



Les urgences au Québec 1990 1997

Bilan,
perspectives
et normes

Document de consultation

Québec 

Les urgences au Québec 1990 1997

Bilan,
perspectives
et normes

Document de consultation

par
Le Groupe tactique d'intervention
en collaboration avec
**l'Association des médecins
d'urgence du Québec**

Février 1998



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document.

Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**
1-800-707-3380 (sans frais)
Télécopieur : **(418) 644-4574**

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

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **<http://www.msss.gouv.qc.ca>**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1998
Bibliothèque nationale du Canada, 1998
ISBN 2-550-32648-2

© Gouvernement du Québec

RÉSUMÉ

LES URGENCES AU QUÉBEC

Le phénomène de l'engorgement des urgences au Québec est apparu dans les années 1970 et diverses mesures ont été prises en vue de corriger cette situation. En 1990, le ministre de la santé, M. Marc-Yvan Côté, décide de confier à un groupe d'experts, présidé par le D^r Michel Tétrault, le mandat de remettre les salles d'urgence sur la voie d'un fonctionnement normal.

Le groupe d'experts a retenu deux indicateurs principaux pour mesurer le niveau d'engorgement des urgences, soit les séjours de 48 heures ou plus sur des civières et le nombre de civières excédant le nombre autorisé.

Au cours des quatre dernières années, le nombre de personnes ayant séjourné sur des civières dans les urgences a augmenté de 8 %. Par contre, le séjour moyen est passé de 18,6 heures en 1992-1993 à 13,9 heures en 1996-1997. Le nombre de patients ayant séjourné sur une civière à l'urgence plus de 48 heures est passé de 51 387 en 1991-1992 à 20 269 en 1996-1997, ce qui représente une diminution de 60,5 %.

Les facteurs susceptibles d'améliorer la situation dans les urgences sont nombreux et diversifiés : une prise de décision rapide par le médecin quant à l'orientation du malade, c'est-à-dire son admission en centre hospitalier, soit son congé après évaluation, l'amorce d'un traitement, de même que l'accès immédiat aux services du centre hospitalier, particulièrement les laboratoires, la radiologie et les lits, s'il y a admission du malade, sont des facteurs de succès importants.

De même, il importe d'insister sur l'utilisation appropriée de l'urgence, qui doit être réservée aux malades ayant un réel besoin de l'urgence, et ne jamais tolérer les investigations électives, les soins postopératoires, les rendez-vous pour consultation d'un médecin ou les visites ayant pour but l'accès plus rapide à des technologies telles que la résonnance magnétique, par exemple.

L'urgence est un endroit névralgique et son fonctionnement adéquat dépend beaucoup de la gestion des lits du centre hospitalier et de la présence de services dans la communauté au moment du départ de l'hôpital.

Près de 50 % des admissions en centre hospitalier proviennent de l'urgence. Il importe donc d'assurer la disponibilité de lits pour les malades admis. De là l'importance de diminuer les durées moyennes de séjour, de donner priorité aux patients de l'urgence, d'adapter la répartition des lits dans les centres hospitaliers en fonction des besoins des patients et d'éviter les séjours prolongés ou excessifs dans les lits de courte durée.

L'existence de ressources alternatives pour permettre le départ rapide des malades dès que des soins hospitaliers de courte durée ne sont plus nécessaires est probablement un des meilleurs moyens de diminuer l'encombrement des urgences.

Cela est particulièrement vrai pour certaines clientèles telles que les personnes âgées, les malades psychiatriques et les personnes ayant besoin de services de réadaptation.

Le document propose aussi des normes pour les urgences, lesquelles permettront une meilleure uniformisation des pratiques susceptibles de favoriser une performance accrue de l'urgence. Les principales normes proposées sont :

- une structure administrative appropriée;
- une durée moyenne de 8 heures pour le séjour des patients non admis;
- une durée moyenne de 12 heures pour les patients admis;
- aucun séjour de plus de 24 heures;
- aucune civière dans les corridors;
- une occupation moyenne de l'urgence de 80 %;
- un triage rapide selon des protocoles acceptés;
- des ressources humaines et matérielles adéquates.

La mise en place d'un tableau de bord des performances apparaît comme un outil essentiel pour suivre et analyser régulièrement la situation à l'urgence.

Le présent document conclut qu'aucun centre hospitalier au Québec ne devrait avoir une urgence encombrée, que ce soit à cause de séjours prolongés de plus de 24 heures ou d'un nombre trop élevé de malades sur civière. Il faut espérer que ce document aidera les gestionnaires des centres hospitaliers, les médecins des urgences et l'ensemble des omnipraticiens et spécialistes à mieux comprendre le phénomène. Il s'agit d'un secteur d'activité où il importe d'adopter le principe de la tolérance « zéro » pour tout séjour de plus de 24 heures à l'urgence ou lorsqu'il y a un nombre trop élevé de malades sur civière. L'humanisation des soins et la qualité des services exige que personne ne séjourne sur une civière plus de 24 heures dans une urgence.

RÉDACTION

Membres du comité du Groupe tactique d'intervention (GTI)	Docteur Marc Afilalo Docteur Jean-Claude Berlinguet Madame Madeleine Breton Docteur Jacques Brunet Docteur Placide Caron Docteur Jean Depelteau Madame Carmen Millar Docteur Michel Tétreault
--	--

RÉVISION

Représentants du conseil d'administration de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)	Docteur Marc Béïque Docteur Alain Vadeboncœur
Membres du conseil d'administration de l'AMUQ	Docteur Pierre Guérette Docteur Pierre Hamel Docteur Julien Poitras Docteur Pierre Royal Docteur Jean Villeneuve, président de l'AMUQ

MISE EN PAGE

Diane Parent-Beaulé	Nicole Savard
---------------------	---------------

TABLE DES MATIÈRES

1	LES PROBLÈMES OBSERVÉS	1
2	ÉVOLUTION DE LA SITUATION DE 1990 À 1997	3
2.1	Éléments méthodologiques.....	3
2.2	L'évolution du nombre de personnes ayant séjourné sur des civières dans les urgences	4
2.3	Les séjours de 48 heures ou plus sur des civières dans les urgences	5
2.4	Les séjours de 24 heures ou plus sur des civières dans les urgences	6
2.5	Le séjour moyen sur civière et le taux moyen d'occupation des civières dans les urgences	7
2.6	Nombre de personnes hospitalisées après leur passage à l'urgence	8
2.7	La présence des personnes âgées de 75 ans ou plus dans les urgences	9
3	FACTEURS DE SUCCÈS	
3.1	L'urgence	11
3.1.1	<i>La prise de décision médicale</i>	<i>12</i>
3.1.2	<i>L'accès aux services du centre hospitalier.....</i>	<i>13</i>
3.1.3	<i>L'utilisation appropriée de l'urgence</i>	<i>15</i>
3.2	La gestion des lits du centre hospitalier	16
3.2.1	<i>Les durées de séjour</i>	<i>16</i>
3.2.2	<i>La répartition et l'utilisation des lits.....</i>	<i>18</i>
3.2.3	<i>Les alternatives à l'hospitalisation</i>	<i>18</i>
3.3	Les clientèles particulières	19
3.3.1	<i>Les personnes âgées</i>	<i>19</i>
3.3.2	<i>Les malades psychiatriques.....</i>	<i>20</i>
3.3.3	<i>Les personnes ayant besoin de services de réadaptation</i>	<i>21</i>
3.4	L'environnement	21
3.4.1	<i>Les médecins en cabinet privé ou en CLSC.....</i>	<i>21</i>
3.4.2	<i>Les CLSC et les organismes communautaires.....</i>	<i>22</i>
3.4.3	<i>L'évaluation des résultats</i>	<i>22</i>
4	LES NORMES DES URGENCES	25
4.1	La gestion interne de l'urgence	25
4.2	La durée de séjour à l'urgence	26
4.3	La configuration physique de l'urgence	26
4.4	Calcul du nombre de civières requises à l'urgence de l'hôpital H	27
4.5	Le triage	28
4.6	Le personnel de l'urgence	28
4.6.1	<i>Nombre</i>	<i>28</i>
4.6.2	<i>Constitution de l'équipe médicale.....</i>	<i>29</i>
4.7	Les politiques de consultation	29
4.8	Les laboratoires	30
4.9	La radiologie	30
4.10	Protocoles avec les autres départements	31
4.11	Les statistiques requises à l'urgence.....	31
4.12	Les politiques hospitalières	31
4.12.1	<i>L'utilisation des lits.....</i>	<i>31</i>
4.12.2	<i>Le médecin coordonnateur aux admissions</i>	<i>31</i>
4.13	Le tableau de bord des performances.....	32
	CONCLUSION.....	35

Annexe I	
Liste des régions sociosanitaires	36
Annexe II	
Mandat du Groupe tactique d'intervention	38
Annexe III	
Problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les urgences visitées par le Groupe tactique d'intervention.....	41
Annexe IV	
Résultats du registre des patients sur civières, pour huit indicateurs de problèmes et de fonctionnement des salles d'urgence	43

1 LES PROBLÈMES OBSERVÉS

Le phénomène de l'engorgement des urgences¹ au Québec est apparu dans les années 1970. Au fil des années, ce phénomène s'aggrave et prend une ampleur médiatique considérable. En 1984 et en 1985, une pléthore d'articles de journaux et de périodiques fait état de la situation « critique », « explosive », « intenable » que connaît l'urgence de tel ou tel hôpital et des conditions éprouvantes qu'y subissent les patients, le personnel et les médecins.

En 1985, une étude de Spitzer et Sicotte² analyse le problème de l'engorgement des urgences des hôpitaux de la région de Montréal et, en 1986, la ministre, M^{me} Thérèse Lavoie-Roux, annonce une série de mesures en vue de régler le problème définitivement. En accord avec les recommandations de Spitzer et Sicotte, la ministre accepte d'ajouter des ressources tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des hôpitaux, particulièrement en vue d'améliorer les services aux personnes âgées.

Des études évaluatives ont été effectuées par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et par Pineault et ses collaborateurs³ (1989) sur les résultats obtenus. Bien qu'il y ait eu d'après Pineault « un rendement accru entre 1985 et 1990, des services d'urgence des hôpitaux visés par le plan de désengorgement, ces améliorations sont surtout survenues dans les hôpitaux qui présentaient d'astronomiques durées de séjour à l'urgence, et n'ont pas réglé le problème d'engorgement ».

Les travaux du GRIS laissent entendre que l'ajout de ressources n'est pas associé à une amélioration notable de la situation de l'urgence et que les écarts importants de rendement entre les urgences ne s'expliquent pas uniquement par la quantité de ressources disponibles (nombre de lits, de civières et de médecins). Les pratiques visant les patients sur civière de l'urgence ont peu évolué par suite de la mise en application des mesures Lavoie-Roux.

Il est intéressant de noter⁴ que la durée moyenne de séjour des patients sur civière des dix hôpitaux évalués est de 28 heures en 1987, de 23 heures en 1988, et de 22 heures en 1990. Le ministre de l'époque, M. Marc-Yvan Côté, constate que le plan a permis un certain progrès depuis 1985, mais il note un essoufflement en ce qui concerne le nombre de séjours excédant 48 heures et le taux d'encombrement des civières.

1 Dans le document, le terme « urgence » désigne une salle d'urgence.

2 Spitzer, W. O., et C. Sicotte. *Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A)*, Montréal, Université McGill, 1985, 114 p.

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

4 Demers, Louis. *La régulation de l'engorgement de l'urgence dans un centre hospitalier universitaire*, Québec, non publié, année 1996, p. 41 et 45.

En 1990, l'encombrement des urgences était devenu un problème persistant et suffisamment important pour que le ministre de la santé, M. Marc-Yvan Côté, décide de confier à un groupe d'experts, présidé par le D^r Michel Tétreault, le mandat de « remettre les salles d'urgences sur la voie d'un fonctionnement normal ». Le mandat de ce groupe, nommé Groupe tactique d'intervention (GTI) apparaît en annexe (annexe I).

Le ministre retient alors quatre principaux messages :

- Le problème d'engorgement des urgences n'est pas dû au volume de patients à l'entrée, mais à la durée de séjour des patients sur civière, notamment des personnes âgées et des patients psychiatriques.
- Malgré les 226 millions de dollars consacrés sur trois ans au plan de désengorgement des urgences, le problème persiste. Ce qui est en cause est moins le manque de ressources dans les centres hospitaliers que le fonctionnement même du système à différents niveaux à l'urgence, malgré les progrès importants déjà réalisés à cet égard, soit : entre l'urgence et l'hôpital, en vue d'améliorer l'utilisation des lits de soins de courte durée; entre l'urgence et les ressources externes à l'hôpital, en vue de faciliter l'orientation des usagers entre l'hôpital et les ressources externes, et de faciliter leur sortie; entre les différents établissements, en vue de répartir plus adéquatement la tâche.
- Le système de production n'est pas adapté aux besoins des personnes âgées.
- Il n'est plus question pour le Ministère d'investir systématiquement et uniquement là où il y a des problèmes; d'abord, cette façon de faire incite à avoir des problèmes plutôt qu'elle ne les résoud; cela risque aussi d'aggraver les problèmes existants si l'on pense que le seul moyen d'avoir accès à des ressources, c'est de venir engorger les urgences; il faut changer les signaux : investir là où c'est efficace.

