

PLAN D'ACTION

**La situation
dans les urgences
en 1999**

UN DÉFI MAJEUR POUR LE RÉSEAU

PLAN D'ACTION

La situation dans les urgences en 1999

UN DÉFI MAJEUR POUR LE RÉSEAU

Présenté à Madame Pauline Marois,
ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux
par le Groupe d'experts en organisation clinique

Septembre 1999

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-34946-6

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

© Gouvernement du Québec

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ANALYSE DE LA SITUATION DANS LES URGENCES

Membres du groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences

Dr Michel Tétreault	Président, Groupe d'experts en organisation clinique
Dr Marc Afilalo	Chef de département de l'urgence, Hôpital Général Juif
Madame Jeannine Auger	Chef de service, Santé physique et mentale, MSSS
Monsieur Jean Bragagnolo	Directeur général du CHRTR
Madame Madeleine Breton	Agente de recherche, Direction de la recherche et de l'évaluation, MSSS
Dr Jacques Brunet	Expert-conseil, Groupe d'experts en organisation clinique
Dr Louis Couture	Chef du département de médecine du CHUQ
Madame Monique Corbeil	Directrice générale du CHARL
Monsieur Khiem Dao	Directeur général du C.H. Sacré-Cœur
Dr Jean Depelteau	Directeur adjoint des services professionnels et hospitaliers, C.H. régional de Lanaudière
Madame Nicole Gauthier	Conseillère à la Direction de la santé physique et mentale, MSSS
Monsieur Charles Hardy	Coordonnateur, Secrétariat au suivi et au soutien du réseau, MSSS
Monsieur Jules Larouche	Directeur, Secrétariat au réseau, MSSS
Madame Lucie Leduc	Gestionnaire conseil en organisation des services Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux
Dr Jean Morin	Chirurgien cardio-vasculaire, CUSM
Madame Carmen Millar	Directrice aux soins infirmiers, C.H. Granby
Madame Denise Plante	Adjointe à la direction de la programmation et coordination Régie régionale de Montréal-Centre
Madame Francine Rochon	Directrice à la direction de la programmation et coordination Régie régionale de Montréal-Centre
Dr Alain Vadeboncoeur	Coordonnateur de la salle d'urgence, Institut de cardiologie de Montréal

Rédaction

Dr Michel Tétreault	Président, <i>Groupe d'experts en organisation clinique</i>
Dr Jacques Brunet	Expert-conseil, <i>Groupe d'experts en organisation clinique</i>

Mise en page

Joanne Dubois Hélène Côté

Contribution spéciale

Monsieur Normand Lauzon	Chef du service des études et de l'évaluation Régie régionale de Montréal-Centre
-------------------------	---

MOT DU PRÉSIDENT

Ce rapport a été préparé à la demande de madame Pauline Marois, ministre de la Santé et des Services sociaux, par un groupe de travail formé à cette fin.

Je tiens à remercier tous les membres du groupe pour la qualité du travail accompli et l'intérêt qu'ils ont manifesté pour le problème des urgences. Je tiens à souligner particulièrement l'accord de tous les membres sur le contenu du présent rapport.

Je remercie pour leur contribution spéciale, monsieur Raymond Paquin de l'AHQ, Dr Jacques Joly de la firme Écho Sondage, monsieur Normand Lauzon de la Régie régionale de Montréal-Centre, Dr Denis Roy de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et Dre Monique Fradet de la Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Je remercie également mesdames Joanne Dubois et Hélène Côté pour la qualité de leur travail et leur dévouement tout au long de la préparation du rapport.

MICHEL TÉTREAULT, M.D.
Président
Groupe d'experts en organisation clinique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. ÉVOLUTION DES CLIENTÈLES À L'URGENCE	3
1.1 ÉVOLUTION DU VOLUME DE LA CLIENTÈLE	3
1.2 L'ÂGE	4
1.3 LES PERSONNES ADMISES À PARTIR DE LA SALLE D'URGENCE	4
1.4 FACTEURS SAISONNIERS.....	5
1.5 LES MALADIES.....	5
1.6 LES RÉADMISSIONS.....	6
1.7 LES RESSOURCES MATÉRIELLES	6
1.8 LA PRATIQUE MÉDICALE À L'URGENCE	7
2. PERCEPTION DES INTERVENANTS ET DE LA CLIENTÈLE À L'URGENCE	8
2.1 MANDAT ET MÉTHODOLOGIE	8
2.2 LES PERCEPTIONS DES INTERVENANTS	9
2.3 LES PERCEPTIONS DE LA CLIENTÈLE	11
3. ANALYSE DE LA SITUATION DANS LES SALLES D'URGENCES	12
3.1 MANDAT	12
3.2 CONSTATS.....	12
3.3 SOLUTIONS PROPOSÉES	15
4. ADAPTATION DES RESSOURCES AUX BESOINS	16
4.1 VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET MALADIES CHRONIQUES.....	16
4.2 VARIATIONS SAISONNIÈRES.....	17
4.3 PERSONNEL À L'URGENCE.....	17
4.4 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS À L'URGENCE.....	19
4.5 LITS DES CENTRES HOSPITALIERS ADAPTÉS AUX BESOINS	20
4.6 CENTRES AMBULATOIRES.....	21
5. ACTIONS PRIORITAIRES ET PLAN STRATÉGIQUE	23
5.1 ASSURER LE FONCTIONNEMENT HARMONIEUX DE L'URGENCE : UNE NÉCESSITÉ.....	23
5.2 DÉVELOPPER UN VÉRITABLE RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES.....	24
5.3 ACCORDER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À CERTAINES CLIENTÈLES : LES PERSONNES ÂGÉES.....	26
5.4 ACCORDER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À CERTAINES MALADIES : LES MALADIES RESPIRATOIRES.....	27
5.5 TENIR COMPTE DES VARIATIONS SAISONNIÈRES	28
5.6 AMÉLIORER L'ÉQUIPE DE L'URGENCE : UN AJUSTEMENT CONSTANT.....	29
5.7 EFFECTUER DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DES ÉTUDES DE LA PERTINENCE DES ADMISSIONS ET DES JOURS D'HOSPITALISATIONS.....	30
5.8 AJUSTER LE NOMBRE DE CIVIÈRES ANNUELLEMENT SELON LE VOLUME.....	32
5.9 ACCORDER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AUX CENTRES HOSPITALIERS EN DIFFICULTÉ	33
5.10 METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'INFORMATION DE GESTION À L'URGENCE	34
5.11 FAVORISER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION DANS LES URGENCES.....	35
CONCLUSION	37
LISTE DES ANNEXES	38

INTRODUCTION

La situation dans les salles d'urgence du Québec a été très difficile au cours de l'hiver 1999, particulièrement en ce qui concerne le nombre de malades sur civière dans les corridors de l'urgence. Même si le nombre de malades qui séjournent plus de 48 heures à l'urgence a diminué de façon significative au cours des dernières années, la situation actuelle n'est pas acceptable.

La ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois, a demandé au Groupe d'experts en organisation clinique d'examiner à fond la situation dans les salles d'urgence et de lui soumettre un rapport à la fin du mois de juin 1999. Le mandat et la composition de ce groupe de travail apparaissent en annexe I.

Le présent rapport est une synthèse des travaux des divers groupes de travail mis en place et vise à dégager à la fois les données les plus significatives et les orientations principales à privilégier. Chacun des rapports de ces groupes est disponible et apparaît en annexe.

Dans un premier temps, le document examine l'évolution des clientèles à l'urgence depuis 1994-95, en ce qui concerne l'âge des malades, le nombre d'hospitalisations par l'urgence et les maladies le plus souvent rencontrées dans les salles d'urgence. Les variations saisonnières au cours des dernières années sont aussi analysées et permettent de constater des fluctuations très importantes.

La deuxième partie examine la perception de la clientèle sur civière à l'urgence, ainsi que celle des professionnels qui travaillent à l'urgence. Cette étude a été effectuée soit par questionnaire, soit par des « focus group ».

La troisième partie s'intéresse particulièrement à l'analyse du fonctionnement des centres hospitaliers et à l'importance qu'ils accordent à la situation qui prévaut dans leur urgence. Des médecins, des infirmières et des gestionnaires ont été impliqués pour mieux comprendre les facteurs de succès ou de difficultés majeures persistantes quant à l'encombrement de leur urgence.

La quatrième partie examine les moyens en vue d'adapter les ressources disponibles aux besoins de la clientèle. Dans un premier temps, nous examinons les ajustements du personnel à l'urgence en fonction de l'achalandage, qu'il s'agisse des professionnels ou des médecins. Par ailleurs, l'analyse de la pertinence des admissions et des séjours permet de mieux comprendre les besoins en divers types de lits (lits de courte durée, lits sub-aigus, lits de réadaptation). L'adaptation des ressources dans le milieu en vue de répondre aux besoins des malades est

examinée autant en amont qu'en aval de l'urgence et du centre hospitalier. Ceci inclut de façon plus spécifique la mise en place de programmes intégrés pour la prévention et le traitement des maladies les plus fréquentes à l'urgence, telles les maladies respiratoires.

Enfin, le rapport suggère des actions prioritaires et un plan stratégique qui visent à assurer un fonctionnement harmonieux des urgences. L'objectif visé est une disparition progressive de débordement des urgences et un fonctionnement qui assure la qualité des services à l'urgence. Onze actions prioritaires sont suggérées pour atteindre cet objectif.

