soins, il est possible d'ériger un « salon des départs » pour les usagers ayant reçu leur congé, mais qui sont dans l'impossibilité de quitter l'installation immédiatement (Franklin et al., 2020). Afin de disposer des lits ainsi vacants, il est également recommandé d'établir des priorités quant aux procédures de désinfection et de remise en disponibilité des lits des différentes unités de soins de l'installation. En ce domaine, plusieurs établissements ont implanté des exercices d'optimisation de type *Lean* et obtenu des résultats démontrant la validité de la démarche.

Partageant certaines fonctions en continuité, une collaboration étroite entre le coordonnateur des admissions, le chef d'unité et son coordonnateur ainsi que le chef médical de l'urgence est essentielle à l'obtention et au maintien des niveaux de performance requis.

À ce chapitre, outre celle au regard de la *DMS* des usagers sur civière, rappelons certaines cibles du MSSS à atteindre :

- délai moyen entre la demande d'admission et l'assignation d'un lit est de 1 heure;
- délai moyen entre l'assignation d'un lit et le départ de l'utilisateur de l'urgence est de 30 minutes.

8.1.3 Comité de séjour et admission

Selon l'article 214 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le CMDP d'un établissement est responsable de « contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre ». Il doit également, pour offrir des services adéquats et efficaces aux usagers, prendre en compte l'organisation des services dans l'établissement et les ressources dont il dispose.

Par le biais de règlements qui doivent être adoptés par le conseil d'administration de l'établissement concerné, le CMDP prévoit la création de comités dont le statut devient officiel aussitôt le règlement adopté. Dans le cadre d'une saine gestion des activités touchant la fluidité du transit de la clientèle au sein de l'installation, un comité de séjour et d'admission doit être formé. Ce comité a notamment pour mandat d'étudier la question des séjours prolongés ainsi que la pertinence des hospitalisations et des admissions.

De façon générale, le comité de séjour et d'admission s'intéresse à la révision de l'utilisation du parc de lits de l'installation (pertinence et efficacité) et met en place le processus nécessaire à la démarche.

Au Québec, un outil de suivi des épisodes de soins selon les diagnostics regroupés pour la gestion (*APR-DRG*) est disponible dans tous les centres hospitaliers et utilisé pour le suivi de leur performance, y compris la *DMS*. Il s'agit d'un système de classification des hospitalisations par diagnostic médical qui permet d'obtenir de l'information concernant la gestion des lits et la durée des séjours en relation avec les diagnostics médicaux. L'étalonnage avec d'autres centres hospitaliers comparables est possible, de même qu'avec l'ensemble des centres hospitaliers d'une région ou de la province.

Pour faciliter l'évaluation des mesures mises en place pour diminuer les durées moyennes de séjour, le comité de séjour se dote de tableaux de bord de gestion comprenant plusieurs indicateurs de la performance reliés aux épisodes de soins se déroulant soit aux unités de soins, soit à l'urgence.

8.2 ÉQUIPES DE LIAISON

L'instauration de liens solides entre les ressources internes et externes de l'établissement est devenue une nécessité dans la gestion de l'urgence, et ce, qu'il s'agisse d'un CISSS/CIUSSS, d'un établissement non intégré ou d'une installation. En soutien et en complémentarité à l'urgence, les équipes de liaison ont pour mission d'assurer que la prise en charge par les ressources externes et l'orientation des usagers correspondent à leurs besoins lorsque leur état ne nécessite pas ou

ne nécessite plus le recours à une infrastructure hospitalière. Ces équipes sont particulièrement efficaces auprès des usagers présentant des problèmes de santé complexes, multiples ou chroniques, notamment les personnes âgées de plus de 75 ans et celles souffrant d'un problème de santé mentale.

Afin de leur assurer une efficacité optimale, les équipes de liaison sont mises à profit rapidement et de façon proactive, minimisant ainsi les délais d'intervention et de prise en charge par les ressources externes pour éviter les hospitalisations (Cassarino, et al. 2019). Plusieurs initiatives émanent du réseau, où les équipes de liaison facilitent le transfert de l'information entre les services de soutien à domicile et ceux hospitaliers. Certains outils informatisés existent, notamment le *SAIRC*.

Parmi les clientèles les plus susceptibles de bénéficier de l'apport des équipes de liaison, mentionnons les personnes présentant les types de problèmes suivants :

- multiples pathologies chroniques ou complexes;
- perte d'autonomie;
- troubles mentaux;
- victimes de violence familiale ou conjugale;
- victimes d'agression sexuelle;
- dépendances;
- personnes en situation d'itinérance;
- problèmes psychosociaux;
- besoin d'assistance à domicile (trouble de mobilité temporaire ou permanent);
- idées suicidaires ou homicidaires;
- dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

8.3 MODÈLES DE COORDINATION DES SOINS ET DES SERVICES POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES

Des modèles de coordination des soins et des services sont mis en place pour les personnes dont les problèmes de santé sont complexes ou chroniques. Par exemple, le suivi systématique, axé sur les activités interdisciplinaires, a une influence positive sur la diminution de la durée de séjour des usagers admis.

Cela a pour effet d'améliorer la disponibilité des lits et assure aux usagers de l'urgence un meilleur accès aux unités de soins. Ces modèles permettent une prise en charge plus efficiente de l'utilisateur ainsi qu'une meilleure planification du déroulement intrahospitalier de l'épisode de soins et de sa continuité dans la communauté.

Ces approches de coordination et d'intégration profitent particulièrement aux personnes fréquentant davantage l'urgence (grands consommateurs), telles que les usagers en situation d'itinérance ou ceux atteints :

- d'insuffisance cardiaque;
- d'une maladie pulmonaire obstructive chronique;

- de problèmes de santé mentale persistants;
- de perte d'autonomie;
- de problèmes de dépendance.

Selon la nature des activités d'un centre hospitalier, le développement de spécialités comme l'oncologie, la cardiologie, la neurologie, la traumatologie ou la chirurgie orthopédique favorise la mise en place de suivis systématiques des usagers spécifiques à certaines pathologies.

Ces modèles intégrés prévoient la mise en place et le maintien de certaines activités, dont :

- le dépistage;
- un processus bien intégré de demandes de consultation;
- une prise en charge interdisciplinaire de l'utilisateur;
- une orientation de l'utilisateur respectant ses besoins et les critères particuliers du programme de soins auquel il est associé.

Ces modèles reposent essentiellement sur la présence d'un coordonnateur clinique attaché au suivi systématique des usagers, rôle habituellement tenu par une infirmière de liaison ou un travailleur social. Une infirmière clinicienne en gériatrie peut être un atout important pour assurer la liaison de l'urgence vers le milieu de vie des usagers en prévoyant les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées. Cependant, la composition des équipes varie selon les besoins et les ressources de l'installation et selon les champs d'activités jugés prioritaires.

8.4 PLANIFICATION PRÉCOCE DE CONGÉS

Tel que mentionné précédemment, la planification hâtive du congé facilite grandement l'arrimage des demandes pouvant émerger du séjour à l'urgence ou de l'hospitalisation (Trépanier, et al. 2017). Les demandes de consultation en services professionnels, de soutien à domicile et, de consultation dans un autre établissement/installation ou encore dans une ressource intermédiaire ou temporaire peuvent être orchestrées pendant le séjour des usagers. Or, l'opérationnalisation et la gestion des consultations ou encore l'organisation des services de manière précoce permettent d'assurer une meilleure fluidité dans la démarche des intervenants. Cela permet également de voir à combler les besoins de l'utilisateur puisqu'une meilleure vue d'ensemble de la condition actuelle de celui-ci sera effectuée dans le temps. Et cette planification hâtive permettra au SAD d'arrimer son offre dans les délais requis, en vue du départ de l'utilisateur du centre hospitalier.

Nonobstant de cette planification, il demeure impératif de valider la compréhension de l'utilisateur sur sa condition de santé, les mesures à entreprendre en vue d'une consultation ou d'examen ultérieurs, de même que les recommandations rattachées à sa situation. La famille peut prendre un rôle important dans cette transmission de l'information. Malgré une charge de travail élevée, le congé médical de l'utilisateur n'en demeure pas moins important et potentiellement une étape clé afin d'éviter un retour de consultation (Schenhals et al., 2018). La collaboration

interprofessionnelle demeure un atout, et il est nécessaire que les services d'urgence mettent en place les stratégies afin d'encadrer les congés médicaux (Stevens et al., 2020).

Dès l'arrivée de l'usager, il est crucial de voir à la planification de son congé médical et de l'inclure, ainsi que ses proches, à la démarche, s'il y a lieu. Cette approche systématique contribue à la qualité et à la sécurité des soins, à la satisfaction des besoins des usagers ainsi qu'à une meilleure gestion des épisodes de soins.

8.5 UNITÉ D'HOSPITALISATION BRÈVE

Dans les unités d'urgence où l'achalandage est élevé, il est fréquent de retrouver une clientèle nécessitant le plateau technique de l'installation, mais présentant une condition qui s'améliore rapidement sous l'effet des traitements disponibles. Dans ces mêmes centres, on constate fréquemment un problème récurrent d'accès rapide aux lits d'hospitalisation. Lorsque ces deux conditions sont observées, la mise en place d'une UHB permet une meilleure gestion de ce type de clientèle à « évolution rapide » et permet une utilisation plus efficiente des lits dans les diverses unités de l'installation, contribuant ainsi à améliorer la fluidité intrahospitalière et à réduire l'encombrement de l'urgence.

Ce type d'unité est particulièrement indiqué lorsque le volume de clientèle avec condition clinique évoluant rapidement est suffisamment important pour en appuyer la création. L'UHB peut être l'avenue pour toutes clientèles répondant aux exigences d'admission, qu'importe la médecine spécialisée assurant l'admission.

Afin d'assurer leur efficacité, ces unités doivent répondre à des règles de fonctionnement strictes. Parmi les plus importantes, notons :

- l'admission des usagers respectant des critères précis;
- la désignation d'un médecin responsable des usagers de l'unité;
- la réévaluation fréquente de la condition des usagers ;
- la mise en place d'un système d'accès privilégié aux services diagnostiques;
- la limitation du délai de séjour maximal à une période de 24 à 48 heures;
- l'aménagement de l'unité à l'extérieur de l'urgence, mais à proximité.

Des mécanismes sont mis en place afin d'assurer que la durée de séjour à l'unité d'hospitalisation brève respecte les normes prescrites. Parmi ces mécanismes, citons :

- l'utilisation des OC, des ordonnances préimprimées et des plans de cheminement clinique;
- la collecte des données permettant de dresser un portrait précis des usagers séjournant à l'unité d'hospitalisation brève;
- l'analyse systématique des dossiers des usagers ayant fait des séjours excessifs à l'unité;
- l'évaluation formelle du degré d'efficacité de l'unité tous les six mois.

L'organisation de l'unité d'hospitalisation brève se fait à même les ressources du centre hospitalier. Il faut également se rappeler qu'il ne s'agit pas d'une unité d'observation et qu'elle

ne constitue pas un lieu de transition pour les usagers en attente d'hospitalisation. Il est souvent préférable que le personnel médical responsable de l'UHB soit à l'aise avec une rotation rapide de la clientèle. À ce titre, l'implication des médecins participant aux activités cliniques de l'urgence peut représenter un avantage. L'organisation et le fonctionnement proposés de l'UHB sont décrits dans le document ministériel de référence en la matière. Néanmoins, chaque service d'urgence prévoit les mesures de gestion les plus appropriées en fonction de la réalité de son installation, de la couverture médicale en médecine spécialisée et de l'implication des médecins d'urgence dans le suivi des usagers admis en UHB.

8.6 UNITÉ D'INTERVENTION BRÈVE

Une UIB représente une alternative à l'admission traditionnelle. Parfois, cette nomenclature prend également la forme d'« unité d'hospitalisation brève en psychiatrie (UHBP) ». Néanmoins, ce même service vise les usagers qui ne requièrent plus de soins d'urgence et dont l'hospitalisation n'est pas anticipée, mais qui nécessitent tout de même une poursuite d'observation, d'évaluation, de soins ou de traitements.

L'UIB se définit comme une unité d'hospitalisation assurant une démarche diagnostique, des soins et des services optimaux en fonction d'une approche misant sur la compression des délais reliés à l'investigation et à la prise de décision. Le concept sous-jacent à ce type d'unité repose donc sur une courte période de prise en charge de l'usager concerné afin de mieux définir le diagnostic.

Cette modalité d'hospitalisation permet de favoriser la diminution de la durée de séjour en centre hospitalier. Le but ultime est d'améliorer la qualité des soins tout en diminuant la durée moyenne de séjour à l'urgence. Elle doit comporter des caractères distinctifs nets qui la différencient des services offerts à l'urgence, à l'unité interne de psychiatrie, dans un hôpital de jour ou par une équipe de suivi intensif dans le milieu, ou de tout autre service prévu dans le parcours de soins. L'UIB joue un rôle qui ne peut pas être assumé par les autres unités ou programmes de soins en psychiatrie.

Voici quelques principes consignés soutenant la mise en place des UIB pour les établissements :

- l'UIB produit des services ayant une valeur ajoutée prouvée pour le bien-être et l'évolution clinique des usagers qui y sont admis;
- elle présente des avantages organisationnels qui améliorent la performance des soins offerts, autant en matière de ressources investies qu'en matière de résultats cliniques atteints;
- l'établissement s'assure que les balises de programme-cadre de l'UIB sont respectées et que la performance attendue est produite : clientèle cible, durée de séjour, résultats cliniques escomptés, arrimage fonctionnel avec les partenaires du réseau, etc.;
- l'UIB doit être attenante à l'urgence, sinon avoir des liens cliniques formels avec elle. Sous l'angle clinique, cette façon de faire est l'assurance de la meilleure intégration des ressources en santé physique, tant médicale que professionnelle, œuvrant à l'urgence et en psychiatrie;
- l'UIB cible une clientèle qui est admissible pour un court séjour, c'est-à-dire dont la durée d'hospitalisation prévue se situe autour de 48 à 72 heures.

9 ÉPISODE DE SOINS AIGUS TERMINÉ

Le parcours de soins implique que, lorsque l'épisode de soins aigus de l'utilisateur est terminé (soit de l'urgence ou de l'hospitalisation), il puisse avoir accès rapidement aux services et soins requis par son état de santé auprès des partenaires concernés (internes et externes).

Au terme de l'épisode de soins aigus, il est possible que le départ de l'utilisateur vers une ressource posthospitalière soit retardé par une multitude de facteurs. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) soutient que le niveau de soins alternatif (NSA) est une classification utilisée au Canada lorsque le niveau de soins requis par un usager ne correspond pas au niveau de ressources ou de services dispensés dans le milieu de soins où il se trouve. L'occupation de lits de courte durée en centre hospitalier par des personnes ne requérant plus le niveau de soins offert par ce milieu de soins constitue une réponse sous-optimale, entre autres, pour les usagers ayant besoin de services de réadaptation, de soins de longue durée, de convalescence ou d'hébergement en santé mentale.

L'attente des usagers identifiés NSA en centre hospitalier est la résultante d'un problème complexe, systémique et coûteux, dont l'élimination constitue une priorité ministérielle. Afin de soutenir les établissements dans la réponse à cette problématique, un *Guide des bonnes pratiques* propose quatre grandes priorités à mettre en œuvre afin de prévenir et de résoudre le phénomène des usagers en NSA, soit :

- augmenter le repérage des usagers vulnérables dans l'ensemble des lieux qu'ils fréquentent et améliorer l'efficacité des pratiques de suivi des usagers repérés au sein de l'établissement;
- déterminer des trajectoires efficaces permettant d'améliorer l'accès et de fournir les soins et services nécessaires pour répondre de façon efficace et sécuritaire aux besoins des clientèles vulnérables ou présentant des besoins complexes (toutes clientèles : SAPA, santé mentale, déficience, maladies chroniques, grands consommateurs, etc.) et adapter en conséquence l'offre de soins et services et les modalités de dispensation;
- optimiser la gestion de l'épisode de soins en milieu hospitalier : cibler les usagers à risque de devenir NSA dès l'urgence (toutes clientèles vulnérables ou présentant des besoins complexes [SAPA, santé mentale, etc.]) et mettre en place les interventions requises pour fournir les soins et services nécessaires, éviter leur déconditionnement, ne pas prolonger la durée de leur séjour hospitalier au-delà du nécessaire et favoriser le retour dans le milieu de vie antérieur;
- mettre en place les mesures pertinentes et, les conditions de réalisation et en assurer le suivi, dans une perspective d'amélioration continue.

L'application du plan des bonnes pratiques dans l'ensemble des installations hospitalières du Québec a pour effet de soutenir la fluidité en favorisant l'accès aux lits de courte durée. Ainsi, cela contribue à la diminution des DMS sur civière pour les usagers en attente d'hospitalisation ou à éviter les attentes sur civière pour les usagers ne requérant pas de soins de santé physique.

À la suite de son congé, l'utilisateur présente des besoins diversifiés. À cet effet, le renforcement des différents mécanismes de liaison est essentiel pour une meilleure intégration fonctionnelle et stratégique entre les départements et les services intra- et interinstallations, voire interétablissements. Il faut s'assurer d'une prise en charge efficace et efficiente de la clientèle lorsque l'épisode de soins aigus est terminé.

L'approche du parcours de soins est à privilégier et englobe les services suivants:

- médecine de jour;
- Accueil clinique;
- CLSC, médecin de famille, IPS, pharmacies communautaires, supers cliniques;
- tous types de GMF,
- hébergement de longue durée ou hébergement temporaire;
- réadaptation;
- réseaux sociaux et communautaires.

9.1 SERVICE DE MÉDECINE DE JOUR

Le service de médecine de jour est le partenaire idéal pour libérer l'urgence et les unités de soins des usagers qui, démontrant un niveau de fonctionnalité leur permettant de retourner à domicile, n'ont plus besoin de ses services, mais nécessitent tout de même un suivi par le milieu spécialisé du centre hospitalier pour certaines investigations ou certains traitements particuliers. La médecine de jour s'adresse particulièrement aux usagers qui requièrent, entre autres :

- d'être suivis étroitement avec certaines spécialités médicales (par exemple en microbiologie, en médecine interne, etc.);
- de réaliser des examens en externe et d'être suivis subséquemment avec le médecin;
- de recevoir certains médicaments intraveineux ou des traitements qui ne peuvent se donner à domicile;
- de bénéficier d'un enseignement prioritaire pour un départ sécuritaire du centre hospitalier (par exemple au sujet du diabète, du glucomètre, du Coumadin, etc.) et d'être suivis à domicile par la suite.

Pour mener à bien sa mission, le service de médecine de jour doit être ouvert de jour, 7 jours sur 7 et, si possible, de soir également, pour contrer le déplacement de l'utilisateur vers l'urgence lorsqu'il nécessite des soins en heures défavorables. Dans une optique de collaboration interdépartementale et d'utilisation efficiente des ressources, il est attendu que la médecine de jour adapte ses heures de couverture lors des hausses d'achalandage à l'urgence.

9.2 ACCUEIL CLINIQUE

L'accueil clinique est un service qui reçoit, sur référence médicale, une clientèle présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente qui requiert une prise en charge dans un délai de 24 à 72 heures, et ce, selon des protocoles préétablis. Regroupée sous certains diagnostics ou présentations cliniques et selon des critères précis établis par l'équipe médicale,

cette clientèle ambulatoire bénéficie d'un accès privilégié aux plateaux techniques et diagnostiques, aux consultations auprès de médecins spécialistes et, dans certains cas, à des amorces de traitement en fonction des protocoles mis en place par les médecins supervisant les accueils cliniques.

La thrombophlébite veineuse profonde, les saignements vaginaux au premier trimestre ainsi que l'ischémie cérébrale transitoire sont des exemples de pathologies couramment prises en charge par ce type de service. Ainsi, l'utilisateur sera dirigé vers le personnel de l'accueil clinique, qui programmera les différents examens et consultations prévus dans le protocole en fonction des délais qui y sont indiqués en plus d'assurer un suivi au médecin demandeur à la fin des procédures ou dans certaines situations spécifiques, telles qu'un dépassement des délais ou la présence de résultats anormaux. Par conséquent, le médecin demandeur a l'obligation d'assurer le suivi des usagers référés. Notons cependant qu'il a la possibilité de transférer cette obligation à un collègue.

Actuellement, plus d'une quarantaine d'accueils cliniques répartis dans 13 régions offrent le référencement aux médecins de première ligne et, dans certains cas, aux médecins des services d'urgence. En ce sens, un projet est en cours au MSSS afin de promouvoir le référencement des urgences vers l'ensemble des accueils cliniques. Pour ce faire, les installations devront, en collaboration notamment avec la DSMU, mettre en place un processus afin d'assurer le suivi des usagers référés par l'urgence.

Le déploiement de services d'accueil clinique efficaces permettra de diminuer le référencement aux urgences en bonifiant la PEC des médecins de première ligne et contribuera à la diminution des durées moyennes de séjour en permettant aux médecins des urgences de transférer l'investigation et l'évaluation faites par le spécialiste en externe. Pour de plus amples informations, veuillez vous référer au document des *Orientations ministérielles : organisation et implantation d'un service d'accueil clinique* publié à cet effet en juin 2020.

9.3 SERVICES DE SOUTIEN DE PREMIÈRE LIGNE

Un modèle bien intégré de services de première ligne met à profit les services à domicile qui prennent la relève dès que l'épisode de soins aigus en milieu hospitalier est terminé. L'identification des usagers pouvant recevoir les soins ou le suivi nécessaires par le CLSC ou au cabinet de leur médecin favorise une meilleure utilisation des services de première ligne et, par le fait même, permet à l'urgence et au centre hospitalier de mieux réaliser leurs missions premières.

9.3.1 CLSC

Ainsi, pour les usagers ayant recours aux services des CLSC, l'urgence doit pouvoir les orienter par l'entremise d'une liaison efficace. Par exemple, on peut envisager l'affectation à l'urgence d'un centre hospitalier donné faisant partie du même CISSS/CIUSSS, d'une infirmière ou d'un intervenant social rattaché à un CLSC. Des ententes en vue d'obtenir de tels services peuvent aussi

être prises avec un CISSS/CIUSSS de proximité par les centres hospitaliers ne faisant pas partie d'un CISSS/CIUSSS.

Dans le but d'assurer les services requis par la clientèle, il faut miser sur des modèles et expériences ayant fait leurs preuves, lesquels touchent notamment :

- la mise en place d'une équipe interdisciplinaire pour la prise en charge des personnes éprouvant des problèmes particuliers, par exemple les personnes souffrant de MPOC ou d'insuffisance cardiaque, les victimes d'AVC, les personnes vivant avec une démence ou une perte d'autonomie, les personnes vivant avec une déficience physique ou intellectuelle ou encore ayant un troubles du spectre de l'autisme, etc.;
- la mise en place d'équipes interdisciplinaires pour la prise en charge des personnes aux prises avec des conditions mixtes telles que des problématiques liées au vieillissement (par exemple la perte d'autonomie) et un problème de santé mentale;
- la mise en place de services accessibles et pertinents de soutien à domicile qui offrent le degré de soutien requis, pour les personnes présentant des incapacités et des conditions de santé instables nécessitant une couverture 24 heures par jour, et ce, 7 jours par semaine ;
- l'implication des services de SAD dans les RPA afin de répondre aux besoins des résidents, en complémentarité avec les services déjà offerts par la RPA, dont les modalités de dispensation doivent être convenues dans une entente avec les CISSS/CIUSSS;
- les modèles et expériences efficaces de réseaux intégrés de soins destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie conduisant, entre autres, à la mise en place d'un guichet unique de services;
- les modèles d'arrimage des divers intervenants de première ligne (tous types de GMF, cliniques privées, CLSC, urgences, organismes communautaires) dans une approche axée sur l'utilisateur et favorisant la continuité;
- la mise en place de stratégies pour la prise en charge des personnes avec des besoins psychosociaux (par exemple victime de violence, pauvreté, deuil, difficulté familiale, etc.);
- la mise en place d'un guichet unique, d'un centre de crise bien intégré et d'un suivi intensif dans la communauté pour les personnes souffrant d'un trouble mentale (par exemple la schizophrénie ou la psychose).

Il importe d'accorder une attention particulière aux interventions auprès des personnes les plus vulnérables dont celles en perte d'autonomie ou encore atteintes de maladies chroniques ou d'un problème de santé mentale qui consultent à répétition à l'urgence. À cet effet, il est important que le réseau local favorise des modes de fonctionnement permettant, en amont comme en aval, d'éviter que le recours à l'urgence soit la seule solution pour ces personnes. Pour ce faire, un programme destiné aux grands consommateurs représente un outil indispensable.

9.4 MÉDECIN DE FAMILLE, IPSPL ET ÉQUIPE DE SOINS

Le médecin de famille, l'IPSPL et l'équipe interdisciplinaire travaillant en clinique privée, dans un CLSC ou dans un GMF, un GMF-U ou un GMF-R sont un maillon essentiel dans la prestation des soins à l'utilisateur à l'intérieur de la communauté.

Pour que les usagers bénéficient pleinement de leurs services en première ligne, il faut compter sur :

- l'intégration d'un plus grand nombre d'IPSPL pour l'évaluation, le suivi, la prise en charge et le traitement de tous types de clientèles;
- la disponibilité des médecins: réseau intégré, accès adapté, horaire de présence en clinique, suppléance en cas d'absence, etc.;
- l'existence d'un répertoire local tenu à jour, connu et supervisé par le DRMG;
- l'intégration des services généraux des CLSC;
- l'utilisation appropriée de l'urgence et des services diagnostiques des centres hospitaliers;
- un mécanisme permettant au médecin de CLSC ou de cliniques privées d'avoir rapidement accès aux services d'un centre hospitalier, tout en évitant le recours à l'urgence;
- la communication entre le médecin de l'urgence et le médecin de famille (au moment du départ de l'utilisateur de l'urgence, des mesures sont mises en œuvre afin d'assurer rapidement une communication et un échange de renseignements médicaux avec le médecin traitant tel qu'un formulaire résumé d'épisode);
- des liens efficaces et rapides avec la communauté et les divers professionnels concernés;
- des lignes directrices quant à l'utilisation de l'urgence et au transfert d'un usager à l'urgence par le médecin de famille (par exemple appel du médecin, transmission de l'information clinique pertinente, formulation précise du besoin);
- un plan de communication avec les médecins.

9.5 SERVICE D'HÉBERGEMENT

Une fois l'épisode de soins aigus terminé, les différentes instances concernées agissent avec toute la diligence possible pour que les usagers dont l'état nécessite un hébergement ne souffrent d'aucun délai d'attente. Il faut se souvenir qu'au-delà des services d'hébergement, les CHSLD offrent également des services tels que l'hébergement temporaire ou les lits de répit. Le rôle des comités d'évaluation en est un d'accès à l'hébergement.

Pour faciliter cette opération, toutes les mesures utiles doivent être mises en œuvre. Parmi celles-ci, on retiendra plus particulièrement :

- favoriser la possibilité d'un placement temporaire dans un territoire où des lits sont disponibles;
- réviser les mécanismes d'admission afin que les lits disponibles (hébergement, répit ou temporaire) puissent être disponibles et utilisés en moins de 24 heures, 7 jours par semaine;

- uniformiser les services d'un territoire à l'autre (heures d'admission des usagers, étude des dossiers);
- soutenir les services dans les CHSLD, en hébergement privé, etc., en y offrant des services professionnels adéquats (médecin, infirmière, pharmacien) et un plateau technique minimal (pompes volumétriques, mini-perfuseurs, saturomètres).

Aussi, notons qu'il demeure impératif d'éviter les transitions sans valeur ajoutée pour l'utilisateur autant que possible. Ces diverses installations, intégrées ou non au CISSS/CIUSSS, répondent aux besoins des usagers 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. D'ailleurs, elles doivent participer au plan de désencombrement du centre hospitalier, élaboré sous l'égide de l'établissement, en assurant, notamment, des mesures de surcapacité. En respect du principe d'intégration et d'effort assurant la fluidité du parcours de soins, cette disposition s'applique autant aux centres de réadaptation qu'aux CHSLD. Enfin, notons que les services d'*Hébergement temporaire* permettent une alternative à l'hospitalisation lorsque pertinent et, ainsi, assurent un parcours de soins approprié à la condition clinique des usagers.

9.6 SERVICE DE RÉADAPTATION

Les services de réadaptation jouent un rôle primordial dans le parcours de soins pour certaines catégories d'usagers, notamment ceux ayant besoin de recouvrer leur autonomie après un accident, une chirurgie ou certaines maladies (dont l'AVC). Ces services englobent notamment la diététique, l'ergothérapie, la physiothérapie, le travail social et l'orthophonie.

À la suite d'une visite à l'urgence ou d'un séjour hospitalier, certaines personnes ont besoin des services de réadaptation, soit à domicile, en soins intermédiaires ou en interne dans un centre spécialisé. Il importe que ces services de réadaptation soient rapidement disponibles, selon les besoins, afin d'éviter des séjours indus à l'urgence ou dans les unités de médecine ou de chirurgie en centre hospitalier.

Certains services de réadaptation sont souvent offerts à domicile. Nombre d'études ont démontré la faisabilité et l'efficacité de la réadaptation des usagers à domicile, particulièrement pour les troubles musculosquelettiques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies pulmonaires obstructives et la démence (ACSSD, 2011). Certains programmes, dont celui touchant la chirurgie d'implantation de prothèses de hanche, ont d'ailleurs démontré la faisabilité et la rentabilité de cette approche. De plus, la difficulté à assurer de façon continue la présence de main-d'œuvre qualifiée au sein des installations de réadaptation représente également un élément favorisant le développement de services externes.

Toutefois, certains usagers ont besoin d'une réadaptation plus intensive qui nécessite les services d'un centre de réadaptation. Les CISSS/CIUSSS sont responsables de rendre accessibles, le plus près possible du lieu de résidence des personnes, les services posthospitaliers de réadaptation en interne, selon les besoins des usagers. À cette fin, il est indiqué :

1. de simplifier et d'uniformiser les mécanismes d'accès aux services posthospitaliers de réadaptation en interne;
2. d'utiliser un outil commun pour la transmission des informations clientèles;

3. de concentrer les clientèles avec un faible volume afin d'optimiser l'expertise et l'utilisation des ressources humaines et des plateaux techniques;
4. de collaborer au désencombrement des urgences, particulièrement en situation de crise, en accélérant les processus et la disponibilité des ressources de réadaptation;
5. de s'assurer que les transferts en centre de réadaptation s'effectuent dans des délais raisonnables, soit en 24 heures après qu'un lit soit disponible; les transferts et admissions doivent également être assurés selon une disponibilité de 7 jours/semaine.

Le MSSS a adopté le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Ce plan prévoit une démarche structurée visant l'accessibilité et la continuité des services de réadaptation pour cette clientèle. Il comporte des standards à atteindre selon trois niveaux de priorité : urgent, élevé et modéré. Ces niveaux représentent des normes quantitatives définissant les délais maximaux à respecter selon les principales étapes de l'accès aux services : accueil, analyse de la demande et début des services.

Chaque région du Québec, sous la supervision des différents établissements, assure les services de réadaptation selon les besoins de la population. Il importe donc de considérer tous types de services de réadaptation, notamment ceux en dépendance. Après leur passage à l'urgence, les personnes utilisatrices de substances psychoactives qui désirent poursuivre une démarche de sevrage ou de réadaptation peuvent, une fois la dangerosité du sevrage exclue, être transférées dans un CRD, en fonction des capacités locales. Elles pourront alors poursuivre un séjour à l'interne ou effectuer un suivi en externe.

9.7 RÉSEAUX SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES

Avec une vision de parcours de soins, l'urgence, par l'intermédiaire du travailleur social ou de l'infirmière clinicienne de liaison en santé physique, en santé mentale ou tout autre programme-services, tisse des liens fonctionnels avec les réseaux sociaux et communautaires du CISSS/CIUSSS afin que la prise en charge des personnes ayant des problèmes relevant de ces sphères d'activité puisse se faire de façon rapide et optimale.

À cet égard, en plus d'assumer son mandat en fournissant les soins aigus requis à la population, l'urgence assume un rôle social, en collaboration avec les CLSC, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les autres installations du réseau et les organismes communautaires du territoire.

S'il y a lieu, le personnel de l'urgence entame la prise en charge de problèmes sociaux pour, par la suite, effectuer un transfert vers un CLSC, un CPEJ ou un organisme communautaire qui est en mesure d'assurer la continuité des services. Qu'il s'agisse d'un suivi ou d'une intervention en matière de violence conjugale, d'agression sexuelle, de dépendance ou d'itinérance, du dépistage des enfants victimes de négligence ou de violence, du déclenchement d'une intervention sociosanitaire dans un secteur où l'on a décelé un problème particulier ou de l'orientation d'une

personne aînée en perte d'autonomie, le rôle du personnel de l'urgence est complémentaire à celui du personnel du réseau communautaire.

10 RESSOURCES HUMAINES

Nombreux sont les défis entourant la gestion des urgences au Québec. Les pratiques cliniques et les connaissances évoluant très rapidement, les gestionnaires sont appelés à renouveler sans cesse les processus dans leur milieu. Qui plus est, l'organisation des soins se transforme graduellement en raison des changements entourant les problématiques de santé et le vieillissement de la population ainsi que les modifications d'offre de service. L'amalgame de ces conditions influence directement le contexte dans lequel travaillent les professionnels dans une urgence, de la nécessité d'optimiser les pratiques et d'accroître l'efficacité et l'efficience au maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité. La gestion des ressources humaines est également influencée par l'évolution du contexte de santé des populations et de l'organisation du réseau. Afin d'y parvenir, les gestionnaires médico-administratifs des urgences doivent miser sur une cogestion solide et novatrice.

Cette cogestion s'effectue à différents niveaux, à savoir que le chef d'unité et le chef médical d'une installation reçoivent le soutien et l'appui de leur gouvernance d'établissement, soit le coordonnateur d'urgence et le chef de département ainsi que leurs directeurs. L'instauration des CISSS/CIUSSS et établissements non fusionnés demande une vigie constante dans la cohérence des mesures demandées et mises en place dans chacune des installations.

10.1 GESTIONNAIRES

10.1.1 Chef d'unité

La priorité de ce gestionnaire est d'assurer le bon fonctionnement de l'urgence, dans sa globalité. À ce titre, il exerce un leadership auprès de son équipe et veillera à la qualité des soins prodigués et à la sécurité des usagers, quelle que soit la situation à l'urgence. Il assure un ensemble de responsabilités reliées à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles, et encadre notamment la logistique des processus à l'urgence. Il exerce son rôle non seulement en partenariat avec le chef médical de l'urgence, mais également avec l'ensemble des autres chefs d'unité et de service de son installation afin de coordonner les activités de son secteur. L'urgence représentant le point névralgique d'une organisation, son gestionnaire représente un acteur clé dans l'orchestration des activités de toutes natures. Ce gestionnaire doit ainsi demeurer à l'affût des changements et des innovations touchant de près ou de loin de l'urgence.

10.1.1.1 *Rôles et responsabilités*

La direction des soins infirmiers ou la direction des services professionnels de l'établissement soutient activement ce gestionnaire dans la réalisation de ses différents mandats. En ce qui le concerne, le chef d'unité est responsable :

- d'assurer la présence de personnel qualifié en nombre suffisant. Pour ce faire, chaque nouvel employé de l'urgence bénéficie d'un programme d'intégration adapté à ses besoins et accède à un programme de formation continue;
- de mettre en place des programmes, des politiques et des protocoles ainsi que des processus d'évaluation, de suivi et d'amélioration de la qualité des soins et services dispensés;
- de contribuer activement à la mise en place de processus permettant d'atteindre les indicateurs de performance et les cibles établies;
- d'organiser des rencontres statutaires avec les membres du personnel et d'établir des mécanismes de communication et de consultations régulières auprès du personnel infirmier et médical, des agents administratifs, des préposés aux bénéficiaires et des autres titres d'emploi travaillant dans son urgence;
- de participer au traitement des plaintes, des incidents et des accidents, et de prendre les mesures appropriées afin de corriger la situation, le cas échéant;
- de favoriser, lorsqu'indiqué, la recherche en sciences infirmières et de collaborer à la recherche avec les autres disciplines.

10.1.1.2 *Appréciation du rendement et suivi des compétences*

L'appréciation du rendement du personnel est essentielle. Les rencontres entre le chef d'unité et le personnel dont il a la responsabilité sont des occasions d'évaluer les diverses situations, de communiquer les attentes réciproques, de déterminer conjointement des objectifs pertinents et réalistes, d'évaluer le développement professionnel et de prodiguer des encouragements. La détermination et le suivi d'objectifs individuels et collectifs clairs favorisent l'amélioration de la qualité des soins offerts aux usagers.

Un professionnel travaillant au sein d'une équipe compétente verra son propre niveau de compétence s'améliorer et retirera davantage de satisfaction professionnelle.

Bien qu'il soit très exigeant pour le gestionnaire d'évaluer le rendement de l'ensemble du personnel de l'urgence sur une base annuelle ou bisannuelle, cette activité n'en demeure pas moins essentielle. En effectuant cette démarche, le chef d'unité évalue également le degré de satisfaction des membres de son équipe. Il peut ainsi détecter précocement les situations problématiques et intervenir plus rapidement, ce qui favorise une plus grande satisfaction et une plus grande stabilité de la composition de ses équipes. Cette activité peut également se réaliser en partenariat avec le chef médical de l'urgence.

10.1.1.3 *Référentiel de compétences*

L'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec (AGIUQ) se donne comme mission de promouvoir une gestion clinique et administrative de qualité afin de contribuer à l'amélioration des soins et des services à la population.

Développé en partenariat avec l'École nationale d'administration publique, le *Profil de compétences* représente un outil de gestion qui recense des compétences clés à l'exercice d'une

fonction. Celui-ci est un outil de référence sur lequel s'appuient les processus d'orientation et de développement de compétences.

Le présent document représente une référence d'actualité, pertinente et inhérente à la compréhension du gestionnaire dans son rôle, au sein d'une urgence. À l'aide de cet outil, le chef d'unité d'urgence sera davantage en mesure de développer les compétences phares pour l'exercice de ses fonctions, notamment celles en lien avec :

- le leadership mobilisateur;
- la collaboration et le partenariat;
- la gestion orientée patient et famille;
- la communication interpersonnelle et organisationnelle;
- le courage managérial (directionnel);
- la gestion en situation de changement et d'ambiguïté;
- l'orientation performance.

10.1.2 Coordonnateur clinico-administratif des services d'urgence

Le coordonnateur clinico-administratif des services d'urgence voit à l'amélioration continue de l'accessibilité et des parcours de services offerts. Il contribue à l'avancement des priorités cliniques, des travaux de consolidation des trajectoires de services de l'établissement et à leur arrimage au sein du RSSS. Le coordonnateur assume également la responsabilité de projets de réorganisation du travail et veille à l'optimisation de la qualité et de l'efficacité des services sous sa responsabilité dont, entre autres, la planification des congés sur les unités de soins. Il contribue grandement au développement d'une culture de la mesure et de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services offerts à la population.

Le coordonnateur s'assure également du respect des ententes de gestion liées à sa coordination et de l'application des processus d'évaluation de la performance. Il est responsable de l'allocation de ressources sous sa responsabilité et est imputable de la gestion inhérente à sa coordination. Le coordonnateur voit à l'intégration des services sous sa responsabilité afin d'améliorer l'accessibilité et la fluidité des services relevant de sa gouvernance. Il doit relever le défi de la gestion matricielle à laquelle se conjuguent la gestion hiérarchique et fonctionnelle, la contribution aux activités des autres directions et la collaboration des différentes instances.

10.1.3 Chef médical

Le plan d'organisation de l'établissement prévoit la création d'un département ou d'un service de médecine d'urgence ayant un chef médical spécifiquement désigné. Le chef du département ou du service de médecine d'urgence, tout en participant à la gestion, à l'organisation du travail et au fonctionnement de l'urgence, s'assure de développer les volets relatifs à la formation.

