

Relever
ensemble
le défi des
URGENCES

Défi
URGENCES

Plan d'action
novembre 1999

Québec 
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

RELEVER ENSEMBLE LE DÉFI DES URGENCES

Plan d'action issu
du forum sur la situation
dans les urgences
tenu à Montréal les 4 et 5 octobre 1999

NOVEMBRE 1999

Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

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

Le présent document est disponible à la section documentation du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est :

www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
Bibliothèque nationale du Canada, 1999
ISBN 2-550-35200-9

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

© Gouvernement du Québec

MISSION

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

Forum sur la situation dans les urgences
Montréal, 4 et 5 octobre 1999

MOT DE LA MINISTRE

Quand j'ai décidé d'organiser le forum sur la situation dans les urgences, qui s'est tenu à Montréal les 4 et 5 octobre 1999, j'avais de grandes attentes. Je puis aujourd'hui affirmer qu'elles n'ont pas été déçues !

C'était la première fois que les grands acteurs concernés par la question étaient réunis. Il en est résulté un échange de points de vue à la fois serein, franc et constructif.

Nous avons convenu d'un libellé de la mission de l'urgence, assorti d'une vision de ce qu'elle pourrait devenir, de ce qu'elle doit devenir. Cette étape était indispensable pour nous permettre d'aller plus loin.

Nous avons aussi discuté de pistes de solution permettant d'assurer un meilleur fonctionnement de l'urgence, ainsi que son intégration harmonieuse à l'hôpital et au réseau collectif de soins. Chaque participante, chaque participant a travaillé de bonne foi, de sorte que nous nous sommes entendus sur presque tous les points examinés.

Bien sûr, la question des ressources ne peut être ignorée. Mais l'expérience des années 80 a prouvé qu'il est possible d'investir en pure perte des centaines de millions dans les urgences, si on n'a pas pris soin de travailler aussi sur les mentalités, sur les attitudes et sur les façons de faire. Voilà un engagement que nous avons partagé. Quand viendra le temps d'investir à nouveau dans les urgences, nous le ferons donc d'une manière réfléchie et à partir d'une compréhension commune des enjeux.

Merci à ceux et à celles qui ont fait du forum un succès. Je ne doute pas que les étapes à venir se dérouleront dans un climat aussi favorable. Au terme de tout cela, c'est avec fierté que nous présenterons un bilan positif à nos concitoyennes et à nos concitoyens.

La ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux,



Pauline Marois

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Une démarche globale	9
L'objectif du forum	10
Le déroulement du forum	11
Convenir d'une mission pour l'urgence	13
Coordonner l'urgence avec le réseau de soins	15
Favoriser l'intégration de l'urgence à l'hôpital.....	19
Améliorer le fonctionnement interne de l'urgence	25
Plan d'action et mécanisme de suivi	30

► Une démarche globale

Les 4 et 5 octobre dernier, la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois, a accueilli à un forum vingt-trois organismes, directement concernés par la situation des urgences au Québec. Ce forum s'inscrivait au cœur d'une démarche engagée en février 1999, comportant des mesures à court, à moyen et à long terme.

Dans le contexte des crises récurrentes affectant les urgences hospitalières, la ministre avait alors demandé au Groupe d'experts en organisation clinique d'examiner à fond la situation. Le rapport de ce groupe¹, rendu public le 15 septembre dernier, dégageait des constats, des réflexions et des recommandations utiles pour décider des gestes à poser. Parmi les travaux réalisés dans le cadre de ce mandat, un document de réflexion, *Projet Urgence 2000*², présentait un état de la situation où l'on constatait, notamment, la persistance de certains problèmes, malgré des injections massives de fonds. On y proposait une nouvelle mission pour les urgences et des pistes de solution stimulantes.

À la suite du dépôt et de la diffusion de ces documents, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mené rapidement une consultation auprès de ses partenaires. Les rencontres qui en ont résulté, très constructives, ont permis de dégager les éléments les plus pertinents de ces rapports, de les bonifier, puis d'y ajouter d'autres propositions fort intéressantes.

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

1. Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux. Groupe d'experts en organisation clinique. *Plan d'action — La situation dans les urgences en 1999 : un défi majeur pour le réseau*. Tétrault M., Brunet T.S., pour le Groupe d'analyse sur la situation dans les urgences. Présenté à Madame Pauline Marois, Ministre d'état à la Santé et aux Services sociaux. Septembre 1999.

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Projet Urgence 2000 : de paratonnerre à plaque tournante*. Vadeboncoeur A., Beaudet P. Document de réflexion déposé au Groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences mandaté par Madame Pauline Marois, ministre d'état à la Santé et aux Services sociaux et présidé par le docteur Michel Tétrault. Septembre 1999.

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

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

Le présent document, qui résume les travaux menés et les consensus obtenus au cours du forum, présente le nouveau plan d'action du Ministère dans le dossier des urgences. Un dossier hautement prioritaire qui nous concerne tous.



L'objectif du forum

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, ses partenaires du réseau et celles et ceux qui, chaque jour, y donnent le meilleur d'eux-mêmes, ont cette responsabilité commune : permettre aux urgences de remplir efficacement leur mission au regard des besoins des Québécoises et des Québécois. Les personnes réunies au forum avaient donc pour objectif de prendre des décisions quant aux actions à réaliser, afin de permettre aux urgences de bien jouer leur rôle au sein du réseau. Le forum aura ainsi permis de favoriser l'engagement et la responsabilisation des participantes et des participants en fonction et dans le respect de la mission de l'urgence.