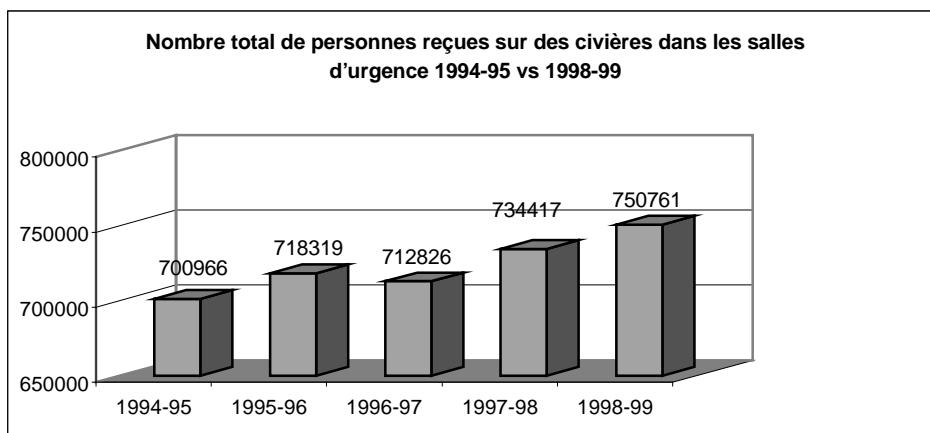
1. ÉVOLUTION DES CLIENTÈLES À L'URGENCE

Cette section du rapport a pour but de décrire la situation dans les salles d'urgence, par le biais d'indicateurs d'achalandage et de fonctionnement. Nous présentons successivement une évolution du volume de la clientèle, ses caractéristiques (âge, diagnostic, besoin d'hospitalisation). Puis des résultats pour des indicateurs de fonctionnement sont présentés et analysés (annexe II).

Les données réfèrent à un échantillon constant d'hôpitaux de l'ensemble du Québec, depuis 1994-95. Seuls les CH de la région du Saguenay-Lac-St-Jean sont exclus, parce que leur participation a été irrégulière. Les lecteurs constateront que les volumes de clientèle sont plus importants que dans le document antérieur du groupe ; "Les urgences au Québec 1990-97 ; Bilan, perspectives et normes". Dans cette dernière publication l'année de référence était 1991-92 ce qui imposait d'exclure des régions qui ne participaient pas encore à la collecte des données. Tous les résultats concernent la clientèle accueillie sur des civières.

1.1 Évolution du volume de la clientèle

Au cours de 1998-99, les salles d'urgence du Québec recevaient 49 775 personnes de plus sur des civières que pendant l'année 1994-95. Il s'agit d'une augmentation de 7% sur quatre ans. Au cours des derniers douze mois, l'accroissement était de plus de 16 000 personnes de plus reçues sur des civières.



1.2 L'âge

Les personnes âgées sont de plus en plus présentes dans les salles d'urgence. On pouvait s'y attendre, étant donné le vieillissement général de la population. Toutefois, l'augmentation des personnes très âgées (85 ans) est plus rapide que dans la population en général.

Entre 1994-95 et 1998-99, 41 400 personnes additionnelles de 65 ans et plus étaient reçues sur des civières. Ceci correspond à plus de 80% de l'augmentation totale de volume au cours de cette période. De ce nombre, 28 500 étaient âgées de 75 ans et plus.

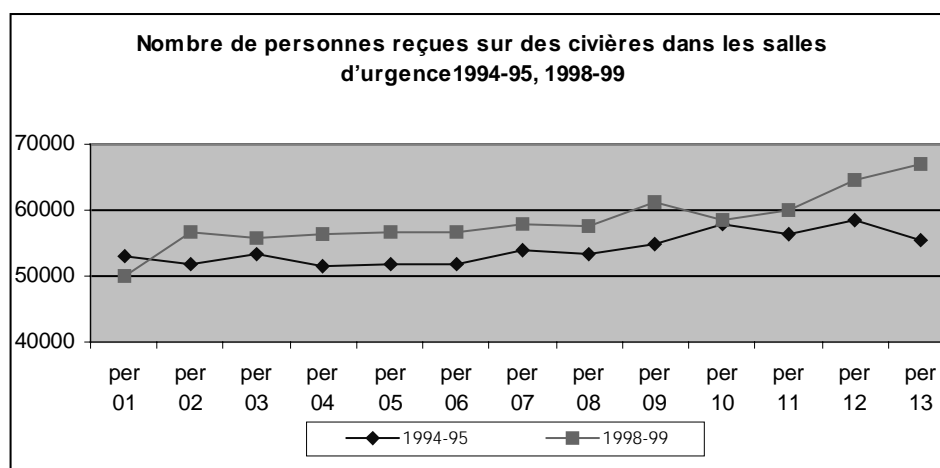
1.3 Les personnes admises à partir de la salle d'urgence

De 1994-95 à 1997-98, le nombre d'hospitalisations dans des lits de courte durée était réduit de 108 121 et le nombre de journées d'hospitalisations, de plus de 1,8 millions. L'augmentation de la chirurgie et des soins d'un jour contribuent certainement à expliquer ce changement. Pendant la même période le nombre d'épisodes d'hospitalisations pour lesquels les personnes sont admises par la salle d'urgence augmentait de près de 25 000. La proportion des hospitalisations par l'urgence par rapport à l'ensemble des hospitalisations passait donc de 37,1% à 45,3%, au cours de trois ans.

	Total des hospitalisations		Hospitalisation de l'urgence	% hospit. urgence vs total
	Courte durée nombre	jours d'hospit		
1994-95	894292	8398250	331835	37,11
1995-96	845503	7828447	338954	40,09
1996-97	800613	7039100	334550	41,79
1997-98	786171	6507890	356527	45,35
var 98 vs94	-108121	-1890360	24692	

1.4 Facteurs saisonniers

L'augmentation de la clientèle s'est fait sentir à chaque période de l'année, sauf au mois d'avril et à la période de Noël 1998. D'autre part, l'accroissement du volume est particulièrement important au cours des périodes 09, 12 et 13, qui correspondent respectivement aux mois de novembre, février et mars. La croissance de la demande observée en mars confirme les observations des professionnels des salles d'urgence, selon lesquelles la suroccupation s'est prolongée sur une plus longue période au printemps de cette année, qu'au cours des années précédentes.



	Avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	nov	décem	janvier	février	mars	
	per01	per 02	per 03	per 04	per 05	Per 06	per 07	Per 08	per 09	per 10	per 11	per 12	per 13
1994-95	52990	51797	53395	51406	51818	51764	53983	53448	54865	57869	56453	57658	54753
1998-99	49921	56450	55346	56009	56350	56241	57485	57142	60734	57976	59688	63964	65579
var. 99vs94	-3069	4653	1951	4603	4532	4477	3502	3694	5869	107	3235	6306	10826
% variation	-5,6	9,1	4,1	9,1	8,9	8,7	7,1	7,4	11,3	1,0	6,7	11,0	21,2

1.5 Les maladies

Les maladies les plus fréquentes sont les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires et les maladies digestives.

Les maladies qui sont principalement responsables de l'augmentation saisonnière sont surtout les maladies pulmonaires : à titre d'exemple, les patients atteints de maladies respiratoires, en 1997-98, ont occupé 587 lits pendant la période 5 (été), 1 654 lits

pendant la période 12 (février). Plus de 1 000 lits supplémentaires ont donc été utilisés pour cette seule clientèle, en période de pointe.

La Direction de la santé publique du Ministère et la Direction de la santé publique de la régie régionale de Montréal-Centre ont chacun effectué une analyse des facteurs à l'origine du débordement hivernal. Les deux études confirment le phénomène observé (annexe III), particulièrement pour les maladies pulmonaires.

1.6 Les réadmissions

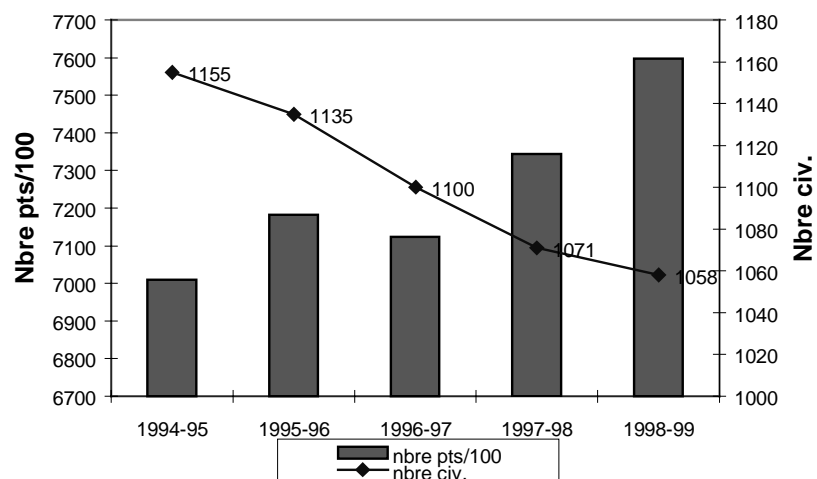
Les réadmissions par l'urgence de patients qui ont récemment reçu leur congé de l'hôpital sont souvent mentionnées comme cause d'encombrement des urgences. Dans les faits, le pourcentage de personnes réadmis une semaine après avoir reçu leur congé de l'hôpital représente une fraction de 1% du total des admissions. Le nombre de réadmissions n'est pas significatif non plus, s'il est mesuré 3 jours ou 14 jours après le congé.

1.7 Les ressources matérielles

Les fusions et fermetures d'établissements survenus au cours des quatre dernières années ont entraîné une réduction d'une centaine de civières dans l'ensemble des hôpitaux, alors que les urgences recevaient 50,000 visites de plus sur civières, tel que l'indique le graphique ci-joint. Ce mouvement inverse de la demande et de l'offre de services dans les urgences n'est pas étranger à l'augmentation de la visibilité des problèmes.

Toutefois, on ne doit pas oublier que même si le nombre de civières était demeuré constant, la réduction d'environ 6000 lits de courte durée, principalement dans les régions centrales, a réduit la capacité d'accueil des patients de l'urgence dans le CH.

Évolution du nombre de patients reçus sur civières et du nombre de civières dans les salles d'urgence 1994-95, 1998-99



En contre partie, il importe de signaler que pour la région de Montréal-Centre alors qu'il y a 371 civières au permis pour l'ensemble des hôpitaux et il y a eu 286 845 patients sur civières dans les urgences. Avec la durée moyenne de séjour à l'urgence, qui pour l'année 1998-1999 était de 15.43 heures, cette clientèle a occupé en moyenne 505 civières, ce qui explique le débordement observé.