Le fonctionnement adopté par l'équipe médicale est établi de façon à optimiser la PEC de tous les usagers. À cet effet, le chef médical est responsable d'évaluer et d'améliorer le fonctionnement ou la performance à partir de résultats probants découlant de l'évaluation globale ou parfois

individualisée des membres de son équipe. Le chef médical assume ses responsabilités en respect du cadre législatif de l'établissement prévu, lequel décline les principales fonctions et responsabilités reliées à cette tâche.

Tout comme le chef d'unité, le chef médical de l'urgence compte sur le soutien de l'administration pour faciliter son intégration au fonctionnement hospitalier en respect des objectifs et de la mission de l'urgence. À cet égard, il reçoit également le soutien du CMDP de l'établissement.

Le chef médical du DSMU est responsable de l'organisation, de la pertinence et de la qualité des soins médicaux à l'urgence de même que de la planification stratégique, du fonctionnement et du développement départemental. Il siège à la table des chefs de son établissement et est responsable des interfaces avec tous les autres départements ou services.

Bien que son implication concrète dans les problèmes ponctuels soit variable et se réalise en complémentarité avec le gestionnaire chef d'unité, la gestion de problèmes systématiques et récurrents propres au DSMU lui appartient. Il travaille donc en collaboration très étroite avec le chef de l'urgence.

10.1.3.1 *Rôles et responsabilités*

Sous l'autorité du directeur des services professionnels, le chef de département clinique assume notamment, telles qu'elles sont encadrées par le règlement du CMDP et par la Loi sur la santé et les services sociaux, les Responsabilités suivantes:

- coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins, y compris la façon dont s'exerce la médecine;
- gérer les ressources médicales;
- s'assurer du respect de l'accès aux services de l'urgence, y compris les délais et modalités d'accès aux consultations, l'imagerie, le laboratoire et la prise de décision de chacun;
- élaborer la liste de garde conformément aux règlements du CMDP approuvés par le conseil d'administration et veiller à son application;
- s'assurer de la distribution appropriée des effectifs médicaux par zone à l'intérieur de l'urgence ou par groupe d'utilisateurs;
- en tandem avec le coordonnateur de l'urgence, voir au respect des règles d'utilisation des ressources élaborées pour le département et informer, le cas échéant, le DSP ou le CMDP de l'inobservance, par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de ces règles.

10.2 GOUVERNANCE EN COGESTION

Le chef d'unité, le coordonnateur et le chef médical du département ou du service d'urgence sont responsables de son bon fonctionnement selon un mode de cogestion. Cette cogestion permet la détermination de stratégies d'intervention concertées dans le but de maintenir et d'améliorer la

qualité des soins et des services ainsi que la performance de l'urgence en se basant sur des résultats probants et en tenant compte des réalités locales et régionales.

Le chef d'unité et le chef médical de l'urgence partagent plusieurs responsabilités qui demandent une grande disponibilité de leur part. Des mécanismes formels de concertation doivent être mis en place : rencontres statutaires sur une base régulière pouvant être informelles selon les situations courantes, partage de l'analyse des problèmes rencontrés, communication ouverte et transparente, etc. Sans une collaboration évidente et ouverte, il est difficile pour l'équipe de disposer des outils et de la crédibilité nécessaires à l'obtention des résultats visés.

Le mandat des cogestionnaires comprend plusieurs objectifs, dont ceux-ci :

- veiller au respect de la mission de l'urgence et préserver la finalité de l'utilisation des locaux aux fins découlant de cette mission;
- favoriser une gestion participative du service et l'utilisation optimale et respectueuse des ressources tant humaines, financières, que matérielles;
- s'assurer qu'une bonne organisation des ressources humaines, physiques et matérielles est en place afin de répondre à sa mission;
- s'assurer du maintien et de l'amélioration des compétences des professionnels et autres membres du personnel de l'urgence;
- assurer la mise en place d'outils d'analyse de suivi, de qualité et de performance;
- faire un suivi rigoureux de la performance de l'urgence au moyen d'indicateurs reconnus et diffuser les résultats à l'ensemble de l'équipe de l'urgence ainsi qu'aux gestionnaires et équipes médicales de l'installation concernée par ce suivi;
- instaurer des outils de gestion et d'intervention optimisant la trajectoire de soins de la clientèle, y compris l'implantation d'OC et de protocoles;
- s'assurer de disposer et d'appliquer, lorsque requis, un *Plan de désencombrement*;
- participer aux travaux des comités pertinents au fonctionnement de l'urgence;
- créer des groupes de travail soutenant les objectifs ciblés, coordonner leurs travaux et mesurer l'atteinte des résultats;
- maintenir les liens entre l'urgence et les autres secteurs de l'installation, qu'ils soient internes ou externes, les établissements non fusionnés avec CISSS/CIUSSS ou encore les instances concernées;
- de concert avec les responsables des autres disciplines, participer au développement de la recherche dans chacune des disciplines associées à l'urgence.

Il est essentiel que la direction générale de l'établissement, tout comme l'ensemble des directions concernées, soutienne et consulte les cogestionnaires dans l'atteinte des objectifs et la réalisation des mandats.

Plusieurs dossiers méritent une attention continue de la part des gestionnaires de l'urgence. La responsabilité d'en assurer la réalisation incombe conjointement au chef d'unité et au chef médical, selon leur mandat respectif. L'obtention de la participation active des médecins et de l'ensemble du personnel est un prérequis indispensable à l'atteinte des objectifs liés à ces dossiers. Pour les dossiers plus importants, des comités sont mis en place et la participation des

membres de l'équipe est privilégiée. Voici quelques exemples de comités pertinents à piloter en cogestion au sein d'une urgence.

10.2.1 Comité de coordination clinico-administrative

Le comité de coordination clinico-administrative a pour mandat de mettre en place des lignes de conduite et des directives régissant au fonctionnement interne de l'unité. C'est un lieu d'échanges, de partage de l'information et de prise de décision.

Le comité s'intéresse particulièrement à l'organisation du travail dans toutes les zones de l'urgence, à l'optimisation des processus et le fonctionnement général. Il adresse ses recommandations conjointement au chef médical et à son homologue infirmier.

10.2.2 Comité de l'évaluation de la qualité des soins et des services

L'évaluation de la qualité des soins repose sur des études par critères objectifs et prend en considération la globalité des services offerts. En plus des aspects médicaux et infirmiers, cette évaluation comprend l'évaluation de l'environnement sanitaire, la disponibilité des services diagnostiques, le plan de désencombrement et tout autre élément jugé pertinent.

Plus spécifiquement, le comité de l'évaluation de la qualité des soins et des services s'intéresse :

- à l'étude des incidents/accidents et, particulièrement, des accidents avec conséquence majeure et des événements sentinelles afin de mettre en place des mesures correctives et d'en identifier les mesures préventives;
- à la déclaration obligatoire des incidents/accidents survenus, en conformité avec la LSSSS;
- à la divulgation obligatoire des accidents avec conséquences;
- à l'étude de sujets d'intérêt clinique basée sur les pratiques exemplaires et les résultats probants;
- aux études de mortalité et de morbidité;
- à l'évaluation de la satisfaction des usagers et des processus internes par l'analyse et le traitement des plaintes conclues par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services des établissements;
- à la mise en place des meilleures pratiques;
- à l'évaluation réalisée par Agrément Canada ou tout autre rapport produit par des organismes ou groupes experts et l'atteinte à leur conformité;
- la mise en place des pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada;
- la prise en compte des enjeux prioritaires et recommandations soulevées par les comités des usagers locaux.

En plus des gestionnaires de l'urgence, d'autres acteurs clés tels que les conseillers en prévention et contrôle des infections, les conseillers en soins, l'infirmière en pratique avancée ou les

conseillers en gestion des risques peuvent également collaborer à bonifier la qualité et la sécurité des soins à l'urgence par l'analyse des processus internes.

10.2.3 Comité d'évaluation sur le triage

Le comité d'évaluation de la qualité du triage est composé de médecins et d'infirmières. Ce comité révisé les différents instruments du triage et fait des recommandations aux cogestionnaires en lien avec le respect des normes et des délais prescrits. Il fait aussi des recommandations sur les besoins de formation continue des infirmières et vérifie que le personnel attitré au triage reçoive la formation continue requise selon les mises à jour de l'ÉTG ou de l'outil électronique utilisé. *Les lignes directrices du triage à l'urgence de l'OIIQ* soutiennent la formation d'un tel comité au sein des organisations afin d'avoir une évaluation rigoureuse des statistiques et de la qualité des triages, de valider l'expérience de l'usager, d'assurer un suivi des effectifs infirmiers et de porter un regard sur la gestion des risques.

10.2.4 Comité de recherche

La recherche clinique peut être objet d'activité concrète à l'urgence selon le type d'installation, soit plus spécifiquement, pour celles de niveau tertiaire. Elle peut aussi évaluer la pratique clinique locale qui doit s'inspirer des meilleures pratiques. Lorsque possible, le DSMU participe non seulement à l'instauration des meilleures pratiques connues, mais aussi à l'évaluation de nouvelles pratiques au moyen d'approches structurées en la matière.

Le comité de recherche est interdisciplinaire et a pour mandat :

- d'évaluer la faisabilité et les retombées (financières, humaines, matérielles) des projets de recherche soumis pour étude;
- de faire des recommandations aux cogestionnaires;
- de coordonner les projets de recherche en cours et à venir;
- d'aider au déroulement des projets de recherche à l'urgence;
- de prendre connaissance des résultats obtenus et d'en faciliter le transfert dans la pratique.

Bien qu'importantes, les activités portant sur la recherche doivent s'intégrer au fonctionnement usuel du DSMU et ne pas perturber les activités de soins ou dévier les ressources de façon à alourdir le processus de prise en charge par le personnel soignant. Advenant la situation où un protocole de recherche particulier aurait cet effet, celui-ci devrait prévoir les ajustements requis afin d'en annuler les effets négatifs sur la fluidité de la prise en charge.

10.2.5 Comité pour les ordonnances collectives, les protocoles et les algorithmes

Dans le but de faciliter le travail à l'urgence, les cogestionnaires de l'urgence et leurs conseillers cliniques sont responsables de la mise en place d'outils facilitant la prise en charge de la clientèle, notamment les OC, les ordonnances préimprimées, les protocoles et les algorithmes de prise de

décision. Ils sont, en outre, responsables de faire entériner les OC ou autres protocoles par le CMDP et le CII lorsqu'indiqué. Au même titre que les comités portant sur l'évaluation de la qualité des soins, ces comités devraient faire l'objet d'harmonisation au sein des établissements et, ainsi, regrouper des partenaires des différentes installations afin de partager les bonnes pratiques. En pratique, le développement et l'implantation de ces innovations doivent être basés sur le *Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière*.

L'ordonnance collective est une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à un professionnel ou à un groupe de professionnels habilités, ayant pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe d'usagers ou pour des situations cliniques déterminées. L'OC spécifie les circonstances dans lesquelles elle peut être exécutée de même que ses possibles contre-indications. Il est important de préciser que les ordonnances collectives peuvent s'appliquer tout aussi bien dans les autres secteurs qu'au triage.

De même, un protocole est un outil clinique qui fournit une description détaillée des modalités à suivre dans l'exécution de l'ordonnance individuelle ou collective, telles les précautions à prendre, les étapes à respecter ainsi que les procédures et méthodes à suivre. À titre d'exemple, un protocole interdisciplinaire peut être mis en place pour aider à rediriger vers une autre ressource médicale des usagers répondant aux critères de la réorientation.

L'algorithme représente un élément schématisé facilitant la prise de décision clinique, tel un algorithme pour les douleurs rétrosternales, la phlébite, l'embolie pulmonaire ou la grossesse ectopique. Cet outil permettra notamment de diriger les usagers vers le bon secteur dans l'urgence en fonction de leur condition clinique et de l'évaluation au triage.

10.2.6 Comité encadrant la formation continue

Une attention particulière en vue d'améliorer la formation, la performance de même que l'intégration optimale des nouveaux professionnels apparaît nécessaire. Le contenu de ces formations, basé sur des données probantes, est revu par un comité de médecins d'urgence et de conseillers en soins. L'objectif poursuivi est de mieux soutenir les nouveaux membres du personnel à la pratique à l'urgence. En outre, la formation continue apparaît également incontournable en raison de nombreux changements affectant la pratique clinique, mais également afin de mettre à jour les connaissances des professionnels.

Pour les médecins, la prise de décision rapide, la capacité de suivre un nombre raisonnable d'usagers et l'importance de s'assurer de la pertinence des demandes d'examens et de consultations sont des aspects qui méritent d'être examinés en vue de faciliter leur intégration à la pratique à l'urgence. Pour les infirmières, une formation rigoureuse et un jumelage étroit sont nécessaires afin d'assurer une intégration sécuritaire et optimale aux fonctions propres à une urgence.

Ces comités responsables de l'élaboration et du maintien à jour des formations prévoient une intégration optimale des nouveaux membres du personnel, mais prévoient également l'élaboration de formations ponctuelles en fonction des besoins et des activités du secteur d'activité. Une cohérence doit être observée entre l'innovation et la mise à jour des connaissances

des différents professionnels de l'urgence afin d'optimiser les processus et le fonctionnement à l'interne.

10.2.7 Comité local de prévention et de contrôle des infections

L'urgence représentant un milieu hautement fréquenté tant par les usagers que les visiteurs, une place considérable doit être octroyée à la prévention et au contrôle des infections dans ce secteur d'activité. Un comité local doit voir à corriger les pratiques en place ainsi qu'à optimiser les processus et la prise en charge des usagers dans un souci de rigueur de la PCI. En cogestion, les gestionnaires de l'urgence doivent ajuster les pratiques cliniques en fonction des recommandations ainsi qu'assurer une étroite vigie sur la qualité des soins octroyés. En ce sens, des travaux sont effectués afin, notamment, de faciliter les processus et les installations internes pour optimiser l'hygiène des mains. Des suivis quant aux taux et à la prévalence des infections nosocomiales peuvent également être réalisés en partenariat avec les conseillers en soins et en PCI. L'implication des différents membres du personnel demeure incontournable au regard des travaux sur la prévention et le contrôle des infections.

10.3 PERSONNEL DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE DE L'URGENCE

Le travail d'équipe est un élément essentiel à la bonne coordination de l'urgence. Certains milieux favorisent la mise en place d'équipes composées de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'agents administratifs afin d'assurer une présence couvrant l'ensemble des besoins des usagers. Le respect du rôle spécifique de chacun des membres permet une plus grande efficacité sur le plan de la distribution des soins aux usagers.

Selon le volume des activités et la spécificité des milieux, la composition des équipes de l'urgence et leur structure doivent répondre aux besoins en respect du champ d'exercice de chacun. Le rôle et les responsabilités de chaque membre de l'équipe doivent être connus de tout un chacun.

10.3.1 Rôles et responsabilités de l'équipe

Pour tous les membres du personnel de l'urgence, incluant les médecins, les responsabilités suivantes sont attendues :

- assurer la qualité et la sécurité des soins et services dispensés;
- déclarer toute situation indésirable survenue (incident et accident) en lien avec la prestation de soins ou de services, en conformité avec la LSSSS;
- s'assurer qu'une divulgation soit réalisée auprès de l'utilisateur ou à son représentant si présence de conséquences, en conformité avec la LSSSS.

10.3.1.1 Assistante infirmière-chef

L'assistante infirmière-chef a la responsabilité de planifier, d'organiser, de coordonner et d'évaluer les soins infirmiers octroyés par les membres de l'équipe durant son quart de travail. Elle voit rigoureusement au suivi des épisodes de soins des usagers, en partenariat avec

l'ensemble de l'équipe soignante, afin d'optimiser les séjours de ces derniers. Par conséquent, elle agit en étroite collaboration avec les médecins spécialistes et les divers professionnels en consultation, mais également avec l'équipe de la gestion des lits, les assistantes infirmières-chefs des autres unités de soins et celles des services d'urgence lors des transferts interinstallations.

Devant la gestion et la supervision des différents secteurs de l'urgence mais également afin de préserver la mission de l'urgence, l'assistante infirmière-chef collabore étroitement avec les cogestionnaires afin de relever les situations inhabituelles contraignant le bon fonctionnement d'un service d'urgence, la qualité et la sécurité des soins. Afin de lui permettre de bien s'acquitter de son rôle quant à la supervision et à l'organisation des soins, il faut lui permettre, selon les besoins, de se dégager des soins aux usagers.

Plus particulièrement, l'assistante infirmière-chef doit :

- travailler en collaboration avec les cogestionnaires;
- superviser le travail d'équipe et apporter son soutien à l'équipe soignante;
- s'assurer que les soins octroyés respectent les normes de soins attendues;
- superviser les épisodes de soins et coordonner la planification des congés;
- accompagner les familles et les personnes proches aidantes lors de situations de soins difficiles;
- contribuer au suivi des bonnes pratiques inhérentes aux services d'urgence et participer à l'implantation et à la pérennisation de celles-ci, en collaboration notamment avec les conseillères en soins et l'infirmière en pratique avancée;
- démontrer une expertise clinique ainsi qu'une connaissance approfondie des politiques et des procédures encadrant les services d'urgence.

Enfin, rappelons qu'il est attendu de l'assistante infirmière-chef une attitude positive, un leadership mobilisateur auprès de collègues et une implication dans divers comités permettant l'amélioration continue du service d'urgence. Qui plus est, la personne assurant cette fonction doit avoir une saine gestion de ses émotions et de faire preuve d'une capacité d'adaptation et de réorganisation rapide.

10.3.1.2 *Infirmière*

L'infirmière de l'urgence assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers en fonction des besoins biopsychosociaux des usagers qui lui sont confiés. Le suivi clinique en regard de l'évaluation, de l'élaboration d'un plan thérapeutique ou de l'application de soins et de traitements lui est le plus généralement octroyé. Certains outils technologiques assurant la collecte de données, particulièrement au regard des mesures hémodynamiques non invasives et invasives, sont fréquemment utilisés pour soutenir sa pratique.

L'intégration des nouvelles technologies représente un défi pour l'infirmière, tant sur le plan de son apprentissage que sur celui de l'effet de leur intégration dans sa pratique et l'organisation des soins. Mieux soutenue dans ses activités de surveillance, l'infirmière peut démontrer une plus grande rapidité d'intervention et d'anticipation des complications potentielles et, ainsi, participer activement à la diminution des risques de morbidité et de mortalité des usagers pris en charge.

Elle doit néanmoins constamment maintenir ses compétences à jour. Par ailleurs faut-il rappeler l'intégration constante de nouvelles technologies ou une bonification de leur utilisation pour le personnel soignant. En ce sens, l'infirmière doit démontrer une aisance dans leur utilisation.

Dans le cadre de sa pratique à l'urgence, l'infirmière doit ainsi relever plusieurs défis tout en assurant la sécurité et la qualité des soins. Pour cela, elle :

- s'adapte à un environnement changeant, constamment en mouvement, où il peut subsister plusieurs sources de tensions ou de variables dans les soins;
- collabore étroitement avec les médecins, les professionnels et les autres membres de l'équipe dans la gestion de l'épisode de soins de l'urgence;
- supervise les membres de l'équipe de soins intervenant auprès de la clientèle sous sa responsabilité;
- planifie les interventions selon les priorités de l'urgence;
- s'assure du suivi des mesures diagnostiques et des consultations médicales en temps opportun;
- fait preuve d'initiative dans la résolution de problèmes et pour la prise de décision;
- effectue une vigie de la situation globale de son secteur à l'urgence.

10.3.1.3 *Infirmière auxiliaire*

L'infirmière auxiliaire de l'urgence contribue à la collecte de données entourant l'état de santé de l'utilisateur et à la réalisation de son plan de soins, et prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux. Circonscrite à son *Champ d'exercice*, elle collabore aux soins globaux des usagers sans les prendre en charge sous son entière responsabilité. Elle ne peut donc exercer ses activités en pleine et entière autonomie; elle agit en collaboration avec l'infirmière.

L'intégration des infirmières auxiliaires au secteur de l'urgence exige, de la part des gestionnaires et de l'équipe de soins, une vigie quant à la réalisation des activités et au respect du champ d'exercice de celles-ci. Une réorganisation des activités peut alors être nécessaire durant les heures de repas, à titre d'exemple. Leur intégration est plus particulièrement attendue dans l'aire ambulatoire, en collaboration avec l'infirmière, lorsque le niveau d'activité le requiert. Elle peut néanmoins travailler auprès des usagers du secteur des civières, excluant ceux sous monitoring cardiaque. Cela nécessite une plus grande vigilance, notamment puisque l'infirmière auxiliaire ne peut exercer auprès de la clientèle instable en raison de l'évaluation continue requise et de la complexité des soins.

10.3.1.4 *Préposé aux bénéficiaires*

Le préposé aux bénéficiaires effectue des activités qui incluent principalement les soins ayant pour but d'assurer le confort, le déplacement sécuritaire et le maintien de la mobilité des usagers avec une attention particulière pour la clientèle aînée ou à mobilité réduite. À ce chapitre, le préposé joue un rôle important dans le déroulement du programme touchant *l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*.

Pour les usagers ayant une condition particulière liée à un état de dangerosité ou de vulnérabilité, il assure une surveillance étroite de même que le soutien nécessaire aux autres membres de l'équipe dans la réalisation des soins. Il doit assister les infirmières, les infirmières auxiliaires et les médecins au regard des tâches physiquement exigeantes.

Enfin, il effectue d'autres activités spécifiques, dont la vérification de la disponibilité et du bon fonctionnement des équipements.

10.3.1.5 *Agent administratif classe 3 (fonction de commis)*

L'agent administratif classe 3 permet aux membres du personnel professionnel de consacrer leur temps aux activités cliniques en assurant nombre de tâches touchant l'enregistrement et le traitement de l'information, qu'elle soit de nature clinique ou administrative. Il allège de façon significative les tâches administratives du médecin et de l'infirmière en remplissant plusieurs autres fonctions, dont la réception des données de laboratoire, l'assemblage du dossier médical, la gestion des appels pour les consultants ou la saisie de données dans les systèmes informatiques. Il voit à ajouter au dossier les documents pertinents à l'épisode de soins des usagers, selon les demandes signifiées.

Le nombre d'agents administratifs nécessaire au bon fonctionnement de l'urgence est en fonction de l'achalandage de l'urgence et de la complexité des activités qui y ont cours. Dans les urgences achalandées, cette fonction doit être assurée 24 heures par jour.

10.3.2 Rôles et responsabilités des collaborateurs de l'équipe

Selon le volume d'activité de l'urgence, il peut être nécessaire que l'équipe soit appuyée par des collaborateurs qui peuvent assumer des rôles de liaison ou des responsabilités quant à la prise en charge de certaines clientèles spécifiques. Minimalement, les urgences de niveau secondaire et tertiaire devraient compter sur la collaboration régulière de ces collaborateurs afin de soutenir les problèmes des usagers concernés, à l'exception des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL). En effet, ces autres collaborateurs devraient être considérés à part entière de l'équipe interdisciplinaire de tous les services d'urgence afin d'optimiser la gestion des épisodes de soins complexes de certains usagers. En fonction de la mission des installations, d'autres intervenants tels que des infirmières-pivots AAPA ou en gestion de situation SAPA peuvent également collaborer dans les services d'urgence, mais le *Guide* ne présente que les plus communs à ce jour.

10.3.2.1 *Infirmière clinicienne de liaison en santé physique ou infirmière réseau*

Un lien soutenu entre les ressources internes du centre hospitalier et externes de l'installation est devenu une nécessité dans la gestion du flot d'usagers transitant par l'urgence. L'infirmière clinicienne de liaison en santé physique a pour mandat d'établir ce lien entre l'installation et les différentes ressources du RSSS, que ce soit le SAD, le CHSLD, le centre de réadaptation ou les différents GMF. Sa présence à l'urgence favorise la communication autant à l'intérieur du centre

hospitalier qu'avec les ressources ambulatoires et communautaires, et accélère le processus de départ des usagers de l'urgence.

Les équipes de liaison orientent les usagers vers les ressources appropriées et s'assurent de la prise en charge des usagers qui nécessitent l'organisation de services pour permettre leur retour dans leur milieu de vie ou leur intégration dans un nouveau milieu. Les urgences qui ne font pas partie d'un CISSS/CIUSSS doivent établir des ententes avec cet établissement du territoire afin que ces infirmières spécialisées du réseau y assurent une couverture. Cette façon de procéder permet d'établir des liens plus solides entre l'urgence et les différents programmes et ressources du réseau de santé et de services sociaux hors centre hospitalier.

Enfin, l'infirmière clinicienne de liaison en santé physique collabore avec les ressources concernées pour assurer la continuité des soins et services. Lorsque l'utilisateur est inscrit au soutien à domicile ou que son état nécessite la mise en place de services de SAD, l'infirmière de liaison communique avec l'intervenant pivot de l'utilisateur ou le guichet d'accès du SAD. Elle travaille en étroite relation avec les autres agents de liaison.

10.3.2.2 *Infirmière clinicienne de liaison en santé mentale*

Dans les urgences à vocation psychiatrique et dans les urgences qui reçoivent un nombre important d'utilisateurs présentant des troubles mentaux, il est approprié d'adjoindre à l'équipe de professionnels de l'urgence une infirmière clinicienne de liaison en santé mentale. Plus précisément, elle a pour fonction :

- de participer à l'évaluation de l'état mental de l'utilisateur et, avec l'accord de ce dernier, de prendre contact avec la famille, le médecin traitant, l'équipe de première ligne en CISSS/CIUSSS, l'équipe de suivi dans la communauté ou toute autre personne intéressée;
- de créer des liens avec l'utilisateur et son réseau social dès son arrivée à l'urgence;
- d'organiser une prise en charge rapide des utilisateurs déjà connus et présentant des troubles mentaux sévères et persistants par des équipes de santé mentale du territoire, en collaboration avec un psychiatre.

10.3.2.3 *Infirmière clinicienne en gériatrie*

Progressivement, les infirmières cliniciennes spécialisées auprès de la clientèle gériatrique font leur apparition dans les centres hospitaliers au Québec. Incontournable, cette ressource permet de mieux encadrer les équipes dans leur évaluation et mise en application des plans de soins et traitements auprès des personnes vulnérables. L'infirmière clinicienne en gériatrie ne remplace pas l'équipe soignante auprès des utilisateurs, mais collabore avec les différents professionnels de la santé pour l'élaboration des meilleures stratégies et interventions afin de prévenir le déconditionnement des personnes âgées, le risque de chute et de délirium ainsi qu'en vue de diminuer le délai de séjour des utilisateurs. La contribution des infirmières cliniciennes en gériatrie aux services d'urgence vise également à limiter, le plus possible, le recours à l'hospitalisation en misant sur des alternatives adaptées à la condition de l'utilisateur ainsi qu'à planifier rapidement son départ. Plus précisément, elle :

- collabore, en partenariat avec les infirmières d'urgence, à l'évaluation de la clientèle gériatrique et la mise en place d'interventions spécialisées pour un usager;
- soutient le développement des formations au personnel de l'urgence (par exemple infirmières, médecins, PAB, agents administratifs, etc.) ;
- offre un rôle conseil auprès des gestionnaires pour l'instauration de stratégies visant l'optimisation et la pérennité de l'AAPA ainsi que le développement du modèle des *urgences gériatriques* ;
- assure un suivi des indicateurs de qualité et procède aux audits requis (par exemple la reddition de comptes);
- assure un rôle de coordination interdisciplinaire avec les différents partenaires de l'urgence pour l'optimisation de l'épisode de soins de l'usager (par exemple les médecins spécialistes, les physiothérapeutes, la liaison avec les unités de soins ou les ressources communautaires, etc.) ;
- soutient le personnel de l'urgence dans leurs interventions auprès de la clientèle gériatriques en centrant les décisions autour des besoins distinctifs et des attentes de ces usagers.

10.3.2.4 *Infirmière praticienne spécialisée en première ligne*

Prendre note que les nouvelles lignes directrices relatives à la pratique des IPS seront publiées en 2021.

Selon les *Lignes directrices : pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne* établies par l'OIIQ, « bien que l'urgence ne puisse pas être son seul lieu d'exercice, il peut être pertinent, selon l'organisation des services de la région, que l'IPSPL y exerce auprès de la clientèle présentant des problèmes de santé courants. Son activité principale doit demeurer le suivi et la prise en charge de la clientèle en première ligne, ce qui ne peut se faire à l'urgence ».

Lorsque l'IPSPL travaille à l'urgence, un médecin doit demeurer sur place ou être disponible pour intervenir à la demande de l'IPSPL. Par ailleurs, après avoir reçu une formation complémentaire et des stages appropriés, la pratique en dispensaire dans une région isolée est également autorisée. Son intégration tout spécifiquement dans les milieux ruraux peut donc représenter un atout. Diversifié et polyvalent, le rôle de l'IPSPL est possible dans divers contextes, notamment les soins d'urgence. L'intégration du rôle de l'IPSPL permet certes de soutenir la prise en charge des usagers jugés non urgents selon l'ÉTG.

Voici une vaste *Documentation sur l'intégration des IPSPL* dans les milieux de soins.

10.3.2.5 *Infirmière en pratique avancée – Conseillère cadre*

L'infirmière en pratique avancée est détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières et œuvre sous l'autorité de la DSI. Ses activités se regroupent autour de cinq domaines : la clinique, la recherche, la consultation, l'enseignement et la formation. Au quotidien, elle fait la promotion de l'utilisation des meilleures pratiques, elle offre du soutien en tant qu'experte clinique et elle facilite le changement des pratiques. Qui plus est, elle est responsable de la validation scientifique

et de la conformité aux pratiques exemplaires de la formation, de l'information transmise aux équipes et des protocoles élaborés.

Elle apporte sa contribution dans les échanges interétablissements en participant, entre autres, aux activités de la communauté virtuelle de pratique en partageant les outils développés localement. Elle est également responsable du développement de la pratique et de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers à l'urgence, et ce, en collaboration avec les gestionnaires de l'urgence. L'infirmière en pratique avancée s'intègre à différents comités nécessaires au bon fonctionnement de l'urgence, dont le comité sur l'évaluation et la gestion des risques et celui sur la PCI.

10.3.2.6 *Conseillère en soins infirmiers*

La conseillère en soins infirmiers agit comme personne-ressource auprès de l'équipe en soins infirmiers. Cette infirmière, détentrice d'un baccalauréat, a une excellente connaissance du milieu et des différents protocoles ou méthodes de soins utilisés par l'équipe. Elle est notamment responsable :

- du processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins en partenariat avec le chef d'unité de l'urgence et l'infirmière en pratique avancée;
- du programme d'orientation et d'intégration;
- du programme de formation continue.

Sa collaboration avec les cogestionnaires, le secteur de l'intégration de même que l'infirmière en pratique avancée est cruciale. Elle contribue à part entière à divers comités assurant le développement de la pratique infirmière ainsi que la qualité et la sécurité des soins pour le service d'urgence.

10.4 **QUALIFICATION DES INFIRMIÈRES DE L'URGENCE**

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire ont la responsabilité professionnelle :

- de connaître les normes et les critères applicables dans le domaine des soins infirmiers, les procédures de soins de l'établissement ainsi que les protocoles et les OC de l'urgence;
- d'utiliser les moyens pour garder à jour leurs compétences;
- de répondre aux conditions requises pour poser les actes autorisés;
- de participer aux activités de formation de l'urgence de même qu'à l'orientation et à l'intégration du nouveau personnel;
- de participer au processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

L'infirmière travaillant à l'urgence possède une expertise lui permettant d'agir avec compétence dans une multitude de situations urgentes. Plus spécifiquement, l'infirmière développe son jugement professionnel afin de pouvoir établir des priorités et d'évaluer rapidement l'état et l'évolution d'un usager se présentant à l'urgence. Les soins à l'urgence représentent un domaine

particulier où l’infirmière assure une surveillance continue de la condition de santé des usagers. Tout particulièrement en raison de leur formation étoffée et spécifique en soins critiques, il est recommandé que des infirmières cliniciennes soient préconisées pour l’obtention des postes dans le secteur des urgences. Cette recommandation est également en cohérence avec les *Lignes directrices du triage à l’urgence de l’OIIQ* qui reconnaissent la formation aiguillée des infirmières cliniciennes au regard des soins critiques.

L’augmentation de la complexité des soins, les changements structurels et, notamment, les enjeux de personnel ont grandement modifié le contexte de la pratique des soins infirmiers au Québec au cours des dernières années. Les centres hospitaliers, et plus particulièrement les DSMU, ont pour défis non seulement de fournir des soins de qualité, mais aussi de favoriser l’intégration des nouvelles infirmières, l’ultime objectif étant la stabilisation et la rétention du personnel du département. La création de postes permanents à l’urgence ainsi que la stabilisation des horaires sont des moyens favorisant l’équilibre et une continuité au sein de l’équipe. Pour les besoins ponctuels, les infirmières fournies par l’équipe de remplacement doivent être habilitées à prodiguer des soins spécifiques à la clientèle de l’urgence.

L’urgence vise le développement des compétences spécifiques des infirmières. Pour y arriver, des prérequis assurent un encadrement adéquat de la pratique de ces professionnels :

- dispenser diverses formations malgré un contexte de pénurie de ressources;
- assurer la présence des préceptrices chevronnées pour l’encadrement des infirmières novices;
- susciter l’intérêt des professionnels à maintenir leur niveau d’expertise à jour ainsi que fournir les moyens pour y arriver.

Bien que les rôles et les responsabilités des infirmières et des infirmières auxiliaires diffèrent, certains principes demeurent pertinents et égaux pour ces deux titres professionnels : le service d’urgence doit veiller à structurer leur pratique selon leur champ d’exercice respectif et à planifier la distribution des activités et des ressources dans cette considération. Néanmoins, le développement de l’expertise pour les services d’urgence est tout aussi important pour les infirmières auxiliaires. La stabilisation de leur poste, de leur horaire ainsi qu’une formation continue rigoureuse permettra de soutenir une pratique de qualité et sécuritaire auprès des usagers des urgences.

10.4.1 Intégration des infirmières

Certains aspects sont essentiels à une intégration réussie au sein de l’équipe de l’urgence : accueil personnalisé et bienveillant, formation théorique adaptée aux débutantes, formation des infirmières d’expérience afin qu’elles puissent jouer le rôle de préceptrices et mise à jour constante du programme d’orientation et d’intégration.

Il faut définir le degré d’expertise de l’infirmière ou de l’infirmière auxiliaire au moment de son arrivée dans l’équipe pour bien évaluer ses besoins en formation et ainsi planifier une orientation personnalisée et adaptée à ses besoins. Les infirmières expertes sont mises à contribution pour superviser et former les infirmières débutantes dans les secteurs plus à risque, tels que le triage,

l'aire de réanimation ainsi que les soins offerts aux enfants, aux usagers sous monitoring cardiaque ou aux victimes de traumatismes.

L'intégration de nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires et d'agents administratifs au sein de l'équipe de l'urgence est un élément auquel il est essentiel d'accorder toute l'importance et le temps nécessaires. Cette intégration se fait normalement en deux étapes, à savoir la période d'orientation et la période d'intégration.

10.4.1.1 *Période d'orientation*

Le programme d'orientation des infirmières nouvellement affectées à l'urgence devrait concilier théorie et pratique grâce au jumelage de la novice avec une infirmière expérimentée. Il peut se faire par modules, avec une période d'intégration variant selon les individus et les installations. Une ou des conseillères en soins infirmiers sont responsables du processus d'orientation sous la supervision de l'infirmière en pratique avancée. La formation peut aussi faire l'objet d'une révision périodique selon les besoins changeants du DSMU. Tout au long du processus, un suivi rigoureux doit être respecté pour évaluer le niveau de compréhension et d'intégration des nouvelles compétences et apporter rapidement des ajustements au programme d'orientation en fonction des besoins décelés.

De plus en plus, nombreuses sont les candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) qui commencent leur carrière à l'urgence. Les programmes d'orientation généraux à l'urgence doivent être adaptés à cette nouvelle réalité. Toutefois, et pour des raisons évidentes, elles ne doivent pas être affectées au triage avant d'avoir acquis l'expérience clinique et les connaissances requises. Elles sont limitées quant à certaines activités habituellement réalisées par des infirmières, notamment celle d'exercer auprès d'un usager dont l'état de santé est dans une phase critique ou qui requiert des ajustements fréquents (sauf pour les CEPI détenant un diplôme universitaire). Pour en connaître davantage sur les activités permises aux CEPI, consulter le [Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers](#).

En respect des orientations de l'OIIQ, il n'est non plus recommandé qu'elles exercent une surveillance auprès des clientèles en phase critique ou nécessitant des ajustements fréquents. L'OIIQ a publié une liste des [Activités professionnelles permises pour les CEPI](#).

En raison de la diversité clinique et du bassin important de la clientèle, il est préférable d'entreprendre le processus d'orientation par les soins aux usagers dans l'aire de l'observation, l'environnement y étant mieux contrôlé et les besoins des usagers souvent mieux connus. Il faut prévoir une période d'orientation distincte pour l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire travaillant dans le secteur ambulatoire de l'urgence, car celles-ci prodiguent des soins différents de ceux de l'aire de l'observation.

La décision d'affecter au triage la totalité ou une partie des infirmières de l'urgence appartient aux gestionnaires de l'urgence. L'exposition fréquente au triage permet le développement, le renforcement et le maintien des compétences cliniques dans ce secteur névralgique. La formation axée sur la pratique infirmière au triage doit rigoureusement être révisée et s'appuyer sur les [Lignes directrices de l'OIIQ](#).

Pour le préposé aux bénéficiaires et l'agent administratif, un programme d'orientation et d'intégration adapté à la clientèle, une description de tâches précise, un plan de travail détaillé, un encadrement approprié ainsi qu'une supervision adéquate favorisent la compréhension des nouveaux arrivés au regard de leur contribution à l'équipe soignante.

10.4.1.2 *Période d'intégration*

Une période d'intégration dont la durée et le contenu varient selon le niveau d'expérience de l'infirmière, de l'infirmière auxiliaire, du préposé aux bénéficiaires ou de l'agent administratif suit la période d'orientation proprement dite. Elle peut s'échelonner sur plusieurs mois selon le titre de l'emploi.

Au cours de cette période, un suivi et un encadrement appropriés permettent aux nouveaux employés de mieux intégrer les notions acquises lors de l'orientation. Durant la période d'intégration, l'infirmière n'est pas responsable des secteurs de réanimation et des secteurs à haut risque comme le triage ou l'aire de monitoring, mais elle s'y intègre graduellement sous la supervision d'une infirmière expérimentée. En fonction des clientèles, du niveau de l'urgence et de la criticité des soins, les établissements doivent prévoir un cadre de référence comprenant des critères de compétences afin de situer l'infirmière dans sa progression d'intégration dans les divers secteurs de l'urgence.

10.4.1.3 *Formation continue*

Un programme de formation en cours d'emploi est essentiel pour le personnel de l'urgence. Ce programme vise plusieurs objectifs :

- connaître les particularités de chaque clientèle (enfants, personnes âgées, personnes atteintes d'un trouble mental, etc.);
- s'adapter aux nouvelles technologies et pratiques cliniques;
- assurer un suivi ou l'amélioration de la qualité des programmes en place afin de parfaire le jugement clinique et les connaissances du personnel.

Les infirmières en pratique avancée et les conseillères en soins infirmiers contribuent à la détermination des besoins, au développement des formations ainsi qu'à l'organisation des activités de formation en partenariat avec les chefs d'unité. La répartition des différentes formations prévoit un juste arrimage en fonction des périodes d'achalandage, des vacances saisonnières ou autres activités à l'urgence.

Les infirmières et infirmières auxiliaires sont tenues par leurs ordres professionnels (OIIQ et OIIAQ) d'utiliser les moyens nécessaires pour maintenir à jour leurs compétences. La formation continue offerte par l'établissement contribue au maintien et au développement des connaissances et des compétences du personnel soignant. La comptabilisation de ces heures de formation accréditée et non accréditée contribue à remplir les exigences des différents ordres professionnels.

Enfin, il importe de considérer la formation de l'ensemble des membres du personnel de l'urgence sur les mesures à appliquer avec les personnes qui présentent un tableau clinique infectieux et le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'application de ces mesures (Archer & Gamache, 2016, CDC, 2016, PIDAC, 2015).