Favoriser une meilleure préparation de la période de pointe de l'hiver constituait certes un élément important et prioritaire dans la discussion, mais il est apparu, aux yeux de tous les participants et participantes, que la meilleure façon de bien gérer cette période de pointe était de s'assurer d'une gestion optimale des urgences tout au long de l'année. C'est ainsi que le forum a visé des objectifs couvrant une réalité beaucoup plus large, et que le plan d'action qui en découle mène à une amélioration globale des urgences : faire évoluer la culture des urgences au Québec afin de les adapter au contexte actuel.

Il apparaît à plusieurs que l'état des urgences est un indicateur du fonctionnement (ou du dysfonctionnement) du système de santé. Les urgences sont en effet devenues une vitrine laissant transparaître la fragilité du réseau. De l'avis de plusieurs,

la résolution des problèmes affectant les urgences contribuera grandement à dégager de nouvelles solutions pour améliorer le fonctionnement du réseau.



Le déroulement du forum

Le forum a permis de s'attaquer à un certain nombre d'éléments précis, considérés, comme prioritaires :

- A. Formuler puis adopter une mission pour les urgences.
- B. Permettre une meilleure coordination des soins et des services entre les urgences des hôpitaux, les intervenants et les services faisant partie du réseau de soins de la communauté, notamment les CLSC, les CHSLD, les cliniques privées, et les autres partenaires.
- C. Favoriser une meilleure continuité des soins offerts aux groupes vulnérables, notamment aux personnes âgées en perte d'autonomie et à celles qui sont atteintes de maladies chroniques, dont les maladies pulmonaires.
- D. Favoriser la prise en charge des clientèles lourdes et vulnérables par les médecins de famille.
- E. Gérer les effets des variations saisonnières et l'augmentation de la clientèle.
- F. Favoriser l'intégration harmonieuse de l'urgence dans l'hôpital.
- G. Donner aux urgences un accès suffisant au plateau technique de l'hôpital et aux consultations spécialisées.
- H. Soutenir l'implication, la stabilité et le développement du personnel de l'urgence.
- I. Établir un mode de gestion moderne de l'urgence, à l'image des meilleurs modèles connus.

Il fallait d'abord s'entendre sur un plan d'action et définir les priorités. Les décisions qui permettront aux hôpitaux d'avoir des urgences à la hauteur des attentes formulées au cours du forum sont maintenant prises. Les Québécoises et les Québécois ont le droit d'obtenir des réponses précises et de demander que nous posions des gestes concrets en vue de résoudre efficacement des problèmes qui durent maintenant depuis trop longtemps.

De toute évidence, de nombreuses mesures retenues dans le cadre du forum nécessiteront des investissements, mais on a pu constater que le vieux réflexe voulant que la seule et unique solution à tous les problèmes réside dans l'injection massive de fonds était maintenant tempéré par une compréhension plus juste des enjeux réels.

Les travaux ont permis d'aller au fond des choses, de parvenir à des consensus et d'obtenir l'adhésion des participantes et des participants à la poursuite d'une démarche globale de prise en charge du dossier des urgences, à laquelle toutes et tous ont pu s'identifier.

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

Le forum a donné lieu à une importante mobilisation des principaux acteurs de la santé au Québec. Une énergie considérable a été investie dans sa préparation et sa réalisation. Le sérieux et l'ouverture manifestés ont permis à des centaines de personnes, au-delà de leurs intérêts propres, de joindre leurs efforts pour renouveler l'approche de la question des urgences, pour se défaire d'un certain défaitisme et pour s'entendre sur un plan d'action qui permettra de mobiliser l'ensemble des intéressés et d'assurer un fonctionnement harmonieux des urgences au Québec.

Pour être efficace, ce plan d'action doit tenir compte des différences régionales : il ne s'agit pas d'en arriver à des solutions uniformément applicables dans toutes les urgences, mais bien de mettre en place des mécanismes de résolution des problèmes bien adaptés aux particularités régionales et locales. Il n'y a pas de modèle unique, tout le monde en convient, mais il y a des approches gagnantes.

CONVENIR D'UNE MISSION POUR L'URGENCE

Le rôle et la place de l'urgence n'ont jamais clairement été définis au sein du réseau. Il fallait avant tout établir une mission et une vision qui lui soient propres et qui répond adéquatement à la personne qui consulte à l'urgence, car celle-ci est d'abord là pour lui offrir les soins et les services requis par sa condition. Elle doit être un filet de sécurité sanitaire, un lieu d'accueil sûr et efficace lorsqu'un problème urgent se présente.

A. Formuler puis adopter une mission pour les urgences.

Les participantes et les participants au forum ont formulé une mission de même qu'ils ont défini une vision pour les urgences. Ils en intégreront le libellé à leur réalité et le concrétiseront dans leurs réflexions et leurs actions. Dans la foulée des discussions ayant suivi la formulation de la mission des urgences, la ministre a mentionné son intention d'inscrire cette mission dans le texte de la loi.

