

Orientations ministérielles : Organisation et implantation d'une zone d'évaluation rapide (ZER)

Septembre 2026

ÉDITION

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat de la santé physique et pharmaceutique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-550-92541-5 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2026

Direction

M^{me} Amélie Bourassa, directrice générale, Direction générale de la pertinence et des services spécialisés, Sous-ministériat à la santé physique et pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Nathalie Mercier, directrice intérimaire, Direction des services spécialisés et des soins critiques, MSSS

Coordination et rédaction – 2025-2026

M^{me} Marie-Pierre Valiquette, coordonnatrice des soins critiques et fluidité, Direction des services spécialisés et des soins critiques, MSSS

D^{re} Emmanuelle Jourdenais, médecin de famille, directrice adjointe des services professionnels, Centre hospitalier universitaire de Montréal; médecin-conseil, Direction des services spécialisés et des soins critiques, MSSS

Collaboration et consultation – 2025

M^{me} Andrée-Ann Aubut, conseillère clinique, Direction des services d'urgence et fluidité, Santé Québec

Relecture – 2025

M^{me} Annie Lafrenière, directrice adjointe, Direction des services hospitaliers, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Sophie Gosselin, médecin d'urgence, cheffe du département de médecine d'urgence, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre; présidente du Regroupement des Chefs d'Urgence du Québec (RCUQ)

M. Charles Beauchesne, adjoint fonctionnel à la directrice, Direction de la fluidité et des unités hospitalières, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

M^{me} Maryse Bouffard, directrice exécutive, Direction exécutive réseau local de services (DERLS) Alphonse-Desjardins, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

D^{re} Marie-Maud Couture, médecin de famille, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – CHUS; présidente de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)

D^r Éric Piette, médecin d'urgence, chef du service d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Révision, collaborations et consultations – 2023-2024

M. Éric Pastor, directeur des services d'urgence, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, MSSS

M^{me} Andrée-Ann Aubut, conseillère clinique, Direction des services d'urgence, MSSS

M^{me} Catherine Pageau, conseillère clinique, Direction des services d'urgence, MSSS

M^{me} Marie-Claude Levesque, conseillère clinique, Direction des services d'urgence, MSSS

M^{me} Josée Lavigne, mathématicienne et statisticienne, Direction des services d'urgence, MSSS

M^{me} Mélanie Bouchard, conseillère clinique, Direction des services d'urgence, MSSS

M^{me} Isabelle Couillard, architecte, Direction des projets immobiliers, MSSS

M^{me} Charlène Joyal, conseillère, Direction des services aux aînés et aux proches aidants, MSSS

M^{me} Nathalie Tremblay, directrice par intérim, Direction des services aux aînés et aux proches aidants, MSSS

D^r Patrick Tardif, médecin de famille, chef du département d'urgence, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval; médecin-conseil, Direction des services d'urgence, MSSS

M^{me} Maud Carrier, conseillère à la pratique professionnelle, Direction des soins et services infirmiers, MSSS

À noter que les appellations centre intégré de santé et de services sociaux et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux étaient en vigueur au moment de la révision de ce document.

Table des matières

INTRODUCTION	1
DÉFINITION D'UNE ZER.....	2
CRITÈRES D'INCLUSION ZER	4
CRITÈRES D'EXCLUSION ZER.....	5
ÉVALUATION DU NOMBRE DE FAUTEUILS NÉCESSAIRES	6
ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES	6
CRITÈRES D'AMÉNAGEMENT	7
MÉTHODES D'ÉVALUATION	8
RÔLES ET RESPONSABILITÉ INSTITUTIONNELS.....	9
CONCLUSION.....	9
BIBLIOGRAPHIE.....	10

INTRODUCTION

La mission des services d'urgence au Québec est de fournir 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. L'accessibilité aux services d'urgence repose sur une organisation intégrée et hiérarchisée où l'utilisateur se retrouve au bon endroit, au bon moment, et est pris en charge par le bon professionnel. Cela facilite la mise en place d'un réseau fonctionnel et efficace afin de permettre à l'urgence de mener à bien sa mission.

Le présent document constitue une révision des Orientations ministérielles : Organisation et implantation d'une zone d'évaluation rapide publiées en 2021 et vise à actualiser les balises ministérielles à la lumière des données probantes, de l'expérience terrain et de l'évolution de l'organisation des soins et services d'urgence.