Par contre, si la durée de séjour avait été de 8 heures tel qu'observé dans d'autres provinces canadiennes, cette même clientèle aurait occupé 261 civières. Dans le document sur les normes du Ministère il est signalé une durée de 8 heures pour les patients non admis et de 12 heures pour les patients admis. Si on avait respecté ces normes, la clientèle aurait occupé en moyenne 313 civières sur une capacité de 371.

1.8 La pratique médicale à l'urgence

Les médecins d'urgence et les membres du personnel infirmier consultés ont témoigné que la clientèle de l'urgence s'est alourdie et que les procédures diagnostiques et de traitements sont devenues plus complexes au cours des dernières années. On constate que les personnes qui consultent sont plus âgées et qu'elles se présentent plus souvent avec des pathologies multiples et chroniques. La clientèle est aussi mieux informée sur son état et requiert de meilleures explications.

Parallèlement, les technologies disponibles à l'urgence se sont développées ainsi que les procédures diagnostiques et d'investigation. À titre d'illustration, mentionnons la thrombolyse pour les cas d'infarctus et les examens de tomodensitométrie. Suite à tous ces changements, la pratique médicale à l'urgence s'est considérablement modifiée au cours des dernières décennies.

2. PERCEPTION DES INTERVENANTS ET DE LA CLIENTÈLE À L'URGENCE

L'un des éléments de l'analyse de la situation dans les urgences était de connaître la perception de la clientèle des urgences ainsi que les problèmes vécus par les médecins, infirmières, travailleurs sociaux et gestionnaires par rapport au fonctionnement de l'urgence.

2.1 Mandat et méthodologie

Ce mandat (annexe IV) a été confié à une firme de consultants qui a effectué une analyse exploratoire des perceptions des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux qui travaillent dans les urgences de certains centres hospitaliers du Québec.

«En plus d'explorer les perceptions des intervenants, l'étude comprend aussi un volet consacré aux perceptions des clientèles suite aux situations vécues dans certaines urgences de la région de Montréal. Les relations avec le personnel, le respect des personnes, la préparation du congé sont les principaux thèmes abordés auprès de personnes qui ont séjourné sur une civière dans une urgence au cours des derniers mois.

L'étude est essentiellement exploratoire et repose sur une méthodologie qualitative. Cinq entrevues de groupes ont été réalisées auprès des intervenants. Deux entrevues de groupes ont été effectuées auprès de médecins d'urgences de différents centres hospitaliers de Montréal et de Québec (urgentologues et omnipraticiens). Deux autres entrevues de groupes ont été accomplies auprès d'infirmières qui travaillent aussi dans les urgences des mêmes centres hospitaliers. Enfin, une entrevue de groupe a été réalisée avec la participation de travailleurs sociaux affectés à des urgences de la région de Montréal. »¹

Le rapport «propose une synthèse des perceptions des différents groupes obtenues à l'aide des entrevues de groupe ou individuelles. On y rapporte d'abord celles des médecins, puis celles des infirmières et des travailleurs sociaux. Les perceptions des clientèles sont abordées dans la quatrième section du rapport alors que les principales conclusions se retrouvent dans la cinquième et dernière section. »²

Cette étude, réalisée avec des intervenants des urgences et des clients qui y ont séjourné permet de dégager un certain nombre de consensus. Ces consensus confirment

¹ Écho Sondage, *Analyse exploratoire des perceptions des clientèles et des intervenants à l'urgence*, Rapport présenté au MSSS, août 1999, page 1.

² Écho Sondage, *Analyse exploratoire des perceptions des clientèles et des intervenants à l'urgence*, Rapport présenté au MSSS, août 1999, page 2.

plusieurs constatations des experts du domaine et aident à mieux comprendre la situation.

2.2 Les perceptions des intervenants

«On a remarqué que la plupart des opinions émises par les médecins sont partagées par la majorité d'entre eux et que c'est aussi le cas chez les infirmières rencontrées à Montréal et à Québec. On a aussi noté une grande cohérence entre les commentaires émis par les médecins et ceux des infirmières et des travailleurs sociaux.

- ◆ globalement
 - ◆ l'urgence, dans l'hôpital, n'occupe pas la place qu'elle devrait occuper ;
 - ◆ les urgences débordent de plus en plus ;
- ◆ en ce qui concerne la prise de décision médicale
 - ◆ il manque de ressources matérielles comme des moniteurs cardiaques, ce qui est inacceptable. Certains médecins ont même affirmé qu'ils n'ont pas vu, dans leur urgence, de changement suite aux millions de dollars supplémentaires destinés aux urgences ;
 - ◆ il manque de ressources humaines. La trop grande présence d'infirmières sans expérience à l'urgence est une source importante de stress pour les médecins et les infirmières et se traduit, pour ces dernières, par une surcharge de travail. De plus, le risque d'erreur est élevé ;
- ◆ en ce qui concerne l'accès aux services du centre hospitalier
 - ◆ l'accès aux consultants est souvent difficile. La situation est inacceptable en ce qui a trait à la radiologie ;
 - ◆ des relations parfois plus difficiles ou plus tendues sont observées entre les médecins et les médecins spécialistes, les médecins et les infirmières, les infirmières et les travailleurs sociaux. Dans tous les cas, on s'entend pour affirmer que le principal facteur à cet égard est la personnalité de certains individus.
- ◆ en ce qui concerne l'utilisation appropriée de l'urgence
 - ◆ la majorité de la clientèle présente dans les urgences a réellement besoin de soins ;

- ◆ les malades reçoivent les soins physiques de base nécessaires. Par contre, le support psychologique fait souvent défaut ;
- ◆ certains services comme les soins d'hygiène ou la possibilité de consommer des repas convenables ne peuvent être toujours bien dispensés ;

- ◆ en ce qui concerne la gestion des lits
 - ◆ une bonne journée de travail est une journée où on observe un roulement de clientèle, où des lits sont disponibles et les consultants accessibles ;
 - ◆ malheureusement, les journées de travail où l'accès aux lits est limité sont trop fréquentes ;

- ◆ en ce qui concerne les clientèles particulières
 - ◆ la clientèle composée de personnes âgées, souvent en perte d'autonomie, occupe une place importante à l'urgence ;
 - ◆ les malades sont dociles et se plaignent peu ;

- ◆ en ce qui concerne l'environnement externe de l'hôpital
 - ◆ une bonne partie de la clientèle présente dans les urgences s'y présente parce qu'elle n'a pas accès aux services ailleurs ;
 - ◆ on se questionne de manière importante sur le rôle des C.L.S.C. qu'on accuse de contribuer indirectement à l'engorgement des urgences ;
 - ◆ il en est de même des cliniques privées qui accordent trop de place aux périodes de consultations sans rendez-vous, ce qui se traduit par une disponibilité moins grande accordée au suivi des patients qui ont de plus en plus de difficultés à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille ;

- ◆ en ce qui concerne les opinions sur le travail à l'urgence
 - ◆ on aime travailler à l'urgence parce que c'est un milieu qui bouge et qui pose des défis intéressants. La situation actuelle rend toutefois la tâche trop difficile ;
 - ◆ d'ailleurs, on s'entend pour affirmer qu'on reçoit rarement toute la reconnaissance qu'on mérite. Chez les infirmières, on mentionne d'ailleurs qu'on a même pas une reconnaissance salariale ;
 - ◆ les médecins s'entendent pour affirmer que le mode de rémunération est inadéquat. »³

³ Écho Sondage, *Analyse exploratoire des perceptions des clientèles et des intervenants à l'urgence*, Rapport présenté au MSSS, août 1999, page 85.

2.3 Les perceptions de la clientèle

«Les avis sont plus partagés du côté des malades, qui s'avèrent d'ailleurs relativement peu critiques face à la situation dans les urgences. On a toutefois observé que :

- ◆ la majorité des personnes rencontrées ont affirmé avoir été bien soignées et bien traitées ;
- ◆ elles soulignent la gentillesse, l'attention et la compétence des infirmières et des médecins (dans une proportion un peu plus faible) ;
- ◆ il existe des cas d'exception chez les infirmières et les médecins, mais ces exceptions sont assez rares ;
- ◆ les principaux problèmes rencontrés sont l'attente, le bruit, le manque d'hygiène et le fait que les repas soient servis froids ;

Les commentaires des personnes rencontrées confirment les perceptions des intervenants. Les malades se plaignent peu, l'important est d'être soigné (ou être vu par un médecin). Elles sont conscientes de la charge de travail des intervenants, ce qui se traduit par des attentes minimales qu'elles jugent d'ailleurs plus réalistes. Dans une certaine mesure, les opinions traduisent nettement une certaine résignation de la clientèle. »⁴

⁴ Écho Sondage, *Analyse exploratoire des perceptions des clientèles et des intervenants à l'urgence*, Rapport présenté au MSSS, août 1999, page 87.

3. ANALYSE DE LA SITUATION DANS LES SALLES D'URGENCES

3.1 Mandat

L'analyse de la situation dans certaines salles d'urgence a été confiée à un groupe de travail, présidé par le Dr Alain Vadeboncoeur⁵ (annexe V). Le mandat qui leur a été confié consistait à :

conseiller le Groupe d'experts en organisation clinique sur les problématiques vécues par des centres hospitaliers de courte durée qui sont susceptibles d'avoir une influence sur le fonctionnement de la salle d'urgence et proposer les solutions appropriées.

Il a été décidé que les intervenants des urgences (pris au sens large) devaient se trouver au cœur du questionnement. La démarche choisie comprend six volets, soit des rencontres individuelles, un questionnaire, des sessions avec des experts, un sondage sur internet, une revue de la littérature et d'autres échanges.