10.4.1.4 *Intégration de la relève*

La création au sein de l'établissement d'un comité de la relève infirmière et infirmière auxiliaire (CRI ou CRIIA) a pour but de favoriser l'intégration des jeunes infirmières. Le mandat principal de ce comité est de proposer des solutions pour faciliter l'intégration des novices et d'offrir aux jeunes infirmières du soutien pour favoriser leur développement personnel et professionnel. Le volet particulier de l'urgence y reçoit l'attention requise par la spécificité du milieu. Les gestionnaires de l'urgence ainsi que l'infirmière en pratique avancée peuvent contribuer à apporter des solutions ou des pistes de réflexion quant aux interventions à mener avec la relève infirmière œuvrant dans les milieux de soins critiques.

Ce comité, qui relève du CII, tente de trouver des solutions aux problèmes touchant les jeunes infirmières, lesquelles doivent faire partie de la discussion et de la prise de décision.

Enfin, un programme de préceptorat et de soutien à la relève infirmière contribue non seulement au développement des compétences de ces professionnelles, mais également à la rétention de celles-ci. Les préceptrices couvrant différents secteurs d'activité, dont les urgences, elles doivent être en mesure de répondre aux questions des jeunes infirmières, de connaître l'organisation des soins et du service de même que de s'arrimer avec ce contexte de soins particulier.

10.5 ORGANISATION DE L'ÉQUIPE EN SOINS INFIRMIERS

Un important projet pilote permettant de baliser la répartition de la charge de travail au sein des effectifs infirmiers est toujours en cours au MSSS et des travaux se poursuivent. D'après ces conclusions, des standards pourront être établis quant à la quantification des plans d'effectifs infirmiers par rapport à la charge de travail des usagers. Les recommandations seront inscrites à cette section dès que les rapports auront été conclus.

Le nombre de personnes composant l'équipe en soins infirmiers à l'urgence est établi en fonction du nombre d'usagers et de la complexité des situations cliniques. On privilégie la composition d'une équipe en nombre suffisant pour disposer d'une marge de manœuvre afin de répondre adéquatement aux besoins durant les pics d'activités et les heures de pause et de repas. Pour assurer des soins sécuritaires, il faut assigner à chaque usager une infirmière selon le secteur d'activité. En plus de l'équipe de base, on prévoit des mécanismes rapides de renfort selon la nécessité.

Il est essentiel d'assurer la présence d'au moins une infirmière au triage 24 heures par jour. Pour établir un plan d'effectifs acceptable dans ce secteur, il est primordial d'analyser le niveau d'activité en fonction des normes établies de l'ÉTG. Par la suite, le gestionnaire s'assure que la couverture infirmière dans ce secteur névralgique y est établie en conséquence.

Lorsque le volume d'activité le justifie et lorsqu'il y a un médecin consacré à ce secteur, une infirmière est présente en tout temps dans l'aire ambulatoire. Octroyant des soins en dyade, l'infirmière peut aussi être secondée par une infirmière auxiliaire pour effectuer des interventions procédurales correspondant à son *Champs d'exercices*.

La présence constante d'une infirmière est prévue dans l'aire de réanimation lorsqu'il y a un usager. Lorsque l'infirmière n'a pas d'usager sous sa responsabilité, elle apporte son aide à ses collègues des autres secteurs de l'urgence. En raison de l'imprévisibilité des situations dans l'aire de réanimation, il est préférable que l'infirmière qui y est affectée puisse rapidement être dégagée de toutes autres fonctions afin de prendre en charge un nouvel usager. Une équipe de deux ou trois infirmières est souvent nécessaire auprès d'un usager en salle de réanimation ou s'il y a plusieurs usagers présents simultanément. L'organisation du travail au sein de l'équipe prévoit ces situations. Les rôles doivent être établis et connus de tous.

Les usagers qui sont installés dans l'aire des civières subissent habituellement de nombreuses interventions en peu de temps et demandent une surveillance étroite afin de déceler et de traiter les complications liées à leur état. Un plan d'effectifs en soins infirmiers est établi en fonction des caractéristiques de ces usagers. Pour la clientèle dont l'état est stable ou, par exemple, en attente d'une hospitalisation, l'infirmière auxiliaire peut collaborer avec l'infirmière à la prestation de soins en dyade. Cette dyade permet également d'ajuster leur charge de travail en fonction de la complexité des situations cliniques des usagers et d'augmenter, lorsque possible, les usagers sous leur responsabilité.

Dans un souci d'efficacité et de pertinence, il est d'intérêt, pour les DSMU faisant face à un achalandage important, d'évaluer la possibilité de consacrer une partie de l'aire des civières aux usagers ayant déjà eu une PEC médicale. Les usagers ayant recours à d'autres investigations ou traitements avant une prise de décision finale (admission, observation, congé) peuvent aussi y être regroupés. Cette organisation peut aussi se faire en divisant la charge de travail relativement à la couverture médicale plutôt qu'en changeant les usagers d'un secteur physique à l'autre. La concentration de ce type d'usagers dans une aire permet aussi de limiter les déplacements inutiles du personnel soignant.

Certaines variables peuvent influencer le plan d'effectifs des soignants auprès de la clientèle, comme le nombre de nouveaux usagers, le degré de complexité des situations cliniques ou le niveau d'expertise des professionnels. De plus, certaines urgences dont le volume d'activités est faible disposent d'une seule aire de civières, sans distinction en ce qui concerne le monitoring.

Les structures de postes ont longtemps privilégié un nombre moindre d'infirmières le soir et la fin de semaine, alors que les besoins sont tout aussi importants. On trouve davantage de postes vacants et de nouveau personnel durant les heures de service de soir, de nuit et de fin de semaine. Il s'avère d'autant plus important d'assurer un soutien clinique durant ces périodes. Une réflexion doit être amorcée sur la répartition traditionnelle des postes, pour tous les titres d'emploi, de l'instauration de la rotation à la façon d'assurer une présence suffisante du personnel expérimenté au cours de ces différents quarts de travail. Les ressources requises pour tous titres d'emploi doivent être adaptées en fonction des besoins ciblés de la clientèle de chacune des urgences.

10.6 PERSONNEL MÉDICAL DE L'URGENCE

Le fonctionnement adéquat de l'urgence repose sur une équipe médicale stable, engagée à offrir des services continus et de qualité. Cette équipe s'assure que l'unité évolue dans un climat de collaboration, d'engagement et de qualité axé sur le développement des compétences. À cet effet, une organisation médicale de groupe peut favoriser une plus grande implication des membres de l'équipe. En plus des avantages touchant la stabilité, l'entraide mutuelle et la collaboration interdisciplinaire, ce type de pratique favorise l'attribution de temps protégé aux médecins qui prennent en charge l'enseignement, la recherche ou des dossiers clinico-administratifs d'importance.

Dans les urgences où le volume d'activité est élevé, il est souhaitable de composer une équipe de médecins ayant davantage orienté leur pratique vers la médecine d'urgence et pour laquelle 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 département ou le service. Pour les urgences ayant un important volume de visites, il est souhaitable de compter sur l'équipe des médecins spécialistes en médecine d'urgence, leur formation spécifique représentant un atout pour ce type de milieu.

Dans les urgences ayant un petit volume de visites et les urgences en milieu rural, il est toutefois préférable que les omnipraticiens y œuvrant conservent une pratique médicale polyvalente. La présence d'un spécialiste en médecine d'urgence représente également un atout important dans ces milieux.

10.6.1 Règlements du Département ou du service de médecine d'urgence

L'urgence constitue l'un des secteurs d'activité les plus stratégiques d'un centre hospitalier. Par la nature des soins qui y sont dispensés à toute heure du jour et de la nuit, elle exige que les médecins qui y pratiquent possèdent une formation, une expérience et des compétences particulières. L'urgence est en constante relation avec la plupart des départements du centre hospitalier et, pour cette raison, elle constitue une plaque tournante pour l'ensemble de l'établissement.

Des règlements régissent le fonctionnement interne du DSMU et sont approuvés par le CMDP et le conseil d'administration de l'établissement.

Ces règlements concernent principalement :

- le processus de nomination et le maintien des privilèges des membres de l'urgence;
- le maintien des compétences minimales exigées au regard de la mission particulière de l'installation (par exemple les soins avancés en traumatologie, en pédiatrie, en cardiologie, etc.);
- le processus de nomination du chef du département ou du service;
- les devoirs et obligations des médecins du département ou du service;
- le processus de gestion et la mise à jour de l'horaire de garde;

- l'évaluation de la qualité de la pratique médicale;
- la tenue des dossiers;
- l'obligation des membres de l'équipe de l'urgence de participer aux divers comités régis par le CMDP;
- la gestion des absences;
- les modalités relatives à la pratique en milieu universitaire, s'il y a lieu.

10.6.1.1 *Nombre de médecins requis*

Le nombre de médecins nécessaire à l'urgence pour répondre aux besoins des usagers est fonction de l'achalandage, de l'organisation de la structure des services médicaux (par exemple le nombre de médecins par quart, le nombre de forfaits, etc.) et du type de soins particuliers correspondant à la mission de l'installation, le cas échéant. La composition du département d'urgence doit aussi tenir compte des éléments requis à l'obtention d'une réponse adéquate touchant la rapidité et la qualité de la prise en charge de la clientèle.

Le nombre de médecins requis à l'urgence doit tenir compte d'une orientation visant la satisfaction des éléments suivants :

- les objectifs touchant le respect des délais préconisés par l'ÉTG concernant la PEC médicale, tels qu'ils sont proposés par l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU, 2002, Stobbe et al., 2003);
- la prise en compte, pour la couverture médicale planifiée, de la disponibilité transmise au chef du DSMU;
- le respect des normes du MSSS au regard des durées de séjour des usagers à l'urgence, notamment ceux sans demande de consultation ou hospitalisation.

10.6.1.2 *Présence médicale et organisation du travail*

Des mécanismes pour assurer une présence médicale suffisante 24 heures par jour doivent être instaurés dans chaque urgence. Pour répondre à cette condition et pour faire face aux grandes périodes d'achalandage, le DSMU doit pouvoir compter sur un mécanisme permettant une capacité d'offre de service ponctuelle supplémentaire, au même titre que le rehaussement des effectifs des autres membres du personnel de l'urgence, au besoin.

Ce mécanisme peut prendre plusieurs formes : médecin sur appel, réaffectation de tâches clinico-administratives, prolongation de certains quarts de travail lorsque les horaires se chevauchent ou quarts « casinos » (décalés), ou tout autre moyen retenu par l'équipe et le chef médical.

Il est essentiel de s'assurer que l'équipe médicale en place compte suffisamment de médecins pour que tous les usagers puissent bénéficier de l'évaluation initiale requise par leur condition de santé, dans des délais acceptables.

Le mode de fonctionnement du médecin a un effet significatif sur la charge de travail de l'équipe entière, y compris la sienne. En contrepartie, certains changements apportés au fonctionnement permettent souvent de diminuer la charge de travail des intervenants de l'urgence, la durée de

séjour des usagers et le temps d'attente avant, pendant ou après leur PEC médicale, tout en améliorant la qualité des services offerts par l'équipe soignante. L'équipe médicale, sous la responsabilité de son chef, est encouragée à revoir les aspects de son fonctionnement qui peuvent avoir des conséquences sur le temps d'attente, l'encombrement de l'urgence et la charge de travail des autres membres de l'équipe soignante.

Afin de soutenir les établissements dans l'organisation de la présence médicale dans leurs services d'urgence respectifs, des travaux sont en cours, au MSSS, afin d'établir des balises quant à la répartition des quarts de travail des médecins. Encadrés par une équipe de spécialistes en intelligence artificielle, les travaux de la modélisation permettent de préciser la pertinence dans la répartition des heures travaillées de l'équipe médicale en fonction de plusieurs indicateurs, et non plus seulement en fonction de la répartition comme telle que *nuit-jour-soir*. Complexe et rigoureuse, cette analyse permet d'optimiser les heures travaillées de l'équipe médicale en favorisant leur présence dans les périodes de plus grand achalandage, et ce, tout au long de l'année.

Enfin, des travaux sont en cours au MSSS au regard de la couverture médicale dans les différents types d'installation, que ce soit dans des milieux ruraux ou urbains, afin d'encadrer les établissements dans la gestion des codes d'urgence (*code bleu*) et l'implication médicale requise.

10.6.1.3 *Coordonnateur médical de l'urgence*

Dans les installations où un coordonnateur médical de l'urgence est nommé, ce dernier, placé sous l'autorité du DSP, a pour principale fonction de veiller à la coordination des activités quotidiennes. Il intervient pour prévenir les périodes d'encombrement et participe activement au processus de désencombrement en établissant les liens nécessaires avec les services situés en amont et en aval de l'urgence. Il lui incombe de déceler les dysfonctionnements et de participer à la recherche, à l'application et à l'évaluation des solutions mises de l'avant.

La fonction de coordonnateur est assumée à temps complet et préférablement par des médecins d'expérience. Le coordonnateur connaît les services offerts par l'établissement ainsi que la distribution des soins et des services sur son territoire.

La fonction du coordonnateur de l'urgence comprend, notamment, les volets suivants :

- coordonner la gestion des civières à l'urgence en accélérant le processus de consultation et d'accès aux services de l'installation;
- assister le médecin traitant dans la planification du recours à des ressources alternatives à l'urgence ou à l'hospitalisation;
- revoir les dossiers des usagers en attente d'admission et intervenir, selon les causes des délais d'attente, auprès des divers intervenants visés;
- veiller à l'application du plan de gestion du désencombrement de l'urgence, le cas échéant;
- collaborer avec les équipes de liaison;
- collaborer avec le coordonnateur aux admissions advenant la présence de problèmes particuliers dus au non-respect des procédures.

10.6.1.4 *Milieu d'enseignement*

Depuis plusieurs années, l'augmentation des cohortes de formation en médecine a créé un besoin croissant de milieux de stages en médecine d'urgence. Cette dimension, qui fait partie de la mission de nombreux DSMU, représente un défi particulier, les activités d'enseignement demandant un investissement de temps et d'organisation causant parfois une perturbation dans la fluidité des processus de prise en charge de la clientèle. L'enseignement doit toutefois être considéré comme un objectif de performance au même titre que d'autres activités et justifier une modulation au fonctionnement des activités de l'urgence. De façon pragmatique, en ce qui a trait à l'enseignement, il importe :

- de s'assurer que les étudiants en stage soit accueillis et qu'on leur explique le fonctionnement interne, les procédures et les protocoles de l'urgence;
- de favoriser un environnement propice à l'apprentissage;
- de structurer, de superviser et d'évaluer l'enseignement offert aux étudiants en stage à l'urgence;
- d'intégrer les activités d'enseignement aux préoccupations du comité sur la qualité des soins et des services;
- de s'assurer que l'urgence est représentée au sein du comité d'enseignement de l'établissement lorsque celui-ci existe;
- de veiller à ce que les différentes activités de formation et d'enseignement respectent les principes de qualité et de sécurité observés par le DSMU.

10.6.2 Organisation médicale d'une urgence en région rurale

La mission des urgences des régions rurales est la même que celle des urgences des milieux urbains. Elle vise à assurer l'accessibilité aux soins d'urgence au bénéfice des populations du territoire desservi. Toutefois, les établissements en région rurale offrent des services de santé en fonction de leur capacité et des ressources à leur disposition. Bien que ces milieux souffrent parfois de pénurie de ressources médicales de façon chronique, le maintien de l'accès ne saurait être discuté. En effet, les populations qui y ont accès sont dépendantes des services offerts localement lorsque les soins urgents ne sont pas disponibles à l'intérieur d'un temps d'accès raisonnable. Il revient aux établissements de définir les modalités d'offre de service des soins urgents sur son territoire.

Ces installations doivent pouvoir compter sur des procédures de transfert rapide lorsqu'elles ne disposent pas localement des ressources spécialisées requises pour prendre en charge un usager. À cet égard, comme en centre urbain, une bonne connaissance des services offerts par le CISSS/CIUSSS et le RLS représente un élément incontournable du fonctionnement de l'unité d'urgence et du centre hospitalier.

De plus, les instances régionales doivent s'assurer de la mise en place de protocoles d'ententes interinstallations reconnues auxquels participent les CISSS/CIUSSS et les RUISSS. Ces ententes touchent, entre autres, les principales pathologies observées à l'urgence et dont le traitement dépasse la capacité de l'installation. Les principes de transfert sont établis en fonction de la

hiérarchisation des services requis et respectent les modalités décrites à la directive ministérielle concernant les transferts interétablissements.

Au-delà de leur mission propre, les urgences rurales prodiguent encore souvent, pour des raisons d'organisation et de disponibilité des ressources médicales, des services de première ligne qui pourraient être rapatriés au sein des GMF et des cliniques du territoire. Bien que ces activités soient parfois assurées par l'urgence depuis longtemps, elles doivent faire l'objet de réorientation vers le milieu dûment mandaté si les conditions le permettant sont présentes.

10.6.2.1 *Présence médicale à l'urgence en région rurale*

L'organisation médicale en région rurale favorise le recrutement à l'urgence d'un médecin polyvalent, apte à offrir d'autres services médicaux tout aussi essentiels pour la communauté tels que : l'obstétrique, la pédiatrie, la prise en charge de clientèles vulnérables et les soins palliatifs. De ce fait, le travail à l'urgence ne constitue pas l'unique activité du médecin d'urgence en région, bien que l'installation doive considérer la présence en permanence d'un médecin à l'urgence comme une priorité.

L'établissement, le DSMU et le département de médecine générale déterminent par règlement interne le nombre de quarts de travail qu'un médecin doit offrir à l'établissement, en tenant compte de l'équipe médicale présente à l'urgence. Si le nombre de médecins est insuffisant, il importe de prévoir des mesures pour pallier ce problème et éviter de surcharger l'équipe médicale déjà présente. Le DSP s'assure que la charge de travail est équitablement distribuée entre tous les membres du département de médecine générale, dont les médecins de l'urgence.

Par ailleurs, il importe de spécifier que, lorsque cela est possible et que le nombre de médecins est suffisant, l'établissement a tout avantage à avoir dans son équipe quelques médecins qui ont choisi de faire de l'urgence leur activité principale. Par contre, si le nombre de médecins est restreint, ce choix crée une grande vulnérabilité en cas de départ et engendre un haut risque d'interruption de service. Toutefois, l'offre de prestation de services médicaux par un médecin doit être considérée même si elle comporte des particularités compliquant parfois l'élaboration des horaires de garde. Il revient à l'établissement et au médecin de trouver un compromis satisfaisant les besoins populationnels, ceux de l'établissement et ceux du médecin impliqué.

10.6.2.2 *Soutien à l'équipe médicale en place*

Les CISSS en région rurale mettent en place un mode de communication qui permet un accès facile et rapide au réseau préhospitalier ainsi qu'aux spécialistes des centres de référence. L'utilisation de la visioconférence et l'envoi des radiographies par imagerie numérique (systèmes PACS, téléradiologie) sont aussi des atouts importants pour les régions et territoires particulièrement éloignés. Les RUISSS contribuent à mettre en place des liens entre les régions rurales et universitaires.

Certains éléments apparaissent opportuns pour faciliter le travail du médecin à l'urgence :

- création et mise en application de protocoles d'entente avec des installations de plus haut niveau pour les transferts, lorsque requis, et les consultations à distance;

- recours à la télésanté;
- formation continue adaptée;
- soutien médical pour le médecin moins familier avec les situations complexes;
- disponibilité des médecins du territoire pour combler les besoins de l'urgence;
- procédure de rappel en période de grand achalandage.

En région rurale, le médecin spécialiste agit habituellement à titre de consultant tout en offrant certains services thérapeutiques et diagnostiques de sa spécialité, sans toutefois prendre en charge les usagers hospitalisés.

10.6.2.3 *Formation en soins critiques*

La complexité de la tâche à l'urgence est un facteur de stress largement reconnu pour le personnel médical et cette complexité apparaît d'autant plus grande en région rurale. Elle s'explique par l'isolement du médecin et l'absence de ressources médicales spécialisées immédiatement disponibles. À cet effet, la formation continue revêt toute son importance et permet aux médecins et aux infirmières d'améliorer leurs connaissances et leur performance en présence de situations complexes.

Au Québec, des mesures visant à maintenir les compétences ont été conçues à l'intention des médecins omnipraticiens. En effet, ceux-ci ont accès à vingt jours de ressourcement par année si leur lieu de pratique est dans une région désignée, et à 7 jours si leur lieu de pratique est situé dans une région non désignée. Il est également possible de planifier son propre programme de perfectionnement grâce au cumul des jours de ressourcement, ou encore à l'aide d'une bourse de perfectionnement.

10.6.2.4 *Mécanisme de dépannage*

Dans les régions rurales, il est souvent difficile d'assurer l'accessibilité des services médicaux dans les urgences. L'article 30.00 de *l'Entente générale des médecins omnipraticiens* prévoit un mécanisme de dépannage et en balise le fonctionnement.

Une installation peut donc bénéficier du mécanisme de dépannage ainsi institué et faire appel à des médecins pratiquant à l'extérieur de son territoire afin d'assurer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle ou l'ajout ponctuel des ressources nécessaires pour compléter les horaires de garde. Les modalités de cette entente appliquent des conditions de rémunération et de remboursement du temps et des frais de déplacement des médecins omnipraticiens qui y sont inscrits et, de ce fait, autorisés à effectuer du dépannage. Pour avoir recours à ce mécanisme, l'établissement doit préalablement obtenir l'autorisation du Comité paritaire FMOQ-MSSS sur le *Dépannage*.

Le mécanisme de dépannage constitue un levier, parfois incontournable, au maintien de l'accessibilité aux soins urgents et essentiels à la population. Le médecin dépanneur doit adapter sa pratique aux règles, aux procédures et aux coutumes de l'établissement ainsi que respecter ses obligations déontologiques. Comme stipulé au Code des professions et par le CMQ, le médecin est responsable des examens demandés et doit convenir d'une procédure pour que les rapports

de ces examens soient analysés et qu’au besoin, un suivi soit assuré. L’établissement doit soutenir le médecin omnipraticien dépanneur afin de favoriser l’application de ces mesures.

10.6.2.5 *Activités prioritaires et partage des tâches*

Devant un risque d’interruption de services à l’urgence, le DSP et le chef du département d’urgence revoient les activités de tous les médecins de l’installation. Tous les efforts sont initialement orientés vers la recherche de solutions locales en vue de maintenir les activités à l’urgence. Il est inacceptable d’envisager la fermeture de celle-ci.

De plus, l’équipe des médecins spécialistes de l’installation, lorsque présente, doit aider l’urgence par une révision de ses activités. Ce soutien peut se manifester par une plus grande disponibilité des médecins, ou encore par le soutien accordé par les spécialistes aux médecins non familiers avec la prise en charge de pathologies complexes.

10.6.2.6 *Risque de fermeture de l’urgence*

La fermeture de l’urgence est un risque potentiel, particulièrement présent en région rurale, en raison du manque d’effectifs. Cependant, l’urgence est un service essentiel et sa fermeture n’est pas acceptable, tant en région rurale qu’en région urbaine.

Dès qu’il y a un risque imminent de rupture des services de l’urgence, l’installation applique son plan d’action (plan de contingence), qui inclut minimalement les mesures suivantes :

- le DSP, le chef médical de l’urgence et le chef du département de médecine générale doivent solliciter l’aide et la collaboration des médecins du département de médecine générale afin d’éviter toute interruption de service à l’urgence. Le DSP doit également solliciter le soutien des médecins spécialistes. Ceux-ci sont en mesure de soutenir le département de médecine générale en difficulté en révisant, de façon temporaire, leur participation aux activités liées à l’hospitalisation;
- le spécialiste qui accepte de prendre à sa charge des usagers hospitalisés contribue à réduire la tâche des équipes de médecine générale, ce qui permet d’accroître la disponibilité des médecins omnipraticiens à l’urgence;
- le chef médical de l’urgence doit réviser à la hausse les heures de disponibilité de chaque médecin pour assurer le maintien des services de l’urgence;
- le chef médical de l’urgence et le DSP doivent modifier les heures de présence à l’urgence pour assurer une meilleure répartition des effectifs médicaux, par exemple instaurer une couverture de 24 heures à l’aide de 2 quarts de 12 heures plutôt que 3 quarts de 8 heures ou encore, 1 quart de 10 heures jumelé à 1 quart de 14 heures, si cela n’est déjà fait;
- le DSP doit solliciter le soutien de l’établissement afin d’entreprendre des actions auprès des autres installations de son territoire : faire appel au soutien des médecins de la région en leur demandant d’inscrire leur nom à la liste de garde ou de participer à des activités liées à l’hospitalisation;
- le DSP ou l’établissement doit obligatoirement aviser la Direction des services d’urgence du MSSS de la problématique afin de bénéficier de soutien et de conseils.

10.6.3 Quantification et qualification

Depuis 2017, le MSSS propose une méthode de quantification des effectifs médicaux dans les urgences du Québec. Ces travaux ont permis d'assurer une répartition plus juste et équitable des ressources en fonction des activités et des besoins des établissements. Cette méthodologie est notamment reprise dans le calcul et l'élaboration de la répartition des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille.

Le modèle de quantification entre les installations des différents établissements est basé sur cinq volets :

- visites réalisées;
- heures travaillées;
- reconnaissance de la nature du travail aux urgences sur la charge de travail perçue;
- établissement du besoin en effectifs médicaux dans les urgences;
- particularités des spécialistes en médecine d'urgence.

Le présent document décline les orientations ministérielles en lien avec la *Quantification des effectifs médicaux* et en précise la teneur.

Découlant des travaux sur la quantification des effectifs médicaux, le MSSS a par la suite publié des lignes directrices sur la *Qualification de la main-d'œuvre médicale*. Au Québec et au Canada, nous retrouvons trois types de formations médicales aboutissant à un travail dans les urgences :

- formation en médecine familiale : formation permettant un travail diversifié et une pratique mixte entre les services d'urgence, la prise en charge, l'hospitalisation ou d'autres champs de pratique;
- formation complémentaire en médecine d'urgence : année complémentaire de formation en médecine d'urgence pour les finissants en médecine familiale permettant de consolider les acquis de la résidence pour acquérir les aptitudes à prodiguer des soins d'urgence plus avancés;
- formation en médecine spécialisée d'urgence : résidence spécialisée de cinq ans permettant d'acquérir des compétences cliniques larges pour toutes les situations d'urgence ainsi que des compétences dans des domaines de pointe, en plus de contribuer au développement de la médecine d'urgence.

Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) calculé par le MSSS se divise entre les médecins de famille et les médecins spécialistes, dans deux systèmes d'octroi différents. Ces orientations seront utilisées pour planifier les plans d'effectifs médicaux (PEM) et pour planifier le besoin des postes de résidence pour la formation complémentaire en médecine d'urgence et en spécialité d'urgence.

10.7 AUTRES PROFESSIONNELS DE L'URGENCE

10.7.1 Pharmacien

Le département de pharmacie de l'installation de santé assure à l'urgence les services pharmaceutiques nécessaires à la prestation de soins sécuritaires et efficaces.

Le chef du département de pharmacie et le chef de l'urgence définissent localement le niveau de services pharmaceutiques qui doit correspondre aux besoins de l'unité. Certains facteurs doivent être pris en compte, notamment :

- la catégorie de l'urgence et les services médicaux spécialisés qu'elle offre, le cas échéant;
- les spécificités propres à la population qui reçoit des services;
- le nombre de pharmaciens disponibles à l'installation;
- les problèmes relevés à l'urgence en matière d'usage de la médication.

Le niveau de services pharmaceutiques offert à l'unité, incluant, le cas échéant, la présence physique de pharmaciens, peut être déterminé en corrélation avec les services offerts par le DSMU. Des mesures structurantes sont établies pour maximiser la révision des ordonnances en tenant compte des ressources disponibles, des priorités cliniques et de la sécurité des usagers.

Le département de pharmacie est impliqué activement dans la sélection des médicaments disponibles localement à l'urgence (y compris les quantités requises) de même qu'en ce qui concerne leurs règles de conservation et d'utilisation (par exemple les protocoles), selon des données probantes.

Il fournit au DSMU un service d'information sur l'usage des médicaments et s'implique activement dans la planification et la préparation à la réponse aux sinistres auxquels l'urgence est le plus susceptible d'être confrontée.

Le pharmacien fait partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire à l'urgence. Il soutient le processus de prescription et effectue le suivi de la thérapie médicamenteuse pour en assurer la sécurité et en favoriser un usage optimal. Il a également un rôle important auprès de la population âgée, notamment en complétant une histoire médicamenteuse rigoureuse afin d'établir un lien pharmacologique avec la présentation clinique de l'usager. Il assure une vigie active pour l'utilisation de médication potentiellement inappropriée pour la personne âgée et émet des recommandations sur les choix de médicaments, les doses, l'administration et la compliance.

La prestation de soins pharmaceutiques directs à l'urgence, par un pharmacien, priorise les usagers nécessitant soit une polymédication importante, une atteinte grave, le recours à l'utilisation de médicaments à index thérapeutique étroit, l'utilisation de médicaments à potentiel d'effets indésirables sévères ou une atteinte toxicologique. L'ensemble des intervenants de l'urgence est bien au fait des situations où l'intervention du pharmacien est prioritaire.

Le département de pharmacie, en collaboration avec l'urgence et avec le soutien des autres professionnels concernés, doit s'assurer de mettre en place une procédure permettant d'initier rapidement le bilan comparatif des médicaments (BCM) de tous les usagers à l'urgence.

Il établit avec l'urgence des procédures permettant d'assurer une liaison efficace avec les pharmaciens communautaires des usagers, à leur départ de l'urgence, particulièrement lorsque des changements majeurs ont été apportés à la médication d'un usager ou qu'un suivi spécifique de la thérapie médicamenteuse doit être assuré.

10.7.2 Travailleur social

Le travailleur social œuvre de concert avec les autres professionnels de la santé et tout particulièrement avec l'infirmière clinicienne de liaison en santé physique et l'assistante infirmière-chef de l'urgence. Il intervient entre autres auprès d'usagers ayant des problèmes d'ordre psychosocial.

Il est essentiel de pouvoir compter sur la disponibilité d'au moins un travailleur social pour l'urgence. Il doit connaître tous les corridors de services et les protocoles d'entente établis avec les ressources externes (première ligne). De plus, l'intégration à l'équipe de l'urgence d'un travailleur social venant des services de première ligne pour effectuer l'évaluation et le suivi d'usagers favorise une PEC plus rapide de ceux-ci dans la communauté et, par conséquent, réduit la durée de leur séjour, tant à l'urgence que dans les unités de soins.

La plage de couverture minimale que doit assurer le travailleur social d'une unité d'urgence est de 8 heures par jour, 7 jours par semaine. Lorsque, par manque de ressources, la présence du travailleur social ne peut être envisagée pour tous les horaires, il est pertinent d'instaurer un système de garde local ou d'établir la garde sur une base régionale, avec la collaboration des travailleurs sociaux du CISSS/CIUSSS.

Dans les urgences suffisamment achalandées, un travailleur social doit être disponible rapidement (en moins d'une heure) tous les jours de semaine, de 8 heures à 20 heures, et la fin de semaine, de 8 heures à 16 heures. L'établissement évalue les besoins de sa clientèle en la matière et ajuste ses ressources en conséquence.

Le travailleur social a, entre autres, les tâches suivantes :

- procéder à l'évaluation psychosociale sommaire et participer à la PEC des usagers devant être admis et dont le séjour risque d'être prolongé tout en tenant compte du fait qu'ils sont connus ou non du SAD;
- intervenir dans les situations où des abus sont confirmés ou soupçonnés et faire le lien, s'il y a lieu, avec la direction de la protection de la jeunesse, et offrir du soutien et de l'information sur les ressources appropriées dans les situations de violence familiale et d'agression sexuelle;
- évaluer les besoins des personnes éprouvant des problèmes de perte d'autonomie, d'itinérance, de dépendance à certaines drogues ou à l'alcool, ou affectées par tout autre problème social, et établir les liens nécessaires avec les services de dépannage

social et les centres de crise, de gestion de l'intoxication, d'hébergement et d'aide financière.

De plus, le travailleur social partage certaines responsabilités avec les infirmières cliniciennes de liaison en santé mentale ou physique.

10.7.3 Inhalothérapeute

La présence d'un inhalothérapeute est justifiée pour offrir des soins aux personnes souffrant de MPOC, d'asthme ou d'insuffisance cardiaque, et aux usagers intubés ou nécessitant un support ventilatoire actif ou non invasif. En tant que partie intégrante de l'équipe clinique de l'urgence, l'inhalothérapeute contribue à la prise en charge de ces usagers et peut parfois faire la liaison avec les services de soutien en externe pour assurer un retour à domicile sécuritaire.

10.7.4 Physiothérapeute et ergothérapeute

Afin de diminuer le temps de séjour à l'urgence ou d'éviter une hospitalisation, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes sont en mesure d'effectuer des consultations à l'urgence et de faire des recommandations à l'équipe soignante quant à la capacité fonctionnelle et aux possibilités de retour à domicile de certains usagers. Leur intégration à l'intérieur des équipes interdisciplinaires leur permet de participer au dépistage précoce et d'intervenir auprès des usagers en perte d'autonomie afin de prévenir les réadmissions à l'urgence.

Pour les usagers dont l'autonomie fonctionnelle est mise en doute lors d'une évaluation pour congé, l'obtention de l'avis d'un physiothérapeute ou d'un ergothérapeute représente un complément d'évaluation nécessaire à leur sécurité.

Enfin, l'intégration active des physiothérapeutes dans l'évaluation des clientèles peut également permettre d'optimiser des épisodes de soins. À titre d'exemple, le physiothérapeute peut évaluer une condition musculosquelettique d'un usager et émettre une recommandation pour le médecin d'urgence. Plusieurs modèles existent dans les urgences du Québec où cette interdisciplinarité propose des innovations efficaces dans la prise en charge des usagers.

10.8 PERSONNEL DE SOUTIEN

Le personnel de soutien contribue au bon fonctionnement de l'urgence. Sa polyvalence permet d'optimiser la qualité et la sécurité des soins offerts.

10.8.1 Responsable du transport des usagers

La fonction du responsable du transport à l'interne des usagers peut être intégrée à celle du préposé aux bénéficiaires ou ajustée selon le mode d'organisation du milieu. Cet employé est responsable du transfert des usagers et de l'acheminement des spécimens. Il doit aussi accompagner les usagers qui ont besoin d'aide pour monter dans une voiture ou en descendre et

s'occuper du transport de matériel et de médicaments. Il contribue également à l'accompagnement des usagers à leurs différents examens et facilite leurs déplacements.

Dans les urgences achalandées, il peut s'avérer important de désigner des personnes différentes aux soins des usagers et aux transports, afin d'éviter que l'une ou l'autre tâche ne soit négligée.

Il peut sembler avantageux d'installer un système central de transport des usagers, mais il faut s'assurer que les besoins de l'urgence sont respectés et même priorités, considérant que l'espace parfois restreint et le nombre important de personnes s'y trouvant mènent facilement à une situation de congestion.

Le principal aspect à considérer dans le choix d'organisation d'un système touchant le déplacement des personnes et des prélèvements est l'efficacité avec laquelle celui-ci permet de répondre aux besoins de la clientèle de l'urgence.

10.8.2 Responsable du matériel

La fonction de responsable du matériel peut être assurée en tout ou en partie par les préposés aux bénéficiaires. Une personne doit cependant être désignée pour exercer cette fonction. Un système permettant de recevoir à temps le matériel nécessaire est mis en place sous la responsabilité du service d'approvisionnement de l'établissement et assure un approvisionnement constant, même en situation de grand achalandage.

L'équipe des préposés assure la continuité pour les besoins imprévus. Les fonctions du responsable du matériel sont les suivantes :

- nettoyer et décontaminer le matériel et les équipements;
- remplacer le matériel et voir à ce qu'il y en ait toujours en quantité suffisante;
- maintenir l'ordre et la propreté dans les aires de soins.

Il serait avantageux de considérer la possibilité que les services de génie biomédical, de stérilisation et de distribution soient responsables de l'entretien du matériel de l'urgence et de son approvisionnement constant en fournitures. En ce sens, des ententes doivent être établies entre les gestionnaires des différents services afin d'établir les modalités d'entretien et de suivi pour l'urgence.

Notons également qu'une personne responsable du matériel prévoit la mise à jour et l'intégration de nouveaux équipements, en partenariat avec le chef d'unité et le chef médical. Ces commandes et achats doivent répondre aux besoins cliniques évoluant de l'urgence, mais également des pratiques innovantes en médecine d'urgence.

10.8.3 Technicien en administration

Le technicien en administration permet aux gestionnaires de l'urgence d'accorder le temps requis au volet clinique de la gestion de l'urgence.

Il produit et gère les horaires de travail, de vacances et de formation du personnel, tient à jour le registre des absences, commande le matériel et les équipements, maintient à jour l'inventaire,

participe au contrôle budgétaire, apporte son soutien technique à l'organisation de réunions et exécute différentes tâches administratives à la demande du chef médical de l'urgence et du chef d'unité de l'urgence.

Selon les activités de l'urgence, il peut s'avérer utile d'ajouter un agent administratif classe 2 pour un soutien technique et en secrétariat.

10.8.4 Agent de sécurité

L'agent de sécurité est en mesure d'apporter son aide dans les situations pertinentes, principalement en présence d'usagers agressifs. Tout en contrôlant la circulation des usagers dans la salle d'attente et les corridors adjacents, il peut orienter les personnes accompagnantes ou les usagers vers les locaux ou services recherchés.

Il doit tout particulièrement veiller à la protection du personnel de nuit, surtout dans les urgences à faible achalandage, où le personnel est parfois réduit à une ou deux infirmières. Cela implique qu'il bénéficie d'une formation appropriée et joue un rôle actif dans les situations qui le justifient.

10.8.5 Bénévoles

Les bénévoles peuvent collaborer grandement avec l'équipe soignante. Présents à l'entrée de l'urgence, ils peuvent diriger les usagers au triage dès leur arrivée.

Dans les salles d'attente, la présence des bénévoles permet de calmer et de rassurer les usagers et les visiteurs, qu'il s'agisse d'enfants, de personnes âgées en perte d'autonomie ou de familles éprouvées. Ils peuvent également orienter les visiteurs vers les endroits recherchés, libérant ainsi les agents de sécurité ou le personnel de l'urgence de ces tâches supplémentaires.

10.9 MESURES CONCERNANT L'ATTRACTION ET LA RÉTENTION DES EFFECTIFS

La plupart des régions et des établissements sont touchés par une pénurie réelle ou relative des effectifs infirmiers et d'autres catégories de professionnels, ce qui limite les possibilités de réorganisation du travail et la mise en place de mesures visant à diminuer l'encombrement de l'urgence. Les gestionnaires de l'urgence optimisent les ressources humaines de l'unité en assurant les bonnes pratiques de gestion visant l'attraction de nouvelles ressources et la rétention de son personnel expérimenté. La rétention du personnel est un facteur important dans la gestion de la pénurie des effectifs de par le maintien de l'expérience des soins d'urgence au sein de l'équipe. À ce titre, la création ou le maintien d'un sentiment d'appartenance pour les membres du personnel, une grande collaboration interprofessionnelle, un climat de travail positif ou encore une saine gestion des horaires ne sont que quelques stratégies permettant de maintenir le personnel de l'urgence en place (Sawatzky et al., 2012, Wan et al., 2018).

Pour apporter des solutions à la pénurie d'effectifs, plusieurs mesures peuvent être appliquées à différents niveaux, tant local, régional que provincial. Les gestionnaires de l'urgence assument

dans leur rôle d'encadrement cette responsabilité en faisant preuve de créativité dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action visant à corriger la situation, et cela, à court, moyen et long terme.