Malgré l'amélioration des services de première ligne, force est d'admettre que la comorbidité et le vieillissement de la clientèle demeurent préoccupants et représentent des éléments à considérer en ce qui concerne l'achalandage des urgences de la province et la congestion hospitalière. L'accès variable et parfois difficile aux lits d'hospitalisation et aux différents plateaux techniques, ainsi qu'une disponibilité fluctuante d'alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation dans certaines installations, tout comme l'absence d'unité d'intervention brève (UIB) ou d'hospitalisation brève (UHB), peuvent également contribuer à un taux d'occupation des urgences plus élevé par moment.

Les processus établis en mode « traditionnel » de prise en charge de la clientèle (ambulatoire ou sur civière) par les différents professionnels ne semblent plus répondre aussi efficacement à toutes les situations. Cela s'objective notamment par la croissance des résultats des indicateurs de performance temporelle, quantitative et qualitative suivants, et ce, considérant que plusieurs autres facteurs peuvent les influencer :

- la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière;
- la DMS ambulatoire;
- le délai moyen de prise en charge (PEC) médicale;
- le nombre de départs avant prise en charge;
- l'insatisfaction de la clientèle à l'égard de l'accessibilité et de l'offre de service disponible à l'urgence.

Lorsqu'une situation où la demande pour les services d'urgence excède la capacité des approches traditionnelles à prodiguer des soins de qualité dans un délai raisonnable, la décision de déployer une zone d'évaluation rapide (ZER), dont l'aménagement est composé de fauteuils, apparaît une

solution intéressante à envisager, voire recommandée. C'est donc par souci de baser les orientations sur la littérature probante à ce sujet que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de produire [un état des connaissances sur les ZER](#). Par ailleurs, dans une visée de pertinence des éléments à mettre en place pour offrir des soins accessibles et pour être en cohérence avec les objectifs d'amélioration continue en matière de services et de fluidité dans les urgences, les présentes orientations ministérielles se basent sur l'expérience acquise, la consultation de collaborateurs du réseau ainsi que la littérature probante.

DÉFINITION D'UNE ZER

La ZER se définit comme étant une zone à aire ouverte, spécifique et distincte des aires déjà existantes au sein du service d'urgence. Elle permet de donner des soins et des services optimaux à une clientèle déterminée, notamment pour poser un diagnostic et procéder au traitement des usagers. Cette zone vise principalement une prise en charge en temps optimal, selon un modèle qui se combine au modèle de gestion des civières et de l'aire ambulatoire par l'implantation d'une stratégie de réorganisation du cheminement des usagers. Elle vise à améliorer différents paramètres¹, dont :

- la DMS de la clientèle;
- le délai de la PEC médicale;
- le nombre d'usagers qui quittent l'urgence avant une PEC médicale.

Selon l'INESSS (2023), la réorientation en fonction de l'acuité, du motif principal de consultation ou de la capacité ambulatoire a entraîné des baisses importantes de la DMS dans les urgences où une ZER est implantée. Elle a également eu un effet positif marqué chez les usagers dont les conditions sont classées au niveau de priorité 4 et 5², et ce, considérant que plusieurs facteurs peuvent influencer la durée de séjour et le délai de prise en charge médicale. Or, selon le contexte et le jugement des professionnels et selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), des conditions cliniques avec un niveau de priorité 3 pourraient également être considérées, toujours sans perdre de vue que la ZER doit cibler une clientèle mobile. La capacité à absorber efficacement une augmentation de l'achalandage représente un des effets potentiels selon le modèle de ZER retenu, s'il est utilisé pour accommoder les pointes d'achalandage. La mise en place d'une ZER peut aussi favoriser l'attribution mieux ciblée des civières à la clientèle.

¹ État des connaissances par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), Les zones d'évaluation rapide dans les urgences : caractéristiques organisationnelles et impact, mai 2023.

² Ibid.

L'instauration d'une ZER n'est pas une substitution du nombre de civières fonctionnelles de l'installation. Elle représente plutôt une bonification de l'offre de services. En ce sens, la volumétrie des fauteuils de la ZER octroyée par la direction des services d'urgence de Santé Québec s'ajoute aux espaces ambulatoires et aux civières fonctionnelles de l'installation. Bien que la ZER doive être considérée comme une entité à part entière, il apparaît opportun que ses paramètres de suivi soient, pour le moment, intégrés aux indicateurs de l'orientation ambulatoire, et ce, dans l'attente de la possibilité d'une classification de manière indépendante. Une classification propre à la ZER pourrait éventuellement être mise en place à moyen terme, notamment à la faveur d'une révision du cadre normatif du Système d'information et de gestion des urgences ou du déploiement du dossier santé numérique.