Le rapport s'intitule « Urgence 2000, de paratonnerre à plaque tournante ». Le rapport mérite une lecture en soi car il s'intéresse à l'ensemble du phénomène des urgences au Québec. L'intérêt particulier du document est de présenter le point de vue des intervenants de certains hôpitaux. Les solutions apportées relèvent principalement du niveau local, mais abordent aussi le fonctionnement général du réseau.

Notre groupe de travail ne peut se prononcer sur les solutions proposées et ne peut les entériner.

3.2 Constats

Dans les constats de l'étude qu'il soit permis d'en signaler quelques-unes qui apparaissent particulièrement significatifs :

«Pour les intervenants rencontrés, la présence d'une approche-client forte (gestion du temps d'attente, triage intégrant une échelle de douleur, lieux physiques acceptables, etc.) constitue un baromètre permettant d'apprécier la profondeur de la mission de l'urgence.

⁵ Le Comité est composé des personnes suivantes :

- Alain Vadeboncoeur, médecin, chef d'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal, a assumé la présidence du groupe de travail, co-auteur du rapport
- Diane Somerville, infirmière, chef d'urgence de l'Hôpital Général de Montréal
- Krystyna Pecko, directrice des services professionnels de l'Hôpital Anna-Laberge
- Pierre Beaudet, directeur du conseil en gestion au sein du Groupe LGS, co-auteur du rapport.

«Un autre aspect positif, vécu dans certains milieux : lorsque l'urgence perçoit sa mission comme le prolongement de celle de l'hôpital, elle y assume alors un rôle de plaque tournante, intégrant harmonieusement, dans les soins qu'elle dispense, les diverses facettes de la culture hospitalière dont elle s'inspire.

Dans les aspects négatifs exprimés par les intervenants, « la mission de l'urgence semble parfois en opposition avec celle de l'hôpital, en particulier (mais pas exclusivement) lorsque celui-ci assume un rôle tertiaire ou quaternaire significatif (surtout pour une clientèle chirurgicale) : on voit dans la clientèle de l'urgence une menace pour la survie de cette mission "avancée" ; on se sent "envahi" par ces patients qui présentent des problèmes généralement peu "intéressants". Lorsque la mission de l'urgence paraît ainsi s'opposer à celle de l'hôpital, les problèmes peuvent être impossibles à résoudre.

«Paradoxalement, dans ces milieux où la mission de l'urgence est peu intégrée à celle de l'hôpital, on peut avoir tendance à "abuser" de la présence de l'urgence (ouverture 24 heures, personnel toujours disponible) et déborder sa mission : on s'en sert comme clinique externe, lieu de rendez-vous commode, accès facile à l'investigation, etc. Ce manque de respect pour les lieux physiques de l'urgence reflète un manque de respect de l'urgence ou une incompréhension de sa mission.

«À l'extrême, la mission de l'urgence peut être simplement niée : on se sert alors de l'encombrement pour réaliser des projets de développement, accroître le financement de l'hôpital, permettre le départ de patients chroniques, etc.

«Par ailleurs, on ne perçoit pas la Régie régionale comme un acteur déterminant ou important dans le dossier des urgences. Dans les cinq régions visitées, un seul établissement a mentionné que la Régie régionale avait joué un rôle significatif dans la gestion de ce problème. Et encore, si on saluait certaines de ses initiatives, on déplorait la lenteur des processus et la lourdeur administrative qui empêchaient, par exemple, les mesures à prévoir pour l'hiver prochain de prendre place rapidement.

«Quant aux liens avec le Ministère, tous les intervenants rencontrés déplorent l'absence d'indicateurs crédibles relatifs à la performance des hôpitaux : les bases historiques de budgétisation ne tiennent pas compte de la quantité des soins prodigués, de leur qualité ou du niveau de performance.

«Enfin, dans tous les milieux où l'urgence est bien intégrée, les difficultés sont abordées de la même façon : la constante recherche de solutions de type "gagnant-gagnant", que l'on base sur des données fermes (et non des perceptions) et que l'on travaille en concertation. Il ne s'agit plus de chercher

des coupables, mais bien des solutions. Cette réussite est aussi à l'origine d'un sentiment évident et mérité de fierté qui, à son tour, en favorise d'autres.

«Il faut souligner enfin qu'on comprend très différemment les causes de l'engorgement là où on a réussi à juguler le problème et là où on éprouve encore de grandes difficultés : il s'agit du "problème de l'hôpital" dans le premier cas, et d'un problème qui relève d'un autre niveau administratif ("externe à l'hôpital"), dans le second.

«De l'avis de plusieurs intervenants, le refus de voir les causes du problème à l'intérieur de l'hôpital empêche toute action vigoureuse. Dans les milieux transformés, on a souvent connu une telle période où les causes étaient comprises comme externes, empêchant ainsi d'attaquer le fond du problème. On a commencé à avancer une fois les causes assumées comme internes à l'hôpital.

«Un processus continu de résolution des problèmes et d'amélioration de la qualité semble une nécessité. Tous les milieux solides intègrent ce type d'approche à leur gestion : les problèmes rencontrés sont abordés par les professionnels directement concernés et qui leur portent toute l'attention nécessaire. La gestion de crise n'y occupe pas le haut du pavé : on semble plutôt en contrôle de la situation. Le tout s'articule au sein d'une démarche de gestion avancée, documentée, qui suppose une expertise spécifique en ce domaine.

«D'autres milieux ne réussissent qu'à répondre aux situations de crise, sautant d'une difficulté à l'autre sans continuité, appliquant ainsi des solutions partielles qui ne participent pas d'un plan de match global. L'organisation y est vague, sans force ni structure, sans intégration, et des individus moins motivés se limitent à leur rôle de cliniciens, consacrant peu de temps aux activités de gestion. Ceci ne peut mener qu'à la stagnation et à une dépense inutile d'énergie et de ressources.

«L'urgence est alors un *paratonnerre* et prend sur elle les dysfonctionnements de l'hôpital et du réseau.»⁶

Le rapport insiste sur l'importance de définir la mission de l'urgence qui devient un élément de solution. « Cette mission, intégrant ces divers éléments, peut servir de grille d'analyse intéressante et inspirer les solutions à mettre en place. »⁷

Le respect des normes ministérielles sur les urgences a été analysé et a permis de déterminer que certaines étaient respectées, et que d'autres n'étaient généralement pas

⁶ VADEBONCOEUR, Alain, et al. *Projet urgence 2000, de paratonnerre à plaque tournante*, juin 1999, page 21.

⁷ VADEBONCOEUR, Alain, et al. *Projet urgence 2000, de paratonnerre à plaque tournante*, juin 1999, page 72.

appliquées. Certaines normes sont respectées dans les hôpitaux performants alors qu'elles ne sont pas suivies dans les hôpitaux en difficulté. Ce rapport confirme les analyses antérieures du Groupe tactique d'intervention sur les urgences.

3.3 Solutions proposées

Le document propose des solutions cibles qui sont regroupées autour de sept axes :

1. Intégrer l'urgence au réseau de soins de la communauté ;
2. Intégrer l'urgence à l'hôpital ;
3. Une perspective d'approche-client ;
4. Des professionnels voués à leur tâche ;
5. Des moyens adéquats ;
6. Le processus de l'urgence ;
7. L'orientation du patient.

Le document identifie soixante-quatorze solutions cibles dont certaines s'appliquent rapidement et peuvent avoir un effet à court terme, d'autres un effet à plus long terme.

Le groupe de travail aurait souhaité étudier les solutions cibles contenues dans le document et en identifier les coûts. Il n'a malheureusement pas été possible de réaliser cette étape et il nous est impossible de les entériner.

4. ADAPTATION DES RESSOURCES AUX BESOINS

L'analyse des données recueillies et des commentaires des intervenants font ressortir le fait que les ressources humaines et matérielles du réseau de la santé ne sont pas toujours adaptées aux besoins de la clientèle. La population vieillit, le nombre de personnes âgées augmente et les maladies chroniques avec pathologies multiples exigent de nouveaux modes d'organisation et de prise en charge. Les ressources humaines, particulièrement le personnel à l'urgence et leur rémunération ne sont plus adaptées aux situations vécues. L'adaptation des ressources dans les établissements ne répond plus aux changements survenus dans la pratique médicale et aux besoins des malades. Enfin, on observe des variations saisonnières dont on ne tient pas compte actuellement dans la planification et l'organisation des services.

4.1 Vieillesse de la population et maladies chroniques

La crise chronique dans les urgences est en grande partie liée aux changements dans la clientèle des urgences, aussi bien en ce qui concerne le volume que la lourdeur des cas. Il est indéniable que le volume de clientèle à l'urgence augmente annuellement (environ 3% par année) et que ceci est lié à deux phénomènes, soit :

- le vieillissement de la population ;
- l'augmentation des maladies chroniques avec pathologies multiples.

Ces deux phénomènes sont en grande partie dus aux progrès de la médecine. Les nouveaux médicaments et les nouvelles technologies de diagnostic et de traitement ont un impact majeur sur la survie des personnes malades. Tel est le cas notamment pour les maladies cardiaques, respiratoires, rénales et les personnes atteintes de diabète.

Le système de santé a de la difficulté à s'adapter à ces nouveaux phénomènes. Actuellement, la réponse aux besoins des personnes âgées avec de multiples maladies est loin d'être adéquate. Plusieurs études démontrent la difficulté d'un suivi régulier et adapté pour ces personnes. Le groupe de travail qui a étudié particulièrement le réseau extra-hospitalier résume très bien les problèmes vécus par les malades (annexe VI).

Le développement des cliniques sans rendez-vous et l'achalandage accru aux urgences ne font que confirmer l'absence d'un suivi régulier de ces personnes par un professionnel. C'est là un problème majeur de notre système de santé qui n'ira qu'en s'aggravant si des mesures ne sont pas prises pour corriger la situation.

L'inadéquation entre les besoins de la clientèle vieillissante et le type de ressources disponibles est évidente pour tous les intervenants et contribue à l'engorgement des urgences.