Le Ministère crée donc le GTI, qui doit visiter les urgences des hôpitaux du Québec et transmettre au ministre des recommandations visant à établir un équilibre entre la charge de chaque établissement et sa capacité de l'assumer.

En février 1991, au cours de la première année d'existence du GTI, celui-ci avait visité 61 hôpitaux et identifié les 15 problèmes les plus fréquemment rencontrés. Comme l'indique le tableau 1, ces problèmes sont souvent reliés à la présence des personnes âgées, aux conséquences des interventions dont celles-ci ont besoin, ainsi qu'à la gestion des lits hospitaliers ou encore à la prise de décision sur le plan médical.

2 ÉVOLUTION DE LA SITUATION DE 1990 À 1997

La première section du présent chapitre fait état de l'évolution de divers indicateurs du fonctionnement des urgences pour la période s'échelonnant de 1991-1992 à 1996-1997. Il s'agit de présenter les résultats annuels pour chaque région en tenant compte de la situation au départ et du chemin parcouru jusqu'à maintenant. Certains commentaires tiennent compte des modifications récentes dans le réseau de soins, soit des fermetures d'établissements et de la diminution des sites d'urgence dans certaines régions.

2.1 *Éléments méthodologiques*

Toutes les données produites dans le présent document proviennent du Registre des patients sur des civières dans les urgences, lequel a été constitué par le Ministère en 1987 et dont l'utilisation a été répandue dans plusieurs régions à partir de 1990.

Il faut souligner que le concept de « patient-civière », utilisé dans le registre, mériterait une définition plus standardisée et que la collecte des données devrait être encore mieux uniformisée, de manière à faciliter la comparaison de ces données entre les établissements et l'étude de l'évolution de la situation au cours des années.

De plus, il nous semble impératif de définir de nouveaux indices de manière à quantifier le problème de façon plus précise que ne le permet actuellement le concept de « patient-civière ».

Dans le présent chapitre, les résultats pour l'ensemble de la province sont présentés et commentés. Les données recueillies pour chaque région apparaissent en annexe. En 1991-1992, huit régions étaient inscrites au Registre, comparativement à quinze en 1996-1997. Deux moyennes ont été calculées pour chaque indicateur : une moyenne globale, incluant les résultats de l'ensemble des participants (prov. tot.), et une moyenne pour les régions inscrites depuis 1991-1992 (prov. 91-92). Ce deuxième résultat permet de suivre l'évolution de la situation.

Les centres hospitaliers pédiatriques et les centres hospitaliers psychiatriques ont été exclus. Ces établissements ont des vocations spécialisées et leur fonctionnement est considéré comme différent. Le portrait actuel reflète donc l'évolution de la situation dans les urgences des hôpitaux généraux et spécialisés de soins de courte durée.

Les données provenant de l'hôpital Reine-Elizabeth ont été retirées pour chacune des années, en raison de la participation discontinue de ce centre au cours des années. Pour l'année 1991-1992, les données sont incomplètes dans les régions de la Mauricie-Bois-Francs (04) et de la Chaudière-Appalaches (12). La comparaison des nombres absolus, tel le nombre de patients sur des civières, est donc imparfaite. Toutefois, les données relatives aux indicateurs calculés sous forme de taux n'en semblent pas altérées. Nous avons donc choisi de les présenter et de les commenter.

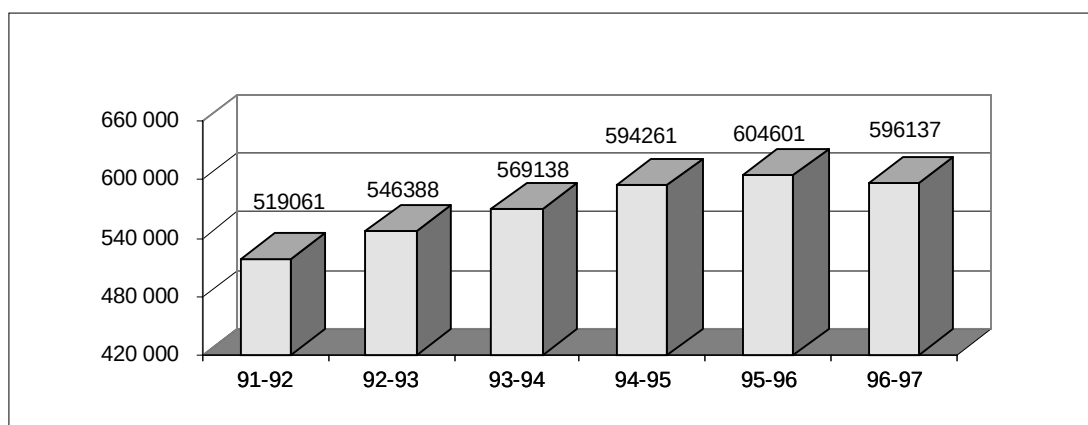
2.2 L'évolution du nombre de personnes ayant séjourné sur des civières dans les urgences

Ce n'est qu'à partir de l'année 1992-1993 que les résultats sont complets pour chacun des centres hospitaliers. Au cours des quatre années qui suivent, on observe une augmentation importante du nombre de personnes reçues sur civière. Cette augmentation est en effet de 8 % pour l'ensemble de la période, et ce, malgré la diminution de 2 % observée en 1996-1997.

L'accroissement le plus marqué survient entre 1993-1994 et 1994-1995. D'une part, on se souvient que le ministre, à la suggestion du GTI, avait adopté dès le printemps 1993 une directive qui assujettissait une portion du budget de fonctionnement des centres hospitaliers à l'atteinte de certains objectifs de performance de l'urgence. D'autre part, la réduction du pourcentage de séjours prolongés sur civière observée en 1993 a permis de recevoir plus de personnes, chacune d'elles y demeurant moins longtemps.

Plus récemment, la fermeture de centres hospitaliers dans trois régions du Québec, soit Montréal-Centre, Québec et la Mauricie-Bois-Francs, a entraîné une réduction de 76 civières sur les 1 152 disponibles dans les centres participants. Cette réduction de 6,65 % du nombre de civières disponibles s'est traduite par une diminution du nombre total des patients sur civière en 1996-1997, soit 8 500 patients de moins que l'année précédente. Si les urgences des centres hospitaliers fermés étaient demeurées ouvertes toute l'année, on y aurait accueilli au-delà de 30 000 personnes de plus.

**Nombre de personnes ayant séjourné sur des civières
dans les salles d'urgence, Québec, 1991-1997**



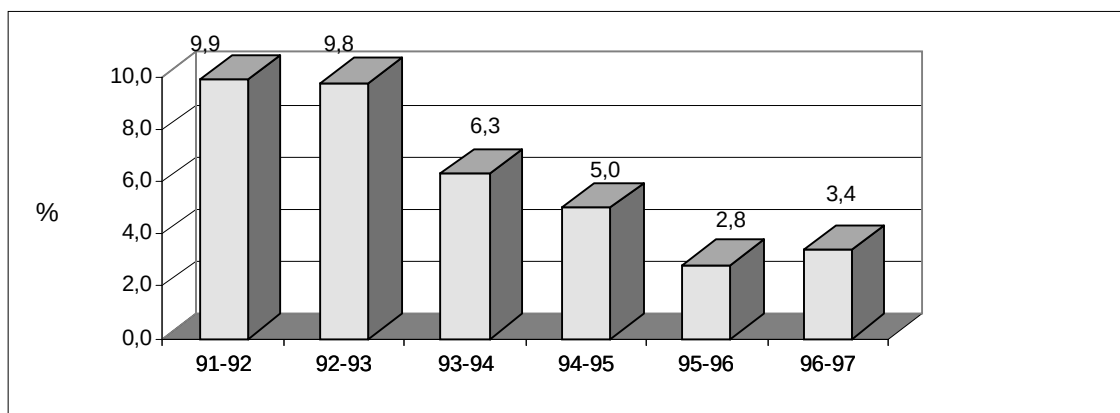
2.3 Les séjours de 48 heures ou plus sur des civières dans les urgences

Lorsqu'on considère les données disponibles pour les régions inscrites au registre depuis 1991-1992, on constate une diminution marquée du nombre de séjours à l'urgence excédant 48 heures. En 1991-1992, ce nombre était de 51 387; il n'était que de 20 269 en 1996-1997. Du début à la fin de cette période, 31 000 personnes de moins par année se retrouvaient sur des civières à l'urgence pour plus de 48 heures, ce qui constitue une diminution de 60,5 %.

Cette diminution s'est amorcée en 1992-1993. Elle a pris de l'ampleur en 1993-1994, après l'annonce des mesures financières. Par contre, on observe une inversion de la tendance en 1996-1997, la moyenne provinciale étant alors passée de 2,8 % à 3,4 % par rapport à l'année précédente.

Les résultats par région (reproduits à l'annexe III) montrent clairement que la région de Montréal-Centre (06) et sa périphérie (les régions 13, 14, 15 et 16) présentaient les plus hauts taux de séjours supérieurs à 48 heures en 1991-1992. C'est aussi là qu'on a observé ensuite les plus grandes améliorations. En 1996-1997, toutefois, la région de Montréal-Centre enregistrait une augmentation de 3,5 % à 5,4 % des séjours de plus de 48 heures. Elle est la seule des régions mentionnées plus haut dans cette situation, alors qu'elle devait faire face à la fermeture de certains de ses centres hospitaliers.

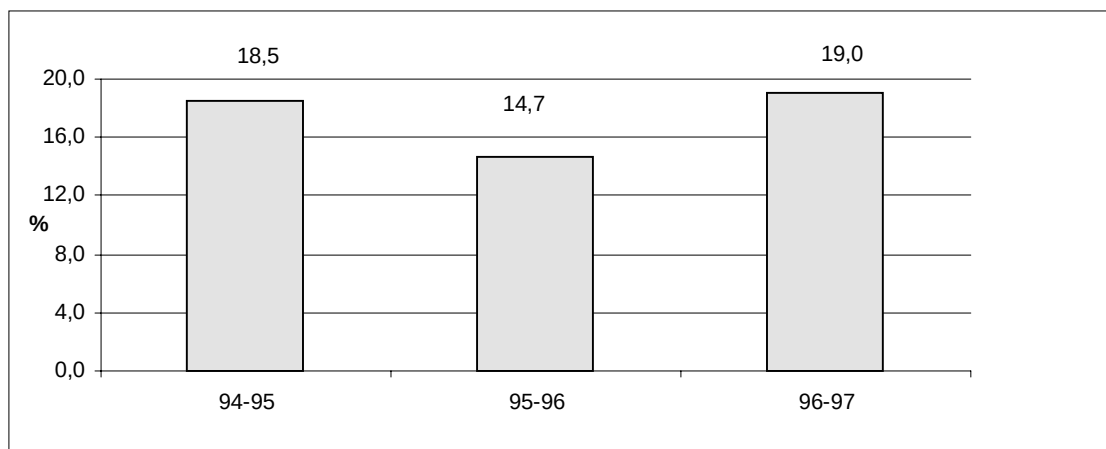
Pourcentage de personnes demeurées 48 heures ou plus sur des civières dans les salles d'urgence, Québec, 1991-1997



2.4 Les séjours de 24 heures ou plus sur des civières dans les urgences

Le pourcentage de la clientèle demeurée plus de 24 heures sur des civières à l'urgence est l'objet d'un suivi régulier depuis 1994-1995 seulement. Il était alors de 18,5 % et passait à 19 % en 1996-1997, dans l'échantillon de centres hospitaliers inscrits depuis 1991-1992. Dans l'ensemble du Québec, le pourcentage de personnes ayant séjourné 24 heures ou plus sur des civières à l'urgence est de 15,3 %, ce qui est tout près de l'objectif visé pour cet indicateur pour cette période, soit 15 %.