L'ajout de l'orientation ZER, qui inclut une identification distincte de chacun des fauteuils, permettra aux établissements de transmettre au MSSS plusieurs données précises sur l'utilisation de cette zone, comme le nombre d'utilisateurs y étant installés, leur DMS, leur raison de visite, leurs diagnostics ainsi que leur orientation de départ. Ces informations permettront notamment d'alimenter les tableaux de bord pertinents à l'optimisation de la gestion quotidienne de la ZER et de produire une analyse statistique précise.

Comme mentionné, l'objectif d'une ZER est d'offrir une alternative aux utilisateurs qui auraient historiquement été installés sur civière, par défaut, faute d'une alternative, auraient immobilisé une zone ambulatoire ou auraient été retournés dans la salle d'attente dans des conditions moins favorables. En principe, en segmentant les trajectoires en une aire ambulatoire, une ZER et une aire de civière, avec une équipe dédiée, la prise en charge initiale sera accélérée, entraînant une amélioration des délais d'investigation et de traitement. Cette amélioration pourra d'autant plus être objectivable dans la mesure où elle ne dépend pas du personnel déjà attribué à un secteur de l'urgence autre que la ZER ni de l'ajustement de son offre en fonction de la disponibilité du personnel présent.

L'organisation des soins doit viser un retour à domicile de la clientèle en moins de douze heures (préférentiellement entre quatre et huit heures). Les utilisateurs installés dans la ZER peuvent y demeurer durant tout leur séjour, être retournés dans la salle d'attente au besoin, ou bien être installés sur une civière si le séjour prévu est finalement plus long qu'à l'arrivée ou si la ZER ne répond plus aux soins requis. Dans plusieurs services d'urgence, cette zone est ouverte pour une période de huit à seize heures par jour, principalement lorsque le nombre d'arrivées d'utilisateurs est plus élevé. Les heures d'ouverture doivent donc être adaptées aux fluctuations de l'achalandage à l'urgence, et ce, afin de favoriser un accès adéquat aux services et de maximiser le confort de la clientèle qui doit être prise en charge de manière optimale et dans un contexte adapté à sa condition.

La ZER n'est pas une voie rapide, communément appelée « fast track », destinée à une clientèle nécessitant une courte évaluation et un traitement simple, suivi d'un congé. En effet, son aménagement va au-delà d'une salle de traitement où des fauteuils sont installés afin de prodiguer des soins ambulatoires à la clientèle. Elle ne devrait pas non plus être utilisée comme une extension de l'aire des civières ni comme un débordement pour les usagers en attente d'hospitalisation ou bien pour ceux et celles dont le séjour à l'arrivée est présumé plus long que les délais ciblés.

L'orientation des usagers vers cette zone peut être effectuée de différentes façons selon l'organisation locale des soins, soit :

- l'infirmière du triage qui, à la suite de son évaluation clinique, juge que l'utilisateur peut être pris en charge et recevoir les soins requis par son état de santé, sur un fauteuil, afin de préserver la disponibilité des civières;
- l'infirmière du triage, selon des conditions prédéterminées;
- le médecin qui, après son évaluation, juge que l'utilisateur peut être installé dans cette zone pour y recevoir ses soins.

Ce dernier point doit certainement être considéré avec grande attention puisque des améliorations significatives concernant la durée de séjour ont été mises en lumière lors de l'utilisation de ce modèle. Des modèles axés sur la réorientation de flux des usagers selon l'acuité, le motif de consultation et la capacité ambulatoire contribuent également à améliorer la durée de séjour (INESSS, 2023).

Le succès de l'implantation d'une ZER et l'efficacité des processus diagnostiques et thérapeutiques s'appuient sur la participation de l'ensemble de l'équipe de professionnels travaillant en étroite collaboration. Or, l'attribution de professionnels dédiés, notamment des infirmières et médecins, est un facteur considérable de réussite. De plus, l'utilisation de procédures cliniques, d'ordonnances collectives et d'outils d'aide à la décision pour la clientèle ciblée est fortement recommandée afin d'optimiser le fonctionnement de la ZER.