Les stratégies de gestion du personnel misent sur la stabilité des effectifs et la création d'un sentiment d'appartenance à l'urgence. Divers leviers sont disponibles pour atteindre ces objectifs. En voici quelques-uns :

- favoriser le développement continu des compétences **(par exemple développement, faire des simulations interdisciplinaires, assister à des formations ou congrès pour la formation continue);**
- établir un processus d'orientation adapté et une intégration progressive;
- optimiser l'utilisation des ressources par une révision de l'organisation de travail. À cet effet, il est pertinent de mettre en place un comité d'amélioration continue du travail auquel participent toutes les catégories de personnel pour que les activités soient réalisées par les bons intervenants et pour optimiser le temps consacré aux soins d'usagers;
- améliorer la gestion des horaires. Un aménagement plus souple des horaires de travail permet au personnel de mieux concilier travail et vie personnelle tout en favorisant le développement d'un sentiment d'appartenance au DSMU.

En plus de revoir les horaires de travail traditionnels (par exemple un horaire de 12 heures), il faut innover en vue de maintenir un environnement de travail sain favorisant la qualité des soins. La politique des heures supplémentaires obligatoires est à éviter. Il est indiqué de se préoccuper de la gestion de la présence au travail et d'assurer le suivi de certains indicateurs tels que le taux de rotation et de maladie prolongée. Un recours au programme d'aide aux employés (PAE) peut aider le groupe à déterminer les aspects de l'organisation du travail qui peuvent être source de malaise ou d'insatisfaction chez le personnel.

Il est impératif de favoriser un climat de travail positif qui permet aux membres du personnel de centrer toute leur attention sur les soins à prodiguer.

La confiance, élément indispensable à la cohésion de l'équipe, exige une bonne communication à tous les paliers. Les efforts pour améliorer le climat de travail doivent être constants et faire partie du plan d'action de l'équipe de gestion, qui veille à tenir des rencontres hebdomadaires avec les membres du personnel en vue de transmettre et de partager l'information. Dans la recherche de solutions face aux besoins ponctuels de réorganisation du travail, il est essentiel de faire appel à des représentants de l'équipe des infirmières, à des médecins et à d'autres professionnels et employés concernés.

Lorsqu'il devient nécessaire d'assurer un processus de recrutement plus soutenu, il est d'intérêt d'adopter des stratégies gérées par une équipe de recrutement spécialisée provenant de la direction des ressources humaines. Les stratégies les plus couramment utilisées sont :

- la titularisation des postes;
- l'accord de contrats de travail compétitifs sur le marché;

- la révision des critères de sélection des infirmières;
- l'accès des CEPI à des domaines spécialisés grâce à une orientation personnalisée;
- la création de postes intégrés à une équipe volante spécialisée ou de postes permettant le jumelage de travail partagé entre deux unités de soins critiques pour les personnes dont le plan de carrière s'y prête;
- l'augmentation du nombre de postes à temps complet pour les titulaires offrant plus de disponibilité;
- la tenue d'un « salon des postes » dans l'établissement pour pourvoir plus rapidement un plus grand nombre de postes.

10.9.1 Gestion du stress

L'urgence est un milieu propice au stress psychologique. L'activité quotidienne d'une urgence expose régulièrement ses intervenants à des stress significatifs pouvant se prolonger après le « traumatisme » (échec d'une réanimation, usagers agressifs et revendicateurs, situations pédiatriques, etc.). Les tensions supplémentaires qui sont imposées au personnel des urgences viennent augmenter le risque de stress psychologique. Par ailleurs, les infirmières sont régulièrement sollicitées en vue de faire des heures supplémentaires, ce qui les expose à l'épuisement et aux erreurs.

Le gestionnaire de l'urgence prévoit des mécanismes de prévention qui permettent d'éviter que des situations ponctuelles dégénèrent en problèmes majeurs ou chroniques.

Des séances régulières de retour sur les événements (*débriefing*) après une situation à fort potentiel de stress peuvent être organisées à l'intention de l'ensemble du personnel, y compris les médecins. Cet aspect est souvent négligé dans les activités de soutien continu du personnel; ces séances aident à la réduction des tensions, allant jusqu'à favoriser l'amélioration des gestes et des attitudes lors d'événements subséquents.

Les services d'aide au personnel des établissements reconnaissent les risques de désordres psychologiques dans les urgences, et cela, plus particulièrement dans les fortes périodes d'achalandage.

10.9.2 Mécanismes de protection du personnel

La présence d'individus agressifs, armés ou violents est une situation qui se produit de façon répétée à l'urgence. La violence des usagers peut parfois ne pas être attribuée à une condition de santé sous-jacente (par exemple un symptôme d'un problème de santé mentale décompensé ou d'un délirium), peut être tributaire à la consommation de drogues ou encore découlée d'une frustration, de la part de l'utilisateur, aux délais d'attente (Spelten, 2020). À ce titre, un plan de gestion de ces situations doit être mis en place et appliqué de façon rigoureuse afin d'assurer la sécurité de l'ensemble des personnes se trouvant sur les lieux.

L'établissement prévoit l'adoption d'une politique et d'une procédure « tolérance zéro » permettant aux membres du personnel de l'urgence de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer leur sécurité et celle des lieux. Ces mesures peuvent comprendre l'avertissement verbal,

la surveillance par un agent de sécurité et même, l'expulsion d'un usager ou visiteur si sa condition de santé le permet. Sous aucune considération les membres du personnel de l'urgence ne devraient tolérer des comportements à risque, violents et inappropriés.

Une équipe de contrôle physique, ayant une formation appropriée et reconnue, permet de contrôler la situation et de maîtriser ces individus. L'ensemble du personnel soignant doit toutefois adéquatement anticiper et désamorcer ces situations. En présence d'un individu récalcitrant, le personnel doit déclencher le *code blanc* (contrôle physique d'un usager violent) en utilisant un bouton destiné à cette fin (situé à des endroits stratégiques) ou un numéro prioritaire le mettant immédiatement en contact avec la téléphoniste. Un agent de sécurité doit également être disponible pour porter assistance aux membres de l'équipe d'intervention.

Une intervention rapide des services policiers peut parfois s'avérer nécessaire pour les situations plus critiques. Des ententes avec les services policiers permettent d'assurer l'assistance nécessaire au personnel jusqu'à ce que la situation dangereuse soit stabilisée. Dans le cas d'une intervention policière, le responsable du personnel évalue la pertinence de faire une demande de soutien aux policiers pour une plus longue période. Les membres du personnel visés peuvent aussi procéder à une plainte formelle envers l'individu concerné.

Dans tous les cas, l'ensemble du personnel est formé pour assurer une réponse appropriée et efficace dans les situations de crise et éviter de se placer dans des situations périlleuses. Leur formation inclut la maîtrise physique des usagers agités et les techniques de pacification des états de crise.

La sécurité du personnel s'étend également à la sécurité des lieux et de l'équipement mis à sa disposition pour l'accomplissement des tâches quotidiennes. Des mécanismes de protection plus sophistiqués peuvent être envisagés dans les milieux présentant plus de risques : entrées contrôlées, caméras de surveillance, détecteurs de métal, etc.

Les usagers amenés par des policiers sont installés dans des endroits appropriés, et ce, dès leur arrivée à l'urgence. Ces usagers demeurent sous leur responsabilité jusqu'à la prise en charge par le personnel de l'urgence. Les usagers qui sont en état d'arrestation demeurent sous la responsabilité des policiers.

11 RESSOURCES DE L'INFORMATION, DES TECHNOLOGIES ET DES INSTALLATIONS

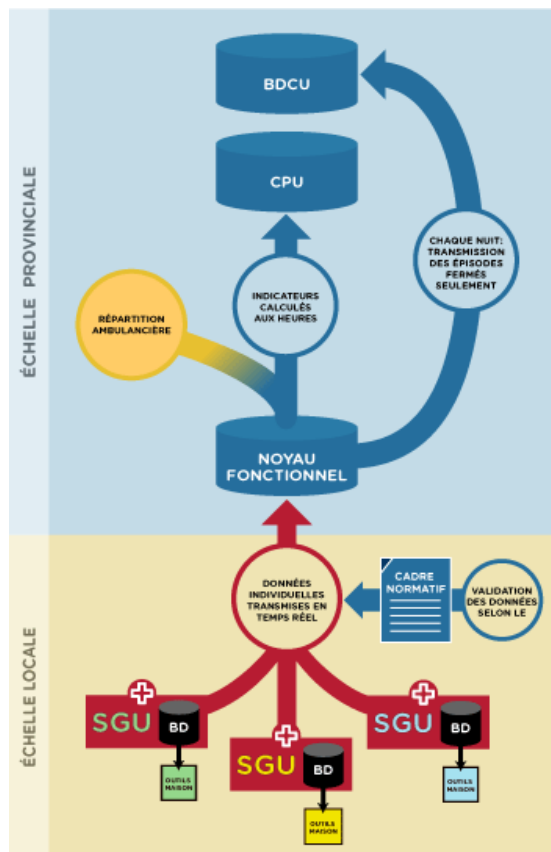
11.1 SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION DES URGENCES

La connaissance du profil des personnes fréquentant l'urgence d'une installation est essentielle à une bonne gestion des activités de cette urgence. L'analyse des données doit, entre autres, tenir compte de l'évolution des indicateurs d'achalandage, de la complexité des cas, des délais de PEC médicale et de la durée de séjour. Par ailleurs, il est indispensable de bénéficier de points de comparaison avec d'autres urgences.

Le SIGDU répond à cinq principaux objectifs :

- répondre aux exigences du Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2);
- permettre un suivi de l'épisode de soins et suivre la trajectoire de l'utilisateur de façon à évaluer la fluidité des processus et à identifier les causes possibles des problèmes rencontrés;
- analyser les répercussions des actions posées et la pertinence des investissements consentis tant dans les services d'urgence que dans un contexte d'analyse globale et intégrée du réseau de la santé et des services sociaux;
- améliorer le processus à l'intérieur des urgences en établissant les liens requis touchant la situation en amont et en aval des urgences;
- connaître le profil des personnes fréquentant l'urgence d'une installation.

C'est dans le Système de gestion de l'urgence (SGU) que seront saisies toutes les données des usagers pour chaque épisode de soins, ultimement acheminées dans cette structure du SIGDU. Il est donc nécessaire de comprendre l'étroite relation entre la qualité de la saisie des données dans les SGU locaux pour que l'architecture SIGDU puisse interpréter, avec précision, le contexte des services d'urgence. En ce sens, la représentation graphique ci-dessous permet de comprendre la relation entre les SGU des différentes installations au Québec, le noyau fonctionnel recevant ces données, la Console provinciale des urgences (CPU) et la Banque de données communes des urgences (BDCU). Cette chaîne de transmission permet de consolider toutes les données relatives aux épisodes de soins dans les urgences, malgré l'utilisation de différents systèmes informatiques dans les installations.



Ici, une représentation graphique permet de comprendre la relation entre les SGU des différentes installations au Québec, le noyau fonctionnel, la CPU et la BDCU.

11.1.1 Fiabilité des données

Afin d'assurer une utilisation judicieuse du SIGDU et l'obtention d'analyses objectives appuyant une bonne gestion, les données saisies dans le système doivent être exactes et fiables. Plus particulièrement, la fiabilité des données dépend principalement des éléments suivants :

- l'importance accordée à la rigueur des différents processus reliés à la saisie des données, notamment l'exactitude des dates et heures de réalisation des différentes étapes du processus de soins;
- le respect du *Cadre normatif du SIGDU* en vigueur;
- la présence et l'application d'une démarche d'évaluation de la qualité des éléments concernés;
- un processus de délégation de responsabilités aux gestionnaires de l'urgence touchant l'exactitude et la fiabilité des données.

L'analyse des informations disponibles provenant du SIGDU permet de juger de la qualité et de la pertinence des orientations et des décisions prises au regard de la qualité globale des soins et services prodigués à la population.

11.1.2 Indicateurs

L'évaluation continue de la performance est essentielle pour toute urgence soucieuse d'améliorer ses processus et ses résultats. Toutefois, il faut rappeler que la performance d'une urgence ne peut être isolée des facteurs plus systémiques touchant la gestion du flot d'utilisateurs de l'installation et de son établissement. La performance dépend également des conditions émergentes reliées à l'organisation des soins en amont et en aval de l'installation.

À sa plus simple expression, la performance est souvent définie comme étant la capacité qu'a une organisation d'atteindre ses objectifs. En santé, elle est souvent subdivisée en plusieurs dimensions afin d'en faciliter la compréhension et l'évaluation. Le MSSS s'est doté, en 2012, du *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, qui met de l'avant huit dimensions : accessibilité, équité d'accès, efficacité, sécurité, réactivité, continuité, efficacité et viabilité.

Définition des 8 dimensions de la performance au MSSS

Accessibilité	Équité d'accès
Capacité de fournir les soins et les services requis à l'endroit et au moment opportuns	Capacité de fournir les soins et les services en fonction des besoins et sans égard aux caractéristiques personnelles non reliées aux besoins comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc.;
Efficacité	Sécurité
Capacité d'améliorer la santé et le bien-être	Capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population
Réactivité	Continuité
Capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers	Capacité de fournir les soins et les services requis de façon intégrée et coordonnée
Efficience	Viabilité
Capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières et informationnelles) de façon optimale	Capacité, considérée sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles, de répondre aux besoins présents et futurs de la population

À la suite de la réforme de l'organisation et de la gouvernance du réseau en 2015, le MSSS a choisi d'orienter ses travaux de performance dans une perspective plus opérationnelle. Cette nouvelle orientation requiert que les principaux acteurs puissent facilement s'approprier l'information produite afin de trouver rapidement des leviers pour le changement. Par conséquent, au MSSS, les travaux de mesure et d'analyse de la performance souscrivent à ce cadre et s'appliquent à des projets d'amélioration circonscrits afin d'en mesurer les effets à long terme, autant pour les objectifs spécifiques du projet que sur le plan systémique. La réalisation des travaux de mesure et d'analyse de la performance suit une stratégie adaptative qui a pour objectif d'encadrer le processus (validation de la problématique, sélection, calcul et développement des indicateurs)

visant à mesurer, à analyser et à suivre l'évolution de la performance pour les différents objets prioritaires et projets ministériels.

En appliquant ces notions aux urgences, et malgré les efforts considérables consentis au suivi de certains délais, il convient de souligner que :

- la performance est un concept multidimensionnel qui ne peut se réduire qu'à l'appréciation de l'accessibilité (délais et temps d'attente);
- l'évaluation de la performance nécessite une approche systématique et structurée abordant les structures, les processus et les résultats de l'urgence en lien avec les réseaux et les trajectoires de soins auxquels ils sont intimement associés.

L'étendue du concept ne doit pas représenter un frein à la mise en place d'un programme d'appréciation de la performance. Une fois que les demandes reliées à l'accessibilité immédiate sont prises en considération, l'urgence demeure responsable de développer une approche systématique complémentaire dans l'évaluation de sa performance. Le choix des autres indicateurs de performance doit refléter sa vision, sa mission particulière et les objectifs cliniques partagés avec ceux de l'établissement ou du réseau auquel il est intégré.

En respect de ces principes, les indicateurs sélectionnés doivent répondre à certains critères, tels que ceux présentés dans le *Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux* :

Qualité des indicateurs

Critère de sélection	Description
Pertinence	Déterminer un lien entre l'indicateur considéré et ce que l'on veut mesurer.
Validité	Déterminer si le lien avec l'objet de mesure est suffisamment important.
Fiabilité	Examiner si les données à partir desquelles l'indicateur est construit sont de qualité.
Faisabilité	Déterminer si les données pour le calculer existent et sont accessibles en temps opportun; si elles n'existent pas, les groupes de travail ont à établir si le fardeau et le coût de la collecte sont raisonnables.
Convivialité	S'assurer que le lien entre l'indicateur et ce qu'il mesure est facile à comprendre.
Comparabilité	S'assurer qu'entre juridictions, il y a adéquation entre les indicateurs comparés et les données.

11.1.3 Tableau de bord

Il est important de rappeler que chaque urgence doit d'abord se conformer aux attentes minimales au regard du suivi de certains indicateurs de performance touchant les aspects de délais d'accès et de processus. Ces indicateurs représentent un prérequis incontournable à tout programme local d'évaluation de la performance. Lorsque ces prérequis sont assurés, l'urgence peut étendre le spectre des indicateurs supplémentaires qu'elle juge approprié d'inscrire à ses activités d'évaluation.

De façon plus concrète, les exigences minimales touchant les indicateurs de suivi évalués systématiquement par le MSSS et la DSU sont, notamment, les suivantes :

- la DMS pour les usagers ambulatoires et sur civière à l'urgence;
- le délai de PEC médicale pour les usagers ambulatoires et sur civière à l'urgence;
- le pourcentage des usagers ambulatoires réorientables qui ont été réorientés;
- le nombre de départ avant une PEC médicale;
- le taux d'occupation des civières fonctionnelles;
- le pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière à l'urgence;
- le délai moyen entre la demande d'admission et le départ de l'utilisateur de l'urgence.

Évolutives, les cibles ministérielles des différents indicateurs pour les services d'urgence sont accessibles via le [Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux](#) en recherchant « urgence » comme mot-clé.

Pour connaître les [Ententes de gestion et d'imputabilité \(EGI\)](#) de vos établissements respectifs, veuillez consulter le portail à cet effet.

Plus spécifiquement, et conformément au [Plan stratégique 2019-2023](#), le MSSS demande aux différents établissements d'assurer le suivi des indicateurs suivants afin de réduire le temps d'attente à l'urgence et d'atteindre les cibles établies :

Indicateurs	Cibles 2019-2020	Cibles 2020-2021	Cibles 2021-2022	Cibles 2022-2023
Délai moyen de PEC médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	145 minutes	120 minutes	105 minutes	90 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	13,5 heures	13 heures	12,5 heures	12 heures

11.2 RENDEZ-VOUS SANTÉ QUÉBEC

Rendez-vous santé Québec (*RVSQ*) est un service gouvernemental harmonisé, convivial et gratuit permettant la prise de rendez-vous en ligne en médecine de famille. Il a pour objectif premier de faciliter l'accès à un professionnel de la santé offrant des services en médecine de famille pour tous les Québécois. Pour le moment, l'adhésion des médecins de famille est volontaire, sauf exception dans les GMF-R, GMF-U et CLSC. L'utilisation de RVSQ dans le RSSS faciliterait grandement l'accessibilité des usagers à leur médecin de famille.

Ce service permet de prendre rendez-vous en ligne selon trois étapes :

- avec son professionnel de la santé attitré (médecin de famille, infirmière praticienne spécialisée ou médecin résident);
- avec un autre professionnel de la santé de son groupe de médecine de famille (par exemple travailleur social);
- avec un professionnel de la santé exerçant dans une clinique à proximité d'un lieu choisi.

Un usager ne doit pas nécessairement être inscrit auprès d'un médecin de famille pour pouvoir utiliser Rendez-vous santé Québec.

La plateforme RVSQ propose également aux urgences de procéder à la réorientation des usagers ambulatoires non urgents de l'urgence en permettant aux professionnels de la santé de première ligne de consacrer certaines de leurs disponibilités à la réorientation depuis l'urgence. Dans ce contexte aussi, l'octroi de rendez-vous se fait prioritairement auprès du médecin de famille de l'utilisateur ou dans le même site clinique de pratique que son médecin de famille, et ce, pour une meilleure prise en charge et également un meilleur taux d'assiduité pour ce médecin de famille. En l'absence de disponibilités consacrées à la réorientation dans cette clinique, ou pour un usager non inscrit auprès d'un médecin de famille, l'utilisateur se verra attribuer un rendez-vous dans un autre site clinique offrant des disponibilités consacrées à la réorientation.

11.3 SYSTÈME D'ALERTE INFORMATISÉES POUR LE REPÉRAGE DES CLIENTÈLES (SAIRC)

Mandaté par le MSSS, le CISSS des Laurentides a la charge du développement et du déploiement provincial d'un système d'alerte informatique évolutif qui repère tout usager utilisateur fréquent de l'urgence :

- 5 visites ou plus dans les 12 derniers mois, comme les grands consommateurs;
- 75 ans et plus non connu du SAD;
- actif du SAD;
- suivi actuellement en DP-DI-TSA ou en santé mentale.

L'application « SAIRC » est un outil informatique qui permet de générer des alertes visant à capter la clientèle arrivant à l'urgence et répondant à certains critères. Ces alertes sont saisies par les

équipes de l'urgence et du SAD du territoire de provenance de l'utilisateur et sont générées par le croisement de différentes bases de données: SIGDU, I-CLSC et RSIPA.

Les données SIGDU sont récupérées à une fréquence régulière (par exemple à toutes les 15 minutes) et permet de rafraichir les alertes fréquemment. Ce système d'alertes informatiques permet aux intervenants en première ligne d'être informés lorsque leur clientèle se présente dans les urgences. Il permet en outre de dégager du temps pour le personnel de l'urgence, l'infirmière de liaison, les intervenants sociaux de l'urgence de même que le personnel en première ligne qui, auparavant, devait extraire les données manuellement dans le logiciel I-CLSC.

11.3.1 Objectifs du SAIRC

L'objectif du SAIRC est d'assurer la continuité des services et la prise en charge de la clientèle. Cet outil, jumelé à une bonne organisation du travail conséquente à l'utilisation de ces informations, permet ultimement une meilleure fluidité à l'urgence et un service plus approprié pour les personnes connues des équipes de première ligne qui s'y présentent.

L'outil permet donc :

- d'assurer la prise en charge rapide de la clientèle et la continuité des services entre les équipes de première ligne et les urgences pour diminuer la DMS dans celles-ci;
- d'éviter l'admission des usagers ne requérant pas de soins de santé physique;
- de partager en temps réel de l'information clinique sur la clientèle active en première ligne (SAD).

Ce système peut, par exemple, éviter des hospitalisations par une réponse à un ou à des besoins directement dans le milieu de vie de l'utilisateur en mettant en place une intensification des services par les intervenants responsables de l'utilisateur dans son CLSC.

11.3.2 Clientèles du système d'alertes informatiques

Les clientèles incluses au SAIRC sont :

- SAPA;
- DP-DI-TSA;
- santé mentale;
- grands consommateurs CHSGS;
- grands consommateurs en santé mentale.

11.4 DOSSIER SANTÉ QUÉBEC

Dans ce contexte, le DSQ offre aux intervenants participants un ensemble de renseignements cliniques partageables, facilitant le suivi médical partout en province. Il permet d'accéder rapidement à des renseignements jugés essentiels concernant les usagers qui reçoivent des soins de santé, et ce, dans toutes les régions du Québec. Concrètement, le DSQ permet de partager certains renseignements cliniques entre les cliniciens autorisés, que ceux-ci travaillent dans les

établissements de santé, les pharmacies communautaires, les cliniques médicales, tous types de GMF, les laboratoires ou les laboratoires d'imagerie médicale.

Il est disponible graduellement pour chaque usager du Québec à moins qu'il en ait manifesté son refus.

11.4.1 Contenu du DSQ

Le DSQ est alimenté par différentes sources de données reliées notamment à des :

- renseignements sur les médicaments prescrits, obtenus par l'usager dans les pharmacies participantes;
- résultats d'examens et d'analyses de laboratoire effectués dans les installations de santé participantes;
- résultats d'examens d'imagerie médicale produits dans les installations de santé participantes.

De plus, à terme, les domaines d'information reliés à l'immunisation, aux allergies et aux intolérances ainsi qu'aux sommaires d'hospitalisation seront rendus disponibles aux professionnels de la santé autorisés. Voici le contenu des *Renseignements disponibles* sur le DSQ.

11.4.2 Accès au DSQ

Restreints, les accès au DSQ sont établis selon la *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*. Cette dernière désigne les personnes pouvant être autorisées à consulter les renseignements collectés par le DSQ.

Par ailleurs, chacune des personnes autorisées à consulter le DSQ dispose d'un accès correspondant à son rôle professionnel. Le DSQ, complémentaire aux dossiers locaux, permet l'accès à des données partageables qui proviennent de tous les autres points de service du Québec où un usager a reçu des soins. Toutefois, le DSQ ne donne pas accès à certaines informations qui demeurent locales, telles que les notes du médecin, les diagnostics ou les antécédents familiaux. Vous pouvez également consulter la liste des *Intervenants autorisés* au DSQ.

12 RÉALISATION IMMOBILIÈRE

Pour répondre aux objectifs de fonctionnalité de l'urgence, l'aménagement architectural découle des besoins cliniques évalués en début de projet et non l'inverse. En fonction des travaux à réaliser, ou s'il s'agit d'un réaménagement complet de l'urgence d'une installation, des plans cliniques de l'établissement doivent être présentés au MSSS ainsi que leurs programmes fonctionnels (PF) ou leurs programmes fonctionnels et techniques (PFT), selon la nature et l'ampleur des besoins de l'installation.

D'abord, un plan clinique devra être déposé afin de bien cibler les besoins de cette urgence. Les établissements peuvent s'appuyer sur le *Guide d'élaboration du plan clinique - Répertoire des guides de planification immobilière*. Il est suggéré de contacter en début de processus la Direction des projets immobiliers du MSSS ainsi que la DSU afin de valider la démarche de planification et de programmation.

À la suite de ce dépôt, un avis de reconnaissance du besoin sera transmis. À l'approbation par le MSSS, l'établissement est informé qu'il peut procéder à l'élaboration d'un programme fonctionnel selon la *Méthodologie : Programme fonctionnel et technique - Répertoire des guides de planification immobilière*. Le PF est un document dont le contenu définit la commande qui sera adressée aux professionnels de la construction aux fins de planification et d'exécution du projet immobilier. Lors de la planification du projet, le PF permet à l'établissement de convenir des exigences relatives à l'organisation fonctionnelle, opérationnelle et physique des lieux avec les responsables et les membres du personnel des services touchés par le projet, en fonction du plan de développement clinique approuvé.

L'environnement physique de l'urgence devrait également prévoir des adaptations pour les aînés étant donné que ceux-ci représentent une proportion importante des visites à l'urgence. Il est recommandé de se référer, pour information, au *Cadre de référence : Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)* ainsi qu'au *Cadre de référence des urgences gériatriques*.

13 PLAN DE DÉSENCOMBREMENT

Malgré les différentes mesures proposées par le MSSS, les urgences du Québec doivent composer avec un engorgement de leur service, notamment en saison hivernale. Afin de contrer ce phénomène, la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), en partenariat avec les membres du RSSS, a mis à jour le plan de désencombrement des urgences. L'objectif souhaité par ce plan se traduit par une offre de soins et de services accessibles, intégrés et de qualité. Par une réduction du temps d'attente aux urgences, l'offre de service à la population est conséquemment bonifiée.

Le plan de désencombrement propose diverses pistes d'action et une gamme de solutions afin de limiter le débordement des urgences. Des mesures générales et spécifiques y sont décrites pour la clientèle ambulatoire et sur civière. Ces mesures touchent aussi des actions en amont et en aval des services d'urgence, puisque leurs effets sont tout aussi directs sur l'encombrement des urgences. Selon le niveau d'encombrement, les représentants du MSSS interviendront auprès des instances des établissements afin de comprendre, de soutenir et d'évaluer les solutions mises en place. La réussite des interventions qui y sont proposées repose sur l'implication et le partenariat des différents intervenants de la santé.

De plus, le MSSS reconnaît que des efforts doivent être déployés afin d'éduquer et d'informer la population ainsi que les travailleurs du réseau. En ce sens, les gestionnaires de la santé doivent faire preuve d'un leadership mobilisateur. Un plan de communication national permet aux responsables des communications des établissements du RSSS de s'outiller et de décliner l'information dans les différentes installations selon leur réalité régionale.

Vous trouverez en annexe le *Plan de désencombrement de l'urgence*.

14 MESURES D'URGENCE

Pour toute information spécifique relative à la pandémie de la COVID-19, veuillez-vous référer aux *Publications de la COVID-19*.

Le *Guide* ne contient pas toutes les recommandations en regard des différents codes d'urgence instaurés dans les établissements de santé au Québec (par exemple code blanc, code noir, code brun, code argent, etc.). La responsabilité de cette élaboration et de sa mise en application conforme revient aux directions générales en collaboration avec la sécurité civile des établissements. Toutefois, considérant la très grande réorganisation du service d'urgence en regard du « code orange », il demeure pertinent que d'en exposer différents principes. L'établissement a également la responsabilité d'élaborer et de définir toutes les mesures rattachées au plan d'urgence « code orange » pour chaque service d'urgence. Les grands principes attendus seront ici exposés, mais la politique et la procédure de l'établissement en fera la déclinaison spécifique et adaptée à chaque installation.

14.1 PLAN D'URGENCE : « CODE ORANGE »

Chaque urgence peut être confrontée à une situation de sinistre ou de désastre et doit être en mesure de gérer l'arrivée de multiples usagers blessés, intoxiqués ou exposés à un agent de nature chimique, biologique, radiologique ou nucléaire dans un très court délai. Un désastre se définit comme une situation où les ressources normalement disponibles pour accueillir les usagers sont inadéquates considérant le nombre de victimes et la sévérité de leur condition.

Cette section aborde ce sujet de façon générale. Les principes de base y sont décrits. Chaque établissement, et, plus spécifiquement, chaque installation, devra concevoir son plan d'urgence selon les ressources locales, la géographie, le bassin de population et selon l'analyse des risques présents sur le territoire (par exemple si l'urgence est située à proximité d'usines utilisant des produits chimiques, d'aéroports, de voies ferroviaires, d'axes routiers, de lieux de rassemblements culturels ou sportifs). Les situations à prévoir peuvent varier, mais, généralement, doivent inclure des usagers traumatisés, exposés à des substances toxiques chimiques (décontamination), radioactives (décontamination et distanciation) ou bactériologiques (isolation). Il pourrait également survenir des situations d'intoxication (par exemple au monoxyde de carbone ou à l'ammoniac) ou à toute autre situation à composantes mixtes. Le plan d'urgence code orange doit également répondre à une arrivée massive d'usagers issus d'un même évènement, tel qu'un tremblement de terre, un tireur actif ou encore un accident de la route impliquant un autobus scolaire.

Considérant que la capacité d'accueil de l'urgence sera dépassée, le plan d'urgence doit interpellier tout le centre hospitalier. Chaque département/service doit avoir son propre plan de soutien à l'urgence en cas de sinistre. Une composante importante du soutien de l'installation est de faciliter la relocalisation immédiate des usagers de l'urgence afin d'en maximiser la capacité d'accueil. Le plan d'urgence doit inclure une stratégie de rappel de personnel et de gestion des

activités (cliniques ou autres) en mode de surcapacité pendant l'intervalle de temps nécessaire pour gérer la crise. Cet intervalle peut s'étaler sur plus d'un ou deux quarts de travail.

Le plan doit prendre en considération la gestion des accès au centre hospitalier, la gestion des communications (par exemple entre les policiers et les responsables de l'urgence, une salle de presse, etc.). Le plan prévoit la gestion de la sécurité, des visiteurs, de l'arrivée et de la désignation du personnel, etc. Il doit aussi prendre en compte le fait que les modes de communication habituels (téléphones, SMS, etc.) peuvent être surchargés ou non fonctionnels. Qui plus est, les équipements entreposés (par exemple radios de communication interne) devraient avoir une inspection régulière et être opérationnels en tout temps.

Les processus de travail habituels avec lesquels le personnel est très à l'aise doivent être maintenus autant que possible. Cependant, le fonctionnement en mode code orange à l'urgence nécessite certains changements dans l'organisation des soins aux usagers, notamment en ce qui a trait au triage, à la répartition des aires de travail et des tâches ainsi qu'aux effectifs requis. Il va sans dire qu'un effort particulier doit être apporté à la fluidité des déplacements des personnes prises en charge et que le séjour dans les locaux de l'urgence doit être réduit au maximum.

14.1.1 Activation du code orange

La décision d'activer le code orange aura des répercussions importantes sur l'ensemble du fonctionnement du centre hospitalier et doit donc suivre un protocole préétabli strict, en plus d'impliquer des acteurs préautorisés.

On peut établir des niveaux d'alerte (préalerte de niveau 1, 2, etc.) pour lesquels seulement une mobilisation partielle des ressources sera nécessaire. Considérant que cet événement sera rare, un document concis et clair, placé dans un endroit stratégique à l'urgence, permettra au personnel sur place de prendre les bonnes décisions. Son accessibilité en ligne pour tous les autres intervenants clés est également primordiale.

14.1.2 Réorganisation des tâches du personnel

Le personnel est divisé en équipes consacrées à des fonctions spécifiques, soit :

- la gestion des usagers déjà présents à l'urgence au moment du déclenchement du code orange;
- la prise en charge des nouveaux usagers;
- la gestion administrative du département et du code orange.

Le nombre d'effectifs présents à l'urgence, le jour de la semaine (par exemple un jour de fin de semaine) et l'heure de la journée (par exemple pour la nuit) devront moduler la distribution des tâches.

La communication avec les autres départements, l'administration du centre hospitalier et du milieu préhospitalier ainsi que la gestion des ressources humaines et matérielles constituent des exemples de tâches administratives à exécuter pendant le code orange. De plus, la relocalisation

des usagers de l'urgence doit être coordonnée en collaboration avec l'équipe soignant les usagers déjà présents dans l'urgence au moment du déclenchement du code orange.

Une liste de rappel du personnel tenue à jour est essentielle. Cette liste doit permettre de contacter facilement les individus, dans un ordre prédéterminé. Il faut prévoir un mécanisme fiable pour joindre du personnel supplémentaire, comportant par exemple un système de garde à tour de rôle. De plus, on doit prévoir utiliser du personnel qui habituellement ne travaille pas à l'urgence, mais qui y possède une formation antérieure ou équivalente.

14.1.3 Triage et réorganisation des aires de soins

La méthode de triage doit parfois être modifiée lors d'un code orange. En effet, le niveau de priorité de chaque usager doit être établi beaucoup plus rapidement (30 secondes ou moins par usager). L'ÉTG employée habituellement n'est pas adaptée à ce type de demande, à moins que l'arrivée des usagers se réalise progressivement. Ainsi, la méthode START, utilisée en préhospitalier dans toute la province, demeure la plus utilisée à l'échelle internationale. Les usagers sont catégorisés suivant un algorithme simple en quatre couleurs avec différents niveaux de priorité, soit rouge (immédiat), jaune (urgent), vert (moins urgent) et noir (mort ou mort imminente). L'évaluation de trois paramètres physiologiques (respiration, perfusion, état mental) permet de déterminer le plus objectivement possible le niveau de priorité de chaque usager.

Les usagers catégorisés « rouge » sont dirigés vers la zone des civières avec moniteurs cardiaques. Les usagers catégorisés « jaune » sont conduits dans la section avec civières sans moniteur cardiaque et ceux « vert » sont dirigés à l'aire ambulatoire. Au besoin, il faut relocaliser les usagers « verts » dans un emplacement à l'extérieur de l'urgence, comme dans une salle de rencontre, un amphithéâtre ou une cafétéria. Enfin, il sera important de désigner un local adjacent comme morgue temporaire pour les usagers catégorisés « noir ».

14.1.4 Système de gestion des informations

Un plan de gestion des informations est essentiel. Cela inclut la gestion des dossiers, l'identification et l'enregistrement des usagers, la réconciliation des dossiers lorsque les usagers sont identifiés et le suivi de la situation à l'urgence, incluant les arrivées et sorties d'usagers (transferts, admissions, congés, etc.). Autant que possible, le plan doit incorporer des moyens simples, rapides et fiables. De plus, les dossiers et documents médicaux doivent être assemblés à l'avance et facilement accessibles.

14.1.5 Retour aux activités normales

Les étapes de retour aux activités normales doivent être prévues, et elles incluent obligatoirement un débriefing avec le personnel. Un soutien émotionnel doit être disponible et prévu autant pour le personnel que pour les victimes et leurs familles. Le plan de code orange devra être analysé afin d'en relever les forces et les faiblesses et, ultimement, d'en améliorer le fonctionnement. Les modalités locales de retour aux activités normales seront incluses à la politique et procédure de l'établissement, en fonction des composantes et réalités internes.

Il est considéré que des vérifications annuelles des listes de rappel sont nécessaires et que des exercices doivent être organisés régulièrement en vue de repérer les lacunes et de valider le protocole. Idéalement, un comité permanent prend la responsabilité du code orange. Dans une optique plus large, ce protocole doit s'arrimer avec ceux des intervenants hors centre hospitalier (par exemple les services préhospitaliers d'urgence, les policiers, l'équipe HAZMAT, la santé publique, la sécurité civile, etc.) et être inclus d'emblée à la formation d'accueil de l'ensemble du personnel œuvrant aux urgences.

14.2 **PLAN D'URGENCE : CODE BLEU**

Enfin, des travaux sont en cours au MSSS au regard de la couverture médicale dans les différents types d'installation, que ce soit dans des milieux ruraux ou urbains, afin d'encadrer les établissements dans la gestion des codes d'urgence « code bleu » et l'implication médicale requise.

15 COVID-19

La crise sanitaire associée à la pandémie de la COVID-19 depuis mars 2020 a entraîné de multiples changements dans la gestion des urgences au Québec, voire à travers le monde. Il s'agit d'une situation sans précédent dans notre RSSS actuel. L'urgence d'agir, la créativité, la collaboration et l'innovation des gestionnaires et cliniciens du réseau ont permis d'assurer et de maintenir un accès aux services d'urgence pour la population. Ces travaux ont également soulevé de nouvelles orientations dans le profil de gestion des urgences au Québec.

15.1 DIRECTIVES CLINIQUES

Afin de regrouper l'essentiel des directives ministérielles ainsi qu'une multitude d'informations pertinentes à une saine gestion des services d'urgence dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, le MSSS a rapidement instauré une plateforme Web pour les gestionnaires et cliniciens du réseau. Accessible sous les *Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, cet outil permet d'avoir accès non seulement aux informations relatives à la COVID-19, mais également à tout le contenu concernant les directives au réseau pour les gestionnaires. Il est possible d'y retrouver les directives cliniques déclinées notamment pour les services préhospitaliers et d'urgence, la première ligne, les cliniques d'évaluation et de dépistage de la COVID-19 ainsi qu'une affluence d'autres outils. Une section a été créée plus spécifiquement pour les *Services d'urgence*, dans laquelle on retrouve l'essentiel des outils cliniques et de gestion développés dans ce contexte extraordinaire.

Dans l'actuel *Guide*, vous trouverez toutefois un condensé des principaux travaux.

15.2 ÉVALUATION COMPLÈTE - TRIAGE

Porte d'entrée des usagers dans les services d'urgence, le triage est un processus incontournable, complexe et minutieux. Une évaluation complète et rigoureuse est d'autant plus primordiale dans un contexte exceptionnel tel que la pandémie de la COVID-19, notamment afin de bien diriger et de prioriser les usagers dès leur arrivée. Cependant, il est surtout crucial de détecter rapidement les usagers pouvant potentiellement présenter des facteurs de risque à une infection, de les placer rapidement en isolement et de prévenir la contagion des membres du personnel et des autres usagers de la salle d'urgence.

Afin de guider l'infirmière du triage et les gestionnaires des services d'urgence, plusieurs outils ont été créés et mis à leur disposition par le MSSS. Il faut rappeler que, dans le contexte de la COVID-19, l'ensemble des outils, des guides de référence et des cadres de pratique sont considérés comme évolutifs et donc, de fréquentes mises à jour sont effectuées.

15.3 SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION DES URGENCES

Le but fondamental du SIGDU est de suivre l'état des épisodes de soins que la population requiert de l'urgence et leur nombre. Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, les données saisies sont spécifiquement scrutées quotidiennement par la Direction de la santé publique, dont le rôle de vigie est essentiel dans le contexte actuel afin que le portrait soit le plus juste possible et pour que les décisions soient les meilleures, et ce, partout au Québec.

Il devenait impératif d'implanter des moyens de suivre plus spécifiquement les raisons de visite des usagers à l'urgence et de dresser un portrait de l'évolution des celles-ci. Enfin, le suivi des diagnostics des usagers devenait tout aussi important dans le portrait global des activités aux services d'urgence. L'outil suivant permet de décoder les spécificités au regard des raisons de visite et des diagnostics des usagers en lien avec la COVID-19 :

Saisie des raisons de visite et diagnostics associés à la COVID-19 dans le SIGDU

15.4 ZONES DE TRAITEMENT

Le MSSS propose des modalités d'adaptation et des recommandations sur l'organisation des soins et des services offerts aux urgences. Ces recommandations définissent les Zones de traitement chaude, tiède et froide. Elles permettront de minimiser la propagation de la COVID-19, et ce, essentiellement en créant des zones (cohortes) pour regrouper la clientèle recevant des services en fonction de son risque infectieux. L'objectif est de mettre en place des mesures qui permettront de fournir des milieux sécuritaires pour les usagers et pour l'ensemble des ressources humaines œuvrant au sein du réseau.