4.2 Variations saisonnières

Au cours des mois d'hiver, plusieurs facteurs s'additionnent pour solliciter fortement les urgences et les lits de courte durée. Les personnes âgées et particulièrement celles avec des maladies chroniques ou des pathologies multiples sont plus fragiles et présentent souvent des épisodes aigus de leurs maladies. Le froid, le vent, la neige, le sol glissant rendent les sorties plus difficiles et dangereuses.

Les données analysées pour les dernières années illustrent l'ampleur du phénomène. Le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations à partir de l'urgence augmente de près de 20% par rapport aux mois d'été.

Les personnes les plus vulnérables sont celles atteintes de maladies respiratoires qui représentent plus du tiers de cette augmentation. Elles sont suivies des maladies cardiaques, du système nerveux, musculaire et squelettique. En conséquence, le nombre de personnes sur civière à l'urgence augmente de façon importante ; le nombre d'hospitalisations, ainsi que les jours d'hospitalisations augmentent de la même façon et, enfin, le nombre de demandes d'hébergement suit la même tendance.

Ceci exige des mesures spécifiques puisque le phénomène se reproduit tous les ans. Ces diverses mesures spécifiques comprennent des activités de prévention (vaccination), de prise en charge rapide dans la communauté et une augmentation du nombre de lits disponibles que ce soit des lits de courte durée, sub-aigus, soins prolongés ou de type réadaptation, ainsi que des ressources supplémentaires dans la communauté, à la sortie de l'hôpital.

4.3 Personnel à l'urgence

Une étude de l'AHQ (annexe VII) réalisée pour notre groupe de travail concorde avec notre analyse pour démontrer que même s'il y a augmentation des heures travaillées en période d'achalandage, ni le personnel infirmier, ni les médecins ne sont ajustés suffisamment en fonction des besoins de la clientèle dans les urgences. Il n'existe pas de politique pour augmenter les effectifs automatiquement lorsqu'il y a surcharge de travail dans la grande majorité des centres hospitaliers (CH).

L'étude de l'AHQ confirme l'augmentation d'activités à l'urgence (3%) pour l'année 1998-1999 par rapport à 1997-1998 qui est plus marquée pendant les périodes d'hiver.

L'enquête menée par l'AHQ auprès des 97 hôpitaux membres ayant un service d'urgence a permis d'obtenir un taux de réponses de 76%, représentant 74 hôpitaux de l'ensemble des régions du Québec.

«Les résultats démontrent :

- ◆ Une augmentation du volume d'activités, c'est-à-dire le nombre de visites et le nombre d'hospitalisations dans une proportion de 3% d'une année à l'autre, soit de 1997-1998 à 1998-1999. On observe d'une façon plus marquée une augmentation du nombre de visites et d'hospitalisations entre la période 08 (novembre) et la période 12 (février) pour les deux années concernées.
- ◆ Une augmentation des heures travaillées par l'équipe de base de l'ordre de 4% entre les deux années recensées. Toutefois, au cours des deux années, les heures travaillées par l'équipe de base sont moindres dans la période achalandée (février) par rapport à la période moins achalandée (novembre).
- ◆ Une augmentation des heures d'appoint significative de 19% entre ces deux même années, malgré une augmentation des heures travaillées par l'équipe de base. Pour les deux années visées par l'enquête, on constate une variation moyenne à la hausse de 43% entre la période 08 et la période 12.
- ◆ Une augmentation importante de 1997-1998 à 1998-1999 de 117% des heures travaillées à l'extérieur du service de l'urgence proprement dit dans des lits tampons mis en place pour absorber un volume d'activités à la hausse au service de l'urgence (Ceci découle principalement des mesures financières mises en place à l'hiver 1999 par le Ministère).
- ◆ Ces heures travaillées en relation avec les lits tampons ont par ailleurs augmenté de façon très significative d'un pourcentage de 207% en moyenne entre les périodes 08 et 12 des deux années.

La mesure identifiée précédemment qui concerne l'utilisation des lits tampons a des effets non désirés sur différentes activités de l'hôpital, comme par exemple la nécessité d'utiliser des espaces non prévus et non conçus pour de telles activités de soins. »⁸

Il découle de cette étude qu'il y a un ajustement des ressources infirmières et médicales en fonction de l'achalandage. Toutefois, comme l'indique l'étude de notre groupe de travail (annexe IX), cette augmentation des heures travaillées ne permet pas toujours de répondre adéquatement aux besoins. L'augmentation est surtout dans les heures supplémentaires et n'assure pas une équipe stable, compétente et dont tous les membres sont familiers avec les activités d'une urgence.

Cette équipe doit être complétée par un apport adéquat des médecins spécialistes de chaque centre hospitalier notamment en gériatrie, pneumologie, cardiologie et en

⁸ Association des hôpitaux du Québec, *État de situation des ressources humaines et médicales dans les services d'urgence*, mai 1999, page 35.

médecine interne. La planification des effectifs médicaux devra tenir compte des besoins de la clientèle de l'urgence.

4.4 Rémunération des médecins à l'urgence

La rémunération des médecins à l'urgence, malgré de réelles améliorations récentes dans les ententes avec la FMOQ, demeure insatisfaisante pour un grand nombre de médecins, surtout à Montréal, dans les urgences avec un gros volume de patients.

Les forfaits négociés ne sont pas utilisés par les médecins des urgences majeures de Montréal pour la principale raison que le quantum est en deçà de ce qu'ils gagnent déjà. Pour maintenir un revenu horaire «décent» ils ont tendance à maintenir plutôt bas le nombre de médecins en devoir, ce qui contribue à l'encombrement et aux délais d'attente.

Les futurs médecins spécialistes, eux, se dirigent vers un système à forfait avec une portion d'acte, tout comme leurs collègues des autres spécialités. D'après les discussions en cours, il n'y aurait que quelques codes de facturation pour deux ou trois types d'examen. La difficulté principale demeure de dégager une masse monétaire pour les payer, aucune fédération ne souhaitant puiser dans son enveloppe actuelle à cette fin.

Pour les médecins omnipraticiens, le problème principal se situe au niveau des 250 médecins omnipraticiens qui gagnent leur vie à l'urgence. En effet ces gens gagnent plus de 75% de leur revenu à l'urgence. Ils ont une perception forte qu'ils sont négligés par leur Fédération et sont désavantagés par rapport à leurs confrères en cabinet et surtout ceux qui pratiquent en «sans rendez-vous».

Ils souhaiteraient être rémunérés pour le travail de gestion qui est nécessaire pour faire fonctionner une urgence normalement. Ce serait une façon de reconnaître que leur pratique est essentiellement hospitalière et qu'ils doivent par le fait même participer aux activités clinico-administratives, à l'instar d'autres spécialistes dont l'activité hospitalière est reconnue par les récentes ententes. Ces activités comprennent, notamment, les activités d'assurance qualité, l'élaboration et la mise à jour de protocoles, la gestion des activités courantes dans un milieu en hyperactivité constante et, le cas échéant, l'enseignement et la recherche.

Aussi, ils considèrent que tout le temps qu'ils doivent passer pour discuter avec les familles et les autres établissements, ainsi que le temps nécessaire aux interactions et négociations avec leurs collègues, spécialistes ou omnipraticiens, n'est pas rémunéré. La valeur des examens qu'ils font ne tient pas compte du temps requis pour ces discussions ; il faut reconnaître que la quasi-totalité des patients à l'urgence ne sont pas connus du médecin qui les prend en charge, ce qui est l'opposé de la situation de la pratique en cabinet.

Aussi ils passent généralement au moins une heure après leur quart de travail à remplir les dossiers des patients qu'ils ont vus et, pendant ce temps, ils continuent de finaliser l'orientation définitive des patients qu'ils ont évalués, pour ne pas surcharger le confrère qui les remplace à l'urgence.

Pour toutes ces raisons, nous suggérons de mettre en place un mode de rémunération à forfait. Ce forfait pourrait être un tarif horaire «pur» ou un tarif horaire de base bonifié d'un certain pourcentage des actes, tout comme le mode mixte des spécialistes. Il pourrait y avoir un tarif horaire pour les activités cliniques qui correspondrait au revenu horaire actuel dans les urgences et un tarif pour les autres activités, qui correspondrait au tarif actuel des activités administratives.

En même temps, il faut revoir les codes de facturation pour tenir compte de l'activité clinique telle qu'elle se pratique à l'urgence : réduire à sa plus simple expression le nombre d'exams, comme souhaitent le faire les futurs spécialistes en médecine d'urgence.

4.5 Lits des centres hospitaliers adaptés aux besoins

Les études de la pertinence des admissions et des jours d'hospitalisations démontrent que les lits disponibles dans les centres hospitaliers de courte durée ne sont pas toujours adaptés aux besoins de la clientèle. Quelques membres du groupe ont étudié particulièrement ce phénomène. De nombreux malades demeurent dans des lits de courte durée, alors qu'ils auraient besoin de lits sub-aigus (voir la définition à la page 31), de lits de réadaptation, de lits d'hébergement ou de services intégrés et continus dans la communauté.

Quelques hôpitaux de la région de Montréal ont récemment fait l'analyse de la pertinence des admissions et des séjours dans leur milieu⁹, en utilisant des outils validés pour ce faire (Annexe IX). Avant d'aborder les résultats, quelques précisions au sujet de ces outils méritent considération. Ces méthodes posent une question fondamentale : "Est-ce que l'admission, puis le séjour dans un lit de courte durée est la seule réponse possible devant le problème du patient ? " Autrement dit, s'il y a une ressource plus légère où le patient peut être soigné, l'admission et/ou le séjour sont jugés non-pertinents, indépendamment de la disponibilité réelle de cette ressource.

Les analyses démontrent un taux d'admission pertinent qui se situe entre 60 et 70%, mais le pourcentage de jours d'hospitalisations qui requièrent spécifiquement un lit de courte durée se situe seulement entre 30 et 45%.