MISSION

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

VISION

L'urgence hospitalière est intégrée au réseau de soins,
où elle fait office de filet de sécurité sanitaire pour la population.
La mission de l'urgence est complémentaire à celle des autres intervenants.
Elle est aussi intégrée à l'hôpital, dont elle contribue à la mission,
comme une plaque tournante et une importante porte d'entrée.

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

Dans certains milieux, le personnel de l'urgence assume également
des responsabilités sur le plan de l'enseignement,
de la recherche et du développement,
et il doit disposer des moyens appropriés
pour s'acquitter de ces responsabilités.

***Forum sur la situation dans les urgences
Montréal, les 4 et 5 octobre 1999***

COORDONNER L'URGENCE AVEC LE RÉSEAU DE SOINS

Les participantes et les participants au forum considèrent largement que l'approche actuelle, en « silo », entrave la complémentarité des établissements, la continuité des soins et le partage de l'expertise entre les professionnels, hommes et femmes. Coordonner l'organisation des soins semble ardu. Il apparaît difficile, par exemple, d'établir des liens efficaces entre les urgences et les CLSC ou les cliniques privées. Telle que mise en perspective par les régies régionales, la coordination au niveau local, est liée aux résultats cliniques et aux épisodes de soins, par opposition à une coordination systémique, de niveau régional, telle qu'assumée par les régies.

Ce manque de coordination empêche la mise en place d'un réseau efficace de soins. Il en résulte un manque d'efficacité non seulement à l'urgence, mais dans toute la structure de la prestation des services. La continuité des soins, facteur de qualité, est ainsi grandement compromise, notamment auprès des clientèles les plus vulnérables. Or, cette continuité dépend largement de la capacité du réseau à mettre en place des mécanismes de coordination et de prise en charge efficaces au niveau local. Actuellement, patientes et patients eux-mêmes assument une bonne part des liens fonctionnels nécessaires, responsabilité qui, dans certains cas, devrait plutôt revenir au personnel du réseau.

Ces problèmes affectent la qualité de la prise en charge de certaines clientèles particulières, notamment les personnes âgées atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie, les personnes affectées par des maladies respiratoires et cardiaques débilantes et les personnes souffrant de troubles mentaux.

On a convenu aussi au cours du forum qu'il existait des problèmes importants dans l'échange de l'information clinique. Les outils nécessaires sont encore très peu utilisés. En appuyant les travaux reliés à l'informatisation des dossiers des patients et des outils de gestion, le réseau pourra tirer profit de ses caractéristiques (infrastructure unifiée, payeur unique, accès universel).

Les variations saisonnières sont d'autres éléments qui sont ressorties des études effectuées. Au cours du mois de février des trois dernières années, les malades de l'urgence ont occupé en moyenne 1 344 lits de plus qu'en juillet au cours des vacances de l'été. Cette différence est notamment reliée à l'augmentation du nombre de malades souffrant de problèmes respiratoires et cardiaques. En effet, la différence pour les maladies respiratoires est de 756 lits en moyenne, et de 319 lits pour les maladies cardiaques. Plus de 1 000 lits supplémentaires ont donc été utilisés pour les personnes souffrant de ces maladies en période de

pointe. Or, on a pu constater que la gestion des variations saisonnières quant aux admissions à l'urgence et quant au nombre de lits de courte durée occupés par ces personnes est difficile et devra s'améliorer dans l'avenir.

Les travaux du forum ont permis d'obtenir un large consensus sur les résolutions qui suivent.

B. Favoriser une meilleure coordination des soins et des services entre les urgences des hôpitaux, les intervenants et les services faisant partie du réseau de soins de la communauté, notamment les CLSC, les CHSLD, et les cliniques privées, et les autres partenaires.

Les hôpitaux, de concert avec leurs partenaires et avec le soutien des régies régionales, établiront des ententes locales qui faciliteront la coordination des soins et services. Ces ententes pourront comprendre, notamment, des mesures visant :

- la participation des professionnels de l'urgence dans leur élaboration ;
- la responsabilisation des coordonnateurs médicaux hospitaliers dans leur actualisation ;
- la coordination des épisodes de soins afin d'assurer un suivi optimal et une meilleure utilisation des ressources, en particulier par l'élaboration de protocoles cliniques conjoints ;
- une interpénétration des expertises afin de maximiser l'efficacité de l'ensemble des interventions ;
- la mise en place de tables de concertation locales ;
- la mise en place d'outils fonctionnels permettant, sur une large plage horaire, la communication de l'information clinique ;
- la définition des tâches et des responsabilités des praticiennes et des praticiens de première ligne, pouvant inclure des systèmes de garde continue pour les patientes et les patients ;
- l'affectation d'un nombre suffisant de postes d'infirmières de liaison et de travailleurs sociaux hospitaliers, au besoin sur des horaires étendus, notamment à l'urgence ;
- la présence physique de représentantes et de représentants des CLSC au sein des hôpitaux ;
- l'obligation, pour l'hôpital, d'assurer à l'urgence et au réseau de soins de la communauté un accès suffisant au plateau d'investigation rehaussé et aux consultations spécialisées, et de mettre en place des protocoles partagés d'utilisation de ces ressources ;
- l'établissement de liens avec les groupes communautaires locaux, dans le respect de leur autonomie.

C. Favoriser une meilleure continuité des soins aux clientèles vulnérables, notamment aux personnes âgées en perte d'autonomie et à celles qui sont atteintes de maladies chroniques.