Dans l'optique de suivre rigoureusement le niveau d'activité des urgences au Québec, le MSSS a développé de nouveaux indicateurs dans la CPU permettant d'évaluer l'offre de services en fonction du statut infectieux de la clientèle. Ainsi, une modification de l'encodage des civières a été réalisée dans l'ensemble des urgences afin de pouvoir distinguer les civières de la zone chaude-tiède et celles de la zone froide.

À ce titre, la nouvelle façon de codifier les types de civières est la suivante :

- Type 1 : civières de choc (salle de réanimation) ;
- Type 2 : civières considérées anciennement comme « fonctionnelles » maintenant désignées par les civières des zones chaude et tiède ainsi que les civières tampons entre les différentes zones ;
- Type 3 : civières considérées anciennement comme de « débordement » maintenant désignées comme les civières de la zone froide.

Ces changements de types de civières sont essentiels pour être capables de calculer, par exemple, les délais distinctifs dans les zones chaude-tiède et froide (par exemple délai avant PEC médicale, délai d'admission, durée de séjour, etc.).

Historiquement, le calcul du taux d'occupation selon le nombre de civières fonctionnelles représentait, pour toutes les installations, le niveau d'activité et de débordement de l'urgence. Considérant la perte importante de civières dans plusieurs installations en raison de la restructuration et des exigences en prévention et contrôle des infections, un autre taux d'occupation a été développé, soit celui de la capacité totale des urgences. Additionnant l'ensemble des civières disponibles dans un service d'urgence (capacité totale de la zone chaude + capacité totale de la zone tiède + capacité totale de la zone froide), il a permis au MSSS d'avoir un meilleur relevé du niveau de débordement atteint dans chacune des salles d'urgence durant la pandémie de la COVID-19.

Tous les nouveaux indicateurs déclinés du développement des zones de traitement chaude-tiède et froide ainsi que du concept de la capacité totale d'une urgence sont accessibles via la CPU. Les accès peuvent être octroyés aux gestionnaires des services d'urgence en écrivant à [00 SOG Centre de services@ssss.gouv.qc.ca](mailto:00_SOG_Centre_de_services@ssss.gouv.qc.ca).

15.5 PLAN DE CONTINGENCE ET PLAN DE DÉSENCOMBREMENT - COVID-19

Le MSSS propose son *Plan de contingence des urgences* dans le contexte actuel de la COVID-19. Ce plan permet de maintenir les activités considérées comme essentielles tout en intervenant auprès de la clientèle touchée par la pandémie, par une évaluation précoce de la situation et la mise en œuvre d'actions qui visent à éviter la contamination des usagers et du personnel. L'adaptation de l'offre de services se fait de façon graduée en fonction du *Niveau d'alerte de l'installation*. Sa mise en œuvre nécessite une planification et un bon niveau de connaissance, pour les intervenants des mesures à appliquer.

Joint au plan de contingence et spécifiquement conçu dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, le plan de désencombrement des urgences est un autre outil sur lequel les organisations peuvent s'appuyer. Indépendant des 4 niveaux de paliers d'alerte régionale, le plan de désencombrement se veut pragmatique et modulable selon l'achalandage et les activités des différentes installations. Il prévoit l'implication de tous les partenaires du centre hospitalier. Enfin, la gradation des interventions et des mesures proposées est soutenue par l'indicateur du taux d'occupation. Le plan de désencombrement se retrouve à même le document du *Plan de contingence des urgences*.

15.6 AUTRES OUTILS DE RÉFÉRENCE CLINIQUES

Adaptée aux besoins des gestionnaires et cliniciens des services d'urgence, la page Web du MSSS comprend une multitude d'outils de référence pertinents. Toujours sur la page *Directives*

COVID-19, il est notamment possible de dénicher des guides de procédures techniques pour la prise en charge des clientèles adultes et pédiatriques.

D'autres outils de référence sont également accessibles au regard de la pharmacologie, des mises à jour de l'INSPQ sur la prévention et le contrôle des infections de même que sur les éléments de surveillance clinique entourant la COVID-19.

16 CLIENTÈLES ET TRAJECTOIRES PARTICULIÈRES

Certains groupes de personnes se présentant à l'urgence ont des besoins spécifiques qui exigent une attention particulière, tant à l'urgence qu'en milieu hospitalier. De ces clientèles, certaines ont été retenues en raison de leur volume dans les urgences, mais d'autres principalement en raison de leur fragilité. Il s'agit des clientèles en gériatrie et en pédiatrie, des personnes atteintes de troubles de santé mentale, des personnes en situation d'itinérance, des personnes aux prises avec un trouble de l'utilisation de substances psychoactives auquel sont souvent associés des problèmes de dépendance, des personnes ayant subi un AVC, des personnes atteintes d'une maladie cardiaque, des personnes suivies dans une trajectoire en oncologie ou encore des usagers traumatisés.

Qui plus est, afin de répondre aux besoins tous spécifiques des femmes enceintes, les établissements sont encouragés à développer et à introniser des trajectoires préfinies pour cette clientèle, en fonction de leur nombre de semaine de gestation. Ainsi, une installation devrait être en mesure de clarifier le rôle des services d'urgence dans l'intervention auprès d'une femme enceinte, tout dépendant de sa raison de consultation et de la progression de sa grossesse.

D'autres usagers requièrent une attention tout aussi unique, soit les grands consommateurs (utilisateurs) de soins. Ces usagers consultent à plusieurs reprises dans les services d'urgence au cours d'une même année, soit à trois, à cinq ou même à dix reprises. En 2018-2019, les grands consommateurs ayant eu au moins quatre épisodes de soins représentaient 28,8 % des visites totales dans les services d'urgence du Québec (ICIS, 2019). Certains outils et *Répertoires informatiques* existent déjà afin de mieux suivre cette clientèle et surtout, d'établir des liens directs avec les intervenants de la première ligne. Leur encadrement demeure un incontournable, dès maintenant, afin d'éviter les épisodes de soins superflus à l'urgence lorsque la condition clinique des grands consommateurs ne requiert pas le niveau de soins d'un service d'urgence. L'accompagnement offert permet, entre autres, d'exposer les alternatives aux services d'urgence et une meilleure compréhension de ces différentes opportunités (Burns, 2017). Pour les établissements non fusionnés, la création de partenariats significatifs avec les CISSS/CIUSSS demeure donc fondamentale.

Ne figure pas uniquement au sein des grands consommateurs une clientèle de plus de 65 ans. Certains grands consommateurs de soins peuvent également éprouver des troubles de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance, ou présenter des problématiques mixtes. Dans ces cas, une référence aux intervenants de liaison en santé mentale ou aux travailleurs sociaux assure que ces usagers puissent bénéficier du soutien d'organismes communautaires ou de programmes sociaux adaptés à leur condition.

Certes, le phénomène de récurrence aux services d'urgence par les grands consommateurs de soins nécessite une attention toute particulière de la part de l'ensemble du personnel soignant afin de déterminer, le plus rapidement possible, les causes sous-jacentes. Toutes les interventions et les services instaurés visent ultimement à rassurer l'utilisateur quant à sa condition de santé. Qu'ils soient déjà suivis par un médecin de famille ou non, les grands consommateurs de soins aux urgences cherchent à combler différents besoins et il demeure impératif de concerter les efforts

interdisciplinaires afin d'y parvenir. Une gestion holistique de leur épisode de soins à l'urgence, l'orientation vers les bons intervenants, une coordination interdisciplinaire, l'intégration des partenaires de la première ligne ainsi qu'une gestion optimale de la douleur, lorsque pertinente, sont notamment des mesures permettant de minimiser le retour aux services d'urgence des grands consommateurs de soins (Caster et al., 2015, ICIS, 2019, Iovan et al., 2020).

Tel que spécifié antérieurement, la vocation du *Guide* n'est pas d'établir des trajectoires spécifiques pour toutes les clientèles possibles des services d'urgence. Se retrouvent dans ces sections des lignes directrices quant à certaines clientèles et trajectoires fréquentes dans ce milieu de soins. Il en revient à chaque établissement que d'établir des ententes entre ses installations et des établissements partenaires pour toutes situations non énoncées dans ce référentiel.

La prise en charge des personnes âgées ne peut être considérée comme une activité contournable ou exceptionnelle. Cette clientèle est maintenant l'un des principaux groupes requérant des soins à l'urgence et, si l'on considère l'ampleur des ressources requises, elle est probablement le groupe le plus important à ce chapitre. En 2019-2020, les personnes âgées de 75 ans et plus ont constitué 14,9 % de la clientèle totale des urgences, soit 549 458 visites au Québec. Uniquement en considérant les visites sur civière, la clientèle gériatrique représentait plus de 28,7 % de la clientèle au cours de cette même année, soit 0,6 % de plus que l'année précédente. Qui plus est, de ces épisodes de soins, 30,8 % avaient une durée moyenne de séjour supérieure à 24h. Compte tenu des conséquences d'aussi longs séjours chez ces personnes, une attitude proactive au regard de la prise en charge et de l'ensemble des processus assurant une prise de décision rapide et une orientation précoce s'impose.

À ce titre, notons que ce sont plus de 47,0 % des personnes âgées de plus de 75 ans installées sur civière qui, après leur parcours à l'urgence, seront hospitalisées qu'importe le niveau de priorité initial à l'ETG. Des mesures encadrant la culture de soins aux aînés sont ainsi plus que jamais déterminantes. Considérant le vieillissement de la population, ces données sont sujettes à continuellement augmenter au fil des années. La pression sur les admissions hospitalières ainsi que l'équilibre entre l'évaluation sommaire du besoin de l'utilisateur pour une visite à l'urgence au regard de l'ensemble des facteurs influençant sa condition de santé sera perpétuellement fragile (Shenvi et al., 2019).

La majorité des personnes âgées se présentant à l'urgence sont prises en charge et traitées par les médecins et les professionnels sans que l'intervention de l'équipe de gériatrie soit nécessaire. Une formation et une sensibilisation spécifiques à la situation des soins aux personnes âgées sont indiquées pour l'ensemble du personnel à l'urgence, y compris les médecins, les infirmières, les préposés aux bénéficiaires ainsi que les autres professionnels de la santé (par exemple les pharmaciens, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, etc.).

En outre, la considération du contexte de vie de l'utilisateur âgé de plus de 75 ans prend tout spécifiquement son importance afin de cerner les modalités sous-jacentes l'amenant à consulter dans un service d'urgence. La compréhension des facteurs de risque et des enjeux permet potentiellement de mieux positionner les décisions cliniques pendant un séjour à l'urgence. Néanmoins, l'utilisateur étant suivi par des ressources en première ligne ou un médecin de famille, la transition de l'information et l'arrimage des orientations permettra de mieux l'encadrer (Stevens et al., 2014).

Depuis 2011, l'AAPA en milieu hospitalier s'est progressivement implantée dans les urgences et les unités de soins des établissements du Québec. Un *Cadre de référence* a également été publié pour outiller et soutenir les établissements dans ce processus d'implantation et de pérennisation des différentes stratégies visant une approche optimale de cette clientèle. Cette approche permet de prévenir le déclin fonctionnel et d'autres complications associées à l'hospitalisation, telles que la dénutrition, le syndrome d'immobilisation, le délirium ou les réactions indésirables aux médicaments. Bien qu'un organe puisse être traité en priorité, il faut considérer l'état général et

l'enchevêtrement, l'interinfluence et la comorbidité des différentes maladies chroniques ou conditions physique, physiologique et psychosociale de la personne âgée.

L'AAPA repose sur cinq principes généraux, soit :

- une approche de soins transformée passant d'un modèle biomédical conventionnel à un modèle biopsychosocial global mieux adapté à la complexité de l'utilisateur âgé aux prises avec un problème de santé aigu;
- une considération particulière portée à l'égard de l'environnement physique et social afin qu'il puisse favoriser l'autonomie fonctionnelle et le bien-être de la personne âgée;
- des soins centrés sur l'amélioration fonctionnelle plutôt que sur le traitement des organes atteints uniquement, puisque l'objectif ultime est d'assurer la meilleure qualité de vie possible;
- le changement du modèle de soins, passant d'une gestion médicale à celle d'une équipe (la responsabilité du maintien ou de la récupération fonctionnelle devient interprofessionnelle avec un rehaussement particulier du rôle de l'infirmière dans le suivi et la réadaptation fonctionnelle);
- la planification précoce d'un congé : dès l'admission, envisager l'épisode de soins comme une étape de transition dans un continuum, notamment en repérant les problèmes susceptibles d'affecter le fonctionnement à long terme, et amorcer les traitements ou les recommandations pouvant être poursuivis dans la communauté.

Les âgés présentent souvent plusieurs antécédents et morbidités qui peuvent influencer l'expression de leur affection aiguë ayant déclenché la visite à l'urgence. Les professionnels de l'urgence devraient être alertes du fait que les personnes âgées peuvent manifester divers symptômes mal définis laissant présager une possible perte d'autonomie actuelle ou future et nécessitant une intervention plus complexe. Selon Arcand et Hébert (2007) :

[...] La perte d'autonomie constitue un des modes de présentation les plus fréquents des maladies chez la personne âgée. Ce syndrome clinique est le prototype même de la maladie [de la personne âgée en perte d'autonomie] : symptômes peu spécifiques, évolution insidieuse, présentation atypique, atteinte concomitante des sphères physique, psychique, sociale et fonctionnelle. La perte d'autonomie recouvre une foule de diagnostics et est souvent réversible, une fois le problème identifié. Elle demande donc une attention particulière, une évaluation exhaustive et une intervention.

17.1 PROBLÈMES PARTICULIERS

Il importe que l'équipe de l'urgence adopte une approche adaptée aux personnes âgées, qu'elle décèle rapidement le problème de santé et qu'elle décide du plan de soins et des traitements requis. La durée de séjour sur civière des personnes âgées, si elle ne peut être évitée, doit être la plus courte possible. L'expertise de l'équipe de gériatrie, mais également celle d'une réelle concertation interdisciplinaire, constitue un apport indéniable lorsqu'il s'agit de soutenir les intervenants de l'urgence dans la mise en place de l'AAPA pour les personnes âgées risquant de perdre leur autonomie.

Si l'on veut assurer efficacement la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à l'urgence, certains problèmes méritent une attention toute spéciale.

17.1.1 Délirium

L'infirmière du triage identifie rapidement chez un usager âgé un état confusionnel aigu afin de l'orienter de façon appropriée. Le délirium constitue en effet une urgence et doit être reconnu dès la PEC de l'usager. La détection du délirium se réalise par un outil standardisé (par exemple Confusion Assessment Method (CAM) ou le Recognizing Active Delirium As part of your Routine (RADAR)). Faut-il rappeler que le délirium constitue un symptôme à la condition clinique de l'usager et qu'une évaluation rigoureuse doit être opérée afin de le détecter rapidement.

Les personnes à risque de développer un délirium sont notamment celles souffrant de troubles neurocognitifs majeurs ou d'une maladie vasculaire cérébrale, les usagers présentant une surdité ou un problème de vision, ceux souffrant d'une dépendance à l'alcool ou à des psychotropes ainsi que ceux qui sont sous contention ou immobilisés. Les membres de l'équipe soignante doivent constamment demeurer vigilants, car bien qu'un délirium ne soit pas présent dès l'arrivée de l'usager, il peut survenir à tout moment et sous différentes présentations.

Plusieurs interventions permettent de cibler cette condition des personnes âgées, notamment l'évaluation sur les signes vitaux, les signes neurologiques, la récente modification de la médication, les signes de déshydratation ou de la faim, la glycémie capillaire ou l'élimination (vésicale et fécale).

Afin de prévenir une décompensation ou le déconditionnement chez ces usagers, la prise de décision doit être rapide et ceux-ci doivent être admis ou libérés rapidement et ne jamais séjourner à l'urgence au-delà des normes relatives à la durée de séjour, soit 12h. Aussi, d'autres interventions non pharmacologiques peuvent être promues envers le délirium chez l'usager, notamment en adoptant une approche communicative propre à celui-ci, en adaptant l'environnement de l'usager (par exemple l'accès visuel à un calendrier, à l'heure, à la journée, aux prothèses visuelles et auditives, etc). D'autres interventions fréquemment valorisées nécessitent une attention toute particulière, notamment la mobilisation des usagers, le soulagement de la douleur, la présence des personnes proches aidantes, la diminution des sources de bruits et autres stimulants la nuit ainsi que le retrait des outils médicaux non pertinents (par exemple moniteur cardiaque ou saturométrie).

17.1.2 Chutes, fractures et accidents vasculaires cérébraux

Les chutes, les fractures et les AVC sont les trois principales causes de perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Les facteurs de succès pour un rétablissement maximal de la santé reposent sur :

- une PEC rapide;
- l'adoption d'une attitude qui tient compte de la vulnérabilité propre à ces usagers;
- la réadaptation précoce dès la deuxième journée suivant l'accident;
- la révision de la médication;
- l'information donnée à la personne proche aidante lorsqu'il est présent;
- dépistage de la dénutrition et soutien à la personne.

Une PEC appropriée par l'équipe interdisciplinaire est alors importante dans le but d'assurer le soutien de la personne âgée. Une évaluation du domicile, au moment du départ de l'urgence des usagers à risque, peut s'avérer utile pour déterminer quels sont les obstacles (par exemple carpettes, seuils, meubles encombrants, mauvais éclairage, etc.) ou les habitudes de vie qui augmentent indûment les risques de chute. Cette évaluation est entreprise dans le cadre d'un continuum de services et les partenaires concernés sont avisés immédiatement de ces résultats. La PEC s'effectue rapidement. À ce chapitre, l'intégration des intervenants du réseau du CISSS/CIUSSS au DSMU représente un atout de tout premier plan.

17.1.3 Abus et négligence

Différents indices permettent d'évaluer à la fois le profil et le comportement de la victime potentielle, mais aussi ceux de l'abuseur probable, lorsque ce dernier est connu des professionnels de l'urgence. Bien que l'abus et la négligence soient présentés sous différentes formes (par exemple physique, économique et psychologique), une approche interdisciplinaire permet de mieux cerner les risques potentiels chez un usager âgé. En ce sens, un examen médical complet, l'observation de l'interaction entre l'utilisateur, ses proches et les intervenants ou encore l'investigation diagnostique (par exemple par imagerie médicale ou avec des examens de laboratoire) sont des stratégies afin de détecter les abus. Les services d'urgence doivent repérer et dénoncer ces formes de négligence, les documenter, ajuster les interventions médicosociales, assurer le soutien psychologique avec les experts concernés et procéder au signalement, le cas échéant (Rosen et al., 2019).

Des mécanismes de dépistage d'abus physique, psychologique ou économique doivent être mis en place pour diriger vers un professionnel les personnes âgées qui en sont victimes. Par la suite la prise en charge de l'utilisateur sera interdisciplinaire et une évaluation globale sera complétée. Plusieurs outils, rapidement accessibles et d'utilisation aisée, permettent de dépister la maltraitance ou l'abus physique, psychologique ou économique dont peuvent être victimes les personnes âgées, telle la « Fiche de validation de maltraitance ».

17.1.4 Polymédication

Le vieillissement normal se caractérise par une série de changements physiologiques pouvant entraîner de multiples problèmes de santé chez la personne âgée. Il en découle souvent une multiplication des médicaments, situation dont les inconvénients sont généralement exacerbés en raison d'une vulnérabilité accrue.

Au moment de l'examen de la personne âgée à l'urgence, les médecins et les professionnels doivent tenter de reconnaître les signes d'effets secondaires reliés à la prise de plusieurs médicaments ou à leurs effets cumulatifs. De même, une attention particulière est portée au BCM et les ajustements requis sont mis en place.

En présence de personnes âgées prenant de nombreux médicaments, un pharmacien devrait collaborer au travail de l'équipe afin de bien orienter le plan de traitement et de s'assurer que les nouvelles prescriptions de médicaments ne provoqueront pas d'effets indésirables.

17.1.5 Problèmes de dénutrition et de malnutrition

Des modifications physiologiques liées au vieillissement, des facteurs socioéconomiques et d'éventuelles affections peuvent entraîner chez la personne âgée un problème de dénutrition ou de malnutrition. Cela prédispose cette personne à une plus grande fragilité, pouvant mener à une perte d'autonomie et à une exacerbation du risque de chute et de blessures.

Au moment de l'évaluation de la personne âgée à l'urgence, les médecins et les professionnels doivent être attentifs aux signes et aux symptômes liés à des problèmes de dénutrition ou de malnutrition. Un dépistage précoce de ces signes et symptômes à l'urgence permettra de poser un diagnostic médical plus précis et d'orienter adéquatement le plan de traitement.

Un nutritionniste devrait collaborer au travail de l'équipe afin de bien orienter le plan d'intervention, de s'assurer que les besoins nutritionnels de la personne seront comblés et d'organiser un suivi après que la personne aura obtenu son congé, particulièrement à la suite d'une hospitalisation. La collaboration du nutritionniste est souvent intégrée au suivi lors d'une hospitalisation, mais, si requis, il pourrait être envisagé de demander une évaluation pour un retour à domicile plus précoce. Enfin, outre l'évaluation de l'état nutritionnel, il est très important que le séjour à l'urgence n'aggrave pas l'état de l'utilisateur en s'assurant que celui-ci soit nourri et hydraté adéquatement durant son séjour. L'alimentation et l'hydratation devraient être permises, jusqu'à preuve de contraire, et toujours selon la condition de santé de l'utilisateur.

17.1.6 Contention physique ou pharmacologique

La contention et l'isolement sont des mesures extrêmes et exceptionnelles qui ne peuvent être envisagées qu'en dernier recours, lorsque les autres mesures d'apaisement ont toutes échoué. Rappelons que la contention et l'isolement ne peuvent être utilisés que pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions dans un contexte de risque imminent. Il faut également se rappeler que l'agitation et le délirium peuvent être des manifestations liées à un problème physique ou métabolique, dont l'hypoglycémie, un état infectieux, une intoxication,

une hypoxie ou autre processus morbide. La correction de l'état sous-jacent représente le premier traitement de l'agitation. Ce n'est qu'après avoir exclu et traité les causes organiques de l'agitation que la contention peut être envisagée. Puisque la mise en œuvre de la contention est une forme de soins, elle nécessite l'expression d'un consentement libre et éclairé. Ainsi, toute personne, ou son représentant légal, doit être informée et impliquée dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé. La consignation au dossier de ces éléments est fondamentale.

Dans certains contextes, notamment lors d'un délirium chez la clientèle aînée, d'autres stratégies doivent être mises de l'avant plutôt que le recours aux contentions :

- système de d'orientation dans l'environnement (par exemple calendrier, heure, accès aux prothèses visuelles et auditives);
- alimentation et hydratation;
- stimulation à la marche;
- favorisation la présence d'une personne proche aidante;
- évaluation et soulagement de la douleur;
- prise des signes vitaux et de la glycémie capillaire;
- évaluation de l'élimination (constipation/rétention);
- implantation d'un chariot de stimulation.

Afin d'assurer d'une utilisation exceptionnelle de la contention ou de l'isolement, chaque établissement doit se doter d'un protocole d'application des mesures de contrôle. L'utilisation de ces mesures doit ainsi être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles. La contention physique ou pharmacologique est appliquée en dernier recours, et ce, même sur une courte période, car elle peut nuire à l'état de santé physique ou psychologique de la personne aînée. Ces mesures de contrôle font l'objet d'une supervision attentive et sont appliquées dans le respect, la dignité et la sécurité de l'utilisateur aîné, tout en assurant son confort.

Des protocoles d'application de mesures de contrôle doivent être entérinés par le conseil d'administration de l'établissement. Un mécanisme de suivi doit par ailleurs être prévu, de même qu'une évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle.

Le MSSS a publié le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique.*

17.1.7 Visites fréquentes à l'urgence et réadmissions

Les visites fréquentes à l'urgence et les réadmissions des usagers aînés sont parfois inévitables. La non-disponibilité d'autres ressources de santé à certaines heures est parfois en cause. Le rôle de l'urgence en tant qu'agent identificateur de la clientèle vulnérable est essentiel. À ce chapitre, *les Mécanismes de liaison* avec les ressources présentes dans la communauté sont mis à profit. La collaboration est essentielle avec les équipes de SAD afin qu'une réévaluation des services soit réalisée dans l'objectif d'intensifier les services au besoin et ainsi, réduire les recours à l'urgence. Si la condition de l'utilisateur le requiert, le SAD doit l'inscrire aux services offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine et l'informer de la procédure d'appel.

Les visites répétées peuvent aussi être le symptôme subtil d'un état de fragilité en installation ou non diagnostiqué. Des outils d'évaluation ou de repérage des clientèles vulnérables ou en perte d'autonomie doivent systématiquement être réalisés par le personnel de l'urgence, selon les conditions d'application des outils. À titre d'exemple, il est suggéré de compléter l'outil ISAR pour le repérage de la fragilité des aînés (Salvi et al., 2012) ou encore celui PRISMA-7 et ce, le plus tôt dans l'épisode de soins de l'utilisateur. N'étant pas tous des outils d'évaluation mais plutôt des outils de repérage, il peut être envisagé, lorsqu'applicable, qu'ils soient complétés par un autre membre du personnel que l'infirmière.

Afin d'assurer la continuité, il importe qu'une fois le processus de dépistage et de repérage implanté, une suite y soit donnée afin que les personnes à risque identifiées reçoivent toute l'attention dont elles ont besoin lorsqu'elles retournent dans la communauté. Après des personnes de 75 ans et plus inconnues des services du soutien à domicile, l'évaluation par le PRISMA-7 représente un repérage préventif qui s'inscrit dans une approche populationnelle. Ce repérage est une information à l'intention des équipes du SAD.

Il se peut toutefois que ces visites soient la conséquence d'un traitement incomplet, du suivi d'une pathologie dont la complexité a été sous-estimée ou encore d'un manque de continuité des soins. Ces visites fréquentes peuvent aussi être le résultat d'un manque de ressources dans le milieu de vie de l'utilisateur ou signifier qu'il n'a pas accès aux ressources appropriées à son état. Un suivi par une équipe interdisciplinaire et une évaluation rigoureuse adaptée à fois au contexte effervescent des soins d'urgence qu'à la complexité de la situation de santé d'une personne aînée permettent néanmoins de réduire les risques de retour en consultation et une meilleure orientation des décisions cliniques (Karam et al., 2015).

Il importe donc que la clientèle vulnérable, et particulièrement la clientèle aînée, soit assurée d'une continuité de soins permettant un rétablissement sécuritaire de son problème de santé lors de son congé de l'urgence. Cela permet de réduire significativement les retours inopportuns causés par un bris de service. L'implication des ressources de première ligne est de toute première importance.

Une attention particulière est apportée aux grands consommateurs de l'urgence pour trouver des solutions à long terme avec le CISSS/CIUSSS. Il ne faut également pas négliger les usagers qui viennent fréquemment à l'urgence ambulatoire, lieu qui peut constituer une façon pour eux de subir une évaluation de leur état de santé et d'obtenir un traitement et des services adaptés à leur état. Dans de telles situations, le cas peut être soumis à l'équipe gériatrique, qui tentera de déterminer la cause de ces visites fréquentes et de trouver des solutions.

17.2 RÔLES PARTICULIERS EN GÉRIATRIE

L'équipe soignante, composée notamment du médecin de l'urgence, du préposé aux bénéficiaires et de l'infirmière, prend en charge l'utilisateur aîné. Cette équipe est responsable du diagnostic, du traitement et de l'ensemble des soins et services. Elle doit également pouvoir reconnaître les usagers menacés par une perte d'autonomie.

Toutefois, l'équipe gériatrique contribue à sensibiliser et à former le personnel de l'établissement aux principaux problèmes gériatriques observés et aux approches diagnostiques et thérapeutiques propres à cette population. L'objectif poursuivi est d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux personnes âgées par une large diffusion des connaissances. Les usagers pour qui une consultation médicale est demandée sont en général des personnes âgées présentant un ensemble de problèmes médicaux, fonctionnels, sociaux, psychiques, cognitifs ou comportementaux. Ce sont des cas complexes avec des problèmes multiples. Il est essentiel d'éviter que la santé de ces usagers subisse une détérioration au cours de leur séjour à l'urgence, d'où l'importance de limiter au minimum la durée de leur séjour sur civière à l'urgence et d'appliquer de façon proactive les principes liés à l'AAPA. L'intégration d'une équipe spécialisée auprès de la clientèle gériatrique permet d'optimiser la PEC de celle-ci dans le contexte tout spécifique des soins d'urgence (Carpenter et al., 2014, Hesselink et al., 2019).

En fonction des ressources disponibles au sein d'un établissement, des modalités déterminées mais également du profil de la clientèle dans une installation, les ressources suivantes pourront être disponibles pour les services d'urgence.

17.2.1 Infirmière clinicienne en gériatrie

Progressivement, les infirmières cliniciennes spécialisées auprès de la clientèle gériatrique font leur apparition dans les centres hospitaliers au Québec. Incontournable, cette ressource permet de mieux encadrer les équipes dans leur évaluation et mise en application des plans de soins et traitements auprès des personnes vulnérables. L'infirmière clinicienne en gériatrie ne remplace pas l'équipe soignante auprès des usagers, mais collabore avec les différents professionnels de la santé pour l'élaboration des meilleures stratégies et interventions afin de prévenir le déconditionnement des personnes âgées, le risque de chute et de délirium ainsi qu'en vue de diminuer le délai de séjour des usagers. La contribution des infirmières cliniciennes en gériatrie aux services d'urgence vise également à limiter, le plus possible, le recours à l'hospitalisation en misant sur des alternatives adaptées à la condition de l'utilisateur ainsi qu'à planifier rapidement son départ. Plus précisément, elle :

- collabore, en partenariat avec les infirmières d'urgence, à l'évaluation de la clientèle gériatrique et la mise en place d'interventions spécialisées pour un usager;
- soutient le développement des formations au personnel de l'urgence (par exemple infirmières, médecins, PAB, agents administratifs, etc.) ;
- offre un rôle conseil auprès des gestionnaires pour l'instauration de stratégies visant l'optimisation et la pérennité de l'AAPA ainsi que le développement du modèle des *Urgences gériatriques* ;
- assure un suivi des indicateurs de qualité et procède aux audits requis (par exemple la reddition de comptes);
- assure un rôle de coordination interdisciplinaire avec les différents partenaires de l'urgence pour l'optimisation de l'épisode de soins de l'utilisateur (par exemple les médecins spécialistes, les physiothérapeutes, la liaison avec les unités de soins ou les ressources communautaires, etc.) ;

- soutient le personnel de l'urgence dans leurs interventions auprès de la clientèle gériatriques en centrant les décisions autour des besoins distinctifs et des attentes de ces usagers.

17.2.2 Agent de liaison

Les urgences qui reçoivent un nombre considérable d'usagers âgés bénéficient de la présence d'une infirmière clinicienne ou d'un travailleur social pour assurer un suivi approprié en fonction des besoins des usagers. En outre, ces professionnels secondent les décisions prises par l'équipe soignante en ce qui concerne la planification du congé ou leur orientation vers un milieu de vie substitut plus approprié à leur condition.

Les fonctions d'agent de liaison sont assurées de façon complémentaire par une infirmière clinicienne et/ou un travailleur social. Il est important qu'ils soient présents 7 jours par semaine dans les unités d'urgence. Le CISSS/CIUSSS veillera à ce que ces intervenants disposent également, pour la même période, de contacts disponibles dans la communauté de façon à assurer la pertinence de leurs interventions à l'urgence. Pour les établissements hors CISSS/CIUSSS, une étroite collaboration est nécessaire afin d'assurer un suivi optimal de ces clientèles ainsi que l'orchestration des soins et des services pour le retour à domicile.

17.2.3 Équipe interdisciplinaire de gériatrie

L'évaluation et l'intervention interdisciplinaires sont les éléments qui favorisent le maintien du potentiel maximal de la personne âgée. L'équipe interdisciplinaire doit donc intervenir rapidement afin de respecter les délais relatifs à la prise de décision et d'éviter que le séjour de l'utilisateur à l'urgence soit prolongé.

Il est essentiel que l'équipe interdisciplinaire de gériatrie assume un rôle de consultant à l'urgence et dans les unités de soins pour soutenir les équipes soignantes aux prises avec des problèmes liés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces interventions doivent être formatrices pour les soignants. Il ne faut cependant pas que l'équipe gériatrique se substitue aux équipes soignantes, sinon le personnel peut se sentir déresponsabilisé et orienter systématiquement les personnes âgées vers l'équipe gériatrique.

Le rôle principal de l'équipe gériatrique à l'urgence est d'évaluer la personne âgée à la suite d'une demande de consultation de la part de l'équipe soignante de l'urgence. Les principales raisons de la consultation constituent généralement des demandes visant à :

- évaluer un problème diagnostique pouvant affecter la décision d'hospitaliser l'utilisateur ou de lui donner congé (par exemple un problème lié à l'usage inapproprié de médicaments, à l'usage de plusieurs médicaments, etc.);
- évaluer la condition médicale et fonctionnelle de l'utilisateur (par exemple l'équilibre, la capacité de marcher ou d'utiliser des escaliers, la vitalité des fonctions cognitives, l'autonomie pour la prise des médicaments, etc.) afin de déterminer si un congé avec retour au domicile est sécuritaire;
- assurer, avec l'agent de liaison, un lien avec les services de première ligne, soit :

1. avec le gestionnaire de cas,
 2. en l'absence d'un gestionnaire de cas, par le guichet d'accès du territoire,
 3. en orientant l'utilisateur, sur une base externe, vers une clinique gériatrique ambulatoire.
- assurer le suivi conjoint d'un usager qui sera hospitalisé en médecine générale ou dans une unité spécialisée;
 - admettre l'utilisateur en gériatrie.

17.3 SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂÎNÉES

L'intégration des services dans un réseau unifié implique que les services offerts couvrent la totalité des soins pour la population âgée d'un territoire. Cette responsabilité s'étend néanmoins à l'ensemble des services de santé et des services sociaux dont peut avoir besoin cette population.

Différents modèles de services intégrés existent. Ces modèles comportent plusieurs éléments, notamment les suivants :

- la coordination des partenaires du réseau est un volet nécessitant la collaboration des cliniques médicales publiques et privées, de même que des organismes communautaires;
- le guichet d'accès est un processus qui assure qu'après une évaluation sommaire des besoins des usagers, les personnes admissibles sont orientées vers le guichet SAPA. Ce mécanisme est accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par l'entremise d'Info-Santé. Une équipe ou un intervenant sera alors assigné;
- l'outil d'évaluation globale des besoins (OEMC) est un outil unique d'évaluation : Il sert à l'évaluation des besoins, tant à domicile qu'en institution;
- le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle « SMAF » est d'ailleurs une section de l'OEMC. Il sert de base à l'évaluation des besoins de soutien à l'autonomie fonctionnelle, sociale et décisionnelle, tant pour les services à domicile que pour les différents milieux de vie et milieux de soins ;
- l'OEMC est l'outil exigé pour la demande d'accès à l'hébergement.

Les CISSS/CIUSSS sont responsables d'offrir et de coordonner les services sur leur territoire. Le fonctionnement du guichet d'accès s'appuie sur un réseau qui peut rapidement offrir les services de première ou de deuxième ligne nécessaires ou, du moins, proposer une solution temporaire adaptée aux besoins de la personne âgée et de sa famille. Un étroit partenariat avec les établissements non fusionnés est prioritaire à une prise en charge optimale de cette clientèle particulière.

17.4 MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

Le maintien dans la communauté de la personne âgée en perte d'autonomie est souhaité, et ce, pour la plus longue durée possible. Il est réalisé grâce à l'existence d'un continuum de services permettant d'offrir, autant en amont qu'en aval de l'urgence, tout un éventail de soins et de services.

Il importe que ces services soient développés et accessibles dans chacun des CISSS/CIUSSS du Québec. D'ailleurs, la mise en place de la politique *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec* permet de développer cette approche.

17.4.1 Soutien à domicile

Le soutien à domicile s'appuie sur une gamme de services dont l'intensité et la diversité sont essentielles au retour des personnes dans leur milieu de vie, notamment celles en perte d'autonomie dont les soins ne nécessitent plus le plateau technique ou le niveau de surveillance du centre hospitalier.

La gamme de services en soutien à domicile comporte :

- les soins et services professionnels;
- les services médicaux;
- les soins infirmiers;
- les services de nutrition;
- les services de réadaptation de base : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie;
- les services d'inhalothérapie;
- les services psychosociaux;
- les services d'organisation communautaire.

À cette liste s'ajoute l'accès à des services de consultation (par exemple en psychogériatrie, en gériatrie, en psychiatrie) ainsi qu'à des services de réadaptation spécialisés, qui constituent souvent des éléments essentiels des services à domicile.

Le pharmacien fait également partie de l'équipe de soutien à domicile, bien qu'il ne se déplace pas au domicile, sauf dans de rares cas. L'instance locale devra conclure des ententes avec les pharmaciens lorsque cette expérience est requise pour les personnes ayant des besoins particuliers. Tous ces services sont offerts par le réseau public, à domicile ou en ambulatoire.

Les services d'aide à domicile comprennent entre autres :

- les services d'assistance personnelle : soins d'hygiène, aide à l'alimentation, mobilisation, transferts, etc.;
- les services d'aide domestique : entretien ménager, préparation de repas, approvisionnement et autres courses, entretien des vêtements, lessive, etc.;

- les activités de soutien civique : aide pour administrer le budget, remplir des formulaires, etc.;
- les services de popote et d'accompagnement, les visites d'amitié, etc.;
- l'assistance à l'apprentissage : activités d'entraînement et de stimulation aux activités personnelles et domestiques, soutien aux activités occupationnelles et aux activités de réadaptation, etc.;
- l'appui aux tâches familiales : dans le cas d'un parent ou d'un conjoint ayant une incapacité pour réaliser des activités telles que le soutien à l'organisation matérielle, le soin des enfants, l'aide aux devoirs, etc.

Les services aux personnes proches aidantes représentent, quant à eux :

- le gardiennage ou la " présence-surveillance " pour les personnes âgées;
- le répit;
- le dépannage;
- l'appui aux tâches quotidiennes;
- les services psychosociaux;
- les services d'organisation communautaire.

Par ailleurs, le soutien technique comprend à la fois les fournitures médicales et spécialisées, les équipements et les aides techniques nécessaires pour qu'une personne puisse demeurer à son domicile ou y retourner. Il est considéré dès l'étape d'évaluation des besoins de la personne, si possible avant tout recours aux services, ou encore pour faciliter ou optimiser la prestation de services professionnels ou de services d'aide à domicile. De plus, l'accès au soutien technique peut contribuer grandement à protéger des accidents les personnes elles-mêmes, les personnes proches aidantes ou le personnel. Il permet de maintenir l'autonomie fonctionnelle de la personne et offre à certaines clientèles un plus grand confort : ainsi, il serait souhaitable d'étendre l'accès au soutien technique aux personnes recevant des soins palliatifs.

17.5 APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

Ce *Cadre de référence* a été conçu pour sensibiliser et outiller les professionnels, les gestionnaires et le personnel des centres hospitaliers au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène, afin de le prévenir ou de l'atténuer. Après une revue de littérature exhaustive, une équipe de médecins et de professionnels de la santé s'est penchée sur ce phénomène et a proposé des façons d'améliorer sensiblement la qualité du séjour et des soins offerts aux personnes âgées en milieu hospitalier. Tout d'abord, les différences entre le vieillissement normal et pathologique sont clarifiées. Deux grands syndromes, le délirium et le syndrome d'immobilisation, sont présentés, et un algorithme des soins cliniques est proposé, qui tient compte de ces deux problèmes que rencontrent les personnes âgées en centre hospitalier. Ce cheminement tient compte de l'état de santé de base des personnes qui arrivent à l'urgence et propose des interventions en trois paliers, déterminés par la condition initiale, c'est-à-dire les facteurs prédisposants, et la fragilité face au système hospitalier, c'est-à-dire les facteurs précipitants.