⁹ KAPLOW, S. et al. «Managing Patient Length of Stay Better Using an Appropriateness Tool». *Healthcare management*, vol. 11, no. 2, été 1998, p. 13-16.

Plusieurs patients séjournent en courte durée parce que la ressource dont ils ont besoin n'existe pas ou n'est pas disponible au moment où ils pourraient quitter le lit de courte durée. Parmi ces ressources on trouve des lits sub-aigus (approx. 30-35% du total) et de réadaptation (30-35%). Il y a aussi un nombre significatif de journées d'hospitalisations où le patient pourrait quitter vers le domicile, avec ou sans soins à domicile (10-20%).

Les lits sub-aigus n'existent pas ou très peu présentement dans notre réseau. Il s'agit de lieux physiques où sont soignés des patients habituels de médecine et de chirurgie, mais avec une intensité de service moindre qu'en courte durée. Par exemple, le patient atteint de maladie respiratoire qui reçoit des médicaments par la bouche et pour lequel l'inquiétude principale est de s'assurer que sa maladie évoluera de façon positive dans les prochains jours. On a tendance à le garder à l'hôpital pour s'assurer d'être en mesure d'intervenir rapidement si sa condition se détériore.

Pour la réadaptation, plusieurs patients ont besoin de soins en physiothérapie, ergothérapie, nutrition et service social, sans avoir de condition médicale qui nécessite la présence dans un lit de courte durée. Ces patients ne sont pas autonomes pour autant. Il n'y a pas présentement de lieu facilement accessible où ces personnes peuvent recevoir les soins requis. En effet, les lits de réadaptation sont généralement réservés pour les patients qui ont une maladie unique dont il est prévu qu'ils récupéreront, comme par exemple une fracture de la hanche ou un accident cérébro-vasculaire (ACV). Une large part de la clientèle décrite en début de paragraphe pourra, après quelques semaines, réintégrer leur domicile.

L'attente de patients en soins prolongés dans les lits de courte durée est un phénomène bien connu. Même si la situation par rapport à ce problème s'est beaucoup améliorée au cours des dernières années, il persiste de nombreux cas de malades en attente d'hébergement dans des lits de courte durée. Il importe de corriger la situation dans toutes les régions du Québec.

De même, la mise en place de services intégrés dans la communauté n'en est qu'à ses débuts dans plusieurs régions.

4.6 Centres ambulatoires

La mise en place de centres de services ambulatoires est une mesure préconisée par plusieurs régies régionales en vue d'améliorer l'accès aux services spécialisés sur une base ambulatoire. Ces centres ambulatoires permettront l'accès des clientèles à un bassin d'expertise et à un plateau technique qui est à l'heure actuelle soit inexistant ou encore insuffisant.

D'après les régies régionales et les hôpitaux concernés, ces centres contribueront à diminuer la fragmentation des services, à corriger l'exiguïté des locaux, à améliorer l'accès aux technologies nouvelles et contribuer au manque d'efficacité opérationnel dans les cliniques externes. Actuellement, les centres hospitaliers ne sont pas aptes à répondre adéquatement à l'augmentation de la demande pour des services ambulatoires spécialisés, surtout en raison de l'exiguïté des locaux prévus à cette fin et du manque de certains appareils de technologie.

Toutefois, il importe de préciser que la réalisation des centres de soins ambulatoires risque d'avoir peu d'impact sur la situation dans les urgences. La majorité des membres de notre groupe de travail considère que l'impact des centres ambulatoires sera minime sur l'encombrement des salles d'urgences, même s'ils peuvent contribuer à un meilleur accès à certaines technologies ou cliniques spécialisées. Les délais pour obtenir des consultations pour les patients à l'urgence par les spécialistes ou dans les rapports d'examen de laboratoire, de radiologie ou d'imagerie ne seront pas modifiés.

5. ACTIONS PRIORITAIRES ET PLAN STRATÉGIQUE

La situation dans les salles d'urgence demeure très difficile et le débordement est constant presque partout. Suite aux travaux effectués, notre groupe de travail suggère des actions qui devraient être priorisées en vue d'améliorer la situation. Nous avons retenu onze priorités et suggérons un certain nombre de moyens pour réaliser ces actions. Ces priorités sont :

5.1 Assurer le fonctionnement harmonieux de l'URGENCE : une nécessité

Constats

- ◆ Même si l'urgence a été une constante préoccupation du Ministère, il faut reconnaître que les moyens pris pour actualiser cette priorité n'ont pas toujours été adéquats. Il est intéressant de constater comment les documents officiels (Commission Rochon, Politique de Santé Bien-Être, rapports annuels du MSSS) sont peu loquaces sur le sujet des urgences.
- ◆ Une volonté ferme de toutes les directions générales du Ministère d'accorder «priorité» au fonctionnement harmonieux de l'urgence n'est pas perçue comme une réalité par le réseau.
- ◆ Même si plusieurs régies régionales se sont efforcées d'améliorer le fonctionnement des urgences des hôpitaux, la perception des gestionnaires, des médecins et des professionnels rencontrés est que les régies n'ont pas joué un rôle majeur par rapport aux urgences.
- ◆ Les centres hospitaliers, quant à eux, n'accordent pas tous une priorité réelle à l'urgence, ce qui implique le respect des normes (consultations, admissions, laboratoires, radiologie, etc.), l'utilisation appropriée des lits vérifiés grâce aux outils de mesure de la pertinence des admissions et séjours et des effectifs en nombre suffisant aux urgences.
- ◆ La collaboration et la complémentarité des autres établissements laissent aussi à désirer. Le fonctionnement harmonieux de l'urgence dépend en partie des liens entre les divers partenaires.

Moyens

- ◆ Le fonctionnement harmonieux de l'urgence doit devenir une priorité pour les principaux acteurs du réseau de la santé. Cela signifie d'abord et avant tout

l'absence de débordement à l'urgence et une tolérance zéro tant du Ministère, des Régies que des établissements sur ce sujet.

- ◆ Ceci exige un repositionnement du discours du Ministère autour du dossier de l'urgence et une action ferme et continue de la Ministre d'État à la Santé et des Services sociaux, ainsi que de ses hauts fonctionnaires.
- ◆ La mise en place au Ministère d'une direction et d'une équipe forte, compétente, dynamique et appuyée par les autorités supérieures demeure une nécessité si l'on veut améliorer la situation qui prévaut dans les urgences.
- ◆ Quant aux hôpitaux, l'urgence doit demeurer ou devenir au centre de leurs préoccupations. Généralement, la culture des hôpitaux ne va pas en ce sens, même si l'urgence est devenue l'un des départements les plus sollicités et névralgiques de l'hôpital.
- ◆ L'étude des facteurs de succès (annexe X) identifie les principales mesures à mettre en place. D'après les études effectuées, l'accès rapide aux consultants et aux technologies et la disponibilité de lits à l'interne demeurent les deux facteurs principaux pour éviter l'encombrement de l'urgence.
- ◆ Certains hôpitaux ont solutionné ce problème et doivent servir de modèles aux hôpitaux en difficulté.

Responsable

Le Ministère, dans son ensemble, et particulièrement la Direction des affaires médicales et universitaires et la Direction générale des services à la population.

5.2 Développer un véritable réseau de soins et de services

Constats

- ◆ La continuité des soins et services est une des principales lacunes de notre système de santé. La prise en charge des malades et leur suivi, particulièrement les personnes âgées et les malades chroniques, par un médecin traitant ou une équipe de soins n'est pas disponible pour la plupart des malades.
- ◆ La coordination des ressources, particulièrement les hôpitaux de courte durée et leur urgence, les CLSC, les centres d'hébergement et de soins prolongés, les centres de réadaptation, les médecins en cabinet et les organismes communautaires, est un défi de taille. Le fonctionnement harmonieux de l'urgence exige que ces divers

intervenants travaillent en réseau et que les communications entre eux soient constantes, rapides et faciles.

Moyens

- ◆ Un suivi régulier de ces clientèles à domicile selon un plan de services adaptés et un accès élargi à des services médicaux¹⁰.
- ◆ Des projets de recherche et démonstration en cours permettent de tester certaines avenues de liaisons entre les établissements du réseau. Mentionnons à titre d'exemple, le projet "d'impact d'un coordonnateur des départs de l'urgence" de même que celui sur "L'établissement d'un lien informatique entre les salles d'urgence et les cabinets de médecin privé sur un territoire." Le Ministère suit ces projets et devra, en analyser les retombés et procéder à la diffusion des connaissances qui en émergeront.
- ◆ Dans chaque région, que l'on mette en place des mécanismes sous régionaux qui permettent et garantissent la coordination et la complémentarité des ressources et la continuité des services.
- ◆ Chaque régie régionale est responsable sur son territoire de la coordination et la complémentarité entre les établissements. L'équipe de soutien aux urgences du Ministère se préoccupe de la continuité des soins et services et s'assure qu'un véritable réseau se met en place.
- ◆ Les mesures en amont et en aval de l'urgence diminueront le recours aux salles d'urgence compte tenu du manque de coordination et de continuité des services. La mise en place des départements régionaux de médecine générale qui visent à améliorer la continuité des soins est une mesure en ce sens.
- ◆ Chaque établissement devra prévoir à l'urgence les ressources humaines nécessaires pour faciliter les liens entre les unités de soins, l'urgence et le reste du réseau.

Budget

Le Ministère, en collaboration avec les régies régionales, identifie et dégage des enveloppes régionales spécifiques à cette fin.

¹⁰ BRAGAGNOLO, J. et al. *Situation des urgences, réseau extra-hospitalier*, mars 1999.

Responsables

Les Régies régionales qui sont imputables à l'équipe de soutien aux urgences de la Direction des affaires médicales et universitaires du MSSS et la Direction générale des services à la population.