Pourcentage de personnes demeurées 24 heures ou plus sur des civières dans les salles d'urgence, Québec, 1991-1997



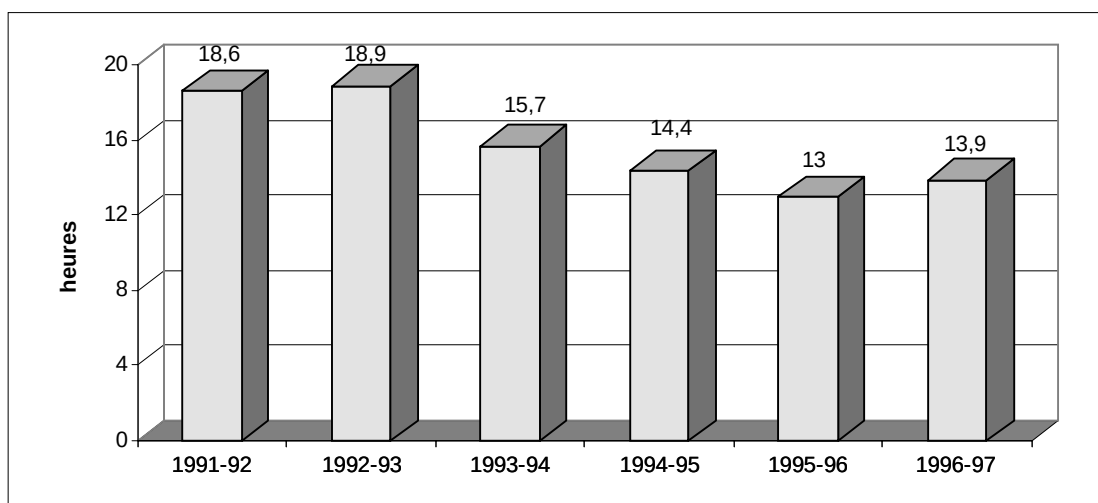
2.5 Le séjour moyen sur civière et le taux moyen d'occupation des civières dans les urgences

La durée de séjour sur civière de la clientèle et l'occupation des urgences sont deux phénomènes très liés. Plus les séjours sont longs dans une urgence, plus celle-ci sera débordée, compte tenu que l'arrivée des patients y est à peu près continue.

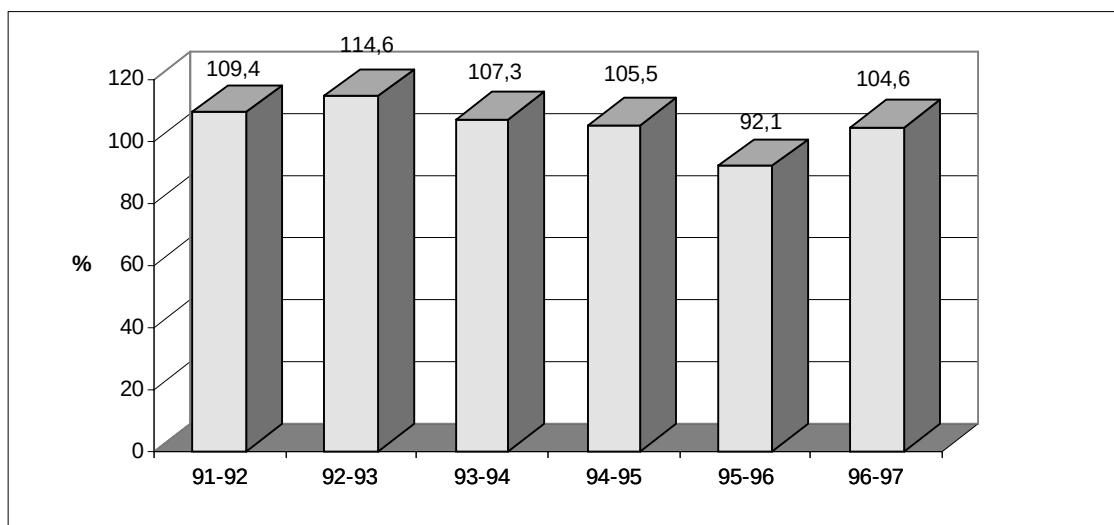
Le séjour moyen de la clientèle sur civière est passé à 13,9 heures en 1996-1997, comparativement à 18,6 heures en 1991-1992.

Le taux d'occupation poursuit à peu près la même évolution. Entre 1992-1993 et 1996-1997, il passe de 114,6 % à 104,6 % dans l'échantillon constant.

Séjour moyen sur des civières dans les salles d'urgence, Québec, 1991-1997



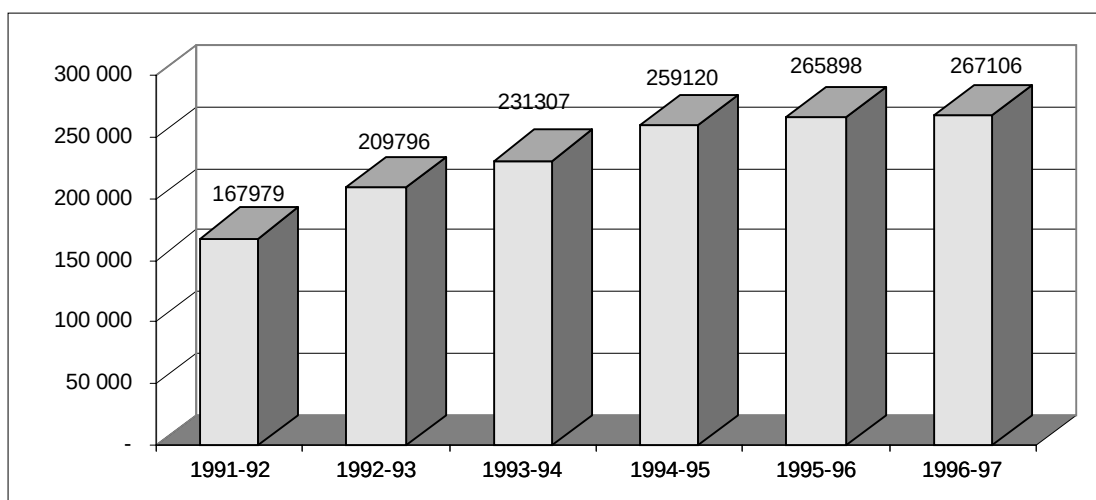
Taux d'occupation des civières dans les salles d'urgence, Québec, 1991-1997



2.6 Nombre de personnes hospitalisées après leur passage à l'urgence

De 1992-1993 à 1996-1997, le nombre de personnes hospitalisées après leur séjour à l'urgence a augmenté de 27,3 %. Après une croissance de 10 % par année entre 1992-1993 et 1994-1995, il augmente plus lentement l'année suivante, soit en 1996-1997, et demeure stable entre 1995-1996 et 1996-1997. Cela est probablement attribuable aux alternatives à l'hospitalisation et aux changements survenus dans les approches technologiques et les pratiques. Nous pourrions apprécier, au cours de la prochaine année, si cette tendance se maintient.

Nombre de personnes hospitalisées après leur passage à l'urgence, Québec, 1991-1997



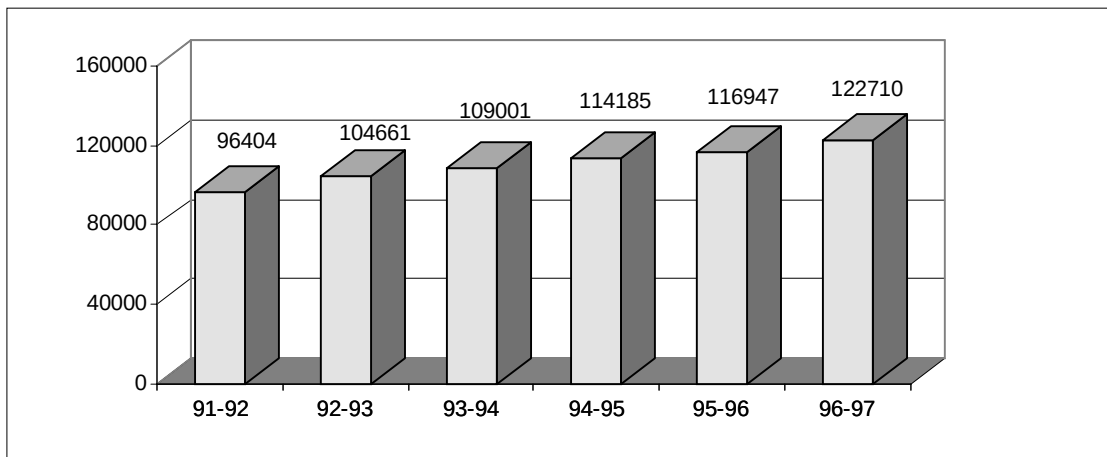
2.7 La présence des personnes âgées de 75 ans ou plus dans les urgences

Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus qui se sont trouvées sur civière à l'urgence est un indicateur intéressant à surveiller. Il a en effet augmenté de 4,9 % en 1996-1997, alors qu'on enregistrait une diminution de 1,4 % pour l'ensemble de la clientèle. Ce phénomène s'explique certainement, en partie du moins, par l'évolution démographique du Québec, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ou plus ayant augmenté de 4,3 % entre 1995-1996 et 1996-1997 selon les données du Bureau de la statistique du Québec.

Les résultats régionaux, réunis en annexe, ne laissent entrevoir aucune tendance particulière, par rapport à la moyenne, sauf à Laval (13), où le nombre de personnes de 75 ans ou plus à l'urgence s'est accru de 19 %.

Les personnes âgées de 75 ans ou plus présentent des problèmes complexes plus souvent que les autres clientèles et il faut en général plus de temps pour prendre une décision médicale à leur sujet. C'est pourquoi la durée de leur séjour à l'urgence tend à être plus longue.

***Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus reçues à l'urgence,
Québec, 1991-1997***



3 FACTEURS DE SUCCÈS

On ne saurait mettre en application des mesures concrètes de désengorgement de l'urgence sans une prise de conscience préalable, à tous les niveaux de l'établissement, des problèmes qui affectent l'urgence. Trop longtemps, seuls les médecins et les infirmières des urgences en subissaient les inconvénients, et même les dangers. Avec la clientèle, ils étaient bien souvent les seuls à se plaindre de l'engorgement de l'urgence, alors que le reste de l'hôpital et la population en général trouvaient habituel et inévitable, pour ne pas dire normal, qu'une urgence soit engorgée.

Le plus grand danger qui guette une urgence est justement que l'organisation hospitalière considère l'engorgement comme acceptable et normal, ce qui constitue un double standard de qualité par rapport aux autres unités de soins.

Pour le GTI et l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), il apparaît primordial de sensibiliser les membres du conseil d'administration et les gestionnaires de chaque établissement aux problèmes de l'urgence. Cela nécessite un accès et une participation active des responsables d'urgence aux instances décisionnelles hospitalières. Cet objectif peut être atteint par diverses modalités. Dans certains milieux, la départementalisation peut certainement contribuer à l'actualisation de cet objectif.

Une fois cette étape franchie, il faut encore que l'établissement exprime explicitement sa volonté de régler les problèmes qu'il connaît et qu'il mobilise à cette fin l'ensemble des intervenants plutôt que de minimiser le problème ou de l'excuser de toutes sortes de façons. Cette mobilisation doit partir du conseil d'administration et inclure la direction générale, la direction des services professionnels, la direction des soins infirmiers et tous les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du centre hospitalier pour être vraiment efficace. Elle implique l'examen et la remise en question des façons de faire traditionnelles de l'organisation, et ce, des points de vue tant administratif que professionnel.

Dans le présent chapitre, nous traiterons des mesures principales qui doivent être mises en place à l'urgence et dans la gestion des lits de l'hôpital, ou encore vis-à-vis des clientèles qui sont particulièrement à risque, pour assurer un fonctionnement efficace et harmonieux de l'urgence.

3.1 L'urgence

Le premier endroit où il importe d'implanter un mode de gestion dynamique et efficace, c'est à l'urgence même. Les principales mesures dont nous discuterons concernent la prise de décision médicale, l'accès aux services du centre hospitalier et l'utilisation appropriée de l'urgence.

3.1.1 La prise de décision médicale

Les malades qui sont gardés sur civière à l'urgence le sont en raison soit d'un état physique qui ne leur permet pas d'être ambulants, soit de la gravité ou du degré de risque des symptômes qu'ils présentent, et qui exigent une surveillance attentive. Tel est le cas, à titre d'illustration, d'une personne éprouvant une douleur thoracique suspecte ou des douleurs abdominales graves.

L'urgence est l'endroit approprié pour subir les tests et examens nécessaires en vue d'une prise de décision par le médecin de l'urgence; c'est en outre le seul endroit où le patient peut recevoir de tels soins. L'équipe de soins doit déterminer rapidement et efficacement les besoins du patient et décider des mesures à prendre pour répondre à ces besoins.

Dans ce contexte, plusieurs facteurs influencent la prise de décision médicale et renvoient aussi bien à la formation des médecins, à leur responsabilité vis-à-vis du patient qu'à leur charge de travail.

La pratique de la médecine d'urgence est très intensive; elle comporte un niveau de responsabilité et de risque important et exige une formation particulière. Dans la majorité des urgences, il est souhaitable de retrouver des médecins, « urgentologues » et omnipraticiens, qui y exercent suffisamment souvent pour acquérir et maintenir les habiletés nécessaires (*cf.* normes).

La responsabilité du médecin vis-à-vis du patient doit être directe, c'est-à-dire que le médecin de l'urgence devient le médecin « traitant » pour la durée du séjour à l'urgence. Il est le seul responsable de la prise de décision médicale à l'urgence, et ce, même s'il tient compte des opinions et des avis des spécialistes consultés.

Un autre facteur significatif est la charge de travail à l'urgence. Celle-ci dépend non seulement du nombre de patients sur civière et de l'effectif médical présent, mais aussi de la disponibilité en quantité suffisante de membres du personnel infirmier et du personnel de soutien.

La présence médicale à l'urgence d'un centre hospitalier doit être assurée par un niveau d'effectif réaliste en fonction du volume des visites, surtout durant les quarts de travail de jour et de soir, alors que l'achalandage est au maximum (*cf.* normes).