Au premier palier se trouvent les interventions systématiques, soit celles qui s'adressent à toute personne âgée se présentant en centre hospitalier ou étant admise dans une unité de soins. Elles mettent l'accent sur des activités de base (par exemple boire, marcher, manger, s'orienter dans le temps et dans l'espace) qui tiennent compte de la fragilité des personnes âgées. Au second palier, il s'agit des interventions spécifiques, qui débutent lorsque l'évaluation du premier palier d'intervention démontre que la personne se détériore ou est plus vulnérable. En plus de l'équipe soignante régulière, une équipe interdisciplinaire de base vient s'ajouter à l'expertise. Finalement, si ces interventions ne sont pas suffisantes, le troisième palier sera appliqué où, par des interventions spécialisées, une infirmière formée pour intervenir auprès de la personne âgée viendra soutenir l'équipe et pourra à son tour faire appel à une équipe spécialisée en gériatrie et en gérontologie clinique.

Ce cadre de référence interdisciplinaire propose une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité qui inclut les dimensions suivantes :

- les caractéristiques de la clientèle;
- les caractéristiques structurelles;
- les processus de soins;
- les résultats attendus;
- les liens entre ces dimensions.

L'outil AINÉES a été développé pour être utilisé tant dans l'évaluation initiale (identification de facteurs de risque de déclin fonctionnel) que pour le suivi quotidien (surveillance) des usagers âgés hospitalisés. L'acronyme AINÉES signifie :

- Autonomie et mobilité;
- Intégrité de la peau;
- Nutrition/hydratation;
- Élimination;
- État cognitif et comportement;
- Sommeil.

Ainsi, l'identification précoce de complications en installation permet d'intervenir rapidement, d'où l'allusion au terme « signes vitaux ». L'évaluation du risque de déclin fonctionnel intrahospitalier s'effectue à l'admission, lors de l'évaluation initiale réalisée par le médecin ou par l'infirmière. Le MSSS propose une formation spécialisée concernant l'AAPA. Il est impératif que tous les professionnels de la santé et intervenants des urgences suivent une formation afin d'adapter leur approche face à cette clientèle particulière qu'est la clientèle âgée. Une toute nouvelle mouture de cette formation interactive est prévue pour 2021.

17.5.1 Environnement physique à l'urgence

Enfin, l'environnement physique de l'urgence devrait également prévoir des adaptations pour la clientèle âgée étant donné que celle-ci représente une proportion importante des visites à

l'urgence. Il est recommandé de se référer, pour information, à l'annexe du Cadre de référence de l'AAPA qui en décrit les principales modalités.

Voici quelques exemples d'adaptations environnementales afin de mieux répondre aux usagers âgés à l'urgence :

- dégager toutes les aires de circulation et corridors de matériel mobile ou de chariots, et prévoir des alcôves ou des locaux d'entreposage à cet effet ;
- installer les panneaux indicateurs, à une hauteur de 90 à 140 cm du sol, car les personnes âgées peuvent avoir de la difficulté à diriger leur regard vers le haut ;
- toujours utiliser les mêmes couleurs et les mêmes formes dans les panneaux indicateurs pour faciliter la compréhension ;
- recourir aux symboles universels pour indiquer les toilettes, par exemple ;
- créer une démarcation claire entre les différentes zones fonctionnelles au moyen de couleurs, ou d'aménagement physique afin de faciliter l'orientation ;
- aménager un espace plus sécuritaire à l'urgence, près du poste de travail des infirmières, pour les personnes désorientées ;
- prévoir les aménagements suivants :
 1. fauteuils fixes ou chaises de 45 à 47 cm de hauteur et de 45 à 50 cm de profondeur. (opter pour des modèles à coussins fermes et à support lombaire avec appuie-bras aussi long que le siège), ayant idéalement un siège légèrement incliné vers l'avant pour faciliter le passage de la position assise à debout ;
 2. tables solides, à quatre pattes, aux coins arrondis, à surface mate et avec des rebords de couleurs contrastantes;
 3. tables de traitement à hauteur réglable et pouvant s'abaisser jusqu'à 45 cm du sol au moins.

17.6 CADRE DE RÉFÉRENCE DES URGENCES GÉRIATRIQUES

Imminemment, un cadre de référence sur la prise en charge de la clientèle gériatrique, spécifiquement pour le contexte des urgences, est à prévoir. Sa publication est prévue pour 2021.

Toute personne âgée de moins de 18 ans relève de la spécialité de la pédiatrie, et celles qui consultent à l'urgence ont des besoins particuliers et uniques, particulièrement celles de moins de 14 ans. Ces besoins sont d'autant plus marqués lorsque l'enfant est gravement malade ou traumatisé. Les urgences doivent avoir les ressources matérielles et humaines nécessaires pour assurer aux enfants des soins et des services de qualité. Elles doivent se donner un cadre de surveillance adéquat et adapté à la pédiatrie. Pour ce type d'usagers, la famille et les parents sont associés aux soins prodigués et ils sont engagés dans ceux-ci. Cela se traduit par la participation aux soins et l'implication de ces personnes tout au long du séjour de l'enfant à l'urgence.

En 2019-2020, ce sont plus de 644 950 visites de la clientèle pédiatrique qui ont été réalisées dans les urgences du Québec, dont 516 976 uniquement en urgence ambulatoire. Les visites pédiatriques totales représentent plus de 17,5 % de la totalité des visites aux urgences pour cette même période. Qui plus est, toujours pour 2019-2020, en isolant les deux centres hospitaliers universitaires exclusivement spécialisés dans la clientèle pédiatrique à Montréal, ce sont plus de 155 320 visites qui y ont été réalisées, soit plus de 24 % de toutes les visites chez la clientèle de 0 à 17 ans.

En pédiatrie, le modèle d'organisation de l'urgence reprend le concept de hiérarchisation des soins, qui comprend les soins des niveaux locaux, régional et suprarégional. Une organisation régionale bien intégrée des ressources pédiatriques est par ailleurs essentielle afin d'offrir aux enfants les meilleurs soins possibles. Un système intégré permet l'accès à un niveau de soins appropriés à l'intérieur d'un délai minimal pour les enfants gravement malades ou traumatisés. Les conditions de transfert de cette clientèle dépendent de la couverture de soins d'une installation et de ses spécialités. Toutefois, en raison de sa fragilité, le transfert vers une équipe spécialisée en pédiatrie ne saurait tarder lorsque les soins offerts à cette clientèle le requièrent.

L'instauration des réseaux locaux et la hiérarchisation des services nécessitent des ententes entre les CISSS/CIUSSS et les centres hospitaliers non fusionnés, particulièrement ceux universitaires offrant des services en pédiatrie. Les urgences seront dans l'obligation, dans certaines situations, de transférer des enfants présentant certaines conditions particulières, instables ou critiques, vers d'autres centres plus spécialisés. Ces transferts devront s'effectuer de façon appropriée, selon la gravité de la situation et les modalités d'entente.

18.1 MATÉRIEL UTILISÉ EN PÉDIATRIE

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants, certains outils doivent être accessibles rapidement au personnel de l'urgence, et ce, indépendamment de la catégorisation ou du niveau de l'installation. Ces guides et différents outils permettent d'assurer une PEC immédiate et sécuritaire, lorsque la situation le requiert :

- l'échelle pédiatrique de Broselow ainsi que tout matériel de réanimation en lien avec les couleurs de cette échelle;

- les algorithmes de réanimation pédiatrique;
- un guide d'utilisation des médicaments en pédiatrie et en médecine néonatale;
- la déclinaison des signes vitaux normaux et anormaux selon l'âge;
- l'échelle canadienne de triage et de gravité et ses modalités pédiatriques;
- des échelles appropriées pour évaluer la douleur en fonction de l'âge;
- l'échelle pédiatrique de Glasgow;
- le matériel nécessaire à l'évaluation hémodynamique de l'enfant tel qu'un moniteur cardiaque, des électrodes pédiatriques, électrodes de défibrillation pédiatrique ainsi qu'un capteur de saturométrie pédiatrique;
- une balance pour bébé ou un pèse-personne pour la petite clientèle.

Ce matériel distinctif devrait être clairement identifié dans un contenant bien visible, explicitement étiqueté et remisé dans un endroit facilement accessible et connu de tous. L'accessibilité simple et immédiate à ces outils demeure un incontournable, tout particulièrement lors des situations d'urgence. Il est donc recommandé de les entreposer près des aires de triage et de réanimation.

Les soins aigus prodigués à la clientèle pédiatrique comprennent généralement une adaptation au regard de l'évaluation, de la PEC et des traitements requis. L'équipe de l'urgence doit se familiariser avec les standards s'appliquant à cette population et maintenir à jour ses connaissances en la matière. Le chef médical de l'urgence de même que le gestionnaire de l'urgence veillent à ce que le matériel adapté soit disponible, fonctionnel, aux normes et accessible en tout temps. De façon plus particulière, tout matériel destiné aux activités de réanimation pédiatrique doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux et d'une révision périodique.

18.2 ASPECT MÉDICOLÉGAL

18.2.1 Consentement

En cas d'urgence, le «consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée, et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile». En aucun temps l'évaluation et le traitement d'urgence d'un mineur dont l'état répond à ces conditions ne devraient être retardés à cause d'une absence de consentement. La décision quant à la nature urgente du traitement devrait être basée sur l'évaluation initiale du mineur et ne devrait pas être restreinte aux seules conditions de vie ou de mort, mais s'appuyer sur la nécessité pour celui-ci de recevoir rapidement un traitement afin de contrer une atteinte immédiate à son intégrité.

Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le fait de confier l'enfant à la garde d'une personne donnée représente de la part des parents un consentement implicite dans des situations où un traitement médical ou chirurgical urgent est nécessaire.

Le mineur de 14 ans ou plus peut néanmoins consentir seul aux soins qui lui sont proposés. Si son état exige qu'il demeure dans une installation de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit en être informé.

18.2.2 Refus de traitement

En cas d'empêchement ou de refus injustifié de la part de la personne habilitée à consentir aux soins requis par l'état de santé d'un mineur, l'autorisation d'un tribunal est nécessaire pour entreprendre le traitement. La direction générale de l'établissement ou son représentant doit faire connaître à l'équipe soignante la procédure à suivre lorsqu'une telle situation se présente. La direction doit également soutenir activement la démarche du clinicien lors de telles situations.

18.3 ENFANT MALTRAITÉ OU VICTIME D'ABUS SEXUEL

Selon la *Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)*, des dispositions doivent être prises dans les cas où l'on suspecte qu'un enfant est maltraité ou victime d'abus sexuel.

18.3.1 Signalement obligatoire

En vertu de la LPJ, tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1 de cette loi, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur (RLRQ, chapitre P-34.1).

Ainsi, en vue de répondre aux exigences de la LPJ et de protéger adéquatement les enfants, les infirmières des unités d'urgence doivent connaître les mécanismes d'orientation en cas d'abus et de négligence, et ce, pour chaque quart de travail.

Par ailleurs, si un intervenant a des soupçons quant à la sécurité d'un enfant, la LPJ stipule qu'il doit en aviser le directeur de la protection de la jeunesse. Afin d'éclairer le clinicien dans son approche et son évaluation d'une situation potentiellement à risque pour un enfant, il est recommandé de repérer rapidement, dès l'étape du triage, les enfants soupçonnés d'être victimes de situations pouvant nuire à leur sécurité ou à leur développement. À cet égard, un protocole d'intervention doit être appliqué en vue de procéder rapidement à une évaluation exhaustive et d'effectuer un signalement, le cas échéant, dans le but de leur venir en aide. Cette évaluation permettra de collecter davantage de données quant à la condition de santé de l'enfant, aux possibles marques de négligence ou autres informations pertinentes permettant d'entamer un signalement.

En vertu de la LPJ, des mesures de protection immédiate peuvent être prises par le directeur de la protection de la jeunesse pour assurer la protection d'un enfant dont la situation compromet sa sécurité ou son développement.

18.3.2 Accueil obligatoire

Ainsi que le prévoit la LPJ, un établissement est tenu, si telle est la décision du directeur de la protection de la jeunesse, d'héberger tout enfant dont on lui confie la charge.

18.3.3 Soins médicaux et autres soins en cas d'urgence

En matière de soins médicaux ou de soins d'urgence, voici ce que prévoit la Loi sur la protection de la jeunesse :

Durant la période où des mesures de protection immédiate sont appliquées, le directeur [de la protection de la jeunesse] peut autoriser, en cas d'urgence la prestation des services médicaux et d'autres soins qu'il juge nécessaires sans le consentement des parents ni ordonnance du tribunal. Tout établissement qui exploite un centre hospitalier est alors tenu de recevoir l'enfant que le directeur lui confie (RLRQ, chapitre P-34.1).

Dans les situations où l'on soupçonne ou constate de l'abus physique et sexuel et dans celles de négligence menaçant la santé de l'enfant, il doit y avoir application de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. Pour ce faire, les infirmières des unités d'urgence doivent signaler la situation au directeur de la protection de la jeunesse et collaborer à l'évaluation psychosociale et à l'enquête policière, le cas échéant.

18.3.4 Avis de congé

En vertu de la LPJ, un établissement doit se plier à certaines règles avant de donner son congé à un enfant qui lui a été confié par le directeur de la protection de la jeunesse :

- Loi sur la protection de la jeunesse
- Loi sur les services de santé et les services sociaux

18.4 CLIENTÈLE DE PÉDOPSYCHIATRIE

Les conditions de transfert de cette clientèle dépendent de la couverture de soins et des services d'une installation. Toutefois, en raison de sa fragilité, le transfert vers une équipe spécialisée en pédopsychiatrie ne saurait tarder lorsque les soins offerts à cette clientèle le requièrent.

Des ententes entre les CISSS/CIUSSS et les établissements non fusionnés doivent être établies, particulièrement ceux offrant des services de référence en pédopsychiatrie. Les urgences sont

dans l'obligation, dans certaines situations, de transférer des enfants présentant certains problèmes particuliers en pédopsychiatrie, vers d'autres centres offrant cette spécialité. Ces transferts doivent s'effectuer de façon appropriée, selon la gravité de la situation et les modalités d'entente.

18.5 DÉCÈS D'UN ENFANT

Bien que le décès d'un enfant dans une urgence soit toujours bouleversant pour l'ensemble du personnel, des procédures particulières doivent malgré tout s'appliquer afin d'assurer une prise en charge conforme aux attentes en la matière.

Une autopsie doit être demandée et le coroner avisé de tout décès d'enfant dans une urgence, à moins que les causes médicales du décès soient bien connues, naturelles et prévisibles (par exemple une néoplasie, la leucémie, etc.). L'urgence devrait disposer, comme chez l'adulte, d'un mécanisme de soutien aux familles touchées, particulièrement pour les centres ayant un volume de clientèle considérable (centres secondaires ou tertiaires) ou prenant en charge des pathologies complexes (par exemple en traumatologie, en oncologie, pour les maladies métaboliques, etc.).

À cet effet, un salon des familles ou une salle destinée au deuil devrait être préparé pour que les familles puissent se recueillir, le temps désiré. Qu'importe les circonstances du décès de l'enfant, et tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'un décès non prévisible, tragique ou accidentel, les services psychosociaux par des intervenants sociaux et spirituels devraient spontanément être offerts. Qui plus est, dans de telles circonstances, une attention toute particulière doit être observée afin également de soutenir émotionnellement les membres du personnel de l'urgence qui pourraient être affectés par le décès de l'enfant. Une période de débriefing doit être envisagée afin de permettre à tous les membres du personnel de verbaliser leurs émotions et le stress généré par cette situation.

19 SANTÉ MENTALE

Au Québec, comme dans de nombreux pays industrialisés, l'urgence occupe une place importante au sein du réseau des services en santé mentale. L'urgence demeure fréquemment le lieu vers lequel les usagers se tournent lorsque les ressources sont méconnues ou ont été épuisées, sont inaccessibles, ou qu'elles n'ont pas encore été mises en place. De plus, lorsqu'elle se présente à l'urgence, la personne souffrant de symptômes associés à un trouble de santé mentale nécessite de la part du personnel une approche adaptée à son état de santé et à sa situation.

Au cours de l'année 2019-2020, 216 207 visites totales pour des raisons de santé mentale ont eu lieu dans les urgences du Québec, représentant 5,9 % de toutes les visites à l'urgence (3 694 282 visites totales). Les épisodes reliés à une problématique de santé mentale représentent 10,2 % de toutes les visites sur civière, donnée constamment croissante depuis les dernières années. De plus, des 125 862 épisodes de soins sur civières, 32,1 % ont engendré une hospitalisation. Enfin, toujours pour 2019-2020, 26,3 % des visites sur civières en santé mentale présentaient une durée de séjour supérieure à 24 heures à l'urgence, pour toutes les urgences du Québec. D'après ces quelques données, nul doute que les établissements doivent se prévaloir de mécanismes et de trajectoires afin de bien prendre en charge cette clientèle vulnérable et, surtout, de disposer de toutes les ressources et connaissances nécessaires afin d'optimiser l'épisode de soins de ces usagers. Il en va de même pour la définition de trajectoires particulières pour la PEC de la *Clientèle de pédopsychiatrie*.

Pour éviter que les personnes souffrant de symptômes associés à un trouble de santé mentale aient recours à l'urgence lorsque la situation clinique ne le nécessite pas, le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* du MSSS vise entre autres à mobiliser les ressources de proximité. C'est pourquoi des efforts importants ont été réalisés au cours des dernières années, pour implanter davantage de services dans la communauté, tels que les équipes de première ligne en santé mentale, les services d'aide en situation de crise (par exemple Info-Social, centres de crise et de prévention du suicide, lignes téléphoniques d'écoute, etc.), les programmes pour les premiers épisodes psychotiques (PEP) ou encore le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV) pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave. Il existe également les *Services d'aide en situation de crise (SASC)*.

19.1 PROBLÉMATIQUE

Malgré la grande vulnérabilité engendrée par une situation de crise, le temps d'attente et la durée de séjour des personnes se présentant à l'urgence pour un trouble de santé mentale sont actuellement plus longs que pour les personnes souffrant d'un problème de santé physique, et particulièrement chez les personnes âgées. L'arrimage inadéquat entre l'urgence et les services présents dans la communauté est un problème fréquemment observé qui a une incidence négative sur la personne et sa prise en charge dans la communauté.

La situation qui en découle peut contribuer au phénomène de « portes tournantes », soit le retour fréquent à l'urgence pour traiter différents problèmes qui n'ont pas été reconnus ou pris en charge de façon adéquate dans un premier temps. Des recherches indiquent « en effet qu'un taux élevé de réadmissions d'usagers à l'intérieur d'un court délai peut signifier, entre autres, une qualité des soins jugée inadéquate, l'octroi de congés prématurés, l'absence de ressources de proximité ou un manque de soutien de leur part » (Ashton et al., 1998, Rodriguez et al., 2006).

Les personnes souffrant de symptômes associés à un trouble de santé mentale forment un groupe diversifié et présentent un défi particulier pour le personnel de l'urgence. Elles peuvent être anxieuses, déprimées, psychotiques, agitées, suicidaires, voire violentes. Les raisons qui motivent un recours à l'urgence sont elles aussi très diversifiées et relèvent souvent d'un ensemble de conditions socioéconomiques et médicales (par exemple isolement, pauvreté, crise familiale ou conjugale, victimisation, difficultés avec la médication ou dans le suivi thérapeutique, comorbidité, etc.) qui aggravent ou précipitent les problèmes de désorganisation ou de décompensation.

19.2 GESTION CLINIQUE DE L'ÉPISODE DE SOINS

La gestion clinique de la crise demeure la priorité à l'urgence et relève à la fois de l'équipe de l'urgence et de l'équipe de santé mentale appelée en consultation. Afin d'optimiser la PEC des usagers et d'assurer la fluidité de leur épisode de soins, il est pertinent de rappeler qu'une demande de consultation professionnelle, par une agente de liaison ou une infirmière clinicienne en santé mentale à titre d'exemple, peut hâtivement être demandée dans l'épisode de soins de l'usager. À l'occasion, cette PEC peut diminuer la durée de séjour en dirigeant l'usager vers les ressources adéquates en lien avec sa raison de consultation. Une gestion intégrée de l'épisode de soins en toute considération des besoins de cette clientèle permet, notamment, de réduire le recours aux contentions, la durée de séjour et augmenter la satisfaction du besoin des usagers (Okafor et al., 2016).

19.2.1 Évaluation complète -Triage

L'évaluation complète initiale permet d'établir un niveau de priorité selon des critères établis. Toutefois, l'évaluation complète des personnes présentant des troubles mentaux aigus est relativement sommaire et le résultat de l'ÉTG, à ce chapitre, mérite d'être apprécié selon la situation rencontrée.

La durée de l'attente, particulièrement dans une salle d'attente achalandée, ajoute un élément de surstimulation et peut être perçue comme une menace par ces personnes. Lorsqu'elles sont en état de crise ou d'instabilité, certaines d'entre elles ont peu de tolérance à la frustration et aux conditions d'engorgement présentes dans beaucoup d'urgences. Celles qui sont dans un état de désorganisation (par exemple psychose, crise suicidaire, détresse extrême, agitation incontrôlable) sont conduites depuis le triage dans un lieu calme et accueillant. Dans la mesure du possible, et surtout si l'usager présente des idées noires ou suicidaires, il devrait être placé sous la surveillance constante du personnel.

19.2.2 Personne vivant une première période de difficulté

Le tout premier contact avec l'urgence d'un centre hospitalier constitue en soi un événement stressant. Pour les personnes souffrant de symptômes associés à un trouble de santé mentale, cette situation peut s'avérer traumatisante et avoir une conséquence majeure, positive ou négative, sur leur propre trajectoire. Ces personnes se sentent souvent désemparées, anxieuses et effrayées par leur perte de contrôle, et elles éprouvent un grand besoin d'être rassurées, écoutées et comprises. Par ailleurs, parfois, elles ne connaissent pas de services en santé mentale et peuvent voir leur anxiété exacerbée si elles ne reçoivent pas rapidement de réponses à leurs questions. La réassurance que le personnel répondra à leurs besoins tout en respectant leurs droits devient inévitable.

19.2.3 Personne connue des services

Pour diverses raisons, plusieurs personnes consultent de façon répétée à l'urgence. Certaines ont appris à identifier les signes précoces de crise et à les prévenir par toutes sortes de moyens. Lorsque ces personnes décident de consulter à l'urgence, elles sont souvent épuisées, et leurs proches également, elles ont eu recours aux autres ressources qu'elles connaissent, et elles ont fait plusieurs autres démarches et peut-être même essuyé de nombreux refus. D'autres ont pris l'habitude d'utiliser l'urgence comme premier recours en situation de crise. Le personnel de l'urgence est sensibilisé à ces situations et prend en considération leurs besoins et leur souffrance.

Dans ces situations, le personnel de l'urgence et ses intervenants sociaux établit des plans de soins individualisés avec ceux du réseau santé mentale afin de répondre aux besoins de la personne et de diminuer ses visites à l'urgence en proposant des alternatives. Des connexions entre les services sociaux hospitaliers et ceux de la première ligne sont impératives afin de limiter les retours à l'urgence. Différents programmes de soutien à ces clientèles existent au sein des établissements et leur approche auprès des usagers à risque demeure cruciale.

19.2.4 Personne consentante

Voici quelques principes de la prise en charge des personnes consentantes aux soins à l'urgence :

- si la personne se présente d'elle-même, qu'elle soit seule ou accompagnée d'un proche ou des ambulanciers, il importe de s'adresser d'abord à elle pour connaître son point de vue sur sa situation. Le personnel vérifie le lien entre celle-ci et son accompagnateur, recueille l'information et demande à l'accompagnateur de demeurer avec la personne jusqu'à ce qu'elle ait rencontré le médecin sauf s'il s'agit d'un intervenant du réseau ou d'un policier qui doit absolument partir, sinon celui-ci demeure avec la personne jusqu'à son évaluation et à sa PEC. Cette situation devrait toutefois être de courte durée et peu courante ;
- il est tout à fait pertinent de demander à l'accompagnateur s'il a des informations ou des observations à transmettre ;

- si la personne est seule, le personnel de l'urgence s'assure de sa capacité à demeurer dans la salle d'attente; sinon, elle est installée dans un endroit plus sécuritaire: salle d'attente réservée à cet effet, bureau de consultation, salle d'examen, etc. ;
- si la personne est conduite par des intervenants communautaires, il importe de s'adresser d'abord à la personne et d'inviter ensuite les intervenants à participer à l'évaluation et à la recherche de solutions ;
- lorsque la personne est attendue par un psychiatre, elle doit être informée du temps qu'elle aura à attendre avant de le rencontrer. Si la personne arrive d'une autre urgence, il faut libérer dès que possible son accompagnateur professionnel.

19.2.5 Personne non consentante

Voici quelques principes de la prise en charge des personnes non consentantes aux soins à l'urgence :

- si la personne est amenée contre sa volonté par sa famille ou par des proches, il importe de s'adresser d'abord à la personne pour connaître son point de vue et connaître sa situation, afin de susciter sa collaboration. L'infirmière du triage s'informerait par la suite auprès de la famille ou des proches des circonstances les ayant incités à amener la personne contre sa volonté. Le personnel de l'urgence vérifie la légalité de la situation, telles l'existence d'un mandat d'inaptitude ou la présence d'une tutelle, en plus de vérifier les liens et d'évaluer le climat existant entre la personne et celles qui l'accompagnent. Enfin, il faut éviter de présumer des bonnes ou mauvaises intentions de la famille ou de ses proches ;
- en cas de participation limitée ou absente de la personne à sa PEC, le personnel de l'urgence doit déterminer s'il y a nécessité d'assurer ou non une surveillance au chevet pour garantir sa sécurité et celle de son entourage en attendant l'évaluation médicale ;
- si la personne est conduite par un agent de la paix contre sa volonté (le plus souvent par des policiers), il importe de s'adresser d'abord à elle pour connaître son point de vue et sa situation, et l'infirmière du triage s'informerait de la situation par la suite auprès des intervenants ;
- La personne amenée par un agent de la paix doit être PEC, par un membre du personnel, dès son arrivée. L'agent de la paix demeure responsable de cette personne seulement jusqu'à ce que celle-ci soit évaluée au triage et que l'agent ait transmis toute l'information pertinente à son sujet à l'infirmière du triage. Il revient ensuite à l'agent de la paix de décider si sa présence est nécessaire pour assurer la sécurité des lieux, en soutien aux mesures de sécurité que l'établissement est tenu de mettre en place, ou parce que la personne est en état d'arrestation ou en détention, par exemple.

19.3 INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

19.3.1 Réponse aux besoins et protection des droits de la personne

En contexte de crise, une réponse adéquate aux besoins des personnes est nécessaire considérant leur vulnérabilité et les risques qu'une telle situation comporte. Il est essentiel d'instaurer des pratiques basées sur la qualité de l'accueil et sur le respect de la personne et de ses droits ainsi que de ceux de la personne qui l'accompagne. À cet égard, la mobilisation du réseau social entourant la personne est encouragée dans le but de favoriser l'amélioration des mécanismes d'adaptation.

L'expérience démontre que, même dans des états de grande détresse, les personnes concernées sont capables de collaborer à la définition de leurs besoins et sont désireuses de le faire. Elles sont aussi en mesure de faire état de leurs préférences et de suggérer des accommodements minimaux pouvant atténuer leur état de crise. Ces personnes peuvent éclairer le personnel de l'urgence sur leurs besoins, et ce, même lorsque leur capacité à communiquer ou à se contrôler est temporairement diminuée.

Afin d'assurer des soins et des services respectant les pratiques reconnues à l'urgence, il est important de prendre en compte les propos, les préoccupations et les interrogations exprimés par les personnes et leurs proches. En voici quelques-unes parmi les plus importantes (Rodriguez, 2006) :

Du côté des personnes qui consultent :

- sentiment de ne pas être écoutées, crues ou acceptées dans leur souffrance;
- crainte d'être soumises à l'autorité arbitraire de soignants ou de membres de leur famille et de n'avoir aucune garantie que leurs droits et recours seront respectés;
- sentiment que l'on n'accorde pas de légitimité à la personne en crise, à moins qu'elle ne soit accompagnée de quelqu'un de « crédible » qui témoigne pour elle, de son état et de ses besoins, ou qu'elle présente des comportements limites entraînant malheureusement des mesures coercitives;
- sentiment que la priorité est donnée à la sécurité au détriment de l'écoute active et de l'interaction avec la personne en état de crise;
- perception d'un manque de bonne volonté ou d'une forme d'incapacité pouvant les exposer à des mesures de contrôle traumatisantes, ce qui entraîne une remise en question d'une partie ou de la totalité des soins et des services offerts ou de la manière dont ils sont offerts.

Du côté des proches :

- sentiment d'être mis à l'écart, de ne pas être écoutés;
- sentiment de ne pas être informés de la situation et de la façon dont ils peuvent être aidants;

- sentiment de ne pas avoir l'information concernant les ressources existantes dans la communauté pour la personne et pour eux;
- désir profond de vouloir faire équipe avec les soignants.

19.3.2 Sécurité des intervenants et des clientèles

Comme pour toutes clientèles, l'orientation sur civière ou vers l'aire ambulatoire dépend de la condition clinique de l'utilisateur. Des *Critères d'orientation* des usagers clairs, appuyés sur l'*ÉTG*, permettent dès le triage de bien diriger l'utilisateur vers l'aire de traitement où il bénéficiera des soins et des services appropriés à sa condition clinique. Comme spécifié précédemment, il est toutefois commun que les personnes en crise ou ayant des idées suicidaires soient orientées vers l'un ou l'autre de ces secteurs, sous la surveillance d'un intervenant, qu'il soit préposé aux bénéficiaires ou encore agent de sécurité. Cette mesure permet d'assurer la sécurité de la personne, mais également celle des autres usagers présents à l'urgence de même que celle des membres du personnel de l'urgence. Cette surveillance étroite ou indirecte ne doit pas accentuer l'anxiété et l'agitation de la personne, mais plutôt voir à la sécuriser.

Il peut arriver que l'utilisateur ne collabore pas à la suite de l'instauration de la surveillance par un intervenant. Dans la mesure du possible, les membres du personnel doivent trouver des solutions afin d'éviter que l'utilisateur présentant un risque suicidaire ne fuie les services d'urgence et que sa sécurité en soit compromise. Par ailleurs, un changement d'intervenant peut occasionnellement apaiser la personne en crise, mais, surtout, va instaurer une relation d'aide et de confiance entre le personnel soignant et l'utilisateur.

Qui plus est, afin d'éviter des blessures à elles-mêmes ou à autrui, les personnes agitées ou présentant un risque suicidaire devraient être conduites, lorsque requis, dans une salle exempte de matériel pouvant être lancé, ingéré ou servir de menace, par exemple. Un emplacement de civière à la vue du personnel dans le poste de garde est à considérer dans les situations où une personne est agitée et nécessite une surveillance plus étroite de la part du personnel de l'urgence.

19.4 COMORBIDITÉ DES PROBLÈMES DIFFICILES À ÉVALUER EN SITUATION D'URGENCE

Les troubles mentaux aigus à l'urgence sont souvent associés à d'autres problèmes qui en accentuent la gravité et la complexité. Citons, à titre d'exemple, les problèmes sociaux tels que la pauvreté, les problèmes d'hébergement, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, les problèmes de comportement associés aux troubles de la personnalité ou à la déficience intellectuelle et les problèmes de santé physique. À ce sujet, les personnes souffrant d'un problème de santé mentale peuvent aussi avoir des maladies physiques d'importance (par exemple les troubles cardiaques, le diabète, etc.) et que la condition physique peut contribuer à la détérioration de la condition mentale, en compliquer le traitement ou en être la cause. Une évaluation physique pertinente de toutes les personnes qui consultent pour un trouble de santé mentale est essentielle et trop souvent négligée.

Par ailleurs, il est reconnu, par exemple, que « les personnes atteintes de maladies mentales graves ont un haut taux de comorbidité reliée à la toxicomanie. En l'absence d'un traitement approprié, la toxicomanie peut exacerber les maladies mentales et nuire à leur traitement» (McEwan, 2001). Il est également soulevé que la comorbidité reliée à la toxicomanie peut occasionnellement constituer une raison de refuser de donner à la personne les soins et les services dont elle a besoin et créer, par le fait même, un bris de service ou constituer un motif pour l'hospitaliser rapidement, compte tenu du manque de ressources disponibles pour traiter ce type de problème complexe.

19.5 PRINCIPALES DISPOSITIONS DE LA LOI

En vertu du Code civil du Québec (art. 10 et 11), toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Toute personne, y compris celle protégée par un régime de protection ou un mandat, est présumée apte à consentir à des soins, quelle que soit la nature de ces derniers (par exemple un examen, des prélèvements, la garde en centre hospitalier, etc.). L'aptitude à consentir ou à refuser doit être vérifiée chaque fois qu'un soin est proposé.

Lorsque l'inaptitude est constatée et pourvu que la personne ne s'y oppose pas, le consentement peut être donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Il faut donc rechercher, dans les registres des régimes de protection du *Curateur public*, la présence d'un représentant légal auprès de la personne inapte à consentir. Si la personne inapte n'est pas sous régime de protection ou sous mandat, ces personnes peuvent alors donner leur consentement, sauf s'il s'agit de garder la personne en centre hospitalier contre son gré :

- le conjoint, marié, en union civile ou de fait;
- un proche parent;
- quiconque démontrant un intérêt particulier pour la personne;
- le Curateur public, si la personne est isolée.

Cependant, l'autorisation du tribunal est nécessaire dans les cas suivants :

- La personne inapte à consentir refuse de recevoir les soins requis par son état de santé;
- La personne qui pouvait consentir à des soins requis est actuellement inapte à donner son consentement ou empêchée de le faire;
- La personne qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé de la personne inapte à donner son consentement refuse de consentir aux soins sans raison valable.

Les seuls Cas prévus par la loi qui permettent de passer outre le consentement sont les suivants :

- s'il s'agit de soins d'hygiène;

- en cas d'urgence, lorsque la vie de la personne est en danger ou que son intégrité est menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile (art. 13 du Code civil du Québec);
- s'il s'agit de garder préventivement la personne en centre hospitalier parce qu'elle représente un **danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.

19.6 ASPECTS LÉGAUX

En vertu de l'article 118.2 de la LSSSS, tout établissement visé à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001) doit adopter un protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans ses installations.

La mise sous garde visée à l'article 118.2 de la LSSSS est une **mesure légale exceptionnelle** utilisée pour contraindre une personne, en l'absence de son consentement, à rester sous surveillance dans une installation d'un établissement de santé ou de services sociaux dotée des aménagements nécessaires, donc à la garder contre son gré en la privant de sa liberté.

Cette mesure ne peut s'appliquer qu'en tout respect des règles et des lois relatives aux droits fondamentaux de la personne. Son application doit se limiter à la présence d'un danger pour la personne ou pour autrui et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été tentées et ont échoué, la personne s'opposant catégoriquement à être gardée en établissement malgré une recherche active de son consentement.

Tous les acteurs concernés par l'application d'une telle mesure doivent bien connaître le protocole adopté dans leur établissement et sont tenus de s'y conformer. Ce protocole a principalement pour objet de **guider le personnel impliqué dans les actions et les tâches à accomplir à chacune des étapes du processus de mise sous garde** pour garantir la traçabilité de sa conformité aux lois dans le dossier de l'utilisateur. Il vise donc à traduire en actions (consignes) les orientations ministérielles contenues dans le document intitulé *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*.

Une formation nationale portant sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et les mises sous garde en établissement de santé et de services sociaux sera disponible à compter de 2021 dans l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) du RSSS.

D'ailleurs, un mécanisme de suivi de l'application de ce protocole doit être prévu par l'établissement, de même que son évaluation annuelle.

Pour que les acteurs impliqués dans la mise sous garde d'une personne en établissement puissent avoir accès au protocole et aux nombreux outils de gestion qui s'y rattachent, une trousse intitulée *Garde en établissement* a été élaborée et mise à la disposition du personnel qui travaille

dans les services visés. Tout le personnel visé par l'application du protocole de l'établissement devrait l'avoir sous la main et s'y référer lorsque cela est requis.

La garde se limite à maintenir, contre son gré, la personne dans un centre hospitalier, en assurant sa sécurité jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de danger pour elle-même ou autrui ou que la personne consente à son hospitalisation.

La garde en établissement n'accorde pas le pouvoir de traiter la personne contre son gré, à moins d'une situation d'urgence mettant en danger la vie ou l'intégrité de la personne. Tout traitement qui lui est donné fait l'objet d'un consentement libre et éclairé de la personne et celle-ci conserve tous ses autres droits, au même titre que toute personne hospitalisée sur une base volontaire. Si le médecin juge que le traitement est essentiel et qu'il n'a pas l'autorisation de la personne pour l'appliquer, le médecin doit faire une demande d'autorisation judiciaire de soins à la cour.

En toutes circonstances, il faut s'assurer du respect des droits suivants :

- Droit de communiquer en toute confidentialité avec des personnes de l'extérieur (sauf restrictions temporaires et motivées devant être remises par écrit à la personne);
- Droit de communiquer sans restriction avec son représentant, le Curateur public, la personne habilitée à consentir à ses soins, un avocat ou le Tribunal administratif du Québec;
- Droit de garder ses vêtements et effets personnels considérés comme non dangereux;
- Droit d'être transféré dans un autre établissement sous certaines conditions;
- Droit de refuser des traitements (sauf examens ou traitements ordonnés par la cour);
- Droit au respect et à la dignité;
- Droit d'être accompagné;
- Droit de demander une révision de la décision;
- Droit de demander la fin de la garde en cas de non-respect de la loi;
- Droit d'être entendu lors de toute audience qui concerne la personne devant la Cour du Québec.

Les personnes en cause doivent être informées des recours possibles :

- Droit de faire appel de la décision à la Cour d'appel du Québec (s'il y a erreur de droit);
- Droit de demander une audition devant le Tribunal administratif du Québec (pour toute décision relative au maintien de la garde et toute autre décision prise en vertu de la loi).

19.7 TYPES DE GARDES EN ÉTABLISSEMENT

19.7.1 Garde préventive

La garde préventive peut être autorisée par un médecin s'il est d'avis que la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental. Elle est d'une durée maximale de 72 heures et elle s'applique malgré :

- l'absence de consentement;
- l'absence d'autorisation du tribunal;
- l'absence d'évaluation psychiatrique préalable.

Le médecin responsable de l'usager doit donc rapidement statuer s'il convient de prolonger la garde au-delà des 72 heures. Pour ce faire, il devra déterminer la pertinence d'obtenir une ordonnance de garde provisoire en vue de procéder à une évaluation psychiatrique visant à établir la nécessité de prolonger la garde de la personne contre son gré.

La garde préventive prend fin selon l'une ou l'autre des situations suivantes :

- si le médecin est d'avis que la personne ne présente plus un danger grave et immédiat en raison de son état mental à l'intérieur des 72 heures de garde préventive permises par la loi;
- à l'expiration des 72 heures, à moins d'avoir obtenu du tribunal une ordonnance qui permet de prolonger la garde de manière provisoire afin de procéder à une évaluation psychiatrique²;
- en tout temps, si la personne décide de consentir à demeurer au centre hospitalier et à recevoir les soins et services nécessaires, y compris une évaluation psychiatrique, si nécessaire.

Si la période de 72 heures se termine un samedi ou un jour férié, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde préventive présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour ouvrable qui suit³.

19.7.2 Garde provisoire

À la demande d'un médecin ou d'un tiers intéressé, le tribunal peut, s'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, provisoirement gardée dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu

² RLRQ, c. P-38.001, art. 7., al. 3.

³ RLRQ, c. P-38.001, art. 7., al. 3.

nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.⁴

Lorsque la garde provisoire est ordonnée par le tribunal :

- le premier examen psychiatrique doit avoir lieu dans les 24 heures suivant la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, dans les 24 heures de l'ordonnance du tribunal⁵;
- si ce premier examen conclut à la nécessité de la garde, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les 96 heures de la PEC ou, si la personne était déjà sous garde préventive, dans les 48 heures de l'ordonnance⁶;
- si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde pour un maximum de 48 heures additionnelles, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal⁷. La prochaine étape du processus consiste à obtenir du tribunal une ordonnance de garde autorisée.