CRITÈRES D'INCLUSION ZER

Les installations qui envisagent le déploiement d'une ZER commencent par identifier leur clientèle cible en fonction des particularités de leur organisation et de leur réalité terrain. Cette identification permet non seulement de définir la capacité d'accueil, mais aussi de mettre en place des procédures cliniques adaptées à cette clientèle. Par ailleurs, l'élaboration ou l'ajustement des critères d'orientation des usagers, incluant spécifiquement les modalités d'accès à la ZER et les profils cliniques qui y correspondent, constitue un outil stratégique pour assurer

une orientation vers les services les plus appropriés. Il est donc recommandé que ces critères soient établis en amont du déploiement de la ZER afin d'en faciliter la mise en œuvre.

Le niveau d'acuité de la clientèle est le critère le plus fréquemment utilisé pour déterminer son admission à la ZER et les conditions à faible acuité forment le public cible des ZER (INESSS 2023). De manière générale, la clientèle ciblée présente un symptôme aigu ou subaigu et est hémodynamiquement stable. Elle requiert une évaluation ou un traitement respectant un court délai de réponse et pour lequel un congé médical est anticipé, à priori.

Le critère incontournable est que les usagers, peu importe leur âge, peuvent recevoir les soins requis sur un fauteuil. Ils doivent avoir la capacité de se déplacer et de demeurer ambulants durant toute la durée de leur séjour. Ils ne nécessitent donc pas une surveillance clinique constante. Toutefois, considérant le volume important de personnes âgées qui fréquentent les urgences, l'approche dans les différentes aires de l'urgence, y compris la ZER, devrait toujours être adaptée de façon à repérer les clientèles les plus vulnérables ou susceptibles de connaître un déclin fonctionnel.

CRITÈRES D'EXCLUSION ZER

Au même titre, certains critères d'exclusion sont impératifs afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité dans cette zone. À ce titre, l'utilisation de la ZER est d'emblée exclue si l'utilisateur :

- Présente une condition clinique ou une instabilité hémodynamique demandant une surveillance soutenue (par exemple un monitoring cardiaque);
- Présente des comorbidités importantes liées à la raison de consultation et dont le risque de mortalité est élevé;
- Est dans un état critique qui nécessite des soins urgents;
- Présente des comportements perturbateurs ou de l'agitation nécessitant une surveillance étroite;
- Représente un risque pour sa sécurité ou celle d'autrui;
- Nécessite un isolement dans le cadre des règles émises par la prévention et le contrôle des infections qui ne pourrait être instauré à cause de l'aménagement des lieux physiques de la ZER.

Il nous apparaît important de mentionner qu'en règle générale, les usagers pour lesquels une hospitalisation est envisagée, de même que les usagers qui peuvent être libérés immédiatement après l'évaluation médicale initiale, ne représentent pas la clientèle cible de la ZER.

Bien que certains critères d'inclusion et d'exclusion soient primordiaux pour une utilisation sécuritaire et adéquate de la ZER, il n'en demeure pas moins que la mise en place de critères complexes peut rendre sa mise en application laborieuse, ce qui n'est pas souhaitable.

ÉVALUATION DU NOMBRE DE FAUTEUILS NÉCESSAIRES

Pour les urgences qui désirent mettre cette zone en place, le portrait global de l'acuité des soins et l'historique de l'achalandage de l'urgence représentent des éléments à considérer pour déterminer le nombre de fauteuils qui compose la ZER. L'espace disponible doit également être considéré.

Une fois que la clientèle admissible à la ZER est déterminée par l'installation, il sera possible d'évaluer le nombre de fauteuils nécessaire pour assurer un fonctionnement optimal de cette zone. Afin de répondre aux besoins de l'urgence, le nombre de fauteuils doit faire l'objet d'une proposition et d'une évaluation auprès de la direction des services d'urgence de Santé Québec. Ainsi, la corrélation entre le besoin pressenti et les ressources allouées à l'urgence sera établie et le nombre de fauteuils pour la ZER fera l'objet d'une approbation préalable à tous travaux de déploiement.

ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES

En toute cohérence avec les cibles, les définitions et les orientations ministérielles de la Direction des services spécialisés et soins critiques (DSSSC), l'organisation de cette zone spécifique doit être minutieusement orchestrée en collaboration avec toutes les parties prenantes (direction médicale et des services professionnels, direction des soins infirmiers, etc.). Ainsi, il faut envisager les principes directeurs suivants :

- une accessibilité aux plateaux techniques de laboratoire et d'imagerie pour toutes les aires de l'urgence;
- des professionnels expérimentés, habilités et ayant les connaissances et compétences attendues afin d'assurer les transitions rapides et de mener, de manière efficiente et proactive, la gestion des épisodes des soins;
- la présence de critères ou de balises cliniques clairement établis combinés au jugement clinique de l'infirmière afin d'orienter la clientèle cible vers la ZER à la suite de l'évaluation complète au triage plutôt que vers l'aire des civières;
- le développement, la promotion et l'utilisation de procédures cliniques d'ordonnances collectives, tout comme dans les aires ambulatoires et civières.

Bien que l'allocation de ressources humaines consacrées exclusivement à la ZER (p. ex. un infirmier ou une infirmière et un médecin) soit jugée essentielle selon l'État des connaissances de l'INESSS³, une organisation médicale qui vise l'efficacité de cette zone en déléguant la responsabilité quotidienne à un seul médecin, habituellement celui affecté à l'urgence ambulatoire, peut aussi être un modèle retenu selon l'évaluation commune des professionnels et gestionnaires de l'installation. Ce médecin assure la prise en charge, le suivi, la continuité des soins et la vigie de la durée de séjour, en collaboration avec l'équipe soignante de la ZER et le coordonnateur médical de l'urgence. Le risque de ne pas dédier du personnel infirmier à la ZER, mais plutôt d'utiliser le personnel de l'aire ambulatoire, par exemple, est de diminuer l'efficacité de cette dernière.

CRITÈRES D'AMÉNAGEMENT

L'organisation spatiale et l'aménagement des espaces de la ZER doivent contribuer à accroître l'efficacité et l'efficacité de la prestation de soins. Les fauteuils de cette zone doivent être disposés idéalement en aire ouverte, ou à tout le moins de façon à favoriser les interventions rapides et la surveillance clinique de la clientèle, tout en assurant la confidentialité et l'intimité. Des dégagements suffisants doivent être prévus pour amorcer une réanimation cardiorespiratoire et effectuer un transfert sur civière au besoin. Par ailleurs, il est recommandé d'avoir une présentation uniforme dans l'aménagement et la disposition des fauteuils dans cet espace. Cela permet d'augmenter la sécurité des usagers en diminuant le risque d'erreurs lors de la prestation de soins ainsi qu'en optimisant l'agilité et l'efficacité du personnel, puisque ces derniers s'approprient l'espace de façon plus intuitive, ce qui représente un avantage lors des situations critiques.

De plus, comme pour l'ensemble de l'organisation d'un service d'urgence, une attention particulière doit être portée à la clientèle gériatrique. L'aménagement de l'espace doit tenir compte de leurs besoins spécifiques⁴, afin de favoriser leur bien-être et de prévenir les risques de déconditionnement. Un espace pour un accompagnateur ou une personne proche aidante doit être prévu dans chaque aire de fauteuil de la ZER, afin, entre autres, de favoriser le maintien de l'autonomie fonctionnelle et le bien-être de la personne âgée.

De surcroît, il est primordial de souligner l'importance de susciter l'engagement de l'équipe de prévention et de contrôle des infections de l'installation ou de l'établissement qui doit faire partie intégrante du processus d'implantation et de suivi. L'environnement physique de la ZER doit aussi

³ INESSS (2023). Coup d'œil – Les zones d'évaluation rapide dans les urgences : caractéristiques organisationnelles et impacts.

⁴ MSSS (2024). Cadre de référence : Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. Québec, Gouvernement du Québec.

viser à protéger les usagers du risque infectieux, en limitant les risques de transmission d'infections à partir des surfaces environnementales et en facilitant l'observation des pratiques d'hygiène des mains et de protection individuelle. Les fauteuils doivent être aménagés de façon à assurer le respect d'une distance ou une frontière sécuritaire entre les usagers, y compris les accompagnateurs présents. La ZER doit également être pourvue d'installations sanitaires adéquates et en nombre suffisant afin que l'utilisateur puisse s'y rendre de manière autonome ou avec l'aide d'un proche, par exemple.