5.3 Accorder une attention particulière à certaines clientèles : les personnes âgées

Constats

- ◆ Les personnes âgées sont la clientèle la plus vulnérable.
- ◆ Le nombre de visites à l'urgence par des personnes âgées de 65 ans et plus représente 80% de l'augmentation totale de volume au cours des dernières années.
- ◆ Les personnes âgées de 85 ans et plus sont celles dont le nombre a augmenté le plus rapidement et qui sont les plus susceptibles de souffrir de maladies multiples.

Moyens

- ◆ Favoriser la prise en charge des personnes âgées malades par un médecin de famille (médecin traitant) et par une équipe de soins si nécessaire.
- ◆ Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées au moment de leur visite sur civières à l'urgence ou de leur hospitalisation.
- ◆ Assurer la prise en charge par le réseau des personnes âgées au moment de leur départ de l'urgence ou de l'hôpital après une hospitalisation.
- ◆ Assurer la présence de travailleurs sociaux et/ou d'infirmières de liaison en nombre suffisant dans toutes les urgences.
- ◆ Le projet du réseau McGill d'un coordonnateur des départs à l'urgence¹¹ mérite d'être examiné attentivement, de même que le projet "Système intégré pour les personnes âgées" (SIPA)¹².

¹¹ AFILALO, Marc et al. *Impact d'un coordonnateur des congés aux départements sur le succès du congé des personnes âgées.*

¹² BERGMAN, H. et al. *Système intégré pour les personnes âgées.*

Responsable

Direction générale des services à la population.

5.4 Accorder une attention particulière à certaines maladies : les maladies respiratoires

Constat

- ◆ Les maladies respiratoires sont la cause principale de l'augmentation du nombre de patients à l'urgence, surtout dans les mois d'hiver, suivi des maladies cardiaques.

Moyens

- ◆ Dans un premier temps nous croyons opportun de cibler les maladies pulmonaires et de favoriser des programmes intégrés et continus pour ces malades.
- ◆ Ce programme comprend trois volets, soit une campagne de vaccination intensive contre l'influenza et le pneumocoque, une intervention clinique précoce et une augmentation de la capacité d'accueil en période de pointe.
- ◆ De tels programmes, pour les maladies pulmonaires, sont déjà en place dans certains milieux hospitaliers et il faudra en favoriser le développement.
- ◆ Un groupe de travail pour amorcer dès cet automne un programme provincial sur les maladies pulmonaires pourrait être mis en marche rapidement. Ce groupe serait minimalement composé de représentants du MSSS, de la Santé Publique, de pneumologues, de médecins omnipraticiens des cabinets privés et des CLSC, ainsi que de médecins d'urgence.
- ◆ La même approche devra être envisagée rapidement pour les maladies cardiaques, en particulier l'insuffisance cardiaque.

Responsable

Direction générale des affaires médicales et universitaires, en collaboration avec la Direction générale des services à la population.

5.5 Tenir compte des variations saisonnières

Constats

- ◆ Au cours de la période d'hiver, particulièrement en janvier, février et mars, la demande en soins et le besoin en lits augmentent de façon significative.
- ◆ Cette variation saisonnière est très importante au niveau des admissions par l'urgence et du nombre de lits de courte durée occupés par cette clientèle. À titre d'illustration, pour l'ensemble des patients en période 12 (février), la clientèle de l'urgence a occupé 1 344 lits de plus qu'en période 5 (juillet), au cours des trois dernières années.
- ◆ Cette différence est surtout la conséquence de l'augmentation du nombre de malades avec des problèmes respiratoires et cardiaques. En effet, la différence pour les maladies respiratoires est de 756 lits en moyenne et 319 lits pour les maladies cardiaques¹³.
- ◆ Il est intéressant de noter que si l'on considère les activités hospitalières qui ne proviennent pas de l'urgence, on observe aussi une diminution des activités et des besoins l'été et une augmentation en période de pointe.
- ◆ En résumé, au cours de l'hiver, soit principalement les mois de janvier, février et mars, il y a une augmentation significative de personnes qui se retrouvent sur civière à l'urgence et qui nécessiteront une hospitalisation, dans l'ensemble du Québec. Il faut donc en tenir compte et ajuster les ressources en conséquence.

Moyens

- ◆ Il importe donc que pour cette période l'on prévoie une disponibilité de lits plus grande que pendant les autres mois de l'année. Le nombre de lits nécessaires a été estimé à partir des données des deux dernières années et il se situe à environ 1 000 lits, mais pas nécessairement des lits de courte durée.
- ◆ Il faut prévoir l'ouverture temporaire de lits, et, à titre d'illustration, on pourrait envisager un tiers de lits sub-aigus, un tiers de lits de réadaptation et un tiers de lits de soins prolongés. Cette proportion peut varier d'une région à l'autre.

¹³ Ces chiffres sont calculés à partir des données de Med-Écho sur la base des jours d'hospitalisations consommés par catégorie majeure de diagnostic pour ces périodes.

- ◆ Il est indiqué de prévoir l'ouverture des lits de soins prolongés dès novembre, afin de permettre la pleine disponibilité des lits de courte durée en janvier, février et mars.
- ◆ Parfois, une augmentation des heures soins disponibles en CHSLD pour permettre l'admission de patients plus lourds peut remplacer l'ouverture de lits additionnels.

Budget

Pour l'ensemble de la province, le coût estimé est de 12,5 millions.

Responsable

Direction générale des services à la population, en collaboration avec les régies régionales.

5.6 Améliorer l'équipe de l'urgence : un ajustement constant

Constat

- ◆ L'ajustement constant des ressources humaines en fonction de l'achalandage est jugé indispensable par tous les intervenants rencontrés. Ceci concerne les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et le personnel clérical.

Moyens

- ◆ «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. 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. »¹⁴
- ◆ Pour les médecins, la reconnaissance des médecins spécialistes et leur rémunération adéquate deviendra une réalité très bientôt. Le Collège des médecins doit d'ailleurs

¹⁴ Le Groupe tactique d'intervention et al. *Les urgences au Québec 1990-1997. Bilan, perspectives et normes*. Février 1998, page 25.

- reconnaître un certain nombre de médecins spécialistes en urgence dès cet automne. La mise en place de la rémunération mixte pour ces derniers constituera un progrès significatif pour le fonctionnement des urgences.
- ◆ Quant aux omnipraticiens, les négociations avec leur fédération doivent se poursuivre pour trouver une solution au problème des activités administratives et aux rencontres avec les familles qui ne sont pas rémunérées actuellement.
 - ◆ Les infirmières dans les urgences font face constamment à des situations difficiles qui ressemblent aux activités aux soins intensifs ou aux soins intermédiaires. Il importe donc que leur formation soit adéquate et que les ajustements en nombre soient automatiques en fonction de l'achalandage. De plus, il nous apparaît souhaitable que le Ministère envisage une prime salariale qui tienne compte de l'intensité des soins, comme cela existe aux soins intensifs, à l'unité néo-natale ou en psychiatrie et de la disponibilité sur appel comme au bloc opératoire.
 - ◆ La présence de travailleurs sociaux à l'urgence est souhaitée par tous les intervenants rencontrés, de préférence sept jours sur sept dans les hôpitaux où le volume de patients est considérable. Ils doivent recevoir une formation particulière pour adapter leur pratique aux besoins des patients à l'urgence.
 - ◆ Le personnel clérical en nombre suffisant est indispensable pour un fonctionnement harmonieux de l'urgence et la collecte des données pour la tenue de statistiques.
 - ◆ En conclusion, l'équipe de l'urgence doit être une équipe stable et suffisamment pourvue en effectif, constituée de personnes formées et habilitées à travailler avec une clientèle variée et instable. Ceci permet de diminuer la charge de travail associée au manque d'expérience et de connaissance du personnel d'appoint.

Responsables

Le Ministère et les hôpitaux.

5.7 Effectuer dans les centres hospitaliers des études de la pertinence des admissions et des jours d'hospitalisations

Constats

- ◆ La diminution du nombre de lits de courte durée au cours des dernières années a été significative (environ 6000). Le développement de la chirurgie d'un jour, la diminution des durées de séjours et la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation en courte durée ont pris plus de temps à se réaliser. D'où l'importance d'une

gestion rigoureuse des admissions et des séjours, pour s'assurer d'une utilisation minimale des ressources disponibles.

- ◆ Les études de la pertinence des admissions et des jours d'hospitalisations qui ont été effectuées au Québec donnent des résultats identiques à ce qui a été observé ailleurs au Canada. On constate qu'au moins 40% des patients dans des lits de courte durée pourraient être transférés soit dans des lits sub-aigus, soit des lits de réadaptation, soit en soins prolongés, soit à domicile avec des services adaptés. L'objectif est que les lits de courte durée disponibles dans les hôpitaux ne servent qu'aux malades qui nécessitent de tels soins.

Moyens

- ◆ Tous les centres hospitaliers du Québec devraient effectuer dans leur milieu des études de pertinence avec un des outils existants.
- ◆ Transformer dans les hôpitaux de courte durée un certain nombre de lits, en lits sub-aigus ou encore en prévoir dans les centres d'hébergement pour soins de longue durée.
- ◆ Le concept de lits sub-aigus a été précisé par la Régie de Montréal-Centre et vise à faciliter l'accès à un niveau de soins moins intenses et distincts des soins aigus pour les personnes hospitalisées, lorsque nécessaire.

Ce concept de lits sub-aigus «se définit par un niveau distinct de services en hospitalisation de courte durée, destinés à une personne :

- suite à un épisode aigu résultant d'une maladie, d'un accident ou de l'exacerbation d'une maladie ;
 - dont le plan de traitement est déterminé ;
 - qui ne requiert pas de tests diagnostiques intensifs ou de procédures invasives ;
 - qui requiert de trois à cinq heures de services thérapeutiques par jour ; et
 - qui va pouvoir retourner à domicile.
- ◆ La sévérité de la condition de la personne nécessite une approche multidisciplinaire où les professionnels prodiguent des interventions cliniques complexes. La personne peut nécessiter un suivi régulier par un omnipraticien et un médecin spécialiste durant son séjour. Les services professionnels requis pourront être assumés par l'infirmière, le médecin, le diététicien, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, le pharmacien, le travailleur social et l'inhalothérapeute.»¹⁵

¹⁵ Régie Régionale de Montréal-Centre, *Le défi de l'accès*, page 43, décembre 1997.