Les deux examens psychiatriques ne devraient pas être réalisés le même jour. Cet écart de temps permet de confirmer qu'il y a encore ou non présence de danger en raison de l'état mental qui perdure et justifie une garde en établissement à plus long terme.

La garde provisoire prend fin lors de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire⁸;
- si le délai de la garde est expiré;
- s'il y a rejet du tribunal de la demande de garde autorisée;
- s'il y a défaut de produire un rapport psychiatrique dans les délais prescrits par la loi;
- à l'obtention du consentement libre et éclairé de la personne à être gardée à l'établissement en vue de se soumettre à une évaluation psychiatrique.

19.7.3 Garde autorisée

Cette garde doit être autorisée par un tribunal. Elle est fondée sur les deux rapports d'examen psychiatriques de la garde provisoire. Le tribunal doit également avoir lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire.

⁴ CCQ, art. 27, al.1

⁵ CCQ, art. 28

⁶ CCQ, art. 28, al. 2

⁷ CCQ, art. 28, al. 3

⁸ CCQ, art. 28, al. 3

La durée de la garde autorisée est fixée dans le jugement qui l'autorise. Pour que la garde soit prolongée au-delà de la période fixée, une nouvelle ordonnance du tribunal devra être prononcée.

Si une garde autorisée est prévue pour plus de 21 jours, la personne concernée doit être soumise à des examens psychiatriques périodiques destinés à vérifier si la garde est toujours nécessaire.

La garde autorisée prend fin lors de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- aussitôt qu'un certificat médical ou un rapport d'examen psychiatrique attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant;
- dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée;
- par décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire;
- si aucun rapport d'examen psychiatrique n'est produit à l'une ou l'autre des échéances ainsi fixées (au 21^e jour de la date d'ordonnance de garde autorisée et par la suite, tous les 3 mois);
- à l'obtention du consentement libre et éclairé de la personne à être gardée en établissement à y recevoir des soins et services, incluant une évaluation psychiatrique.

19.8 PERSONNE SUICIDAIRE

Le taux de suicide au Québec et la grande souffrance qui y est associée justifient l'attention particulière que doit y porter le personnel de l'urgence. Les infirmières du triage et l'équipe soignante doivent être sensibles à l'importance de reconnaître une personne en crise suicidaire ou à risque de le devenir. Des formations continues entourant la détection et la prise en charge des risques suicidaires sont fortement recommandées pour le personnel soignant.

Aucune personne suicidaire ou à risque ne peut quitter l'urgence sans que l'on soit assuré que le risque identifié est contrôlé et que la personne obtiendra un suivi adéquat en temps opportun. Pour réduire les risques d'incidents, il importe d'améliorer la continuité des soins et des services et de favoriser le maillage entre les différents acteurs des secteurs communautaires et institutionnels, et particulièrement avec les équipes de première ligne en santé mentale dans les CISSS/CIUSSS. Ainsi, il serait préférable que l'équipe de l'urgence développe une étroite collaboration avec les équipes de première ligne en santé mentale dans les CISSS/CIUSSS pour avoir accès à quelques plages horaires et référer vers les services de première ligne les personnes qui nécessitent ce type de suivi. Cet arrimage est d'autant plus essentiel pour les établissements non fusionnés.

Le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* prévoit la prise en charge, l'évaluation et le traitement des personnes suicidaires lorsqu'elles se présentent à l'urgence, ainsi que le suivi qui leur sera accordé.

19.9 MESURES DE CONTRÔLE : ISOLEMENT ET CONTENTION

La loi exige que chaque établissement de santé adopte un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles, qu'il le diffuse auprès de ses usagers et qu'il procède à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. L'utilisation des mesures de contrôle peut avoir des effets néfastes graves sur la santé physique et psychologique des personnes au point même de causer la mort. C'est pourquoi les établissements sont encouragés à être novateurs et créatifs en instaurant des mesures de remplacement dans le but de diminuer, voire d'éliminer l'utilisation des mesures de contrôle. Le protocole d'application de chaque établissement vise ainsi à en restreindre l'usage et, le cas échéant, à encadrer leur utilisation exceptionnelle, en tenant compte de considérations clinique, éthique et juridique.

Certains principes généraux guident l'utilisation de la contention et de l'isolement, dont l'emploi, minimal et exceptionnel, se limite aux personnes présentant un risque imminent de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. Ces principes précisent entre autres que les mesures de contrôle ne doivent être envisagées qu'en dernier recours et que la mesure appliquée doit être la moins contraignante possible. Le respect et le bien-être de la personne sont des valeurs centrales dans le processus d'application des mesures de contrôle. Le Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle du MSSS a été publié à cet effet.

19.10 PLACE DE LA FAMILLE ET DES PROCHES À L'URGENCE

La collaboration du personnel avec la famille et les personnes ayant un lien significatif avec l'utilisateur concerné demeure un élément essentiel, puisqu'il permet de mieux comprendre la situation, de cibler les interventions et d'accompagner la personne dans son rétablissement. Ce partenariat est complémentaire à l'intervention faite auprès de la personne qui participe à toute cette démarche.

Les rencontres avec les proches ont lieu autant que possible en présence de la personne atteinte. Toutefois, si cette dernière refuse que ses proches soient rencontrés ou contactés et qu'il est essentiel d'obtenir des renseignements de leur part afin d'apprécier plus objectivement sa condition clinique, il est acceptable de s'enquérir auprès d'eux des informations la concernant afin d'obtenir des informations élémentaires pour intervenir de façon urgente. La transmission de l'information aux proches touchant l'état de la personne doit respecter la confidentialité de l'utilisateur.

La famille et les proches se sentent rassurés face à la situation s'ils connaissent le traitement et les ressources qui leur sont accessibles. Il importe donc de leur donner de l'information, de faire de l'enseignement en utilisant des termes compréhensibles et de leur donner les coordonnées des ressources communautaires disponibles sur le territoire qui viennent en aide aux personnes atteintes de troubles de santé mentale et à leur entourage.

19.11 RÉSEAU INTÉGRÉ EN SANTÉ MENTALE

L'observation prolongée des personnes ambulatoires ou sur civière à l'urgence n'est pas un mode de soins reconnu. En santé mentale, la mise en place du SIV, du SIM et des équipes de première ligne en santé mentale dans les CISSS/CIUSSS sont à privilégier. La création d'une UIB d'une durée maximale de 7 jours pour certaines personnes ayant des problèmes particuliers est recommandée et jugée préférable à une observation prolongée à l'urgence, et ce, lorsque le nombre de personnes admissibles à ce type de service le justifie. Cependant, il est toujours préférable de privilégier le développement de programmes en première ligne et même de programmes intensifs en première ligne dans la communauté plutôt que d'utiliser les services d'urgence.

19.11.1 Urgence et réseau intégré de services en santé mentale

Les soins et les services en santé mentale offerts par l'urgence sont spécifiques et complémentaires à ceux offerts par d'autres organisations. Le CISSS/CIUSSS a l'obligation de favoriser la concertation et la collaboration entre tous les partenaires du réseau offrant des soins et des services directs à la population. La mise en réseau et les soins de collaboration visent à assurer la continuité et la fluidité des soins et des services sur un territoire. En tout temps, les personnes atteintes de troubles de la santé mentale et leurs proches doivent pouvoir entrer en contact avec un professionnel ou une équipe désignée et recevoir une réponse adaptée à leurs besoins.

19.11.2 Services offerts

L'ensemble des services nécessaires pour assurer le maintien dans la communauté des personnes présentant des troubles de santé mentale doit être présent dans les RLS. Parmi ces services, notons l'intervention en situation de crise 24 heures par jour et 7 jours par semaine, l'évaluation, le traitement et le suivi dans la communauté (incluant les équipes de première ligne en santé mentale pour les adultes et les jeunes, les équipes de SIV, les équipes de SIM, les équipes pour les premiers épisodes psychotiques, les ressources d'hébergement, la réadaptation et le travail), ainsi que d'autres ressources comme les groupes d'entraide et autres lieux de rencontre pour les personnes atteintes de maladies mentales ou pour les familles vivant ou ayant vécu des expériences similaires.

19.11.3 Conditions de succès pour une organisation de services

L'organisation des services à l'intérieur d'un réseau implique la hiérarchisation des services entre les psychiatres et les omnipraticiens. La présence d'un psychiatre pour soutenir et conseiller les médecins omnipraticiens est un gage de succès. Certaines modalités de travail sont proposées pour favoriser l'organisation de services selon une perspective de travail en réseau :

- former le personnel de l'urgence aux caractéristiques de la crise en santé mentale afin de faciliter l'orientation des personnes visées (personne atteinte de maladies mentales et ses proches significatifs) vers les ressources appropriées;

- connaître l'organisation des services de même que les mécanismes de concertation et de coordination sur chacun des territoires locaux situés à proximité de l'urgence;
- connaître l'ensemble des ressources institutionnelles et communautaires disponibles;
- contribuer à la mise en place des mécanismes de concertation et de coordination pour faire connaître les besoins de l'urgence et établir localement les ententes nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des services;
- assurer des liens fonctionnels entre l'urgence et les services hospitaliers psychiatriques, de même qu'avec les autres organisations offrant des services en santé mentale dans les CISSS/CIUSSS.

Il importe d'avoir davantage recours aux services des infirmières cliniciennes de liaison en santé mentale à l'urgence et d'assurer la formation adéquate de ces professionnelles, en particulier quant à la prise en compte du point de vue des personnes concernées. Cela permettra de réduire les demandes de consultations psychiatriques à l'urgence.

20.1 PROBLÉMATIQUE DE LA CLIENTÈLE

Les personnes en situation d'itinérance ou aux prises avec une dépendance font face à de nombreux enjeux de santé physique et mentale. La consommation de substances psychoactives (SPA) est associée à plusieurs affections différentes, dont des maladies chroniques et infectieuses, des troubles neuropsychiatriques, des troubles gastro-intestinaux, des troubles métaboliques et endocriniens, des pathologies cardiovasculaires et certains cancers. L'utilisation de drogues par injection peut quant à elle engendrer de lourdes conséquences, tant sur le plan physique que sur le plan social : surdoses, hospitalisations, décès, syndrome du sevrage du nouveau-né après l'accouchement, marginalisation, exclusion. Les personnes qui utilisent des drogues par injection et par inhalation (UDII) représentent ainsi l'un des groupes les plus vulnérables aux infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le MSSS a publié des plans d'action interministériels entourant l'approche en *Dépendance* et en *Itinérance*.

Par ailleurs, les intervenants qui travaillent auprès des personnes itinérantes constatent une présence accrue de personnes âgées dans les services d'hébergement d'urgence en itinérance. Les ressources spécialisées en dépendance font elles aussi face à une clientèle vieillissante qui requiert une attention particulière sur le plan de la santé physique.

Notons qu'une proportion importante de personnes en attente au guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille ont un trouble de santé mentale ou un trouble de l'utilisation de substances psychoactives (TUS). Cette réalité témoigne du défi que peut représenter l'accès à un médecin de famille pour ces personnes. D'après le rapport *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018 du MSSS*, 56 % des individus rencontrés lors du dernier dénombrement des personnes en situation d'itinérance ont affirmé avoir consulté au moins une fois à l'urgence dans la dernière année. De plus, une forte proportion d'individus présentant des troubles concomitants de TUS et de troubles mentaux seraient de « grands consommateurs » des services de santé des urgences hospitalières (Ngamini Ngui et al., 2016).

Les enjeux de dépendance et d'itinérance sont donc non seulement interreliés et souvent concomitants, mais coexistent fréquemment avec les troubles mentaux et physiques. L'addition de ces problématiques peut amener une aggravation et une difficulté de prise en charge de chacune d'elles, mais aussi de multiples conséquences sur le plan de la santé physique et mentale. La combinaison de ces divers problèmes rend plus complexe l'organisation des services et fait en sorte que le RSSS peine actuellement à rejoindre ces clientèles et à leur offrir des soins optimaux. Par exemple, l'absence de domicile fixe représente une difficulté importante pour l'accès aux services ainsi que le maintien des soins. Dépourvues d'adresse fixe et de preuves d'identité, les personnes en situation d'itinérance se heurtent souvent aux modes de fonctionnement et aux règles d'admission du RSSS. Comme le mentionne la *Politique nationale de lutte à l'itinérance* :

«[il] est essentiel d'assurer une souplesse dans l'offre de services afin de rejoindre les personnes en situation

d'itinérance là où elles se trouvent et au moment le plus approprié, et de mieux répondre à leurs besoins [...] ».

L'urgence est donc souvent le seul contact avec le RSSS de ces clientèles, mais aussi la porte d'entrée vers les autres services. Enfin, compte tenu du lien étroit entre l'usage de substances psychoactives, l'itinérance et les problèmes de santé physique, il importe d'accorder une attention particulière à ces personnes. La consultation pour un problème de santé physique doit donc être utilisée comme un moment opportun pour détecter un problème lié à la consommation de SPA ou à une situation d'itinérance et pour orienter la personne, le cas échéant, vers les services appropriés à l'interne comme à l'externe.

20.2 APPROCHE AUX PERSONNES

Les personnes en situation d'itinérance ou aux prises avec une dépendance peuvent avoir eu des expériences antérieures difficiles avec le RSSS et vont parfois craindre le jugement des soignants. L'accueil empathique et non jugeant est donc la pierre angulaire de l'approche avec cette clientèle. Pour ces personnes, le fait qu'elles se sentent réellement écoutées, considérées et que l'on tente d'explorer et de répondre à leurs besoins permettra aussi souvent de prévenir ou de désamorcer des situations de crise.

De plus, l'utilisation d'un niveau de discours adapté permettra de mettre les personnes à l'aise et de s'assurer d'une pleine compréhension. Rappelons qu'au Québec, on estime à 1 sur 5 le nombre de Québécois qui éprouvent des difficultés majeures de lecture et à plus d'un million le nombre d'adultes qui sont analphabètes (Fondation pour l'alphabétisation). Il est donc essentiel que les intervenants du RSSS accliment leur approche et leurs interventions d'après ces faits, notamment lorsqu'ils remettent des conseils écrits au départ de l'utilisateur.

20.3 INTERVENANTS EN MILIEU D'URGENCE

Afin d'assurer un suivi adéquat des soins et services à apporter, des intervenants spécialisés auprès de cette clientèle devraient être en contact étroit avec le personnel de l'urgence. Souvent issus des CISSS/CIUSSS, les travailleurs sociaux ou infirmières de liaison spécialisés en dépendance et en situation d'itinérance peuvent contribuer à la planification du départ des usagers. Une évaluation spécialisée et des orientations vers les ressources appropriées pourront ainsi être envisagées. Afin de soutenir les établissements non fusionnés et les CISSS/CIUSSS dans leurs actions auprès de ces clientèles, le MSSS travaille activement à la publication d'orientations et de guides de pratique. Ces outils de référence seront disponibles dans cette section, dès leur publication.

20.4 SPÉCIFICITÉS EN ITINÉRANCE

20.4.1 Problèmes particuliers

20.4.1.1 Santé mentale

On estime qu'entre 30 % et 50 % des personnes en situation d'itinérance auraient des problèmes de santé mentale, dont 10 % des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression majeure (Bonin et al., 2005). Lors du dénombrement d'avril 2018 des personnes en situation d'itinérance, 13,4 % des personnes interrogées ont évoqué les problèmes de santé mentale comme étant la raison ayant mené à la plus récente perte de leur logement.

Considérant que les personnes en situation d'itinérance sont peu rejointes par le RSSS, le passage par l'urgence est un moment privilégié pour détecter d'éventuelles problématiques de santé mentale ayant pu mener ou contribuer à l'itinérance. Il peut alors être opportun d'obtenir une évaluation en psychiatrie et d'orienter la personne vers des ressources spécialisées dans la communauté, qui devraient être connues du personnel de l'urgence. Citons à titre d'exemple les équipes spécialisées en itinérance disponibles dans plusieurs CISSS/CIUSSS.

20.4.1.2 Trouble de l'utilisation de substances

Une revue systématique fait état d'environ 38 % et 24 % des personnes en situation d'itinérance qui seraient respectivement dépendantes à l'alcool ou aux substances psychoactives (Fazel, 2008). Ce chiffre se rapproche de 50 % lorsque les personnes en situation d'itinérance sont aussi aux prises avec une problématique de santé mentale. Pour ces raisons, il convient donc de détecter systématiquement cette problématique au sein de cette population et d'en assurer la PEC adéquate le cas échéant.

20.4.2 Accès à la carte d'assurance maladie

L'information nécessaire reliée à l'*Accès à la carte d'assurance maladie* se retrouve à cet endroit. Toutefois, la personne en situation d'itinérance qui obtient sa confirmation ou sa déclaration d'identité et de domicile au Québec a 45 jours pour remplir sa demande de carte d'assurance maladie en se présentant dans un point de services d'authentification offrant ce service, ou dans un des deux bureaux d'accueil de la RAMQ, à Montréal ou à Québec. Le formulaire de demande de carte est disponible à ces endroits, et la photo sera prise sur place, gratuitement.

Pour plus d'information sur le processus, vous pouvez contacter la RAMQ (précisez que l'information recherchée est en lien avec la procédure itinérance), l'accueil psychosocial du CISSS/CIUSSS de votre territoire, Info-Social 811, votre centre local d'emploi ou encore votre bureau de Services Québec.

20.4.3 Rôle particulier du travailleur social ou de l'infirmière de liaison de l'urgence

Étant donné la complexité de la situation sociale associée à la problématique de l'itinérance, il est indiqué d'impliquer rapidement le travailleur social de l'urgence et/ou l'infirmière de liaison. Ceux-ci permettront d'abord de mieux comprendre la situation de la personne ayant consulté et d'évaluer la présence d'un réseau de soutien et d'équipes de suivi en externe. Ils pourront ensuite évaluer la possibilité d'effectuer ou non un congé sécuritaire ou amorcer précocement les démarches qui permettront un congé en toute sécurité.

20.4.4 Évaluation de la sécurité du congé à la rue ou du transfert vers une ressource en itinérance hors RSSS

Lorsqu'une personne en situation d'itinérance consulte aux urgences pour une problématique de santé physique, mentale ou sociale, cette même problématique peut aussi faire en sorte que le retour à la rue soit désormais impossible ou dangereux. En plus de l'évaluation de la pathologie ayant nécessité la visite à l'urgence, la sécurité du congé à la rue devrait systématiquement faire partie des éléments évalués par l'équipe de l'urgence. De même, certaines ressources en itinérance offrent des lits de répit ou de convalescence post-hospitalière. Toutefois, ces ressources ne possèdent pas toujours l'infrastructure nécessaire à la prise en charge de situations complexes ou d'enjeux de santé actifs ou importants. Il convient donc de valider le niveau de prise en charge possible par la ressource avant de considérer le transfert d'une personne en situation d'itinérance.

20.5 SPÉCIFICITÉS EN DÉPENDANCE

Les personnes aux prises avec une dépendance qui se trouvent à l'urgence vivent souvent une crise. Cette condition de vulnérabilité crée un contexte clinique favorable à l'intervention et au changement. Les professionnels disposent alors d'une courte fenêtre d'intervention pour inciter ces personnes à s'inscrire ou à se réinscrire dans une démarche d'aide structurée au regard de leur problématique de dépendance.

Dès lors, il importe de procéder à la détection et au repérage de l'utilisation de substances psychoactives lors du passage à l'urgence. Lorsqu'il y a effectivement utilisation de SPA, le médecin devra d'abord s'assurer que l'arrêt de la substance consommée n'entraînera pas un sevrage qui pourrait mettre la vie de l'utilisateur en danger (par exemple alcool, benzodiazépine, GHB, barbiturique). Lorsqu'une hospitalisation est envisagée, le traitement rapide et approprié du sevrage sera alors mis en place dès l'urgence. S'il n'y a pas d'hospitalisation prévue et que la dangerosité du sevrage a été exclue, l'équipe de l'urgence pourra alors avoir recours aux services de l'équipe de liaison spécialisée en dépendance, lorsqu'elle est présente dans son installation, ou référer directement l'utilisateur à des ressources externes, dont les CRD.

20.5.1 Problèmes particuliers

20.5.1.1 *Risque de surdose d'opioïdes*

La naloxone est un antagoniste des opioïdes couramment utilisée dans les urgences. La naloxone est désormais *disponible en pharmacie et dans certains organismes communautaires* sous forme de trousse afin de prévenir les surdoses chez les personnes qui utilisent des opioïdes (prescrits ou non) et, plus largement, chez toute personne qui utilise des SPA provenant du marché illicite. Les médecins d'urgence devraient recommander cet antidote à toutes les personnes qui consomment des substances psychoactives provenant du marché illicite (et non pas uniquement celles qui consomment des opioïdes) et à tous les usagers à qui ils prescrivent des opioïdes. Le programme de gratuité inclut les personnes ne possédant pas de carte d'assurance maladie ou de pièce d'identité, les citoyens d'autres provinces et les touristes. Les pharmaciens sont habilités à effectuer la formation à l'utilisation de la naloxone aux personnes qui recevront une trousse. De plus, un *Programme de formation sur l'administration de la naloxone pour les intervenants du RSSS* est disponible depuis janvier 2019.

20.5.1.2 *Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)*

Un nombre croissant de données indiquent que l'urgence est un moment privilégié pour commencer le traitement de la dépendance aux opioïdes avec un agoniste opioïde telles la méthadone ou la buprénorphine/naloxone. De fait, plusieurs usagers qui consomment des opioïdes se présenteront dans les urgences pour une surdose ou une problématique de santé liée à leur consommation de substances. Ce moment constitue donc une occasion d'amorcer ce traitement qui aura comme effet de diminuer non seulement le recours aux urgences, mais aussi, de façon plus globale, la mortalité, la morbidité, les activités criminelles, les incarcérations et la consommation. En présence d'un individu respectant les critères diagnostiques du DSM 5 d'un TUO, il est recommandé d'évaluer systématiquement la pertinence de débiter un traitement avec un agoniste opioïde, que ce soit via une équipe spécialisée ou via l'urgence. Le médecin d'urgence souhaitant entreprendre un tel traitement devra toutefois s'assurer d'avoir un corridor de services avec un médecin pouvant assurer la prise en charge et le suivi de l'utilisateur en externe.

20.5.2 Services des centres de réadaptation en dépendance et trajectoire de soins

Les personnes consultant à l'urgence qui présentent des comportements à risque au regard de la consommation d'alcool, de drogues, de la pratique des jeux de hasard, d'autres dépendances et d'argent peuvent être orientées vers le programme-services Dépendances, offerts dans les CISSS/CIUSSS. Ceux-ci ont notamment la responsabilité de détecter les usagers qui sont susceptibles d'adopter des comportements à risque et d'intervenir précocement auprès d'eux (par exemple avec le programme Alcochoix+).

Partout au Québec, un CISSS/CIUSSS comprend des CRD offrant des services publics spécialisés en dépendance. Les CRD ont pour mission d'améliorer l'état de santé et de bien-être, la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes d'alcool, de drogue, de jeu et

de cyberdépendance et de leur entourage par le biais de divers services, y compris la gestion de l'intoxication, la gestion du sevrage en interne ou en externe, la réadaptation et la réinsertion sociale.

20.5.3 Services d'une équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence

Depuis plusieurs années, le MSSS a priorisé le déploiement d'équipes de liaison spécialisées en dépendances dans les urgences hospitalières pour mieux rejoindre les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation de substances. Il a rédigé à cet égard le *Guide d'implantation : d'équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence*.

L'implantation d'une équipe de liaison intégrée à un CRD vise l'ensemble de la clientèle du centre hospitalier et, plus spécifiquement, celle de son service d'urgence. Sa composition dépend des capacités régionales et des ressources de l'installation. Par conséquent, l'équipe médicale et l'équipe clinique du centre hospitalier représentent des partenaires importants pour l'équipe de liaison du CRD. Initialement, le succès de cette implantation demande un intérêt, un engagement et un désir de collaboration de la part du personnel en centre hospitalier pour que le CRD puisse introduire une équipe de liaison.

Compte tenu de la prévalence élevée des troubles mentaux chez les personnes vivant avec une problématique de dépendance, la collaboration des services psychiatriques du centre hospitalier dans le modèle d'équipe de liaison est déterminante. Outre les rôles décrits précédemment, il est impératif que les professionnels de la réadaptation affectés à la liaison puissent obtenir l'accès à des consultations psychiatriques.

Dans l'implantation d'une équipe de liaison, il importe que les partenaires en CRD et en centre hospitalier conçoivent et comprennent de la même manière le cheminement de la clientèle dans les services. La trajectoire de services donne une indication claire des possibilités de ce cheminement et respecte les rôles et fonctions des différents intervenants participants. Cependant, les différentes composantes et les modalités de fonctionnement peuvent varier selon les caractéristiques distinctives de chacune des régions ou de chacun des territoires (par exemple la masse critique, la disponibilité de l'effectif, la nature de l'offre de service disponible, le degré de concertation entre les partenaires).

20.5.4 Orientation de l'utilisateur

20.5.4.1 *Gestion de l'intoxication (services de dégrisement)*

Les personnes en état d'intoxication sont susceptibles de se présenter à diverses portes d'entrée, dont les services d'urgence. Considérant les risques de détérioration de leur santé physique, les CISSS/CIUSSS doivent s'assurer que des trajectoires adaptées sont mises en place de façon à répondre adéquatement au besoin de ces personnes au sein de leur réseau territorial de services (RTS), et les établissements non fusionnés doivent impérativement coordonner des trajectoires de services partenaires. Ces personnes devraient donc être évaluées par l'équipe de liaison ou, à défaut, par le médecin de l'urgence afin de s'assurer que leur condition physique et mentale ainsi

que les risques associés à un éventuel sevrage n'entraînent pas le transfert vers les ressources de dégrisement disponibles localement.

20.5.4.2 *Gestion du sevrage (services de désintoxication)*

En fonction de l'évaluation des risques de complications de sevrage et des conditions médicales et psychiatriques associées, la personne se présentant à l'urgence pourra être orientée vers diverses ressources de gestion du sevrage, hiérarchisée en fonction de l'intensité des services requise.

1. *Services externes non intensifs de gestion du sevrage (niveau 1-GS)*

Il s'agit généralement de consultations médicales en externe qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est ici qualifié de léger. Ces services peuvent être offerts sous supervision médicale par des infirmières travaillant dans les CISSS/CIUSSS (missions CLSC, CRD, CH), dans les groupes de médecine de famille et autres cliniques médicales.

2. *Services externes intensifs de gestion du sevrage (niveau 2-GS)*

Sous la responsabilité des CISSS/CIUSSS, selon leur mission CRD en complémentarité avec la mission en centre hospitalier et les autres centres non fusionnés concernés, ces services sont offerts sous supervision médicale, souvent par l'entremise des infirmières. Les services sont destinés à des personnes qui présentent des risques de sevrage modérés et dont l'état nécessite une intensité importante (plus grande fréquence de rencontres) sur une courte période.

3. *Services de gestion du sevrage avec hébergement (niveau 3-GS)*

On distingue habituellement deux sous-niveaux de services de gestion du sevrage avec hébergement. Nécessitant une présence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, le niveau 3.2-GS se destine aux sevrages plus légers et peut être géré par du personnel détenant une formation psychosociale. Le niveau 3.7-GS vise à répondre à des sevrages dont la gravité est plus importante et nécessite la présence d'une infirmière, sous supervision médicale.

4. *Services de gestion du sevrage avec hospitalisation/désintoxication interne en milieu hospitalier (niveau 4-GS)*

Sous la responsabilité des installations détenant une mission de centre hospitalier, ces services sont offerts par les membres du personnel infirmier et médical, dans les diverses unités offrant l'ensemble des soins appropriés ou associés à un sevrage sévère. Il est estimé qu'environ 10 % des personnes qui présentent un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives et requérant des services spécialisés en dépendance ont besoin d'être orientées au préalable pour une désintoxication interne en milieu hospitalier, à l'occasion d'un sevrage sévère. Des ententes entre le CRD et le centre hospitalier doivent prévoir des mécanismes de liaison facilitant la continuité d'une démarche de traitement lorsqu'un individu se présente d'abord en CRD et qu'il doit d'abord être référé en centre hospitalier étant donné la sévérité de son sevrage ainsi qu'à la suite d'un épisode de désintoxication hospitalière.

20.6 PLACE DE LA FAMILLE ET DES PROCHES À L'URGENCE

L'approche à préconiser auprès de cette clientèle ressemble en tout point à celle décrite dans la section de la santé mentale *Place de la famille et des proches à l'urgence*.

20.7 FORMATION CONTINUE

Qu'il y ait ou non implantation d'une équipe de liaison spécialisée en dépendances et en itinérance à l'urgence, le centre hospitalier doit s'assurer que son personnel est formé au repérage de l'utilisation de substances psychoactives. Cela permet l'arrimage cohérent des activités avec l'équipe de liaison du CRD le cas échéant ou la référence adéquate vers les ressources externes appelées à intervenir auprès de cette clientèle. Les centres hospitaliers intéressés par ce type de formation peuvent se référer à l'établissement détenant la mission CRD de sa région.

21 CENTRES DÉSIGNÉS - AGRESSION SEXUELLE

Les raisons de visite entourant une situation d'agression sexuelle peuvent survenir dans n'importe quelle installation du RSSS. Toutefois, certains de ces milieux sont identifiés comme centres désignés pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Il existe près de 80 centres désignés au Québec, généralement situés dans des urgences de centre hospitalier et offrant donc une accessibilité 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Le MSSS présente un *Portrait des ressources désignées* en cas d'agression sexuelle.

Les centres désignés sont des installations offrant différents services d'aide médicale, légale et psychologique aux personnes victimes d'agression sexuelle dont l'état nécessite une évaluation de la santé physique et psychologique ou encore un examen médical ou médicolégal. Ils reçoivent les victimes d'agression sexuelle, peu importe l'âge ou le sexe de la personne. Le délai d'attente y est minimal et dans tous ces cas, l'intervention médicosociale leur est offerte qu'elle désire ou non dénoncer l'agression sexuelle au service de police.

L'équipe soignante est présente pour soutenir les personnes dans leurs démarches. Elles ont ainsi l'occasion de parler, d'exprimer leurs besoins et leurs émotions et d'être écoutées. À la suite de cet entretien, l'équipe déterminera avec la personne quel type d'examen devrait être réalisé. En premier lieu, un examen peut être fait afin de vérifier l'état de santé global, de traiter les blessures et lésions, de dépister les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que de prévenir une grossesse non désirée. Quant à lui, l'examen médicolégal est un examen médical qui comporte des prélèvements. Ceux-ci peuvent être utilisés si une plainte est déposée auprès des services policiers.

L'équipe interdisciplinaire offre un soutien psychologique durant toute l'intervention au centre désigné. Elle proposera aussi un suivi psychosocial pour aider la personne à composer avec les possibles réactions et séquelles de l'agression sexuelle. Les proches des victimes pourront aussi bénéficier d'un suivi psychosocial.

Ces services sont assurés par une équipe composée d'intervenants sociaux, d'infirmières ou infirmières praticiennes spécialisées et de médecins ayant reçu une formation spécifique pour la PEC de cette clientèle. Puisque dans la plupart des cas l'intervention réalisée à l'urgence sera effectuée par une intervenante sociale ou une infirmière, il est essentiel que les médecins et les infirmières qui travaillent dans les urgences des centres désignés soient en mesure de collaborer pour la complétion de la trousse médicolégale, la réalisation des examens nécessaires (par exemple le test de grossesse, les tests d'ITSS, etc.) ou lorsque l'état clinique de la victime nécessite une évaluation complémentaire.

Les infirmières du triage devraient également être sensibilisées sur l'approche adaptée aux victimes d'agression sexuelle. Pour ce faire, elles peuvent consulter le *Guide d'intervention médicosociale* ainsi que le *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*.

D'autres ressources sont disponibles, dont le *Service-conseil aux centres désignés pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle*, déployé en mai 2020 et offrant entre autres les services suivants :

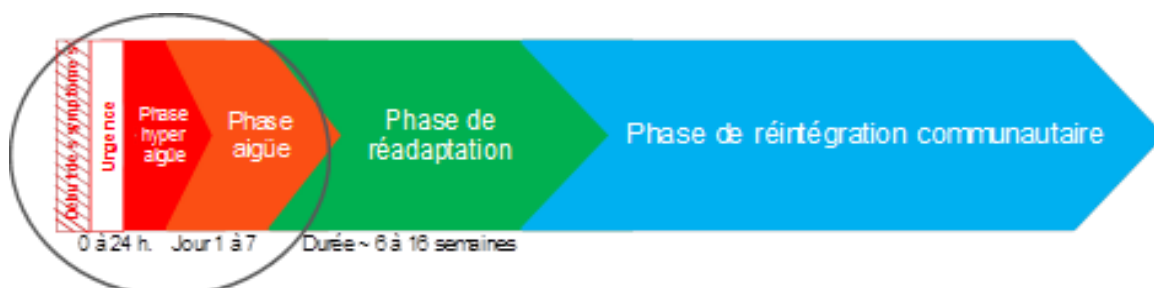
- recevoir les questions et y répondre;
- recenser les besoins;
- mettre en place des modalités de réseautage (par exemple en personne, en ligne,etc.);
- répondre au besoin de formation;
- rédiger des recommandations;
- créer une fiche uniforme de collecte de données;
- mettre à jour les outils d'intervention médicosociale;
- faciliter les collaborations intersectorielles.

22 TRAJECTOIRE - ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

L'AVC représente la troisième cause de mortalité dans les pays industrialisés et l'une des premières causes d'incapacité sévère. La littérature démontre qu'une approche systémique, intégrée et coordonnée des services basée sur les données probantes réduit la mortalité et la morbidité associée à l'AVC et améliore la performance du RSSS.

Le MSSS a publié un plan de mise en œuvre sur le *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral* contenant les actions à mener et les moyens préconisés pour atteindre les objectifs provinciaux d'accessibilité, de qualité et d'optimisation des ressources dans la trajectoire de soins des AVC.

22.1 CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL



Le continuum de soins et services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral mis en place au Québec a été élaboré à partir des données probantes, des meilleures pratiques et des recommandations d'experts ou d'instances reconnues, comme la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, qui émet les recommandations canadiennes pour les *Pratiques optimales de soins de l'AVC*.

Les principales orientations du continuum de soins et de services AVC sont :

- reconnaître l'AVC comme une urgence médicale à chronodépendance;
- admettre les usagers ayant subi un AVC directement à une unité dédiée en AVC, et ce, le plus rapidement possible;
- offrir des services de réadaptation précoce, en milieu de courte durée, par une équipe spécialisée en AVC;
- rendre disponible à l'ensemble de la population l'expertise en maladie cérébrovasculaire par l'utilisation des nouvelles technologies (téléthrombolyse, téléadaptation, téléconsultation, etc.);
- offrir des services de prévention secondaire pour éviter les complications et le risque de récurrence d'un AVC.

Ainsi, l'urgence est un maillon essentiel du *Continuum AVC*. Son fonctionnement doit répondre et s'intégrer aux recommandations du programme ministériel, particulièrement vis-à-vis les délais de PEC et de traitement des soins. Le lecteur consultera les [Publications du MSSS](#) pour mieux connaître les outils cliniques, les paramètres organisationnels et le plan de mise en œuvre de la trajectoire AVC.

22.2 PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION

22.2.1 Prise en charge initiale

La PEC initiale de l'utilisateur souffrant d'un AVC et d'un accident ischémique transitoire (AIT) débute dès la reconnaissance des signes et symptômes par l'utilisateur ou ses proches. Ces signes et symptômes, une fois reconnus, doivent inciter l'utilisateur ou ses proches à composer le 911. Quelques fois, l'utilisateur se présente directement à l'urgence.

22.2.2 Identification préhospitalière du triage

L'utilisateur qui se présente à l'urgence en ambulance avec des signes et symptômes d'un AVC-AIT aura été évalué par les TAP, qui appliquent un [Protocole préhospitalier particulier pour AVC- AIT](#) faisant appel à l'échelle Cincinnati. Cette échelle permet le dépistage rapide d'un AVC probable.

Pour connaître plus en détail ledit protocole, veuillez consulter le lien suivant : [Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics 2013 : l'approche préhospitalière au patient présentant un AVC aigu probable.](#)

Lorsque l'utilisateur répond aux critères identifiant une possible indication pour un traitement de reperfusion cérébrale (thrombolyse et/ou thrombectomie endovasculaire), les TAP doivent donner un préavis à l'urgence via la télécommunication informant l'équipe de l'arrivée de l'utilisateur et de son état. Selon le score de l'échelle de Cincinnati, les délais depuis l'apparition des symptômes et la présence à proximité de centres AVC tertiaires, secondaires ou primaires, les TAP appliqueront la décision de transporter l'utilisateur conformément au modèle régional AVC en place (par exemple, le transport de l'utilisateur s'effectuera vers un centre tertiaire avec un score 3/3, vers un centre secondaire avec un score 1-2/3 ou vers un centre primaire s'ils sont à plus de 60 minutes d'un centre de plus haut niveau). Cet utilisateur est habituellement dirigé dès l'arrivée dans l'aire de réanimation pour une évaluation médicale immédiate. Toutefois, il convient de diriger directement l'utilisateur en imagerie diagnostique, selon la situation.

Si l'utilisateur ne répond pas aux critères pour l'administration potentielle d'un traitement de reperfusion cérébrale, l'infirmière au triage évalue l'utilisateur en utilisant un protocole standardisé.

Le dépistage de l'utilisateur se présentant à l'urgence est réalisé au triage avec l'échelle de Cincinnati.

22.3 ÉVALUATION MÉDICALE

L'évaluation médicale de tout usager qui se présente avec des signes et symptômes d'un événement vasculaire cérébral ne doit pas tarder. L'anamnèse et l'examen physique, incluant un examen neurologique ciblé et complet, déterminent les prochaines étapes diagnostique et thérapeutique et précisent les délais pour les réaliser.

L'utilisation d'outils cliniques validés (par exemple NIHSS, ASPECTS, mRS, NIM) et l'application de protocoles de soins basés sur les recommandations canadiennes permettent une approche standardisée pour l'ensemble des usagers identifiés à risque et à l'intérieur des délais attendus.

22.4 ÉQUIPE D'URGENCE AVC

La majorité des centres hospitaliers qui offrent un traitement de reperfusion cérébrale ont une équipe d'urgence AVC qui est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ou disposent d'un protocole d'intervention particulier permettant une prise en charge diligente et de qualité. Cette équipe est composée minimalement d'un médecin avec une expertise en maladie vasculaire cérébrale, d'un radiologiste et d'une infirmière. Elle possède également les compétences pour l'administration de la thrombolyse.

22.5 DÉLAIS SOUHAITÉS EN IMAGERIE ET EN LABORATOIRE

22.5.1 Imagerie

L'accès rapide à un examen d'imagerie par tomographie axiale non contrastée (TDM) cérébrale son interprétation sont cruciaux dans la phase hyperaiguë de l'AVC. L'imagerie vise la confirmation du type d'AVC (hémorragique ou ischémique) ainsi que la localisation et l'étendue de l'atteinte cérébrale.

Lorsque l'usager se présente moins de 4,5 heures après le début des signes et symptômes et que la thrombolyse est une option thérapeutique potentielle, l'équipe soignante s'assure que la TDM cérébrale est faite sans délai et que l'interprétation est disponible dans un délai maximal de 20 minutes après l'évaluation au triage. Si la salle de TDM est loin de l'urgence, il est recommandé d'orienter un usager chez qui on soupçonne un AVC aigu arrivant en ambulance directement à l'imagerie diagnostique et non à l'urgence. De même, la thrombolyse pourrait y être amorcée. Selon les recommandations canadiennes, une imagerie vasculaire, de préférence avec l'angiographie par tomographie axiale non contrastée (CTA), devrait être faite d'emblée s'il y a considération de traitement aigu. En situation non aiguë, le CTA est préféré, mais l'angiographie par résonance magnétique (ARM) ou le Doppler peuvent être considérés.