- À court terme et en prévision de la période de pointe de l'hiver 2000, le Ministère s'engagera dans la réalisation d'un programme de soins intégrés pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques, comprenant entre autres un rehaussement des objectifs de vaccination plus élevés contre l'influenza, un programme de vaccination contre le pneumocoque, une intervention clinique multidisciplinaire précoce et une augmentation de la capacité d'accueil des urgences en période de pointe.
- À moyen terme, le Ministère mettra également sur pied et favorisera le développement des programmes de soins intégrés multidisciplinaires pour les personnes atteintes de maladies cardiaques chroniques, notamment d'insuffisance cardiaque.
- Les CLSC, avec le soutien des régies régionales, des hôpitaux, du Ministère, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de l'association des gériatres du Québec, développeront et soutiendront des modèles et des expériences efficaces de réseaux intégrés de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, conduisant notamment à la mise en place d'un guichet unique de services.

D. Favoriser la prise en charge des clientèles « lourdes » et des personnes vulnérables par les médecins de famille.

- Le Ministère, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le Collège des médecins concevront des modèles de prise en charge, par les médecins omnipraticiens, des « clientèles lourdes » et des personnes vulnérables.
- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et les départements régionaux de médecine générale (DRMG) établiront, diffuseront et tiendront à jour, pour toutes les régions du Québec, un répertoire régional des omnipraticiens disponibles pour s'acquitter des tâches prioritaires (suivi de patients, maintien à domicile, etc.).

E. Gérer les effets des variations saisonnières et l'augmentation de la clientèle.

- À court terme, le Ministère, en tenant compte du dépôt des plans de contingence établis par les régies régionales et les hôpitaux, mettra en place les

mesures pour ajuster les ressources requises en lits et en personnel en prévision de la période de pointe de l'hiver 2000, par l'ouverture de « lits-tampons », la libération des lits d'hébergement dans les hôpitaux et l'achat de places d'hébergement. Il pourrait y avoir à cet égard une contribution significative des centres d'accueil privés conventionnés.

D'autres sujets, répondant également aux préoccupations des participantes et des participants au forum, ont été abordés dans les discussions portant sur le réseautage des urgences.

► Les ressources des CHSLD et des CLSC

Plusieurs personnes ont noté l'insuffisance de personnel pour les services de maintien à domicile offerts par les CLSC. On souhaite par ailleurs pouvoir offrir, dans les CHSLD, des soins comparables à ceux des soins actuellement offerts en maintien à domicile. Les participantes et les participants ont enfin proposé d'ouvrir un certain nombre de « lits-tampons » au sein même des CHSLD, lits qui pourraient être utilisés par les CLSC ou les hôpitaux pour des hébergements temporaires.

La ministre prend acte de ces propositions et s'engage à poursuivre, avec ses partenaires, la réflexion à ce sujet en vue du prochain forum.

► Le rôle et la composition des départements régionaux de médecine générale

Certaines résolutions font appel à une meilleure coordination des soins. Les départements régionaux de médecine générale (DRMG) joueront un rôle qui reste à préciser dans la coordination régionale des soins et des services. Ils pourront être appelés, lorsqu'ils seront fonctionnels, à participer à leur niveau, à la réalisation des actions définies par ces résolutions.

Par ailleurs, il apparaît essentiel que les directions des départements régionaux de médecine générale intègrent à la composition de leur exécutif des médecins dont la pratique principale est liée à l'urgence, de manière à assurer la coordination et les liens nécessaires entre les urgences et leurs partenaires du réseau de soins de la communauté.

FAVORISER L'INTÉGRATION DE L'URGENCE À L'HÔPITAL

L'urgence, opérationnelle 24 heures sur 24, fonctionne en marge de la vie « normale » des établissements, dont l'essentiel des opérations se déroule le jour. Ainsi, par exemple, l'accès au plateau d'investigation, à la consultation radiologique ou aux consultants spécialisés y est fort limité. Le problème est connu de longue date et mentionné dans le rapport Spitzer en 1985³.

Pour les participantes et les participants au forum, la place de l'urgence dans l'hôpital est fort variable et souvent mal définie. Or, l'urgence est la porte d'entrée des admissions pour 45 % des patientes et des patients de l'hôpital. On a tendance à ignorer ce rôle de l'urgence et à ne pas donner à son personnel les outils nécessaires pour assumer efficacement leurs tâches. Souvent, l'urgence ne possède pas non plus la légitimité nécessaire pour qu'on tienne réellement compte de son importance. Sans pouvoir réel au sein de l'hôpital, elle est placée continuellement en position de faiblesse.

Pour l'hôpital, il n'y aurait pas d'incitatif réel à régler les problèmes qui touchent l'urgence. Les hôpitaux ont ainsi plutôt intérêt à restreindre l'accès à l'urgence ou aux lits de courte durée. Cela peut notamment s'expliquer, pour certains, par l'absence d'indicateurs crédibles de la performance des hôpitaux, et par le fait que les bases historiques de budgétisation ne tiennent pas compte de la quantité ni de la lourdeur des soins prodigués.