MÉTHODES D'ÉVALUATION

Le suivi rigoureux de la performance de la ZER est essentiel. À cette étape, il est jugé préférable que les données soient intégrées à la trajectoire ambulatoire. Cependant, il est important d'introduire sans délai une trajectoire spécifique à la ZER, permettant de distinguer clairement cette activité et d'en assurer un suivi ciblé. Ainsi, il est recommandé de rendre disponibles aux gestionnaires, aux équipes médicales et aux professionnels les indicateurs suivants :

- la DMS dans la ZER;
- la DMS globale;
- le délai de PEC médicale;
- le taux de départ avant prise en charge;
- le nombre et le pourcentage de fauteuils utilisés;
- le nombre d'utilisateurs inscrits par catégorie d'âge, raison de visite, diagnostic et catégorie de priorités selon l'ÉTG;
- les variations quotidiennes de l'achalandage pour s'assurer d'une ouverture au moment opportun;
- le nombre et le pourcentage d'utilisateurs avec retour à domicile;
- le nombre et le pourcentage d'utilisateurs transférés sur civière ou avec une demande d'hospitalisation;
- le nombre de demandes de consultation en médecine spécialisée par type de spécialité et leur délai de réponse;
- le nombre de consultations professionnelles par type de spécialité et leur délai de réalisation;
- les délais de réalisation d'imagerie.

Un suivi étroit des résultats doit être effectué par les gestionnaires désignés à cet effet et les ajustements doivent être apportés en temps opportun, le cas échéant. Le personnel dédié et les

professionnels concernés par le fonctionnement de la ZER doivent également contribuer à son efficacité et à son efficience en collaborant au suivi des résultats et en participant à leur analyse afin de procéder aux ajustements requis, et ce, en cohérence avec les activités de l'urgence, pour une amélioration constante des services aux usagers.

Le présent document fera l'objet d'ajustements périodiques de la part du MSSS afin d'assurer sa pertinence et sa cohérence au regard des évolutions du cadre législatif, des transformations du réseau, de la modernisation des systèmes d'information, ainsi que des constats issus des travaux d'évaluation, notamment en présence d'écarts structurels persistants.

Un bilan de mise en œuvre est à produire par Santé Québec 12 mois suivant la diffusion des orientations, puis sur une base annuelle, afin d'apprécier le niveau d'appropriation des orientations, la robustesse des mécanismes de suivi en place ainsi que l'évolution des résultats observés.

RÔLES ET RESPONSABILITÉ INSTITUTIONNELS

Conformément à la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS), le MSSS définit les orientations et assure l'encadrement et le suivi stratégique. Santé Québec en coordonne la mise en œuvre et le suivi de la performance, tandis que les établissements sont imputables de l'organisation et de la prestation des services, incluant le déploiement et le fonctionnement des ZER, dans une perspective d'amélioration continue.

CONCLUSION

La zone d'évaluation rapide a pour mission d'offrir, sur un fauteuil, des soins de qualité en temps optimal, dans un milieu qui facilite des interventions rapides pour des usagers dont la raison de consultation, leur capacité ambulatoire et l'acuité de leur condition le permettent. L'équipe qui y travaille pratique dans une approche de collaboration interprofessionnelle et le maintien de l'autonomie et de la mobilité des usagers y est également favorisé. Cette zone est distincte de l'aire ambulatoire et de l'aire des civières. L'ajout de fauteuils avec une vocation bien encadrée représente une offre de service supplémentaire à la population et ne vient pas modifier le nombre de civières fonctionnelles du service d'urgence. Les ZER, lorsque déployées selon un maximum de conditions favorables et en considérant les facteurs de réussite décrits dans le présent document, représentent une approche à considérer avec grande attention pour améliorer la performance temporelle des urgences, de l'évaluation au triage jusqu'au congé de l'utilisateur. La mise en œuvre de cette approche repose sur une mobilisation cohérente des acteurs, conformément aux rôles et responsabilités qui leur sont dévolus.

BIBLIOGRAPHIE

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2023). *État des connaissances. Les zones d'évaluation rapide dans les urgences : caractéristiques organisationnelles et impacts*. Québec, INESSS. [INESSS: Publication: Les zones d'évaluation rapide dans les urgences : caractéristiques organisationnelles et impacts](#).

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2023). *Coup d'œil – Les zones d'évaluation rapide dans les urgences : caractéristiques organisationnelles et impacts*. Québec, INESSS. [INESSS: Publication: Les zones d'évaluation rapide dans les urgences : caractéristiques organisationnelles et impacts](#).

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2023). *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS)*. Québec, Gouvernement du Québec. www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2024). *Cadre de référence : Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée*. Québec, Gouvernement du Québec. [Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#).

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2011). *Cadre de référence : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Québec, Gouvernement du Québec. [Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#).