Finalement, selon la présentation clinique et l'évaluation médicale, d'autres examens complémentaires pourraient être pertinents si disponibles (par exemple IRM, Doppler cervical, échographie cardiaque).

Il est donc important que le département de radiologie établisse des protocoles d'accès afin de permettre à l'équipe de l'urgence d'obtenir rapidement et en temps opportun les résultats des examens.

22.5.2 Laboratoire

Tout comme l'imagerie, les résultats de laboratoire (FSC, INR, créatinine, glycémie, électrolytes) doivent être disponibles en temps opportun. Un délai maximal de 25 minutes après l'évaluation du triage est recommandé, bien que les résultats du laboratoire ne soient pas obligatoires dans toutes les situations cliniques pour initier un traitement de reperfusion.

22.6 CHOIX DU BON TRAITEMENT (SPÉCIFIQUE À L'AVC ISCHÉMIQUE)

La précision du diagnostic, le temps écoulé depuis l'apparition des signes et symptômes, l'état du parenchyme cérébral et des collatérales ainsi que l'atteinte ou non d'un gros vaisseau (artère cérébrale proximale) orientent l'équipe médicale vers les options thérapeutiques spécifiques à l'AVC ischémique en phase hyperaiguë.

22.6.1 Thrombolyse intraveineuse

Le traitement intraveineux par un agent thrombolytique (rt-PA) est efficace et sécuritaire, diminue la morbidité et la mortalité et améliore la qualité de vie des usagers ayant subi un AVC ischémique (INESSS, 2011). La fenêtre thérapeutique optimale établie se situe entre l'apparition des symptômes constants et un délai de 4,5 heures. Les études démontrent que la thrombolyse est la plus efficace et la plus sécuritaire lorsqu'elle est administrée le plus rapidement possible par rapport au début des symptômes. Il est donc recommandé que l'administration de la thrombolyse intraveineuse soit amorcée moins de 30 minutes après l'arrivée de l'usager à l'urgence (délai entre l'arrivée et l'injection – *door to needle time*).

Les bénéfices et risques de la thrombolyse doivent être discutés avec l'usager et/ou ses proches afin d'obtenir un consentement libre et éclairé. Toutefois, si l'usager n'est pas apte à discuter et si la famille ne peut pas être jointe, la thrombolyse intraveineuse devrait être amorcée, car il s'agit d'un traitement d'urgence reconnu.

22.6.2 Antiplaquettaires

Les usagers avec un diagnostic d'AVC ou d'AIT qui ne sont pas candidats à une thrombolyse devraient recevoir un traitement antiplaquettaire après exclusion de saignement par TDM cérébrale.

22.6.3 Intervention neuroradiologique

Cette option thérapeutique peut être offerte pour certains cas bien spécifiques. Ce choix thérapeutique n'est disponible que dans les milieux hautement spécialisés qui offrent un service de neuroradiologie d'intervention. Lorsque requis, l'équipe d'urgence AVC a la responsabilité de

prendre contact avec les centres tertiaires pour discuter de cette intervention et la planifier avec eux.

La modalité d'intervention en neuroradiologie la plus fréquente est la thrombectomie mécanique endovasculaire. Elle est très efficace lorsqu'il s'agit de l'atteinte de l'artère cérébrale proximale et lorsque l'intervention est faite dans une fenêtre inférieure à 6 heures après le début des symptômes. Dans certaines situations, ce traitement peut toutefois être efficace dans une fenêtre allant jusqu'à 24 heures.

22.7 SURVEILLANCE POST-TRAITEMENT

22.7.1 Monitoring

L'évaluation fréquente et régulière de l'état hémodynamique et neurologique de l'usager est aussi importante que l'obtention des examens diagnostiques et les interventions thérapeutiques. La phase hyperaiguë d'un événement vasculaire cérébral est une période où l'état clinique peut changer rapidement en raison de l'étiologie, de la localisation et de l'étendue du territoire cérébral atteint.

Il est donc primordial que le monitoring des paramètres hémodynamiques et de l'état clinique de l'usager permette de repérer toute détérioration et qu'une PEC précoce soit assurée en cas d'instabilité, de perfusion sous-optimale ou de changement de l'état neurologique.

22.7.2 Dépistage de la dysphagie

La pneumonie d'aspiration est une complication fréquente de l'AVC. Le dépistage de la dysphagie est une façon simple et efficace d'identifier l'usager qui peut s'alimenter et prendre sa médication par voie orale de façon sécuritaire. Il faudra évaluer la capacité d'avaler et l'état nutritionnel et d'hydratation des usagers victimes d'un AVC dès que possible, idéalement moins de 4 heures après l'AVC. Un dépistage positif exige une évaluation plus approfondie par l'équipe de dysphagie le plus rapidement possible. L'équipe de l'urgence devrait s'assurer de noter spécifiquement si un problème de dysphagie a été noté lors de l'examen initial ou lors de l'évaluation à l'urgence.

22.7.3 Mobilisation précoce

La mobilisation précoce d'un usager ayant subi un AVC est importante. Elle fait partie de l'approche thérapeutique optimale dans le cadre de la promotion d'une récupération rapide et de la prévention des complications telles que la thrombophlébite, les contractures, les plaies de décubitus et les syndromes douloureux. Selon les recommandations, la mobilisation précoce est initiée à partir de 24 heures après l'AVC lorsque l'usager a reçu un traitement aigu, si la condition le permet et en l'absence de contre-indication médicale. Pour les autres usagers, il n'est pas requis d'attendre 24 heures.

22.8 ORIENTATION

22.8.1 Admission à l'unité spécialisée en AVC

Les usagers ayant subi un AVC nécessitant une hospitalisation sont admis, dans les plus brefs délais, dans une unité AVC. L'unité AVC est un regroupement de lits (entité géographique distincte) doté d'une équipe interdisciplinaire spécialisée ayant développé l'expertise pour s'occuper de cette clientèle. Lorsque le volume d'AVC ne permet pas à l'installation d'avoir une unité spécialisée en AVC, il est recommandé de cibler une unité de soins dans laquelle les usagers AVC sont généralement admis. Cette approche permet d'optimiser la qualité des soins et des services prodigués à cette clientèle, puisque le personnel soignant est davantage critique face aux potentielles complications.

Selon l'organisation régionale des services, la condition clinique et le choix de l'usager, les centres hospitaliers n'ayant pas d'unité AVC développent des ententes avec les centres de référence pour assurer un transfert interétablissement rapide, efficace et sécuritaire.

22.9 FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Afin d'offrir des soins et services répondant aux normes attendues, l'équipe d'urgence doit avoir accès à la formation appropriée sur le diagnostic et le traitement de l'AVC-AIT en phase hyperaiguë. Il est important que l'ensemble du personnel de l'urgence connaisse les divers protocoles utilisés pour la prise en charge de l'AVC-AIT et qu'un processus d'évaluation soit mis en place.

L'équipe de l'urgence joue un rôle important en ce qui concerne l'information à transmettre aux usagers et à leurs proches sur les signes et symptômes d'un AVC-AIT, les facteurs de risques, les interventions diagnostiques et les options thérapeutiques. Il en est de même pour les complications éventuelles touchant les phases initiales du traitement.

22.10 AMÉLIORATION CONTINUE ET INDICATEURS

Dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité des soins et services pour la clientèle ayant subi un AVC-AIT, il est important de déterminer les indicateurs de qualité pertinents. Ceux-ci permettront à l'équipe d'évaluer objectivement les processus en cause et d'ajuster, le cas échéant, les services pour atteindre les cibles établies. L'établissement soutient ces activités pour l'ensemble des équipes impliquées dans le programme AVC, y compris l'équipe de l'urgence.

Les indicateurs retenus pour la phase hyperaiguë (0 à 24 heures) portent sur l'ensemble du processus, principalement sur les délais reliés à l'évaluation médicale initiale, à l'obtention de l'imagerie et de son interprétation, à l'administration de la thrombolyse (délai entre l'arrivée et l'injection) et, enfin, au dépistage de la dysphagie.

22.11 ACCUEIL CLINIQUE ET CLINIQUES AMBULATOIRES AVC-AIT LÉGER

L'évaluation ambulatoire de l'AVC-AIT léger est une alternative sécuritaire et appropriée lorsque la condition clinique de l'utilisateur le permet et que l'ensemble des interventions diagnostiques et thérapeutiques est disponible en temps opportun et conforme aux données probantes. Ainsi, la décision d'évaluer l'utilisateur en mode ambulatoire est prise en fonction des risques de récurrence d'un événement vasculaire cérébral et de l'accès à une intervention rapide.

L'équipe de l'urgence considère lors de sa prise en charge différents éléments, comme l'heure et la date de l'apparition des symptômes, la présentation clinique, le niveau de risque de récurrence d'un AVC et la sécurité de l'utilisateur (par exemple risque de chute, dysphagie, etc.). La consultation des neurologues et des internistes, l'utilisation d'un protocole de prise en charge selon la stratification du risque, la formalisation de liens avec les services d'investigation et de diagnostic ainsi que la disponibilité des professionnels de la réadaptation permettent une prise en charge sécuritaire et une orientation de l'utilisateur vers les services ambulatoires en temps opportun.

Lorsque l'utilisateur quitte l'urgence pour une évaluation en mode ambulatoire, l'équipe AVC s'assure qu'une plage de rendez-vous est disponible et planifiée pour l'utilisateur à la clinique ambulatoire spécialisée ou à l'accueil clinique. Pour assurer une transition harmonieuse, l'utilisateur est en possession de la date et de l'heure de son rendez-vous ainsi que des coordonnées en cas d'urgence. L'utilisateur reçoit les informations écrites sur les démarches à faire en cas de récurrence des signes et symptômes d'alarme.

23 TRAJECTOIRE – CARDIOLOGIE

Tout usager qui se présente à l'urgence avec des symptômes suggérant des problèmes cardiaques aigus est rapidement évalué au triage, en vue d'établir la priorité de la PEC médicale selon l'ÉTG.

23.1 PRISE EN CHARGE INITIALE

Devant tout symptôme susceptible de traduire un problème cardiaque aigu (par exemple ischémie, arythmie, etc.), l'infirmière s'assure d'obtenir immédiatement un ECG. Elle entreprend, au même moment, l'application d'une série de protocoles en conformité avec les OC locales approuvées.

L'ECG initial demandé par l'infirmière du triage doit être réalisé, par tout autre personne habilitée à effectuer un ECG, à l'intérieur d'un délai de 10 minutes et être ensuite immédiatement présenté au médecin d'urgence. Cette rapide coordination assure une PEC respectant la priorité déterminée à l'ÉTG mais principalement, permet d'identifier tout risque nécessitant une attention immédiate. L'utilisation de protocoles pour les principales pathologies cardiaques permet d'uniformiser les pratiques. Selon le tableau clinique, le médecin procède à l'évaluation de l'usager et offre un traitement sur place ou opte pour un transfert vers une installation spécialisée en respect des ententes de service entérinées lorsque la condition clinique de l'usager le requiert.

Pour s'assurer d'une gestion adéquate des usagers souffrant de problèmes cardiaques, les principes suivants doivent être respectés :

- le personnel qui prend en charge ces usagers doit avoir bénéficié d'une formation spécifique sur les pathologies cardiaques ainsi que sur la gestion, la manipulation et la surveillance des moniteurs cardiaques;
- il est recommandé d'uniformiser les pratiques en établissant des OC élaborées conjointement avec l'équipe de cardiologie (par exemple la demande d'ECG avec ou sans laboratoires sanguins après un épisode de douleur rétrosternale);
- ces usagers doivent faire l'objet d'une prise de décision clinique rapide, or, une démarche d'évaluation claire est essentielle afin de minimiser le risque de morbidité ou de mortalité;
- il est préférable que les usagers souffrant de problèmes cardiaques soient regroupés dans une même aire d'observation à l'intérieur de l'urgence où une équipe soignante adéquatement formée pourra assurer la surveillance appropriée;
- les usagers dont les signes vitaux sont instables et dont l'état n'est pas rapidement stabilisé devraient être redirigés vers l'unité coronarienne ou vers les soins intensifs. L'usager sous monitoring cardiaque dont l'état nécessite un séjour prolongé (≥ 24 heures) avant qu'une décision définitive ne soit prise à son sujet doit être hospitalisé;
- une collaboration interdisciplinaire entre cardiologues, médecins d'urgence, médecins de famille, pharmaciens et infirmières est nécessaire afin d'améliorer la qualité des soins et des services.

Les membres du personnel infirmier et médical prenant en charge les usagers de cardiologie bénéficient d'une formation spécifique pour le traitement de ces usagers. Ainsi, le personnel médical possède minimalement, une formation avancée en réanimation cardiaque de type ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*) et APLS/PALS (*Pediatric Advanced Life Support*) pour les services d'urgence concernées, une formation sur la reconnaissance de l'IAMEST sur l'ECG, ainsi qu'une formation sur l'administration de la fibrinolyse. Il connaît également les ententes de service avec les centres spécialisés desservant son installation, le cas échéant.

Les infirmières, quant à elles, doivent minimalement détenir une formation pour la réanimation cardiorespiratoire. La formation en réanimation cardiovasculaire avancée comprenant la PEC des clientèles avec une arythmie sévère constitue un atout fortement encouragé. À noter que cette formation demeure essentielle afin de travailler auprès de la clientèle en salle de réanimation. Une formation spécifique en pharmacologie, incluant une connaissance des agents fibrinolytiques et leur administration, en détection des arythmies ainsi qu'en lecture des ECG peut faire partie du programme d'orientation et de maintien des compétences à l'urgence. Au plus tard dans les six premiers mois suivant l'obtention d'un poste à l'urgence, l'infirmière devra, afin qu'elle puisse être en mesure d'assurer une surveillance adéquate de l'activité cardiaque des usagers sous sa responsabilité, prouver l'obtention d'une formation complète sur les arythmies cardiaques.

23.2 INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE ET OPTIONS THÉRAPEUTIQUES : ANGIOPLASTIE ET FIBRINOLYSE

La prise en charge des usagers en IAMEST a évolué vers une approche systémique et systématique.

L'intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP) demeure le traitement de choix, bien que le traitement par thrombolyse soit toujours une option thérapeutique reconnue par la littérature lorsque les délais d'accès recommandés au traitement de revascularisation par angioplastie ne peuvent être respectés.

La précocité du diagnostic est primordiale afin d'amorcer le traitement de revascularisation, par thrombolyse ou par angioplastie, le plus rapidement possible. Le temps écoulé entre le début des symptômes et l'intervention permettant la reperfusion coronarienne est déterminant au regard de son succès. Pour les usagers en IAMEST se qualifiant, les processus hospitaliers doivent être revus afin d'assurer que la thrombolyse soit administrée dans les 30 minutes suivant l'arrivée à l'urgence. Les processus doivent également permettre la réalisation d'une ICPP dans les délais prescrits, lorsque cette intervention est possible et indiquée, en orientant les usagers vers le centre spécialisé le plus près.

Si un transfert interhospitalier s'avère nécessaire vers un centre hospitalier offrant l'intervention coronarienne percutanée, celui-ci doit se faire dans les 30 minutes suivant le triage.

L'objectif premier de la prise en charge de l'utilisateur victime d'un IAMEST est que le traitement de revascularisation soit administré dans les délais les plus courts.

Le MSSS a publié un rapport incluant un *Algorithme clinique* pour les cliniciens qui œuvrent dans le réseau. Présenté sous forme d’affiche, l’algorithme clinique a pour but d’offrir le traitement optimal aux personnes atteintes d’un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, et ce, dans le meilleur délai. Au chapitre du traitement de l’IAMEST, il est recommandé que :

- la réalisation de l’ECG préhospitalier et la transmission à l’urgence des interprétations positives pour le diagnostic de l’IAMEST soient une priorité locale et régionale;
- l’orientation directe des usagers vers un centre d’hémodynamie soit privilégiée et structurée selon des corridors de transfert préétablis pour les usagers victimes d’un IAMEST présumé lorsque le temps de transport ambulancier est de moins de 60 minutes;
- si l’équipe d’hémodynamie est présente dans l’installation et a été avisée de son arrivée, l’usager soit dirigé vers ce service directement sans passer par l’urgence.

23.3 SUIVI DES USAGERS PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE

Une fois l’épisode critique terminé, les usagers porteurs de maladies cardiaques aiguës ou chroniques ont avantage à être suivis par leur médecin de famille. Le médecin de famille a la responsabilité de veiller à ce que l’usager ait accès aux soins et aux professionnels requis (par exemple cliniques d’anticoagulants ou d’insuffisance cardiaque, équipe interdisciplinaire, etc.), lui permettant ainsi le maintien dans son milieu et une qualité de vie optimale.

Le suivi des malades cardiaques s’organise selon le *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Le type de suivi suggéré au regard des maladies chroniques est basé sur une approche dite de tronc commun. En raison de la prévalence élevée des personnes atteintes de plus d’une maladie chronique, le modèle proposé regroupe dans un même programme l’ensemble de ces maladies.

L’équipe interdisciplinaire de première ligne en maladies chroniques et le médecin de famille assurent le suivi de ces malades. Le suivi systématique clinique de cette clientèle est l’outil privilégié et consiste en une approche qui suppose une réévaluation en profondeur des processus cliniques au regard des normes de pratique reconnues, des données probantes et du développement des rôles liés à la coordination et au suivi (par exemple gestionnaire d’épisodes de soins, gestionnaire de cas, infirmière clinicienne de liaison et intervenant-pivot). Il favorise la coordination de tout l’épisode de soins, y compris les séjours à l’urgence, dans les autres unités de soins et dans la communauté.

L’équipe de suivi met à profit, selon les besoins, les ressources disponibles dans le réseau, soit une consultation avec un cardiologue ou encore la référence vers une clinique d’insuffisance cardiaque ou une unité de médecine de jour d’un centre hospitalier.

24.1 CONTEXTE

Au Québec, le cancer est devenu, depuis le début des années 2000, la première cause de mortalité devant les maladies cardiovasculaires. On estime qu'un Québécois sur deux développera un cancer. Par ailleurs, la survie au cancer s'est améliorée, contribuant à un accroissement du nombre de personnes vivant plus longtemps à la suite d'un diagnostic de cancer. En revanche, les personnes atteintes de cancer sont susceptibles de présenter des symptômes liés à la maladie et des effets secondaires liés aux traitements, parfois à très long terme. De ce fait, la prise en charge des usagers implique une gestion spécifique à court, moyen et long terme.

Statistiques canadiennes sur le cancer 2019



Image tirée de Société canadienne du Cancer, 2019

Au Canada, en 2019, on estimait à 220 400 le nombre de nouveaux diagnostics de cancer et à 82 100 le nombre de décès par cancer, alors qu'au Québec, 22 100 personnes ont été emportées par un cancer en 2019 et on estime à plus de 55 000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués durant cette période.

Certains traitements chirurgicaux, la radio-intervention, les traitements médicamenteux antinéoplasiques et la radiothérapie sont généralement offerts en soins ambulatoires, de sorte que la surveillance clinique de l'usager durant les traitements et les interventions est assurée par une équipe spécialisée. Comme tous ces traitements sont complexes, ils sont associés à un risque élevé d'effets secondaires. Lorsque ces derniers surviennent, l'usager peut consulter la clinique ambulatoire de cancérologie durant les heures d'ouverture. De plus, depuis quelques années, une proportion importante des médicaments antinéoplasiques sont disponibles dans un format permettant une administration à domicile par voie orale et parfois même injectable.

L'expertise de l'équipe de cancérologie constitue un apport indéniable lorsqu'il s'agit de soutenir les intervenants de l'urgence dans la gestion des signes et symptômes d'une personne atteinte de cancer.

Cependant, en cas d'apparition de problèmes importants le soir, la nuit ou la fin de semaine, l'urgence demeure le service où l'utilisateur se dirigera. Par conséquent, cette situation nécessite une coordination, une communication et un partenariat entre le service de l'urgence et les services impliqués dans les soins aux personnes atteintes de cancer.

24.2 PROBLÉMATIQUE

24.2.1 Personne atteinte d'un cancer non diagnostiqué

La présence d'un cancer non encore diagnostiqué doit être suspectée lorsque différents symptômes paroxystiques sont rapportés par un usager, par exemple la perte de poids, la dyspnée augmentée, une rectorragie ou une hémoptysie. L'anamnèse devrait permettre d'orienter le médecin vers des examens qui permettront d'infirmer ou de confirmer un diagnostic de cancer. Les cancers les plus fréquents sont les cancers du poumon, de la prostate et du sein ainsi que le cancer colorectal.

24.2.2 Personne atteinte d'un cancer diagnostiqué et encore sous traitement

Les traitements à visée curative incluent une panoplie d'options, dont la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie et les thérapies ciblées qui sont appliquées isolément ou en combinaison.

Les traitements à visée palliative ciblent le confort et le soulagement de la douleur et des autres symptômes. Ils peuvent aussi inclure une chirurgie, de la chimiothérapie, de la radiothérapie ou autre type de traitement. L'intégration précoce des soins palliatifs dans l'évolution de la maladie contribue à améliorer la qualité de vie de l'utilisateur.

En somme, les symptômes peuvent varier dans leur intensité et dans les moyens de soulagement efficaces selon le stade de la maladie, la toxicité reliée aux traitements, l'âge, les comorbidités et les aspects psycho-socioculturels. Ces symptômes peuvent parfois avoir une répercussion importante et même fatale s'ils ne sont pas détectés et traités rapidement.

Pour cette raison, un *Dépistage et une évaluation des symptômes de toxicité médicamenteuse* sont réalisés par les professionnels de la santé à l'aide d'outils validés avant chaque traitement, ce qui permet d'évaluer le risque relatif à l'administration du traitement prescrit et d'assurer la sécurité de l'utilisateur.

24.2.3 Personne atteinte d'un cancer diagnostiqué dont les traitements sont terminés

Même lorsque les traitements sont terminés, 80 % des usagers éprouvent des difficultés physiques et 70 % d'entre eux craignent une récurrence (Partenariat Canadien contre le cancer, 2018). Les symptômes de la récurrence peuvent se présenter de façon différente des symptômes ressentis lors du premier diagnostic. Des métastases sur un autre organe en sont parfois la cause. Ainsi, un suivi entre la clinique ambulatoire ou le centre de cancérologie doit être assuré en collaboration avec le médecin de famille. Dans certaines situations, une orientation vers les soins palliatifs est parfois la seule voie possible.

Les personnes atteintes de cancer peuvent encore ressentir des effets secondaires une fois les traitements terminés. Certains de ces effets peuvent être à long terme, comme la fatigue et la difficulté de concentration, qui peuvent persister durant des mois, voire des années, une fois le traitement terminé. Les effets tardifs, notamment certaines pathologies comme un trouble cardiaque ou l'apparition d'un cancer secondaire, ne se manifestent quant à eux que plusieurs années après la cessation des traitements.

24.3 TRIAGE ONCOLOGIQUE

L'évaluation complète du triage permet d'établir un niveau de priorité selon des critères établis dans l'ETG. Lorsqu'une personne atteinte de cancer consulte l'urgence pour des symptômes liés à ses traitements ou à l'évolution du cancer, le triage nécessite une évaluation clinique avancée.

Une attention doit être portée aux traitements reçus :

- il faut savoir s'il s'agit de médicaments cytotoxiques, car certaines précautions doivent être prises par le personnel, notamment en ce qui a trait aux liquides biologiques de l'utilisateur ou lors du détachement accidentel de la tubulure d'une chimiothérapie en continu à domicile;
- l'affaiblissement du système immunitaire en lien avec la durée de l'attente dans une salle d'attente achalandée de l'urgence ajoute un élément de risque d'infection pour la personne atteinte de cancer. Ainsi, dans les cas de neutropénie, les usagers doivent d'emblée être placés en isolement.

24.4 URGENCES ONCOLOGIQUES

Certains symptômes du cancer ou effets secondaires de son traitement peuvent entraîner le décès ou une perte de fonction ou de qualité de vie s'ils ne sont pas traités rapidement. Il y a donc urgence d'agir. Ainsi, ces usagers doivent être considérés comme très urgents (P2 à l'ÉTG). La bonne connaissance de ces complications et de ces urgences oncologiques par les différents intervenants est la condition essentielle à une PEC efficace. Les interventions doivent demeurer bien dosées et en concordance avec le stade d'évolution de la maladie et le désir de l'utilisateur pour

son bien-être. Elles sont classées en deux catégories, soit les urgences structurelles et métaboliques :

- les urgences structurelles sont reliées à la présence de la tumeur et au développement de son volume, qui causent de la compression et qui perturbent localement les structures anatomiques concernées;
- les urgences métaboliques sont reliées à un désordre causé par des effets systémiques de la tumeur (sécrétions, interférence sur les processus physiologiques normaux) ou du traitement en cours.

24.5 GESTION DES SYMPTÔMES DANS LE SERVICE AMBULATOIRE DE CANCÉROLOGIE

L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins : les bons soins, au bon endroit, au bon moment. Le fait d'assurer la gestion rapide des symptômes oncologiques comme la fatigue, l'insomnie, l'anxiété et la toxicité hématologique (neutropénie, anémie et thrombocytopénie) par une évaluation téléphonique ou en clinique par les ressources au service ambulatoire de cancérologie devrait permettre d'éviter des visites à l'urgence et des hospitalisations.

24.6 COMMUNICATION

Toutes les informations recueillies lors du continuum de soins sont primordiales et doivent être notées au dossier en temps réel afin d'assurer une communication, une fluidité et une cohérence dans les plans de traitement de la personne atteinte de cancer entre l'urgence et le service ambulatoire de cancérologie, et ce, autant dans l'installation qu'interétablissement.

24.7 RÔLES DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE EN CANCÉROLOGIE

Le fonctionnement en équipe interprofessionnelle vise à accroître la qualité des soins et des services aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, en combinant l'expertise unique de chacune des professions dans un réseau hiérarchisé et intégré afin qu'il demeure un facteur d'impact positif sur l'expérience de soins des usagers.

Cette équipe est composée notamment de médecins, d'infirmières, de nutritionnistes, de psychologues, de travailleurs sociaux, de pharmaciens et d'infirmières-pivots en oncologie (IPO). Elle est disponible pour répondre aux besoins des usagers et à ceux de leurs proches durant toute la période de traitement et pour intervenir selon la situation.

24.7.1 Rôles de l'IPO

L'IPO est la personne-ressource, dès l'annonce du diagnostic auprès de l'utilisateur, et elle constitue la pierre angulaire entre les différents services et ressources du RSSS. Elle établit une trajectoire

rapide et sécurisée, en dehors du service de l'urgence, à tous les usagers ayant des problématiques oncologiques associées aux traitements reçus. L'objectif de cette démarche est d'offrir des soins et des services optimaux aux usagers, sans pour autant exposer l'utilisateur aux risques infectieux que peut représenter une urgence.

Elle travaille en partenariat et en complémentarité avec les autres professionnels qui gravitent autour de la personne atteinte d'un cancer. Elle assure le maintien des liens en communiquant les informations nécessaires au suivi du plan d'intervention dans son milieu et au sein du RSSS tout au long du parcours de soins.

24.7.2 Réseau intégré de services

Le travail en réseau, intra- et interétablissements, est un moyen pour maximiser la capacité d'offrir aux personnes atteintes de cancer ainsi qu'à leurs proches des soins et des services d'excellence en cancérologie. Le réseautage amplifie les forces de chacun et il permet notamment d'accentuer l'utilisation efficiente des ressources, d'en assurer la pérennité, de créer des occasions de partage d'expertise, d'ancrer davantage la pratique sur des données probantes, d'assurer la continuité de soins et des services et d'enrichir la communication.

24.8 GUIDES ET ÉCHELLES UTILISÉS

24.8.1 Passeport en oncologie

Le passeport en oncologie est un outil efficace qui aide les personnes atteintes de cancer à comprendre leur plan de traitement, à en suivre la trajectoire et à y participer activement. C'est aussi une « carte de visite » pour les personnes se présentant à l'urgence, informant rapidement le personnel soignant que la personne est en traitement actif contre le cancer, d'où l'appellation « passeport en oncologie ».

24.8.2 Outil de détection de la détresse (ODD)

La détresse psychologique chez les personnes touchées par le cancer et leurs proches est commune et varie tout au long de la trajectoire de soins en cancérologie. Près de la moitié des personnes diagnostiquées et de leurs proches ressentent une telle détresse de façon significative. Elle est souvent l'écho de problèmes non résolus ou persistants. Les soins entourant la détresse, de sa détection aux interventions ciblées, se font tout au long du continuum en cancérologie.

24.9 MANIPULATION DES MÉDICAMENTS CYTOTOXIQUES ET DES LIQUIDES BIOLOGIQUES

L'objectif ultime est de s'assurer que le personnel de la santé ne soit pas contaminé par les médicaments cytotoxiques. L'absorption de médicaments dangereux par des membres du personnel les expose à des risques, car contrairement à l'utilisateur, le professionnel de la santé n'en

retirera aucun bénéfice. L'atteinte de ces objectifs passe par la mise en application d'une politique de gestion des médicaments dangereux. Dans les cas de chimiothérapie en continu à domicile, il peut arriver que la tubulure se détache accidentellement. Dans une telle situation, le personnel de l'urgence devra prendre les précautions requises établies par l'établissement. Il faut se rappeler que les liquides biologiques contiennent des métabolites des médicaments plusieurs heures après leur administration ou leur absorption par l'utilisateur.

Voici quelques ouvrages de référence sur la bonne utilisation et la bonne gestion des médicaments dangereux :

- *L'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques au Québec - Risques et enjeux pour le patient atteint de cancer*
- *Guide de prévention – Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux*
- *INESSS - Guide de prise en charge de l'extravasation associée aux traitements antinéoplasiques*

24.10 RECOMMANDATIONS

L'organisation des services à l'intérieur d'un réseau implique la hiérarchisation des services entre l'équipe de professionnels de la clinique ambulatoire ou du centre de cancérologie et les médecins de famille. La présence d'une IPO pour assurer le lien avec les autres professionnels, les soutenir et les conseiller favorise une PEC fluide et optimale. Certaines modalités de travail sont proposées pour favoriser l'organisation des services selon une perspective de travail en réseau.

24.10.1 Formation continue

Qu'importe la mission d'un centre hospitalier ou sa catégorisation, puisque les services d'urgence doivent répondre à toutes situations cliniques imprévisibles, la sensibilisation et la formation du personnel à la fragilité de la clientèle oncologique sont de mise. Ces formations devraient autant aborder la gestion des urgences oncologiques que les effets secondaires possibles des traitements antinéoplasiques et les contre-indications. De plus, il demeure impératif que le personnel soit vigilant à l'égard des précautions requises dans la manipulation de certains médicaments cytotoxiques et des liquides biologiques (politique et procédures internes sur les médicaments dangereux).

Les infirmières du triage tout particulièrement, mais également les autres membres du personnel de soins, doivent reconnaître les caractéristiques des signes et symptômes oncologiques afin de suspecter un cancer non encore diagnostiqué et d'orienter les personnes atteintes de cancer vers les ressources appropriées. La communication entre les urgences et les différents services oncologiques de l'installation est essentielle. Plus que jamais, il importe d'assurer des liens fonctionnels entre l'urgence et la clinique ambulatoire ou le centre de cancérologie, de même qu'avec les CISSS/CIUSSS offrant des soins palliatifs.

25 TRAJECTOIRE – TRAUMATOLOGIE

Depuis plus de 20 ans, le réseau québécois de traumatologie voit à bonifier son expertise et la qualité des soins dispensés, notamment en raison de l'engagement ferme des différents partenaires, et ce, à tous les niveaux. Les installations impliquées dans ce vaste réseau doivent répondre à une série d'exigences spécifiques et d'éléments de conformité pour assurer leur mission en traumatologie. Pour y répondre et afin de respecter tous leurs engagements, les installations ciblées, indépendamment de leur niveau de désignation en traumatologie, doivent former un comité local interdisciplinaire qui voit à l'élaboration, à l'application, à la promotion et au suivi des activités en traumatologie. Ainsi, ce comité local observe la rigueur des processus appliqués et, conséquemment, consolide la qualité et la sécurité des soins et des services dispensés aux usagers traumatisés.

25.1 INSTALLATION DE SOINS AIGUS DANS LE RÉSEAU DE TRAUMATOLOGIE

L'institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié les *Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie*. Ce document fait l'objet d'une révision des exigences dans le réseau, dont la dernière version avait été produite en 2001. Les exigences ont été classifiées en six thèmes :

- engagement de l'établissement et structure de concertation de l'installation;
- ententes de transfert interinstallations/interétablissements;
- disponibilité et formation des ressources humaines en traumatologie;
- données de traumatologie de l'installation;
- plateaux techniques, procédures et algorithmes;
- activités de prévention, d'enseignement, de recherche et de soutien au réseau.

Dans le cadre du cinquième thème, le document précise les exigences relatives aux plateaux techniques, aux procédures et aux algorithmes. Une section est tout spécifiquement réservée à l'urgence et l'ensemble des recommandations y est accessible.

25.2 NIVEAUX DES CENTRES EN TRAUMATOLOGIE

L'INESSS établit, d'après les éléments de la littérature ainsi que selon le modèle de fonctionnement d'autres organisations exemplaires en traumatologie, lesdites exigences. Par ailleurs, dans son rôle, elle assure la vigie de la conformité des installations à leurs exigences respectives. Selon les travaux de l'INESSS quant aux *Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie*, il est possible de trouver au Québec plus de 60 installations de soins aigus offrant des services aux clientèles

adultes et pédiatriques. Pour exploiter une installation désignée en traumatologie, l'installation doit impérativement répondre à certaines exigences spécifiques, propres à sa catégorisation en fonction du niveau de spécialisation des services offerts et des ressources disponibles sur place.

Les bases du réseau sont les suivantes :

- désignation des centres de traumatologie de chaque niveau dans chaque région et des services qu'ils peuvent offrir aux traumatisés selon, entre autres, les ressources disponibles;
- concentration des clientèles dans un nombre réduit de centres pour amener une plus grande exposition et ainsi augmenter l'expertise;
- signature d'ententes de transferts interinstallations/interétablissements sans possibilité de refus; cela a mis fin au magasinage et aux délais de transfert.

Le réseau de traumatologie est basé sur la désignation des centres de traumatologie de différents niveaux : services de stabilisation et centres primaires, secondaires, secondaires régionaux et tertiaires.

Les différents Niveaux de centres de traumatologie sont les suivants :

- **Service de stabilisation** - salle d'urgence sans chirurgie/anesthésie : Un service de stabilisation peut être un CLSC ou l'urgence d'une installation. Seul un médecin d'urgence y est présent, aucun anesthésiste ni chirurgien n'est disponible. Le fonctionnement au service de stabilisation se limite à une évaluation sommaire, une stabilisation de l'ABC sur la civière de l'ambulance et un départ rapide (cible de 30 minutes) vers le centre de traumatologie désigné avec la même équipe ambulancière, avec accompagnement approprié. Les services de stabilisation ne demeurent qu'aux endroits où les critères le dictent (isolement, population captive, etc.);
- **Centre primaire** : service d'urgence avec chirurgie et anesthésie sur place dans les 30 minutes;
- **Centre secondaire** : service d'urgence avec chirurgie, orthopédie, anesthésie et soins intensifs sur place dans les 30 minutes;
- **Centres Secondaire régional** : service d'urgence avec chirurgie, orthopédie, anesthésie, soins intensifs et neurochirurgie sur place dans les 30 minutes;
- **Centre tertiaire** : Service d'urgence avec toutes les spécialités qui touchent la traumatologie (par exemple neurochirurgie, chirurgie thoracique, etc.).

25.3 ÉCHELLE QUÉBÉCOISE DE TRIAGE PRÉHOSPITALIER EN TRAUMATOLOGIE

Pour les usagers victimes de traumatismes, les services préhospitaliers d'urgence et l'urgence doivent pouvoir communiquer directement entre eux en tout temps. Au départ du site de l'incident, les TAP doivent préciser l'étape de l'EQTPT pour chaque victime, aviser l'urgence du nombre de blessés et de l'état du ou des usagers ayant un critère positif à l'EQTPT, décrire les signes vitaux et signaler le temps estimé avant l'arrivée du ou des blessés. De plus, le TAP décrit dans son rapport le type d'impact, les blessures apparentes ainsi que le type d'accident, d'objet ou de mécanisme ayant causé les blessures.

Depuis 2018, la nouvelle EQTPT est déployée pour l'ensemble du Québec. Cette échelle, adaptée du CDC-ACSCOT 2011, permet de mieux identifier les clientèles qui requièrent d'être transportées dans un centre de traumatologie de haut niveau. En lien avec ce changement, des modifications ont été apportées aux protocoles d'intervention clinique à l'usage des TAP (PICTAP). En plus de consigner l'information au dossier, les services préhospitaliers doivent communiquer avec l'installation si l'utilisateur démontre une modification ou une détérioration de sa condition durant le transport.

25.4 FONCTIONNEMENT À L'URGENCE

Le fonctionnement de l'urgence doit être connu de façon à répondre aux exigences des niveaux désignés. Un système de communication direct avec les TAP doit également être établi. Il est attendu que la salle de réanimation soit adaptée à des procédures spécialisées et qu'une salle de décontamination y soit rapidement accessible, au besoin. En tout temps dans la salle de réanimation, l'urgence doit exposer les algorithmes les plus récents au regard de soins avancés en réanimation et en traumatologie (par exemple ATLS, ACLS, APLS/PALS, etc).

L'infirmière qui reçoit un préavis des TAP doit enclencher un niveau d'activation de l'équipe soignante tout dépendant de la condition clinique de l'utilisateur. Il est à noter que l'utilisateur traumatisé démontrant une atteinte objective (EQTPT, étape 1 ou 2) est directement orienté en salle de réanimation. Ce niveau requiert la présence immédiate des ressources appropriées, soit un médecin, des infirmières, une inhalothérapeute, un préposé aux bénéficiaires et l'accès immédiat au personnel d'imagerie médicale.

En fonction de l'évolution de la condition clinique de l'utilisateur, différents niveaux d'activation des équipes spécialisées pourraient être enclenchés. Ces trois niveaux d'activation sont essentiels pour atteindre la performance requise définie par les trois marqueurs de performance chronométrique exigés par le réseau de traumatologie. La rapidité de la PEC et de l'orientation étant essentielle dans les cas de traumatologie, ces trois marqueurs doivent être objectivement respectés pour chaque usager, à l'aide d'un chronomètre avec alarme installé dans la salle de réanimation. De façon plus concrète, ces trois marqueurs correspondent à ceci :

- M-10: dans un délai de 10 minutes suivant l'arrivée du traumatisé à l'aire de réanimation, l'équipe doit avoir terminé la phase de réanimation initiale (installation de soluté, sang en cours, intubation endotrachéale, etc.);
- M-30: dans un délai de 30 minutes, l'équipe doit avoir terminé le bilan lésionnel de base du traumatisé, qui consiste à avoir reçu les résultats de laboratoire et à avoir terminé l'échographie abdominale ciblée ainsi que les radiographies simples (poumons, colonne cervicale, bassin). De plus, l'utilisateur doit être déjà en voie de subir l'examen de tomographie, si nécessaire;
- M-60: dans un délai de 60 minutes, l'équipe doit avoir pris une décision définitive sur l'orientation de l'utilisateur, qui peut être dirigé vers le bloc opératoire, l'unité des soins intensifs ou une unité régulière.

Dans les installations de niveau tertiaire, une équipe spécialisée en traumatologie peut également être implantée (*Trauma team leader*). Le temps de réponse de ces intervenants doit être inférieur à 20 minutes. Enfin, pour toutes les installations désignées à l'exception des centres de stabilisation, une consultation en chirurgie générale doit être possible dans les 30 minutes.

Pour plus de précisions au regard des exigences dans les services d'urgence, veuillez consulter les [Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie.](#)

25.5 FORMATION CONTINUE

Considérant l'évolution de la prise en charge de la clientèle en traumatologie, un programme de formation continue devrait être offert dans les centres désignés ainsi qu'une méthodologie de suivi annuel pour les professionnels. Par ailleurs, des formations avancées en traumatologie (par exemple le TNCC) doivent être considérées, tout particulièrement pour les intervenants de la salle de réanimation.