L'encombrement de l'urgence est l'une des manifestations des problèmes vécus dans l'hôpital. On ne peut donc dissocier l'urgence de l'hôpital. Dans les hôpitaux où l'encombrement persiste, il semble manquer une volonté globale d'agir. Or, sans un engagement vigoureux des niveaux administratifs supérieurs de l'hôpital, il apparaît impossible de procéder à des changements fondamentaux et d'aboutir ainsi à la transformation profonde de l'organisation hospitalière réalisée avec succès dans certains établissements qui sont ainsi parvenus à la résolution des problèmes de leur urgence. Il ne s'agit pas d'appliquer ici quelques mesures ponctuelles. De l'avis de plusieurs, le refus de reconnaître que la grande majorité des causes des problèmes se trouvent à l'intérieur de l'hôpital rend impossible toute action énergique.

Une cause importante de l'engorgement résiderait dans le manque de participation des médecins de l'hôpital à résoudre les problèmes de l'urgence. À cette difficulté s'ajoute le fait que la clientèle des usagers et les usagers de l'urgence vient

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

parfois concurrencer celle de la chirurgie élektive. L'atteinte d'un juste équilibre dans le respect des diverses missions est d'ailleurs un exercice complexe de gestion hospitalière. Enfin, d'après certaines études, un nombre significatif de patientes et de patients occupent encore des lits de courte durée, même si d'autres ressources pourraient répondre à leurs besoins (lits de réadaptation, d'hébergement, lits « subaigus », etc.).

Dans tous les hôpitaux qui ont réussi à régler les problèmes de leur urgence, un engagement direct des professionnelles et professionnels, du personnel de soutien, des gestionnaires, de la direction, du conseil d'administration et des syndicats s'est avéré un des ingrédients essentiels de la réussite.

Reposant sur la détermination de certains individus, la réingénierie des processus hospitaliers, lorsqu'elle est bien soutenue, prend ensuite graduellement forme. Cette réingénierie est au cœur de la transformation. À plus ou moins long terme, les gains d'efficiency et d'efficacité réalisés bénéficient justement à tout l'hôpital. On cesse alors de chercher une explication externe ou de vouloir justifier l'encombrement. Les bons résultats ne sont jamais tenus pour acquis : le processus de résolution des problèmes doit être continu. C'est l'intégration et le développement d'une culture forte de l'urgence qui ont permis à l'urgence de certains hôpitaux d'atteindre un tel niveau de développement et de rayonnement.

Enfin, les exemples passés le démontrent, l'ajout de structures et de ressources n'est pas nécessairement lié à un accroissement réel des services répondant aux besoins de la population. Dans cette perspective, il faut s'assurer que les centres ambulatoires auront un effet positif sur le désengorgement des urgences.

Les travaux du forum ont permis d'obtenir un large consensus sur les résolutions qui suivent.

F. Favoriser l'intégration harmonieuse de l'urgence dans l'hôpital.

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'ensemble des personnes concernées feront de l'urgence une véritable priorité et s'engageront à régler les problèmes récurrents qui touchent les urgences, afin d'en assurer le fonctionnement harmonieux.
- Le Ministère crée le Groupe de soutien aux urgences, composé des expertes et des experts représentant les forces vives du milieu des urgences, les gestionnaires hospitaliers concernés et toute autre ressource en mesure de soutenir une telle démarche.
- Le Ministère mènera, avec ses partenaires, une réflexion de fond sur la question de l'encadrement et de l'évaluation du fonctionnement des urgences, en particulier sur la réévaluation du cadre normatif actuel.
- Le Ministère, les régies régionales et les établissements favoriseront la départementalisation des services d'urgence au sein des hôpitaux.
- Le Ministère et ses partenaires réaliseront et diffuseront un guide complet de gestion de l'urgence dans l'hôpital et dans ses liens avec le réseau de la communauté, en s'inspirant des meilleures pratiques et des réussites locales et régionales.
- Les hôpitaux accorderont la plus haute priorité à leur urgence en demandant un engagement formel et sans équivoque à leur conseil d'administration, à leur direction générale et à leurs autres directions, à l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, au Conseil des infirmières et infirmiers et aux syndicats. Cet engagement se concrétisera par les actions suivantes :
 - favoriser une concertation efficace et continue entre l'urgence et les consultantes et les consultants des diverses spécialités, incluant celles et ceux du plateau technique d'investigation ;
 - mettre en place un système de monitoring continu permettant de mesurer le temps de réponse aux consultations et le temps d'accès aux résultats de l'investigation ;
 - s'assurer que tous les postes de coordonnateurs médicaux soient comblés, et que ses coordonnateurs soient bien équipés et que les pouvoirs et les tâches qui leur sont dévolus aient un effet réel sur la gestion des épisodes de soins et sur la durée de séjour ;
 - concevoir, avec le soutien des régies régionales, des plans de débordement journaliers définissant les actions entreprises par l'établissement en cas d'attente importante ou d'encombrement, et s'assurer de l'application de ces plans, tout en respectant la mission chirurgicale de l'établissement dans cette démarche ;

- optimiser l'utilisation des lits de courte durée en effectuant, avec le soutien des régies régionales et du Ministère, des études sur la pertinence des admissions et des séjours à l'aide des outils informatiques existants, et travailler, de concert avec le Ministère, à déterminer quels sont les clientèles qui pourraient séjourner dans d'autres types de ressources (lits « subaigus », de réadaptation, de longue durée, d'hébergement, de maintien à domicile, etc.).