Il ne suffit toutefois pas que les médecins soient présents. Encore faut-il qu'ils puissent se consacrer exclusivement à la clientèle de l'urgence. Le médecin de l'urgence ne doit pas servir de dépanneur au reste de l'hôpital.

Les établissements doivent mettre en place les mesures nécessaires pour que le médecin de l'urgence n'intervienne ailleurs dans l'hôpital qu'en tout dernier recours et seulement de manière exceptionnelle, sa responsabilité étant engagée face aux patients de l'urgence, présents et à venir.

L'efficacité et la sécurité des décisions médicales prises à l'urgence exigent par ailleurs le maintien de ressources humaines qualifiées et disponibles en nombre suffisant. Des professionnels spécialisés (ex. : travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques et gériatriques, etc.) sont aussi

intégrés à l'équipe de soins dans les urgences majeures et contribuent aux activités quotidiennes de celles-ci (*cf.* normes).

Lorsque le degré d'affluence et d'encombrement fait en sorte que la capacité de réponse de l'équipe soignante est dépassée, on observe un ralentissement de tous le processus : ainsi, l'encombrement engendre l'encombrement. Dans cette situation, la priorité doit être de rétablir le fonctionnement normal de l'urgence le plus rapidement possible. Toutefois, un personnel suffisant doit également être disponible.

La prise de décision sur le plan médical en temps opportun facilite le fonctionnement de l'urgence et permet de respecter une durée moyenne de séjour raisonnable. Le GTI et l'AMUQ considèrent actuellement que cette durée moyenne de séjour doit être :

- de huit heures pour l'ensemble des patients non admis;
- de douze heures pour les patients éventuellement admis.

Ces délais se situent bien au-delà des normes habituelles dans le reste du Canada et aux États-Unis. En Ontario, par exemple, les guides de pratique suggèrent une durée moyenne de séjour à l'urgence de six heures.

Le délai d'hospitalisation est un autre facteur d'encombrement. Une fois prise la décision d'hospitaliser un patient, celui-ci doit être pris en charge par le médecin qui l'hospitalisera et ne pas demeurer sur une civière à l'urgence, ce qui suppose que l'accès aux services de l'hôpital soit le plus rapide possible. Il importe aussi d'informer le patient et sa famille des raisons qui motivent les délais d'admission et la durée de l'attente.

3.1.2 L'accès aux services du centre hospitalier

L'accès aux services du centre hospitalier est essentiel au bon fonctionnement de l'urgence. On pense principalement à l'accès aux équipements technologiques et aux laboratoires ainsi qu'aux médecins spécialistes consultants et aux autres professionnels (*cf.* normes).

Les équipements technologiques, tels que ceux qui sont du domaine de l'imagerie médicale ou que l'on retrouve dans les différents laboratoires d'un centre hospitalier, doivent être disponibles dans des délais qui permettent d'atteindre les objectifs de durée de séjour sur civière. Cela implique que les patients de l'urgence bénéficient de la priorité d'accès nécessaire pour obtenir ces services.

Il faut aussi s'assurer que les horaires des services concernés permettent de répondre aux besoins de la clientèle. Une urgence ne peut fonctionner normalement si les examens spécialisés requis pour soutenir la prise de décision ne peuvent être réalisés que de 8 h à 16 h les jours de semaine.

Dans toute salle d'urgence, il importe que des plages horaires soient réservées quotidiennement pour les examens radiologiques destinés à appuyer la prise de décision, qu'il s'agisse d'échographie, de « scan » ou de graphie (pyélographie endoveineuse). Advenant que les places réservées pour les cas urgents soient comblées, l'admission des patients électifs externes doit être reportée. La priorité est donc accordée aux cas de l'urgence. Cette disponibilité permet aux

médecins de l'urgence de prendre une décision rapide sur la nécessité d'hospitaliser ou non un patient. Par exemple, il est nécessaire que le service de radiologie apporte sa collaboration afin d'éviter des retards dans la réalisation d'examens qui pourraient permettre de libérer le patient. Cela est aussi vrai la fin de semaine, où des radiologistes de garde doivent effectuer les examens demandés par le service de l'urgence.

Il importe de mettre en place des mesures d'évaluation. Une méthode de mesure des délais d'obtention des rapports de radiologie et de laboratoires doit être mise en application afin de quantifier et de réduire les délais de production des rapports. La formule des groupes d'amélioration de la qualité réunissant des intervenants de l'urgence et des laboratoires permet une meilleure compréhension des problèmes auxquels ces deux secteurs doivent faire face, contribue à l'assainissement du climat et stimule les initiatives productives.

En plus de l'accès aux équipements technologiques, la consultation spécialisée est aussi très souvent déterminante pour la prise de décision médicale à l'urgence. Il ne faut pas que la consultation devienne un frein à l'orientation appropriée du patient. Les modalités d'organisation qui associent la consultation à un transfert dans un département spécialisé ont souvent cet effet. Le médecin de l'urgence n'est plus responsable du patient et le consultant tarde à prendre une décision sur l'admission ou le congé de celui-ci. La mise en observation d'un malade par un spécialiste de l'urgence ne peut être tolérée. Cette situation aurait comme conséquence de favoriser l'encombrement de l'urgence.

La collaboration et la disponibilité des consultants de tous les départements sont essentielles afin de raccourcir les délais d'observation à l'urgence. Le fonctionnement normal de l'urgence exige que les médecins de l'hôpital s'engagent à répondre aux demandes de consultation et à assurer une prise de décision dans un délai raisonnable (deux heures). Il est inconcevable que les médecins consultants diffèrent leur réponse au lendemain pour toutes les consultations faites après 17 heures, comme cela est le cas dans certains hôpitaux où l'urgence n'est pas fonctionnelle.

Les systèmes d'information doivent pouvoir supporter la résolution des problèmes. Il est important de mesurer les délais pour chaque étape de la prise de décision et de connaître la demande de ressources que l'urgence exige de l'hôpital. Il importe également de connaître les variations dans l'affluence de la clientèle afin de prévoir les ressources et d'être aptes à répondre à la demande.

Il faut éviter que les décisions relatives à l'orientation des patients de l'urgence soient prises de façon sporadique et aléatoire; il faut plutôt que ce processus soit continu et systématique, et s'appuie, entre autres, sur une liste informatique de tous les patients en observation, incluant leur nom, leur diagnostic provisoire ainsi que le nombre d'heures qu'ils ont passées à l'urgence. Cette liste doit être mise à jour à tous les quarts de travail par une personne désignée. Une personne doit être identifiée comme responsable du suivi régulier des patients et devenir en quelque sorte gardienne du temps à l'urgence.

3.1.3 L'utilisation appropriée de l'urgence

L'urgence d'un hôpital moderne est l'un des centres d'activité les plus importants de l'hôpital. Le volume des activités, leur intensité, le nombre et la sévérité des cas influencent directement le fonctionnement de l'hôpital. Dans la majorité des départements d'urgence, le personnel, les médecins et les infirmières parviennent avec difficulté à effectuer la tâche et à répondre aux besoins des patients. Toute activité supplémentaire vient interférer directement avec la capacité d'accomplir le travail quotidien.

Il faut donc viser un degré de « tolérance zéro » pour tout patient qui n'a pas un besoin particulier des services de l'urgence, comme c'est le cas dans les situations suivantes : investigations électives, soins de routine, soins postopératoires et rendez-vous pour consultations.

Certains patients ont besoin d'être gardés dans un endroit sécuritaire en centre de soins de courte durée, mais ce n'est pas le rôle de l'urgence. Des unités de court séjour ou d'observation peuvent remplir cette fonction, à condition d'être spécifiquement gérées à cette fin et situées ailleurs qu'à l'urgence. Les unités de transition mises en place par certains hôpitaux ne servent souvent qu'à retarder une décision, et ne représentent souvent qu'une étape de l'hospitalisation nécessaire. Ces unités ne contribuent, en fin de compte, qu'à allonger les épisodes de soins à l'urgence et à l'encombrer.

L'urgence ne doit pas non plus servir de voie d'accès plus rapide à des examens ou à des consultations pour des patients dont l'état ne l'exige pas. Même lorsqu'un patient se présente à l'urgence pour une raison tout à fait légitime, il faut se méfier de la tendance qu'ont certains hôpitaux à vouloir « profiter » de la présence du patient pour pousser plus loin l'investigation et, ainsi, le garder quelques heures ou quelques jours de plus sur une civière.

Par ailleurs, toute évaluation de la nécessité d'une visite à l'urgence devrait prendre autant en considération la perception du patient quant à la gravité de sa condition que la disponibilité des ressources de soins alternatives.

Plusieurs patients se présentent à l'urgence pour des problèmes mineurs. Il importe de distinguer cette clientèle de celle des patients sur civière. Il est également essentiel de considérer le fait qu'un patient ambulant n'est pas nécessairement un patient avec un problème mineur. Il faut rappeler que c'est le nombre excessif des patients sur civière qui est la principale cause de l'encombrement de l'urgence.

L'affluence des patients présentant des problèmes mineurs utilise une partie des ressources et de l'énergie des équipes d'urgence. On peut difficilement blâmer ces patients de se présenter à l'urgence, certaines circonstances faisant apparaître ce geste tout à fait approprié. Ainsi, ces personnes n'ont souvent pas pu obtenir un rendez-vous avec leur médecin dans un délai raisonnable ou n'ont pas de médecin traitant. Elles ne sont pas au courant des autres ressources qui sont disponibles dans leur quartier, ou encore les heures d'ouverture de ces ressources ne conviennent pas à leurs besoins. Elles se retrouvent donc à l'urgence, puisque c'est la seule option réaliste disponible. Ce faisant, elles exercent néanmoins une pression additionnelle sur l'urgence. En outre, elles vivent difficilement l'attente qu'elles y subissent et leur irritation fréquente n'est pas de nature à rendre la tâche des professionnels plus facile.

Le GTI et l'AMUQ constatent que les hôpitaux ont souvent une attitude ambivalente envers cette clientèle. D'une part, il est intéressant d'attirer des patients ambulants en grand nombre; d'autre part, cette clientèle est perçue comme un fardeau additionnel qui dérange.

L'urgence ne doit pas servir à pallier le manque d'organisation des services ambulatoires. L'antibiothérapie intraveineuse pour certains patients est un bon exemple. Les changements de pansements en sont un autre. Dans le contexte du virage ambulatoire, il faudra être vigilant pour s'assurer que des ressources existent pour répondre à ces besoins et que l'urgence ne devienne pas le fourre-tout du système. L'urgence doit être dotée des ressources nécessaires pour assurer l'interface entre le milieu hospitalier et les ressources alternatives de la communauté.

Des plans d'action doivent être conçus et mis en application pour réduire les délais d'attente et de séjour total des patients ambulants à l'urgence, au même titre que ceux des patients couchés sur civière à l'urgence. Il faut se souvenir que le volume des patients ambulants dans une urgence est toujours supérieur à celui des patients couchés. Il faut donc s'assurer de bien gérer cette clientèle.

3.2 La gestion des lits du centre hospitalier

L'utilisation pertinente et efficiente des lits d'hôpitaux contribue fortement au désencombrement de l'urgence, car elle permet aux patients sur civière dont l'état nécessite une hospitalisation d'avoir rapidement accès à un lit. Trop souvent, un patient dont l'hospitalisation a pourtant été décidée doit séjourner longtemps à l'urgence avant d'être admis dans une unité de soins. Divers facteurs sont mis en cause : la libération du lit à l'étage est tardive, le patient occupant la chambre est lent à libérer celle-ci, les infirmiers des unités de soins sont mal synchronisés avec ceux de l'urgence, etc. Il importe donc de sensibiliser l'utilisateur qui a reçu son congé à la nécessité de libérer sa chambre rapidement pour le patient qui l'attend à l'urgence. On pourrait l'y inciter en mettant à sa disposition un salon ou une pièce où il pourrait attendre qu'un membre de sa famille ou un proche vienne le chercher.

Par ailleurs, on doit toujours s'assurer que des lits soient disponibles pour les patients de l'urgence. C'est ici que la gestion efficace des lits devient importante. Celle-ci comprend la détermination, au moment de l'admission de l'utilisateur, de la date à laquelle il devrait normalement quitter l'hôpital compte tenu de la nature de sa maladie. Elle comprend également l'étude des durées de séjour, la répartition des lits dans l'hôpital et la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation. Tous ces moyens visent à améliorer l'efficacité de l'urgence et à assurer la disponibilité de lits pour les patients qui en proviennent.

3.2.1 Les durées de séjour

La durée moyenne de séjour pour les mêmes diagnostics varie considérablement d'un hôpital à l'autre. Aux États-Unis et dans plusieurs provinces canadiennes, on a diminué considérablement la durée de séjour en se basant sur l'étude comparative des DRG (Diagnostic Related Group) et en introduisant des incitatifs financiers, particulièrement le financement par épisode de soins. Ces mécanismes ont favorisé la diminution des durées de séjour, sans altérer la qualité des services.