- ◆ L'accès plus rapide à des lits en hébergement et en réadaptation est tout aussi nécessaire pour libérer les lits de courte durée.

Budget

Cette mesure, pour se réaliser aurait besoin d'un budget minimum pour amorcer la démarche. Le coût de cette mesure est évalué à 2 millions dans un premier temps.

Responsable

Direction générale des services à la population.

5.8 Ajuster le nombre de civières annuellement selon le volume

Constats

- ◆ Le nombre de personnes sur civière aux urgences a augmenté d'environ 2% par année au cours des quatre dernières années. Ce phénomène est presque entièrement dû au vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Il est plus que probable que cette tendance va se poursuivre, et que l'urgence demeurera la principale porte d'entrée à l'hôpital notamment pour les personnes âgées malades.
- ◆ De plus, la fermeture de plusieurs hôpitaux au cours des dernières années a entraîné une diminution du nombre de civières et du nombre de lits de courte durée, ce qui a contribué à l'encombrement des urgences (patients en excès du permis dans les corridors).

Moyens

- ◆ Cette augmentation du nombre de personnes sur civière à l'urgence doit donc être prise en considération et un plan sur cinq ans sera proposé par le Groupe de soutien aux urgences en se basant sur les normes existantes¹⁶.
- ◆ L'augmentation du nombre de civières ne doit pas servir à prolonger les délais pour l'admission dans un lit de courte durée.

¹⁶ Le Groupe tactique d'intervention et al. *Les urgences au Québec 1990-1997. Bilan, perspectives et normes*. Février 1998.

- ◆ En tenant compte de l'évolution de l'achalandage à l'urgence de chaque centre hospitalier, un nouveau calcul des besoins en civière (nombre) sera établi à partir de normes existantes et les ajustements seront apportés pour chaque centre hospitalier.
- ◆ Une évaluation des salles d'urgence des hôpitaux sera effectuée en vue de rénover les locaux qui ne répondent plus aux normes.

Budget

Le coût de cette mesure devra être précisé ultérieurement.

Responsable

La Direction générale des affaires médicales et universitaires.

5.9 Accorder une attention particulière aux centres hospitaliers en difficulté

Constats

- ◆ Un certain nombre de centres hospitaliers n'ont pas atteint les objectifs fixés pour le fonctionnement de l'urgence et ne respectent pas les normes du Ministère. Des mesures spécifiques s'imposent si l'on veut corriger la situation et ceci implique une volonté politique de modifier la situation actuelle malgré la résistance de ces établissements.
- ◆ Le Ministère devra être vigilant vis-à-vis certains hôpitaux qui seraient tenter de maintenir un encombrement de leur urgence pour obtenir des ressources supplémentaires.

Moyens

- ◆ Pour ces centres hospitaliers, il nous apparaît essentiel que leur conseil d'administration soit rencontré par la Ministre et le Sous-ministre en titre pour les informer de la volonté ferme du Gouvernement de corriger la situation qui prévaut dans leur urgence.
- ◆ Un engagement formel du conseil d'administration et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, de trouver des solutions définitives à l'engorgement de leur urgence et de tout mettre en œuvre pour les appliquer rapidement.

- ◆ L'application dans tous les hôpitaux des normes sur les urgences conformément au document approuvé par le Ministère¹⁷.
- ◆ Un support d'un groupe d'experts en urgence avec mandat de voir à suggérer des mesures spécifiques à chaque établissement et de voir à ce que soit implanté les changements nécessaires.
- ◆ L'élaboration de protocoles à l'intérieur de l'hôpital concernant les consultations avec les spécialistes, les résultats d'examens, etc.
- ◆ Le support, le plan d'action et les mesures proposées doivent être adaptés à chacun.
- ◆ Le support est aussi disponible pour les centres hospitaliers dont la situation est fragile ou qui en font la demande.
- ◆ Des incitatifs financiers positifs reliés à l'atteinte des résultats. Cette mesure s'applique à l'ensemble des centres hospitaliers.

Budget

Un budget de 5 millions est proposé.

Responsable

Direction générale des affaires médicales et universitaires.

5.10 Mettre en place un système d'information de gestion à l'urgence

Constat

- ◆ La gestion d'un département d'urgence en 1999 exige un système d'information de gestion. Actuellement, dans la grande majorité des hôpitaux, un tel système n'existe pas ou est inadéquat.

Moyens

- ◆ L'implantation d'un système d'information de gestion est une priorité pour l'ensemble des départements d'urgence.

¹⁷ Le Groupe tactique d'intervention et al. *Les urgences au Québec 1990-1997. Bilan, perspectives et normes.* Février 1998.

- ◆ Le système SIURGE est en déploiement dans quelques hôpitaux du Québec, mais il lui faudrait mieux l'adapter aux besoins des gestionnaires de l'urgence.
- ◆ Une équipe d'experts, incluant des médecins d'urgence, devra être formée pour adapter et réaliser le déploiement du système.

Budget

Prévu au Ministère.

Responsable

Direction générale du budget, des investissements et des technologies de l'information.

5.11 Favoriser la recherche et l'innovation dans les urgences

Constats

- ◆ Le Québec est actuellement doté d'excellentes équipes de recherche sur l'urgence.
- ◆ Il est intéressant de mentionner qu'il existe plusieurs projets de recherche multidisciplinaire et multicentre actuellement en cours au Québec.
- ◆ La recherche en médecine d'urgence est principalement orientée vers l'organisation des services d'urgence.
- ◆ De nouvelles sources de financement ont favorisé la mise en place de nouvelles équipes de recherche.

Moyens

- ◆ Soutenir les équipes de recherche actuellement en place et continuer à favoriser la création de nouveaux groupes de recherche.
- ◆ Soutenir le développement de projets de recherche portant sur l'organisation et la gestion des processus de l'urgence.
- ◆ Mettre en place, avec la collaboration des organismes subventionnaires, un programme national de recherche sur les services d'urgence.

Responsable

La Direction des affaires médicales et universitaires du MSSS en collaboration avec la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation.

CONCLUSION

Le présent rapport est un sommaire des travaux exécutés par notre groupe depuis six mois. Tous les membres du groupe de travail ont été mis à contribution et ont participé à un des comités qui ont examiné un aspect de la problématique des urgences et des causes de l'encombrement chronique des salles d'urgence.

Ce document est donc une synthèse des travaux effectués par les groupes de travail et nous croyons qu'il contient les éléments essentiels pour une amélioration durable de la situation dans les urgences des centres hospitaliers du Québec.

Le défi est de taille et exige l'implication de l'ensemble des acteurs du réseau de la santé. Un suivi de la situation et des ajustements constants seront nécessaires pour atteindre l'objectif visé, soit le fonctionnement harmonieux de l'ensemble des urgences au Québec.

Il est probable que la situation demeurera difficile au cours de l'automne et de l'hiver prochain et que les débordements de l'urgence seront fréquents. À plus long terme, la situation ne pourra s'améliorer que si les «urgences» deviennent une véritable priorité, tant pour le Ministère que pour l'ensemble du réseau de la santé. Les centres hospitaliers en difficulté devront absolument modifier leur perception de l'urgence et prendre des moyens concrets pour régler le problème. Certains hôpitaux l'ont fait dans le passé, et cela demeure possible. Le plus difficile sera de convaincre les centres hospitaliers en difficulté de modifier leur attitude et de trouver eux-mêmes les solutions au problème de fonctionnement de leur urgence.

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I LE MANDAT ET LA COMPOSITION DU GROUPE D'ANALYSE SUR LES URGENCES
- ANNEXE II LES DONNÉES SUR LA CLIENTÈLE
(Mme Madeleine Breton, Dr Michel Tétreault avec la collaboration du Dr Louis Couture)
- ANNEXE III ♦ RELATIONS ENTRE LE PHÉNOMÈNE DE L'ENGORGEMENT DES URGENCES ET L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AU QUÉBEC : ANALYSE DES DONNÉES DISPONIBLES ENTRE 1994 ET 1999
(Dre Monique Douville-Fradet)
- ♦ L'ENGORGEMENT DES SALLES D'URGENCE DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE, D'AVRIL 1995 À FÉVRIER 1999
(Dr Denis Roy)
- ANNEXE IV ANALYSE EXPLORATOIRE DES PERCEPTIONS DES CLIENTÈLES ET DES INTERVENANTS À L'URGENCE
(M. Jacques Joly PhD, associé chez Écho-Sondage)
- ANNEXE V PROJET URGENCE 2000, DE PARATONNERRE À PLAQUE TOURNANTE
(Dr Alain Vadeboncoeur, M. Pierre Beaudet, Dre Krystyna Pecko et Mme Diane Somerville)
- ANNEXE VI SITUATION DES URGENCES, RÉSEAU EXTRA-HOSPITALIER
(Dr Jean Bragnolo, Mme Monique Corbeil, Mme Jeannine Auger et Mme Nicole Gauthier)
- ANNEXE VII ÉTAT DE SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES ET MÉDICALES DANS LES SERVICES D'URGENCE
(Association des hôpitaux du Québec)
- ANNEXE VIII PLANIFIER LES BESOINS RELIÉS AU PERSONNEL DE L'URGENCE EN FONCTION DES CHANGEMENTS DANS LA CLIENTÈLE
(Dr Marc Afilalo et Mme Carmen Millar)
- ANNEXE IX ÉTUDE D'ÉVALUATION : OUTILS DE PERTINENCE (ADMISSIONS ET SÉJOURS HOSPITALIERS)
(Dre Joanne Hamel, Mme Caroline Riopel et Mme Marie Ste-Amour)
- ANNEXE X ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS ET MÉTHODES DE DÉSENGORGEMENT DES URGENCES
(Dr Jean Depelteau)