G. *Donner aux urgences un accès suffisant au plateau technique d'investigation.*

- Pour donner aux urgences un meilleur accès au plateau technique d'investigation, des mesures devront permettre une extension importante des heures d'accessibilité. Par ailleurs, dans son programme triennal d'immobilisation, le Ministère donnera priorité au rehaussement technologique du plateau d'investigation, en particulier dans les établissements qui auront convenu avec leurs partenaires des ententes locales de coordination de l'accès aux services de première ligne.
- Le Ministère réévaluera l'ensemble des projets de centres ambulatoires, afin d'y permettre une meilleure prise en charge des « clientèles lourdes » qui ont besoin de soins spécialisées en oncologie, maladies pulmonaires et cardiaques, néphrologie, gériatrie et santé mentale.
- L'Association des radiologistes et la Fédération des médecins spécialistes du Québec réaliseront, en collaboration avec le Ministère, une étude de faisabilité d'un modèle d'accès étendu à la consultation radiologique, notamment par téléradiologie, permettant d'offrir des services en ce domaine non seulement aux grands centres, mais aussi et surtout aux régions éloignées. Elles déposeront les conclusions de cette étude au prochain forum.

Plusieurs sujets, répondant aux préoccupations des participantes et des participants, ont été abordés dans les discussions portant sur l'intégration de l'urgence au sein de l'hôpital.

► La mesure de la performance hospitalière

La question de la mesure de la performance globale des hôpitaux est revenue à quelques reprises au cours des discussions. Il apparaît qu'au-delà des mesures relatives à la pertinence du séjour, il faudrait concevoir des outils permettant de mesurer la performance de chacun des acteurs du réseau, dont les hôpitaux, afin de dégager un tableau global de la situation.

Toute la question de la performance constitue évidemment un sujet complexe et à la fois primordial, auquel la ministre compte donner toute son attention, mais qui dépasse toutefois le cadre du sujet couvert par le forum.

► L'élargissement des systèmes d'information

Certaines personnes estiment que les systèmes d'information, devraient dépasser le cadre de l'urgence et être implantés dans l'ensemble de l'hôpital ; certaines croient aussi qu'on devrait en étendre l'utilisation aux intervenants externes. L'objectif ultime serait d'établir des règles claires quant à la responsabilité de chacun afin d'assurer une meilleure gestion de la performance. Enfin, on a souligné qu'il existe encore peu de données pour quantifier les activités ambulatoires. Il faut donc soutenir les efforts visant à remédier à cette situation.

Pour le ministère il est important de mieux cerner le fonctionnement, non seulement des urgences, mais également des hôpitaux et des intervenants externes qui concourent à l'efficacité et à l'efficacité globale du réseau. Il soutient l'idée qu'il faudra continuer à travailler conjointement avec les personnes intéressées à la conception d'outils d'information efficaces.

► Une charte de qualité pour les hôpitaux

Une charte de qualité pour les hôpitaux est une proposition intéressante. Cette charte définirait les conditions de réussite d'une approche des problèmes qui affectent les urgences. Elle pourrait porter, par exemple, sur l'engagement du conseil d'administration et des directions, sur les niveaux d'intégration de l'urgence à l'hôpital, sur les normes ou les modèles de gestion de l'urgence, etc. Une telle charte pourrait, par exemple, être incluse dans le guide de gestion de l'urgence et s'inspirer de la réflexion sur le cadre normatif. Plusieurs normes, principes et moyens définis par le Groupe tactique d'intervention et l'Association des médecins d'urgence du Québec, proposés par le Ministère en 1998, pourraient avantageusement s'y retrouver.

Le Ministère conjointement avec ses partenaires, poursuivra ses travaux sur le sujet et pourra intégrer l'idée de charte de qualité à son approche globale du dossier des urgences.

► La rémunération des chefs d'autres départements

Tout en reconnaissant l'importance de rémunérer les chefs de services et de départements d'urgence, plusieurs participants ont souligné la nécessité de reconnaître, de la même façon, le travail des divers interlocuteurs de l'urgence que sont les chefs des départements hospitaliers.

La ministre est sensible à ce point de vue, qui pourrait être intégré aux échanges entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le Ministère.

► Des plans de débordement journalier impliquant la participation du réseau de soins

Il est apparu à certains participants et participantes que les plans de débordement journalier devraient comprendre la planification d'une réponse des personnes travaillant dans le réseau de soins de la communauté, par exemple l'ouverture coordonnée de points de service les soirs et les fins de semaine, en cas d'attente importante ou d'encombrement. Il apparaît que les ententes locales conclues par les hôpitaux devraient également traiter d'une telle contribution spécifique. On semble douter d'une approche reposant uniquement sur une participation volontaire des intervenants pour mener à des changements significatifs d'attitude.

Cette position a été relevée par la ministre et pourrait constituer une piste de solution intéressante. Certains milieux se sont d'ailleurs donné de telles responsabilités partagées ce qui permet une couverture médicale étendue pour les soins de première ligne.

AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT INTERNE DE L'URGENCE

D'un hôpital à l'autre, on a remarqué que l'état du développement et la qualité du fonctionnement des urgences sont fort variables. Plusieurs urgences ne sont pas pleinement fonctionnelles et n'ont aucune chance de le devenir si aucun changement n'y est apporté. La plupart des participantes et des participants au forum ont noté que les urgences manquent souvent des ressources humaines, physiques et matérielles nécessaires pour assumer pleinement leur mission.