De même, les études sur la pertinence des soins et l'application de leurs résultats par les médecins des divers services permettent de diminuer à la fois les admissions et la durée des séjours en centre hospitalier^{5 6}. Des études canadiennes et internationales révèlent que de 7 à 36 % des admissions sont non pertinentes, comme le sont de 20 à 48 % des journées d'hospitalisation chez les adultes⁷.

De même, les chirurgies remises sont une cause reconnue de jours d'hospitalisation inutiles. La planification du programme opératoire et l'utilisation de logiciels conçus à cette fin peuvent contribuer à optimiser la performance hospitalière. Les délais d'investigation, de consultation et de traitement doivent être mesurés et des actions pour les raccourcir doivent ensuite être prises. L'utilisation des logiciels disponibles sur le marché par le service des archives peut permettre de bien cerner ces délais et le volume des jours d'hospitalisation potentiellement récupérables.

La gestion de la durée des séjours à l'hôpital permet d'augmenter l'accessibilité aux services pour les patients de l'urgence, en autant qu'on accorde priorité à ceux-ci. Les études sur l'utilisation des lits et sur la pertinence des admissions et des jours d'hospitalisation ainsi que les comparaisons avec les durées de séjour observées dans des hôpitaux comparables au Québec ou ailleurs au Canada sont des moyens efficaces d'améliorer la situation.

La gestion des séjours prolongés ou excessifs doit aussi faire partie des préoccupations des médecins concernés. C'est là que les gains potentiels en ce qui a trait aux jours d'hospitalisation sont les plus grands au Québec. Il importe que les gestionnaires et les médecins s'en préoccupent et collaborent en vue de trouver des solutions à ce problème. Les alternatives à l'hospitalisation sont particulièrement utiles pour assurer le suivi des patients en dehors de l'hôpital et pour éviter les séjours excessifs.

L'utilisation maximale des lits disponibles en centre d'hébergement et de soins de longue durée contribue aussi à diminuer le nombre de patients en attente d'hébergement. Il est très important que chaque régie régionale prenne les mesures pour assurer l'occupation des lits des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) à 100 % et pour qu'il n'y demeure aucun lit vacant, cela afin de libérer les lits de soins de courte durée pour les patients de l'urgence et ainsi contribuer au désengorgement de celle-ci.

Des patients sont souvent amenés à l'urgence pour un placement franc ou déguisé parce que le milieu ne peut plus en assumer la charge. La mise en place de lits de dépannage ou d'hébergement temporaire dans les CHSLD est une mesure qui permet d'éviter des admissions en centre hospitalier. De plus, grâce à cette mesure, certains patients de l'urgence peuvent être dirigés rapidement vers un centre d'hébergement dès que le congé médical est signifié.

Dans tous les cas, il faut prévoir une évaluation gériatrique soigneuse du patient et s'assurer que les procédures de placement soient respectées.

5 Rogers, W. H., et al. « *Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system: a summary of effects* », Journal of the American Medical Association, vol. 264, 1990, p. 1989-1994.

6 Rownell, M. N., et N. P. Ross « *Monitoring the Winnipeg Hospital System: the update Report* », Manitoba Center for Health Policy and Evaluation, janvier 1996.

7 Kilshaw, Miles, et al. « *Faire mieux avec moins : pour une utilisation efficace des hôpitaux canadiens* », document préparé pour la Conférence des sous-ministres de la santé des gouvernements fédéral, provinciaux et des territoires, juin 1994.

3.2.2 La répartition et l'utilisation des lits

La répartition des lits dans les hôpitaux du Québec repose d'abord sur une base historique. Il importe que cette répartition des lits entre les diverses spécialités s'ajuste en fonction des besoins des malades et tienne compte du vieillissement de la population, des changements technologiques et des nouveaux modes de pratique.

L'apparition de la chirurgie d'un jour au cours de la dernière décennie est un bon exemple d'un phénomène qui commande des ajustements. Globalement, plus de 70 % des chirurgies peuvent maintenant être effectuées en chirurgie d'un jour. Il importe donc d'utiliser les ressources en conséquence, ce qui implique d'organiser une unité de chirurgie d'un jour, de diminuer le nombre de lits dans les unités de soins en chirurgie et d'améliorer les liens avec les soins à domicile.

En médecine et en psychiatrie, il y a lieu d'examiner l'opportunité de mettre sur pied des unités d'un jour et des unités de court séjour en vue d'une utilisation maximale des ressources. Celle-ci exige une gestion dynamique des lits disponibles et la mise en place d'incitatifs relatifs à la performance, tant pour les médecins que pour les administrateurs.

Les hôpitaux performants ont développé divers moyens pour améliorer l'utilisation de leurs lits. Qu'il suffise de mentionner les admissions le jour de l'intervention, les protocoles de soins, la prévision de la durée de séjour, la planification du congé et la gestion des cas.

Un programme efficace de gestion de l'utilisation ne doit pas porter uniquement sur l'utilisation des lits mais aussi sur tous les services hospitaliers. Les secteurs à privilégier sont les services de pharmacie, les services diagnostiques ainsi que les délais des consultations.

Par ailleurs, la gestion des lits hospitaliers est d'une importance capitale pour le fonctionnement approprié de l'urgence. Les chefs de département doivent être responsables de l'utilisation efficace et pertinente des lits dans leur département. Ils doivent en outre rendre compte des résultats obtenus au directeur des services professionnels et au conseil d'administration de leur établissement.

Le GTI et l'AMUQ insistent pour que les responsabilités des directeurs de départements et du directeur des services professionnels soient respectées, voire renforcées. Toutefois, si un hôpital ou un chef de département juge opportun de confier la coordination des services à une autre personne, soit un coordonnateur, nous n'y voyons pas d'objection, bien au contraire. D'ailleurs, un poste de coordonnateur existe déjà dans plusieurs centres hospitaliers, que ce soit pour la gestion de l'urgence ou des lits. Ces coordonnateurs sont parfois extrêmement utiles, indispensables même. Ils jouent un rôle de soutien et assurent la coordination vis-à-vis de l'ensemble des intervenants.

3.2.3 Les alternatives à l'hospitalisation

Pour l'utilisateur aussi bien que pour le dispensateur de soins, les alternatives à l'hospitalisation font partie intégrante de la gestion des lits de soins aigus de l'hôpital.

Une étude effectuée au Manitoba⁸ indique que les jours d'hospitalisation durant lesquels on dispense des soins aigus représentent seulement 23 % environ du séjour hospitalier. Des soins certes requis par 98 % des malades, mais qui pourraient être donnés dans des ressources plus légères, moins coûteuses et situées le plus souvent à l'extérieur de l'hôpital.

Ces ressources sont très diversifiées; elles comprennent des résidences, des centres de crise, des lits de dépannage ou de répit pour les familles, des centres de jour, des unités d'un jour, des soins et des services à domicile, des lits de réadaptation, des centres de soins prolongés. Toutes ces ressources visent à éliminer l'utilisation non appropriée des lits de soins de courte durée.

Une utilisation efficace des ressources alternatives exige la collaboration des centres hospitaliers, des CLSC et des organismes communautaires. Cette collaboration permettra entre autres d'offrir hors de l'hôpital des traitements qui, jusqu'à récemment, semblaient impossibles à envisager sur une base ambulatoire. Il est essentiel d'encourager l'uniformisation des services offerts par la communauté, et en particulier par les CLSC.

L'objectif du virage ambulatoire est d'utiliser des ressources moins lourdes que le centre hospitalier pour traiter des cas sélectionnés et dont les soins ont été planifiés. L'utilisation maximale de la chirurgie d'un jour en est un bon exemple. Pour ce faire, les pratiques chirurgicales préopératoires et postopératoires méritent d'être révisées. L'utilisation d'un service infirmier de pré-évaluation est aussi nécessaire pour accroître l'efficacité de la chirurgie d'un jour et des unités chirurgicales de court séjour ainsi que pour augmenter le nombre des admissions.

Par ailleurs, les ressources alternatives doivent non seulement être disponibles, mais accessibles à ceux qui en ont le plus besoin. C'est ici que les liens entre les centres hospitaliers de soins de courte durée et les ressources du milieu sont primordiaux, qu'ils reposent sur des protocoles formels ou encore sur la communication informelle et constante des divers intervenants intéressés.

On ne peut que souligner encore l'importance de la mise en place des ressources nécessaires à la liaison et à la coordination des soins entre le milieu hospitalier et la communauté.

3.3 Les clientèles particulières

Les observations faites par le GTI lors de ses visites des urgences au Québec ont permis de déterminer que trois groupes engendraient des problèmes particuliers à l'urgence : les personnes âgées, les malades psychiatriques et les malades ayant besoin de réadaptation. Ces groupes posent des problèmes particuliers tant à l'urgence qu'au moment de leur hospitalisation (longues durées et séjour) que lors de leur retour à domicile ou dans des ressources alternatives.

3.3.1 Les personnes âgées

Le vieillissement de la population ne fait qu'augmenter l'importance d'accorder à la clientèle toute l'attention qu'elle mérite. Lorsqu'une personne âgée se présente à l'urgence et que son état l'exige, il importe qu'elle fasse l'objet d'une évaluation rapide par une équipe gériatrique. La durée du

8 De Coster, C., S. Peterson et P. Kasion. *Alternatives for Acute Care*, Winnipeg, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, juillet 1996, 111 p.

séjour de cette catégorie de personnes à l'urgence en est grandement diminuée. Que la présence de la personne âgée à l'urgence soit liée à une raison médicale ou à une cause sociale, il faut s'en occuper rapidement et trouver une solution adéquate à ces problèmes, puisque qu'elle est particulièrement vulnérable en cas de séjour prolongé à l'urgence.

L'admission d'une personne âgée à l'hôpital, dans un lit de soins de courte durée, est en relation avec des besoins de soins aigus. Il serait particulièrement important de prévoir, dès le début de l'hospitalisation, la durée du séjour et les besoins de la personne au moment de son départ. Certaines personnes âgées sont alors autonomes et retournent à domicile sans problème, mais plusieurs autres sont en perte d'autonomie et ont besoin de soutien pour retourner soit à domicile, soit dans une ressource adaptée à leurs besoins. C'est dans ces cas que l'équipe de gériatrie est particulièrement importante.

À défaut de soins adéquats sur les plans médical et social, ainsi qu'en matière de réadaptation, les personnes de ce groupe risquent de demeurer dans un lit de soins de courte durée pour une période prolongée, ce qui contribue à l'encombrement de l'urgence. À cet effet, l'expérience de l'Hôpital Général de Scarborough⁹ est intéressante. La constitution d'une équipe gériatrique et d'une unité de gériatrie de dix lits a fortement contribué à la diminution de 50 % du nombre de personnes âgées en attente d'admission dans un centre de soins prolongés et au désencombrement de l'urgence.

3.3.2 Les malades psychiatriques

Parmi les clientèles qui séjournent à l'urgence plus longtemps que nécessaire, les malades psychiatriques occupent la deuxième place, après les personnes âgées. Ils contribuent de façon significative à l'encombrement des urgences au Québec.

Cette situation n'est aucunement liée à un manque de lits de soins de courte durée mais plutôt aux durées prolongées des séjours effectués par cette catégorie de clientèle, à l'absence de liens avec la communauté et au manque de ressources alternatives et de soutien dans leur milieu de vie¹⁰. Il importe donc que l'hospitalisation soit de plus en plus considérée comme une étape du traitement de la phase aiguë de la maladie, devant idéalement mener à la stabilité du patient.

Les pistes d'action indiquées dans le présent document ainsi que le rapport d'une visite du GTI en Ontario¹¹ illustrent qu'il est possible de corriger la situation en diminuant les durées de séjour, en augmentant les ressources dans la communauté et en établissant des liens entre les divers intervenants concernés.

Les expériences dans d'autres pays ou provinces ont clairement démontré que l'amélioration des services et du soutien adapté aux individus dans la communauté a permis de diminuer l'utilisation

9 Feferman, Irving, et Catherine Cornell. « *How we solved the overcrowding problem in our emergency department* », Canadian Medical Association Journal, vol. 140, février 1989, p. 273-276.

10 Breton, Madeleine. *Salles d'urgence : situation en santé mentale : questionnements et pistes d'action*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation, octobre 1995, 85 p.

11 *Rapport de visite sur les services de santé mentale offerts en Ontario*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Groupe tactique d'intervention et Direction de la planification et de l'évaluation, mars 1996, 21 p.

non appropriée des lits. La plupart des malades psychiatriques ont besoin d'un suivi et d'un soutien adéquats dans leur milieu de vie.

3.3.3 Les personnes ayant besoin de services de réadaptation

En plus des personnes âgées et des malades psychiatriques, un certain nombre de malades ont besoin de services de réadaptation pour une période variable. Tel est le cas des personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral ou encore de celles qui souffrent de maladies pulmonaires chroniques, d'insuffisance cardiaque, de troubles circulatoires périphériques ou de fractures de la hanche. Plusieurs d'entre elles sont des personnes âgées, mais d'autres, qui ont tout autant besoin de services, sont plus jeunes.

Les durées de séjour de ce groupe ont tendance à être prolongées, particulièrement au Québec. Cela est lié, d'une part, à l'absence de ressources alternatives dans la communauté et, d'autre part, à l'absence de liens entre les hôpitaux et les services de première ligne.

Certains centres hospitaliers ont des ressources extérieures pour la réadaptation (ex. : fractures de hanche, accidents cérébraux vasculaires, amputations, etc.). Malheureusement, plusieurs autres établissements ne disposent pas de ces ressources et les usagers doivent effectuer la totalité de leur réadaptation en milieu hospitalier. Le développement de telles ressources serait sûrement plus économique qu'un séjour prolongé en centre hospitalier.

3.4 L'environnement

Les ressources alternatives dont nous avons parlé préalablement font partie de l'environnement externe à l'hôpital, mais il y en a d'autres dont le rôle sera énoncé ci-dessous.

3.4.1 Les médecins en cabinet privé ou en CLSC

Les médecins en cabinet privé ou en CLSC doivent eux aussi contribuer au désengorgement des urgences, en n'y dirigeant que les cas qui en ont vraiment besoin. Des campagnes de sensibilisation auprès des médecins ont permis de réduire le taux d'hospitalisation dans certaines régions du Québec.

L'exemple des maladies pulmonaires est à cet égard intéressant. Dans un hôpital régional du Québec, tous les patients hospitalisés pour des problèmes respiratoires au cours de l'année précédente ont été répertoriés et une lettre a été envoyée à leur médecin traitant. Dans cette lettre, on recommandait notamment :

- de procéder à la vaccination antigrippale de tous les malades suivis pour une maladie pulmonaire;
- d'assurer à ces personnes une disponibilité maximale de leur médecin, notamment en clinique privée et en CLSC;

- de remettre à l'avance au patient des prescriptions de stéroïdes ou d'antibiotiques que celui-ci pourrait commencer à prendre dès l'apparition de symptômes de sa maladie. Ceci permettrait d'éviter que la maladie progresse en attendant qu'il soit vu par son médecin.

Ces mesures ont contribué à diminuer à la fois le recours à l'urgence et la fréquence des hospitalisations.

Diverses autres mesures peuvent être envisagées. Des discussions sont menées actuellement dans les régions et les sous-régions en vue d'assurer une garde médicale et une disponibilité de certains professionnels 24 heures par jour et 7 jours par semaine. La mise en place d'un système de garde intégré sur un territoire est un excellent moyen de diminuer les recours aux services de l'urgence; la mise en place des départements régionaux de médecine générale contribuera à régler ce problème. La disponibilité du médecin traitant dans sa pratique quotidienne en est un autre. Le malade qui communique pour une urgence avec son médecin traitant devrait pouvoir le consulter rapidement plutôt que d'être dirigé vers l'urgence.

3.4.2 Les CLSC et les organismes communautaires

Les liens formels et informels entre les centres hospitaliers, les CLSC et les organismes communautaires peuvent contribuer de façon significative au désengorgement des urgences. Cela est particulièrement vrai pour les clientèles les plus vulnérables, soit les personnes âgées, les personnes ayant des problèmes psychiatriques graves et persistants ainsi que celles qui ont besoin de réadaptation. Le maintien à domicile, les soins à domicile et certains programmes particuliers des CLSC peuvent contribuer à éviter ou à prévenir une hospitalisation, à diminuer le temps d'hospitalisation et à faciliter la convalescence à domicile.

Dans tous les cas, il importe d'assurer les liens avec le médecin traitant, qu'il exerce en cabinet privé ou en CLSC. L'objectif est de répondre adéquatement aux besoins de la personne malade et de la maintenir dans son milieu de vie.

L'accès immédiat à de l'information sur la santé est une autre mesure utile. La population a souvent des problèmes aigus de santé qui nécessitent une réponse rapide. L'accès à Info-Santé permet de répondre à beaucoup de questions et d'inquiétudes du public et d'éviter des visites inappropriées chez le médecin ou à l'urgence. Il est essentiel qu'Info-Santé soit soumis à un programme rigoureux de contrôle de qualité.

3.4.3 L'évaluation des résultats

Au début de ce chapitre, on a souligné que la prise de conscience du problème de l'urgence doit se faire dans toute l'organisation. Il est tout aussi important de tenir l'organisation bien informée de la situation à l'urgence, ainsi que des progrès ou de la dégradation qui y sont observés. Le tableau de bord de l'organisation doit donc contenir les informations permettant de vérifier l'atteinte des objectifs qui ont été approuvés par le conseil d'administration, tels que la durée de séjour moyen sur civière à l'urgence, les durées moyennes de séjour par spécialité, le pourcentage de chirurgies d'un jour, etc.

L'atteinte des objectifs fixés motive généralement l'ensemble du personnel d'un centre hospitalier, qu'il soit administratif, médical ou infirmier. Le sentiment d'accomplissement et de fierté qui en résulte est souvent générateur d'initiatives positives et créatrices.

Mais l'évaluation des résultats doit aussi dépasser les frontières de l'établissement. Les régies régionales et le Ministère doivent suivre ce qui se passe à l'urgence grâce à des indicateurs fiables et peu nombreux. Ils doivent aussi connaître les durées de séjour par spécialité et par hôpital. Le registre des urgences et Med-Echo permettent de développer certains des indicateurs requis à cette fin et de les suivre régulièrement.

La notion de « patient-civière », utilisée dans l'analyse des registres des urgences, ne permet toutefois pas de répondre à l'ensemble des questions concernant le fonctionnement adéquat d'une urgence. Il nous semble donc essentiel de travailler à définir de nouveaux indicateurs, grâce à l'élaboration, par exemple, de protocoles de recherches rigoureux sur le sujet.

Le fonctionnement adéquat de l'urgence doit devenir un critère pour juger de la performance des centres hospitaliers, comme les durées moyennes de séjour et les coûts par épisode de soins. Déjà, plusieurs provinces du Canada ajustent en partie le financement des centres hospitaliers à ces indices de performance. Il faut espérer que le Québec développe rapidement des incitatifs financiers qui tiennent compte des mêmes indices.

4 LES NORMES DES URGENCES

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

4.1 *La gestion interne de l'urgence*

Il est essentiel de développer pour l'urgence une structure administrative appropriée, qui lui permette d'atteindre ses objectifs. Cette structure doit inclure le soutien nécessaire en ce qui a trait au secrétariat, des locaux en nombre suffisant et les équipements requis pour assurer son fonctionnement.

Le chef de l'équipe médicale de l'urgence doit être solidement soutenu par l'administration de son établissement. Il est souhaitable qu'on lui assure du temps protégé, ainsi qu'à certains médecins de son équipe, afin de leur permettre de participer à l'élaboration des programmes, des politiques, des protocoles et des processus de contrôle de la qualité. L'organisation et la planification du travail doivent aussi favoriser une implication des médecins de l'urgence aux activités administratives de l'urgence. Il est également souhaitable que le coordonnateur de l'urgence soit issu du groupe des médecins de l'urgence.

L'établissement doit mettre en place les conditions nécessaires pour qu'une approche basée sur la collaboration et la multidisciplinarité soit possible et favorisée dans la gestion de l'urgence, et prévoir des mécanismes de régulation permettant de maintenir un haut niveau d'interdisciplinarité. Le personnel infirmier doit aussi avoir du temps protégé afin de pouvoir prendre part à ces processus de gestion.

Dans plusieurs urgences, ces équipes devraient inclure des pharmaciens, des travailleurs sociaux et du personnel dédié à certaines tâches précises telles que la psychiatrie, la gériatrie et la liaison avec les organismes communautaires.

Le GTI et l'AMUQ considèrent qu'il est important que les décisions touchant le fonctionnement, les intervenants et les soins aux patients de l'urgence soient soumises au préalable, pour consultation, à l'équipe médicale de l'urgence.

Il est évident que le fonctionnement harmonieux et efficace de l'urgence dépend aussi de nombreux autres intervenants. Afin de favoriser une gestion efficace de l'interface avec les ressources de l'établissement, il nous semble opportun de suggérer la mise en place d'un « comité interface ».

Ce comité regrouperait des médecins de l'urgence, un représentant des principaux services de consultation, des infirmières, un représentant des laboratoires, un représentant de la radiologie, un représentant de l'inhalothérapie et un représentant de la pharmacie, ainsi que tout autre intervenant dont la participation serait jugée utile. Y seraient donc réunis les partenaires habituels de l'urgence, ce qui leur permettrait d'harmoniser leur fonctionnement et de dégager un consensus quant à la façon de régler les problèmes de tous les jours. Au-delà de la composition de ce comité, qui peut varier selon les circonstances, il importe surtout qu'il dispose d'un mandat clair et du soutien des instances décisionnelles hospitalières.

4.2 La durée de séjour à l'urgence

Chaque centre hospitalier doit établir clairement ses objectifs en ce qui a trait à la durée de séjour à l'urgence. Ceux-ci doivent correspondre aux objectifs minimaux actuellement recommandés par le Ministère pour des patients-civières, et qui sont les suivants :

- une durée moyenne de 8 heures pour le séjour des patients non admis;
- une durée moyenne de 12 heures pour le séjour des patients admis;
- aucun séjour de plus de 24 heures;
- aucun séjour dans les corridors;
- occupation moyenne de l'urgence de 80 %.

4.3 La configuration physique de l'urgence

La tendance actuelle est celle de l'urgence modulaire, comprenant les modules suivants : triage, accueil, civières, services ambulatoires et services administratifs. Les modules «civières » et « services ambulatoires » ont avantage à être séparés sur les plans physique et fonctionnel. Le module « triage » doit être connexe au module « civière ». L'arrangement actuellement recommandé prévoit un poste central autour duquel sont disposées les civières.

Le module « civières » comprend les civières de réanimation/traumatologie, les civières monitorées, les civières d'examen général et les civières d'examen spécialisé (gynécologie, psychiatrie). Ce module doit également comporter une salle de contention, une salle d'isolation ainsi qu'un salon pour la famille. Le nombre de civières nécessaires est calculé en fonction des variables suivantes :

- le nombre de cas sur civière par période;
- le nombre de cas hospitalisés par période;
- les objectifs de durée moyenne de séjour;
- les périodes de forte affluence.

4.4 Calcul du nombre de civières requises à l'urgence de l'hôpital H

Il s'agit d'un exemple théorique de calcul pouvant illustrer le nombre de civières requises dans une urgence donnée. Il serait utile de valider un modèle de ce type.

L'urgence de cet hôpital reçoit 1 150 patients sur civière, dont 350 sont hospitalisés, par période.

- a) $800 \text{ patients } (1\,150 - 350) \text{ non hospitalisés } \times 8 \text{ heures (durée de séjour)} = 6\,400 \text{ heures-civiers/période}$
 $\text{divisées par } 28 \text{ jours} = 229 \text{ heures-civiers/jour}$
 $\text{divisées par } 24 \text{ heures} = 9,5 \text{ civiers}$
- b) $350 \text{ patients hospitalisés } \times 12 \text{ heures (durée de séjour)} = 4\,200 \text{ heures-civiers/période}$
 $\text{divisées par } 28 \text{ jours} = 150 \text{ heures-civiers/jour}$
 $\text{divisées par } 24 \text{ heures} = 6,25 \text{ civiers}$
- c) Sous-total : $9,5 + 6,25 = 15,75 \text{ civiers}$
- d) Ajout pour les pics et pour tenir compte d'une répartition inégale du volume entre le jour, le soir et la nuit : 30 % du sous-total
 $15,75 \times 30 \% = 5 \text{ civiers}$
- e) Nombre total de civiers requises = 21 civiers

Notons que seules les civiers de réanimation/trauma ne sont pas incluses dans le calcul du nombre de civiers requises.

Le module ambulatoire devrait, pour sa part, être aménagé de façon à assurer un fonctionnement indépendant du module « civiers ». Il devrait comprendre pour une urgence à volume moyen :

- deux à quatre cubicules généraux;
- un cubicule O.R.L./ophtalmologie;
- une à deux salles de chirurgie mineure;
- une salle de plâtre;
- une salle de gynécologie;
- une salle d'entrevue psychiatrique.

4.5. Le triage

Le premier contact du patient avec l'urgence doit se faire avec l'infirmier ou l'infirmière du module « triage ». Le triage doit être rapide (moyenne de 5 minutes) et conforme aux protocoles établis à l'urgence. L'objectif du triage est d'attribuer un code de gravité au cas examiné et de déterminer le module où le patient doit être vu (module « civières » ou ambulatoire).

Plusieurs modèles sont utilisés, dont le suivant :

- Code 1 : doit être vu stat;
- Code 2 : doit être vu dans les 20 minutes;
- Code 3 : doit être vu dans les 2 heures;
- Code 4 : peut être orienté ailleurs.

Il serait approprié de valider un modèle qui puisse être applicable pour l'ensemble des établissements.

Seuls les patients associés au code 3 sont envoyés dans la salle d'attente après le triage. Ceux auxquels on attribue un code 1 ou 2 sont directement amenés dans les modules « civières » ou ambulatoires, selon le cas. Leur enregistrement se fait à leur chevet.