Partout, on souligne que les hommes et les femmes qui travaillent à l'urgence en constituent la ressource fondamentale, sur laquelle tout repose. Mais on constate également qu'ils sont trop souvent appelés à compenser les diverses lacunes de fonctionnement de ce service. Or, le taux de roulement du personnel médical et paramédical demeure trop élevé, et le recrutement est très difficile. L'expertise n'est pas toujours valorisée ou utilisée à sa juste mesure et le personnel de l'urgence voit souvent sa contribution limitée aux tâches cliniques. De plus, de l'avis de plusieurs, la dotation en personnel est généralement insuffisante et habituellement basée sur un achalandage régulier, ce qui rend très difficile la prestation de soins de qualité durant les périodes de pointe.

Un enjeu important : la formation. Les besoins en formation sont importants à l'urgence, autant pour les médecins et pour les infirmières que pour le reste du personnel. Or, cette formation, selon les participants, est souvent négligée et doit être priorisée.

Le mode de rémunération des médecins n'est pas idéal au regard de la tâche accomplie, de la variation dans le débit et les pathologies, de l'alourdissement des cas et de la transformation de la pratique. Ce mode de rémunération conduirait directement au déploiement d'un effectif médical minimal à l'urgence, au sein d'équipes ne pouvant affronter efficacement les périodes de pointe, cette situation ne favoriserait pas la participation réelle des médecins.

De l'avis de chacun, il est clair que beaucoup d'hôpitaux éprouvent une grande difficulté à mettre en place des processus de gestion et d'organisation efficaces dans leur urgence. Des efforts importants doivent être investis par les hôpitaux dans la recherche d'une plus grande fonctionnalité des urgences et dans la modernisation de leurs équipements, qui sont vétustes dans bien des cas. Enfin, les hôpitaux ne disposent généralement pas, pour leur urgence, de données permettant de mesurer la qualité des services offerts en temps réel.

Compte tenu de ces divers constats, une série de mesures visant à améliorer le fonctionnement de l'urgence à l'intérieur de l'hôpital a été adoptée par consensus lors du forum.

H. Favoriser l'implication, la stabilité et le développement du personnel de l'urgence.

- Le Ministère, en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et les autres participants concernés, appuiera le développement de programmes universitaires de sciences infirmières spécialisés en soins critiques.
- L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, l'Association des infirmières et des infirmiers d'urgence du Québec, l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec, l'Association des médecins d'urgence du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens, étudiera les modalités de développement de ces programmes et clarifiera le cadre légal entourant la fonction d'infirmière praticienne en soins d'urgence au Québec, dans un esprit de collaboration et de complémentarité avec la pratique médicale et dans le respect des missions d'enseignement des médecins résidents.
- Les universités, en collaboration avec le Collège des médecins, l'Association des médecins d'urgence du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec et l'Association des médecins spécialistes en médecine d'urgence, évalueront les besoins de formation en médecine d'urgence des résidents en médecine familiale (programme de deux ans) et produiront des recommandations à ce sujet.
- Le Ministère examinera, avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la possibilité d'établir une entente sur la rémunération des chefs de département d'urgence.
- Le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens évalueront, avec des personnes représentant les médecins pratiquant à l'urgence, la pertinence d'établir un modèle de rémunération des médecins mieux adapté au contexte particulier des urgences. Ce modèle pourrait comprendre, notamment, une utilisation plus large du mode de rémunération à forfait et la protection du temps de gestion requis par ce travail. Le cas échéant, ils favoriseront la réalisation de projets-pilotes permettant de valider un tel modèle.

1. Établir un mode de gestion moderne de l'urgence, à l'image des meilleurs modèles.

- Les hôpitaux, avec le soutien des personnes concernées, développeront et appliqueront des modèles de gestion faisant appel à une responsabilité partagée (médico-nursing) de l'urgence.
- Le Ministère accélérera ses travaux en vue d'implanter un système d'information efficace répondant aux besoins de toutes les personnes travaillant dans les urgences et favorisera la participation du personnel professionnel de l'urgence à ces travaux.
- Un groupe de travail dirigé par l'Association des médecins d'urgence du Québec concevra et mettra à la disposition de toutes les urgences, avec le soutien du Ministère et en liaison avec les participants intéressés (notamment l'Association des infirmiers et infirmières d'urgence du Québec, l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec), des outils permettant de soutenir la pratique clinique à l'urgence par l'intermédiaire d'un site Internet spécifique : protocoles, procédures, guides de pratique, références, mesures d'aide à l'assurance de la qualité, triage, etc.
- Les hôpitaux assureront, avec le soutien de l'Association des médecins d'urgence du Québec, l'Association des infirmières et des infirmiers d'urgence du Québec, l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le déploiement et, éventuellement, l'informatisation de l'échelle de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG).
- Le Ministère, les universités et les organismes subventionnaires soutiendront le développement de la recherche portant sur l'organisation et la gestion des processus de l'urgence, principalement sur l'établissement d'indicateurs, et évalueront la pertinence de créer un programme national de recherche multidisciplinaire en pratique d'urgence.

D'autres sujets d'importance ont été abordés dans les discussions portant sur l'amélioration du fonctionnement de l'urgence et sont détaillés dans les pages qui suivent.