4.6 Le personnel de l'urgence

4.6.1 Nombre

Le nombre de médecins requis à l'urgence devrait être basé sur le volume de la clientèle et sur la lourdeur des cas. Dans la section « civières », le ratio devrait être un à deux nouveaux patients par heure et par médecin, alors que, dans le module ambulatoire, il devrait être de quatre à six patients par heure et par médecin.

Pour parer aux pics, un médecin sur appel doit être identifié clairement chaque jour sur la liste de garde. Ce médecin devrait être appelé si les temps d'attente ne respectent pas les codes de triage.

Le nombre d'infirmières à l'urgence doit aussi être basé sur le volume de la clientèle et sur la lourdeur des cas. À titre indicatif, les ratios suivants semblent raisonnables :

- triage = 1 infirmière (en tout temps);
- ambulatoire = 1 à 3 infirmières selon le volume, avec comme objectif de respecter les délais d'attente prescrits par le triage;
- choc/trauma = 1 infirmière par 2 civières;

- civières monitorées = 1 infirmière par 3 civières;
- civières non monitorées = 1 infirmière par 5 ou 6 civières.

Il faut faire en sorte que l'organisation du travail permette de respecter, durant les heures de pause et de repas, les minimums prévus pour ces ratios.

Dans certaines urgences, il y aurait lieu d'instaurer un système de garde pour le personnel infirmier afin de faire face aux pics et de respecter les délais des codes de triage.

Ces ratios sont présentés à titre indicatif. Dans certaines urgences, par exemple celles des centres de trauma tertiaire, il peut être nécessaire d'ajuster ces ratios à la hausse pour tenir compte de la lourdeur de la clientèle et de la charge de travail.

Le personnel paramédical (personnel de soutien, personnel clérical, brancardiers, etc.) est essentiel au bon fonctionnement de l'urgence. Le nombre de ses membres ainsi que la définition de leurs tâches doivent être bien établis pour assurer la pleine réalisation des activités de l'urgence.

4.6.2 Constitution de l'équipe médicale

La formation d'une équipe stable et « pro-active » influence grandement le fonctionnement de l'urgence. Elle repose entre autres sur :

- l'implication d'un certain nombre de médecins à temps plein (dépendant de la vocation de l'établissement et de l'urgence, cela peut représenter de 18 à 32 heures de travail clinique);
- les critères d'embauche des médecins d'urgence (formation et expérience);
- la présence régulière du médecin d'urgence (au moins 10 heures de garde en moyenne par semaine);
- le recrutement de spécialistes en médecine d'urgence là où le besoin le justifie.

Les rôles et les responsabilités de chaque catégorie d'intervenants doivent être établis clairement et par écrit.

4.7 Les politiques de consultation

Il est essentiel d'avoir une politique claire concernant les consultations de l'urgence. On recommande que le délai entre la requête de la consultation et la prise de décision du médecin consultant soit de deux heures (maximum de quatre heures si d'autres tests s'avèrent nécessaires). Au terme de ce délai, le médecin consultant devrait prendre l'une des décisions suivantes :

- admission;
- congé;
- consultation nécessaire par une autre spécialité.

L'observation des patients à l'urgence par les médecins consultants ne devrait pas être permise.

Il est nécessaire d'instaurer des mécanismes permettant de revoir la pertinence des consultations.

Toutes les mesures nécessaires doivent être mises en place par l'établissement pour s'assurer que ces principes soient respectés.

4.8 Les laboratoires

Une politique hospitalière donnant clairement la priorité à l'urgence pour les laboratoires doit être établie. Les résultats de laboratoire devraient en outre être obtenus dans un délai d'une heure pour la majorité des tests usuels. L'atteinte de ces objectifs est facilitée par les éléments suivants :

- l'établissement de protocoles d'investigation à l'urgence, préparés par les médecins de l'urgence en collaboration avec les autres intervenant dont l'avis est pertinent;
- un système de transport de spécimens efficace et rapide;
- la transmission des résultats par lien direct (télécopieur, réseau informatique).

Il est également essentiel d'avoir un protocole bien détaillé concernant le suivi des résultats anormaux.

4.9 La radiologie

Un protocole entre l'urgence et la radiologie devrait fixer à une heure le délai moyen pour les rayons X simples.

Une entente concernant l'obtention des tests relevant de l'imagerie d'appoint (vélogramme, échographie, pyélographie, tomodensitométrie, médecine nucléaire), ainsi que l'établissement de plages horaires réservées à l'urgence, sont nécessaires. Cela permet non seulement de diminuer la durée de séjour, mais encore de libérer les patients plus rapidement en leur garantissant l'exécution prioritaire des tests nécessaires. Il est important de souligner que ces modalités ne constituent pas des mesures d'investigation exceptionnelles à l'urgence; il donc est essentiel que les mesures nécessaires soient prises afin de permettre un accès approprié (généralement prioritaire) à ces outils d'investigation usuels.

Un processus de contrôle de la qualité de l'interprétation des clichés radiologiques initialement effectuée par le médecin d'urgence doit être mis en place.

4.10 Protocoles avec les autres départements

L'établissement de protocoles entre l'urgence et les différents départements est essentiel à une bonne collaboration ainsi qu'à une responsabilisation mutuelle. Ces protocoles devraient couvrir en priorité les départements suivants : médecine, gériatrie, neurologie, psychiatrie, orthopédie, chirurgie générale, soins intensifs, unité coronarienne. Ils devraient en outre être adaptés à chaque institution et être revus régulièrement par des équipes multidisciplinaires formées de membres des départements concernés.

4.11 Les statistiques requises à l'urgence

Un bon système informatisé de collecte des données (dont une partie en temps réel) est nécessaire à l'obtention de statistiques fiables à l'urgence. Il est primordial que les établissements en reconnaissent la nécessité et que les ressources matérielles, humaines et budgétaires nécessaires soient allouées à cette tâche. Ceci permet de cibler les problèmes et, après avoir apporté les mesures correctives nécessaires, de mesurer et de suivre le degré de correction.

Des données comparables à l'échelle provinciale sont d'une importance capitale. On recommande de comparer régulièrement la performance des urgences avec celle des hôpitaux plus performants.

4.12 Les politiques hospitalières

Le bon fonctionnement de l'urgence repose sur la priorité réelle donnée par l'hôpital à l'urgence. Cette priorité doit se manifester par des politiques claires, établies au plus haut niveau de l'hôpital : président, conseil d'administration, directeur général, directeur des services professionnels, conseil des médecins et dentistes, directeur des soins infirmiers. Ces politiques doivent être gérées par un comité central hospitalier « pro-actif » et porter entre autres sur l'utilisation des lits et la coordination des admissions.

4.12.1 L'utilisation des lits

La distribution des lits entre la médecine et la chirurgie devrait être adaptée aux besoins de la clientèle. Il devrait y avoir des mécanismes clairs de surveillance des durées de séjour sur les étages et de comparaison par rapport aux hôpitaux les plus performants. Le pourcentage d'admission en provenance de l'urgence par rapport aux admissions urgentes et électives devrait être ajusté suivant la demande. La flexibilité d'utilisation des lits devrait être fortement encouragée par l'admission hors service, quand cela est nécessaire, et par l'aménagement de chambres mixtes. Le délai maximum de transfert aux étages des patients admis de l'urgence devrait être de une heure.

4.12.2 Le médecin coordonnateur aux admissions

Le rôle du médecin coordonnateur est essentiel et ses responsabilités doivent être clairement établies. Ce rôle consiste principalement à gérer la politique d'admission et d'utilisation des lits afin de donner une priorité réelle d'admission aux patients provenant de l'urgence. Le médecin coordonnateur devrait avoir un rôle primordial dans l'établissement ou le développement des politiques hospitalières visant à assurer une meilleure utilisation des ressources par l'accent mis sur

le virage ambulatoire, la promotion des chirurgies d'un jour et des préadmissions en chirurgie, la présence d'une équipe de gériatrie active et l'analyse de la situation des patients chroniques dans l'hôpital. Le médecin coordonnateur devrait développer, de concert avec l'urgence et les départements, les politiques d'utilisation de ressources extra-hospitalières, dont les CLSC et les centres de convalescence.

4.13 Le tableau de bord des performances

Un tableau de bord comprenant les indicateurs de performance de l'hôpital et de l'urgence est un outil essentiel pour suivre et analyser régulièrement la situation à l'urgence. Il devrait par exemple inclure les indicateurs suivants :

Urgence

1. Durée de séjour des patients non admis.
2. Temps d'attente moyen avant l'examen des patients sur civière et des patients ambulatoires.
3. Pourcentage de consultations par rapport au nombre de cas sur civière.
4. Pourcentage de consultations menant à la décision d'admettre le patient.

Consultations

5. Délai par spécialité avant la prise de décision.

Laboratoires

6. Délai moyen d'obtention des résultats.

Radiologie

7. Délai moyen pour les tests de base.
8. Délai moyen pour les tests invasifs.

Hôpital

9. Durée de séjour entre la demande d'admission et l'allocation d'un lit.
10. Durée de séjour entre l'allocation d'un lit et le départ du patient de l'urgence.
11. Durée de séjour moyen sur les étages par spécialité et écart par rapport aux hôpitaux performants.
12. Pourcentage de préadmissions et de chirurgies d'un jour par rapport aux objectifs établis par la régie régionale.
13. Nombre de patients chroniques et écart par rapport au nombre prévu au permis.

Ces normes sont suggérées et mériteraient d'être appliquées dans toutes les urgences du Québec. L'application de telles normes contribuerait grandement à éviter l'encombrement des urgences et les séjours excessifs sur civière.

CONCLUSION

Les urgences, au Québec comme ailleurs, sont souvent le dernier recours de patients en état de crise, quel que soit le genre ou la nature de cette crise, ce qui leur confère un rôle essentiel et leur permet de servir de filet de sécurité pour notre population sur le plan médical. Il importe en conséquence que des soins de qualité y soient dispensés en tout temps, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et qu'on leur accorde le degré de priorité nécessaire pour leur permettre de remplir adéquatement ce rôle, aussi bien dans chacun des établissements qu'à l'intérieur des Régions régionales et du Ministère.

Le GTI et l'AMUQ souhaitent que l'on travaille fermement à l'amélioration continue des soins d'urgence ainsi qu'à la résolution rapide de certains problèmes de fonctionnement qui y ont été identifiés, comme l'engorgement.

Le problème du fonctionnement des urgences est loin d'être nouveau au Québec, et malgré des améliorations appréciables au cours des dernières années, la situation demeure fragile. Le présent document, en plus de tracer un portrait sommaire de l'évolution de la situation dans les urgences, a voulu identifier les problèmes et déterminer les mesures à prendre pour corriger cette situation. Son dernier chapitre suggère en ce sens des normes qui permettraient, si elles étaient rigoureusement appliquées, de régulariser le fonctionnement des urgences.

Aucun centre hospitalier au Québec ne devrait avoir une urgence encombrée, que ce soit à cause de séjours prolongés de plus de 24 heures ou d'un nombre trop élevé de malades sur civière. Il faut espérer que ce document aidera les gestionnaires des centres hospitaliers, les médecins des urgences et l'ensemble des médecins omnipraticiens et spécialistes à mieux comprendre le phénomène. Il s'agit d'un secteur d'activité où il importe de viser un degré de tolérance « zéro » pour tout séjour de plus de 24 heures à l'urgence et à tout débordement de civières. L'humanisation des soins et la qualité des services exige que personne ne séjourne sur une civière plus de 24 heures dans une urgence.

ANNEXE I**LISTE DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES**

RSS 01	Bas-Saint-Laurent
RSS 02	Saguenay/Lac-Saint-Jean
RSS 03	Québec
RSS 04	Trois-Rivières
RSS 05	Estrie
RSS 06	Montréal-Centre
RSS 07	Outaouais
RSS 08	Abitibi-Témiscamingue
RSS 09	Côte-Nord
RSS 10	Nord-du-Québec
RSS 11	Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine
RSS 12	Chaudière-Appalaches
RSS 13	Laval
RSS 14	Lanaudière
RSS 15	Laurentides
RSS 16	Montréal
RSS 17	Nunavik
RSS 18	Conseil Cri/Baie-James

ANNEXE II

MANDAT DU GROUPE TACTIQUE D'INTERVENTION

La création du Groupe tactique d'intervention est annoncée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Marc-Yvan Côté, le 27 février 1990, en conférence de presse.

Devant la persistance de problèmes d'encombrement importants dans plusieurs salles d'urgence de la province, celui-ci décide de mettre en place un groupe d'experts du domaine dont le mandat est de remettre les salles d'urgence sur la voie d'un fonctionnement normal.

Plus précisément, le mandat confié au Groupe tactique d'intervention par le ministre se lit comme suit:

- De se rendre dans tous les services d'urgence présentant des problèmes d'engorgement.
- De mettre en lumière les problèmes d'organisation et de fonctionnement des salles d'urgence (délais de consultation, priorité des examens diagnostiques pour l'urgence, etc.).
- D'examiner les politiques et les procédures d'admission et de gestion des lits hospitaliers (pourcentage des admissions urgentes par rapport aux admissions électives, pouvoir du coordonnateur sur la gestion des lits).
- De s'assurer que certains patients et patientes seront dirigés vers des ressources externes (SIMAD, CAH/CHSLD, hôpitaux psychiatriques).

Ce groupe a aussi pour mandat de formuler des recommandations tant au conseil d'administration de l'établissement et de la région concernée qu'au Ministère quant aux correctifs à apporter et aux mesures à prendre.

L'approche retenue consiste à visiter les établissements dont l'urgence pose des problèmes. Le Groupe tactique fera des recommandations après chacune de ses visites, recommandations qui s'adresseront spécialement à l'établissement et qui seront aussi transmises au Conseil régional de chaque région visitée, de même qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour réaliser d'une façon satisfaisante son mandat, le Groupe tactique se voit confier la tâche de faire des recommandations à un niveau régional et provincial.

ANNEXE III

PROBLÈMES LES PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉS DANS LES URGENCES VISITÉES PAR LE GROUPE TACTIQUE D'INTERVENTION

Le tableau suivant donne la liste des 15 problèmes les plus fréquemment rencontrés au cours des 61 visites effectuées dans les établissements par le Groupe tactique d'intervention. Le chiffre apparaissant dans la colonne de droite indique la fréquence à laquelle chaque problème fut considéré comme représentant une part des difficultés de la salle d'urgence des établissements visités.

1.	Gestion déficiente de la problématique des personnes âgées	47
2.	Durées de séjour trop longues en courte durée	46
3.	Utilisation de l'urgence à des fins autres que la sienne propre	41
4.	Mauvaise gestion des lits	37
5.	Retard dans les consultations à l'urgence	33
6.	Gestion déficiente de la problématique des patients et des patientes de psychiatrie	27
7.	Priorité non accordée aux examens psychiatriques	25
8.	Locaux non fonctionnels et mal utilisés	25
9.	Absence, faiblesse ou mauvaise utilisation des systèmes d'information pour la gestion	24
10.	Carences au niveau de la coordination de l'urgence	16
11.	Problèmes au regard de la sortie des patients en attente d'hébergement	15
12.	Attente pour passer des examens ou recevoir des traitements spécialisés dans d'autres établissements	15
13.	Liens non fonctionnels avec les autres établissements : CLSC, CAH, CHSLD, etc.	14
14.	Absence de pouvoir décisionnel pour les médecins de l'urgence	9
15.	Délais occasionnés par l'attente du médecin habituel du patient (dit « médecin traitant »)	8

ANNEXE IV

Résultats du registre des patients sur civières, pour huit indicateurs de problèmes et de fonctionnement des salles d'urgence

Nombre de personnes reçues sur des civières dans les salles d'urgence Québec, 1991-1997

<i>Régions</i>	<i>1991-1992</i>	<i>1992-1993</i>	<i>1993-1994</i>	<i>1994-1995</i>	<i>1995-1996</i>	<i>1996-1997</i>
	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre
01				16 783	17 719	17 549
02					17 745	24 764
03	86 548	83 238	86 539	93 017	88 327	87 567
04	37 902	45 310	47 525	49 427	49 416	49 163
05		16 761	29 406	36 768	38 484	38 282
06	229 481	238 063	246 040	247 901	247 778	244 188
07			16 761	25 988	24 721	25 122
08				15 814	19 875	17 711
09				11 921	12 539	12 665
11				6 853	7 214	6 849
12	15 686	23 126	24 350	27 875	30 719	31 338
13	10 923	11 241	12 488	14 191	15 943	18 190
14	23 412	24 889	26 799	27 408	26 416	26 038
15	32 724	36 336	38 585	38 976	40 822	43 336
16	82 385	84 185	86 812	95 466	105 180	96 317
Prov. 1991-1992 ⁽¹⁾	519 061	546 388	569 138	594 261	604 601	596 137
Prov. total		563 149	621 221	708 388	742 898	739 079

1. Ces chiffres représentent les résultats des centres hospitaliers participant depuis 1991-1992

**Pourcentage de la clientèle demeurant 48 heures ou plus
sur des civières dans les salles d'urgence
Québec, 1991-1997**

<i>Régions</i>	<i>1991-1992</i>	<i>1992-1993</i>	<i>1993-1994</i>	<i>1994-1995</i>	<i>1995-1996</i>	<i>1996-1997</i>
	%	%	%	%	%	%
01				0,9	0,5	0,8
02				9,8	3,2	4,4
03	2,2	2,2	0,9	0,3	0,5	1,1
04	7,8	7,8	3,2	3,2	0,8	1,5
05		3,5	1,9	0,9	0,8	0,8
06	10,5	11,1	7,7	6,1	3,5	5,4
07			3,5	2,6	2,2	1,4
08			9,0	7,1	1,2	1,3
09				2,0	3,7	2,9
11				0,3	0,3	1,5
12	3,9	3,0	2,7	0,4	0,3	0,3
13	23,2	24,6	25,4	24,6	13,7	6,2
14	9,9	7,9	4,3	4,9	3,7	2,2
15	9,1	10,4	7,1	5,0	2,5	2,9
16	15,6	14,6	9,3	5,6	2,7	2,2
Prov. 1991-1992 ⁽¹⁾	9,9	9,8	6,3	5,0	2,8	3,4
Prov. total		9,6	6,3	4,5	2,6	3,3

1. Ces chiffres représentent les résultats des centres hospitaliers participant depuis 1991-1992.

**Pourcentage de la clientèle demeurant 24 heures ou plus sur des civières dans les
salles d'urgence, Québec, 1991-1997**

<i>Régions</i>	<i>1991-1992</i>	<i>1992-1993</i>	<i>1993-1994</i>	<i>1994-1995</i>	<i>1995-1996</i>	<i>1996-1997</i>
	%	%	%	%	%	%
01				6,9	3,8	6
02				28,6	12,6	14,5
03				6,5	6,3	9,5
04				15,6	12,9	12,4
05				6,3	5,7	5,7
06				20,3	15,5	23,4
07				13,3	14,1	12,1
08				13,4	6,3	6,4
09				12,5	15,5	14,1
11				4,3	4,0	8,1
12				9,8	6,9	8,5
13				41,9	38,9	37,2
14				15,8	16,7	17,5
15				15,6	12,2	12,9
16				25,7	19,3	23
Prov. 1991- 1992 ⁽¹⁾				18,5	14,7	19,0
Prov. total				17,0	13,6	15,3

1. Ces chiffres représentent les résultats des centres hospitaliers participant depuis 1991-1992.

**Séjour moyen de la clientèle sur des civières dans les salles d'urgence
Québec, 1991-1997**

<i>Régions</i>	<i>1991-1992</i>	<i>1992-1993</i>	<i>1993-1994</i>	<i>1994-1995</i>	<i>1995-1996</i>	<i>1996-1997</i>
	Heures	Heures	Heures	Heures	Heures	Heures
01				7,0	6,0	7,0
02				15,0	11,2	11,8
03	10,4	11,0	9,6	8,8	8,6	9,6
04	16,9	16,8	12,8	12,0	11,0	10,6
05		9,1	8,6	7,3	7,1	7,2
06	19,8	20,4	16,3	14,8	12,8	16,2
07			11,6	11,8	12,3	10,9
08			18,6	10,9	7,3	7,0
09				10,8	11,9	10,6
11				7,2	7,2	7,9
12	15,2	14,0	12,8	10,0	9,3	9,6
13	32,7	34,7	35,8	31,9	24,3	19,7
14	17,8	16,3	15,3	14,1	14,2	13,6
15	16,3	17,1	14,0	13,0	11,7	10,6
16	23,8	23,4	20,3	16,6	13,7	15,6
Prov. 1991-1992 ⁽¹⁾	18,6	18,9	15,7	14,4	13,0	13,9
Prov.total		18,4	15,3	13,3	11,9	12,9

1. Ces chiffres représentent les résultats des centres hospitaliers participant depuis 1991-1992.

**Taux d'occupation sur des civières dans les salles d'urgence
Québec, 1991-1997**

<i>Régions</i>	<i>1991-1992</i>	<i>1992-1993</i>	<i>1993-1994</i>	<i>1994-1995</i>	<i>1995-1996</i>	<i>1996-1997</i>
	%	%	%	%	%	%
01					44,8	53,9
02					49,2	69,9
03	78,0	80,3	74,5	67,9	64,8	85,3
04	99,3	105,5	85,2	78,5	72,3	73,9
05		66,6	51,7	46,8	47,7	57,4
06	121,9	132,7	123,1	119,0	111,1	130,7
07			56,4	67,7	71,6	67,7
08			87,9	75,1	60,2	67,1
09					77,9	74,8
11					47,3	57,6
12	77,2	78,8	78,9	65,5	62,4	74,6
13	109,1	118,9	135,0	146,7	121,7	123,6
14	126,4	134,3	116,3	121,7	112,6	108,1
15	115,4	111,2	122,9	103,3	94,8	102,6
16	105,8	107,6	101,8	87,0	78,1	86,9
Prov. 1991-1992 ⁽¹⁾	109,4	114,6	107,3	105,5	92,1	104,6
Prov. total		113,2	103,1	96,0	85,3	96

1. Ces chiffres représentent les résultats des centres hospitaliers participant depuis 1991-1992.

**Pourcentage de personnes hospitalisées après leur passage à l'urgence
Québec, 1991-1997**

<i>Régions</i>	<i>1991-1992</i>	<i>1992-1993</i>	<i>1993-1994</i>	<i>1994-1995</i>	<i>1995-1996</i>	<i>1996-1997</i>
	%	%	%	%	%	%
01				51,2	52,6	51,7
02					37	34
03	38,5	40,5	41,2	40,9	40,3	39,0
04		42	46	46	47	46
05		47	49	45	43	41
06	34	34	37	38	39	39
07			45	42	40	41
08				45	40	36
09				40	35	35
11				47	44	44
12		52,9	52,5	49,1	46,1	44,4
13	28	28	26	31	40	48
14	42	47	47	48	51	53
15	36	34	36	42	45	47
16	40	43	47	47	45	50
Prov. 1991-1992 ⁽¹⁾	37	38	41	41	41	43
Prov. total		40	41	41	41	41,3

1. Ces chiffres représentent les résultats des centres hospitaliers participant depuis 1991-1992.

**Nombre de personnes hospitalisées après leur passage à l'urgence
Québec, 1991-1997**

<i>Régions</i>	<i>1991-1992</i>	<i>1992-1993</i>	<i>1993-1994</i>	<i>1994-1995</i>	<i>1995-1996</i>	<i>1996-1997</i>
	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre
01				8 599	9 325	9 072
02					6 612	8 511
03	33 282	33 743	35 643	38 005	35 629	34 109
04	15 430	18 831	21 877	22 915	23 371	22 638
05		7 874	14 376	16 703	16 380	15 822
06	77 406	82 037	90 724	94 420	96 858	94 681
07			7 539	10 802	9 885	10 356
08			2 650	7 138	7 901	6 316
09				4 798	4 444	4 411
11				3 221	3 198	3 028
12	8 209	12 240	12 791	13 679	14 166	13 922
13	3 113	3 155	3 218	4 368	6 372	8 651
14	9 734	11 602	12 592	13 186	13 547	13 853
15	11 752	12 241	14 042	16 534	18 363	20 351
16	32 692	35 947	40 420	45 211	47 707	48 545
Prov. 1991-1992 ⁽¹⁾	135 287	209 796	231 307	248 318	256 013	256 750
Prov. total		217 670	255 872	299 579	313 758	314 266

1. Ces chiffres représentent les résultats des centres hospitaliers participant depuis 1991-1992.

** Résultat incomplet

**Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus reçues sur des civières
dans les salles d'urgence
Québec, 1991-1997**

<i>Régions</i>	<i>1991-1992</i>	<i>1992-1993</i>	<i>1993-1994</i>	<i>1994-1995</i>	<i>1995-1996</i>	<i>1996-1997</i>
	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre
01				3 076	3 420	3 691
02					2 263	3 339
03	12 867	13 320	14 314	15 548	15 175	16 334
04	7 415	8 991	9 694	9 942	9 909	10 841
05		3 108	6 071	7 612	7 554	7 665
06	46 215	49 045	50 436	51 709	52 365	53 062
07			2 486	3 506	3 520	3 673
08				2 345	2 777	2 422
09				989	1 088	1 107
11				1 389	1 497	1 540
12	3 630	5 166	5 450	6 073	6 405	6 731
13	1 563	1 849	2 181	2 364	2 976	3 671
14	3 757	4 118	4 230	4 391	4 292	4 587
15	5 790	6 416	6 466	6 710	7 146	7 494
16	15 167	15 756	16 230	17 448	18 679	20 210
Prov. 1991-1992 ⁽¹⁾	96 404	104 661	109 001	114 185	116 947	122 710
Prov. total		107 769	117 558	133 102	139 066	146 367

1. Ces chiffres représentent les résultats des centres hospitaliers participant depuis 1991-1992.