► La consolidation des postes du personnel de l'urgence

Il est ressorti clairement et de manière assez unanime des discussions ayant eu lieu au cours du forum que la stabilité du personnel de l'urgence, condition essentielle pour permettre aux hôpitaux d'y offrir des soins de qualité, de bien organiser les urgences et de développer l'expertise de celles et de ceux qui y travaillent, est actuellement compromise, en particulier par la trop grande proportion des employés qui y travaillent sur une base occasionnelle. Certains participants ont souligné l'inutilité d'une formation poussée si on ne stabilise pas d'abord le personnel. La situation actuelle découlerait de l'habitude de planifier l'effectif au plus bas niveau, ce qui rend souvent problématique la gestion des périodes de pointes et le maintien d'un nombre de personnes suffisant durant les repas et les pauses.

La ministre s'est montrée très sensible à cette question d'autant plus que la stabilité du personnel est une condition de réussite de plusieurs des solutions envisagées.

► L'augmentation de l'effectif et l'amélioration des équipements de l'urgence

Un autre consensus s'est dégagé des discussions : que les hôpitaux accordent à l'urgence un niveau d'effectifs insuffisants dans les urgences, tant à ce qui a trait aux médecins qu'au personnel paramédical, et en particulier aux infirmières. La pénurie d'infirmières rend toutefois plus complexe la mise en œuvre de certaines solutions à court terme. Le Gouvernement a largement haussé les quotas d'accès aux études en sciences infirmières, mesure dont les effets devraient se faire sentir dans les prochaines années. Une autre piste de solution proposée par certains se trouve dans l'ajout de personnel moins spécialisé, afin de permettre aux infirmières de se concentrer sur leurs tâches professionnelles.

Une réflexion similaire a été tenue concernant l'amélioration des équipements des urgences, plusieurs participantes et participants ayant mentionné la nécessité de renouveler certains d'entre eux. Des investissements stratégiques seront nécessaires, par exemple pour moderniser le parc d'équipements du plateau technique d'investigation. La ministre s'est engagée à en faire une priorité dans le cadre du programme triennal d'immobilisation.



La nécessité d'une meilleure formation

Les participantes et les participants se sont entendus sur le fait qu'il existe des lacunes dans la formation du personnel infirmier et des autres professionnels paramédicaux de l'urgence ainsi que dans la formation du personnel de base. Cela concerne aussi bien la formation de base que la formation spécialisée, mais aussi et surtout la formation continue, qui semble peu présente dans les hôpitaux et qui apparaît pourtant comme une nécessité première pour maintenir la qualité des soins.

On a suggéré que la Ministre prévoie des budgets particuliers pour la formation en cours d'emploi des infirmières et des infirmiers, des travailleurs sociaux ainsi que des cadres des urgences. Il serait également possible de mettre sur pied des projets spécifiques d'alternance travail-études ou de type coopératif, qui devraient toutefois faire appel, dans les milieux cliniques, à des ressources qu'on ne semble pas toujours prêt à libérer.

Cette question préoccupe grandement la ministre, qui entend inclure la formation continue du personnel de l'urgence dans ses champs de réflexion. L'augmentation et la protection des budgets de formation pourraient être une voie de solution, de même que l'utilisation accrue des ressources humaines essentielles que sont les infirmières cliniciennes.

PLAN D'ACTION ET MÉCANISME DE SUIVI

Le nombre, l'importance et la diversité des consensus atteints et des engagements pris par les participantes et les participants au forum rendent nécessaire, la mise en place d'un mécanisme de suivi serré des recommandations du forum sur la situation dans les urgences. Il importe en effet de :

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

Les partenaires réunis au cours du forum ont convenu de se rencontrer de nouveau dans un an, afin de poursuivre cette démarche de concertation, de rendre compte des travaux effectués et d'évaluer l'impact de certaines des résolutions adoptées, notamment en vue de la période de pointe de l'hiver 2000.

► Le comité de suivi

Le comité de suivi, qui aura pour mandat de s'assurer de la réalisation des objectifs retenus, sera constitué de personnes représentant les participantes et les participants au forum. Il s'assurera du suivi des engagements auxquels ces participants au forum ont souscrit. Il contribuera également à l'organisation du prochain forum sur les urgences. Les membres du comité seront choisis de manière à assurer un équilibre entre :

- ceux et celles qui sont sur la ligne de feu ;
- ceux et celles qui occupent des postes de décision ;
- ceux et celles qui planifient ;
- ceux et celles dont le travail s'inscrit dans une perspective axée sur la recherche, l'enseignement et le développement.



Le Groupe de soutien

Il a enfin été convenu au cours du forum qu'un groupe de soutien aux urgences serait mis en place. Son mandat, d'une durée de trois ans, sera de rassembler et de développer l'expertise pertinente, de soutenir les hôpitaux de toutes les régions dans tous les aspects du développement de leur urgence et de resserrer leurs liens avec la communauté, notamment en appuyant et en diffusant les expériences réussies sur le terrain.

Ce groupe sera constitué d'un certain nombre d'expertes et d'experts représentant les forces vives du milieu des urgences et des hôpitaux, les gestionnaires hospitaliers concernés, les milieux universitaires et toute autre ressource susceptible de soutenir sa démarche.

