

Guide de gestion de L'URGENCE

Gestion de
L'URGENCE

ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE
d'établissements de santé
et de services sociaux

Québec 

Guide de gestion de L'URGENCE


Gestion de
L'URGENCE

Septembre 2006

URGENCE

ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE
d'établissements de santé
et de services sociaux

Santé
et Services sociaux

Québec 

Édition produite par :

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

Ce document s'adresse aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter sur les sites suivants : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 13 : 978-2-550-48067-9 (version imprimée)

ISBN 10 : 2-550-48067-8 (version imprimée)

ISBN 13 : 978-2-550-48068-6 (version PDF)

ISBN 10 : 2-550-48068-6 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

La première version du *Guide de gestion de l'unité d'urgence* est considérée comme un outil précieux pour les gestionnaires et cliniciens en vue d'améliorer le fonctionnement des urgences. Les changements apportés au réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années rendaient nécessaire une mise à jour de ce guide.

Comme l'intégration de l'urgence à l'hôpital et au réseau de la santé et des services sociaux constitue une condition essentielle au bon fonctionnement de l'urgence, le nouveau *Guide de gestion de l'urgence* énumère des moyens concrets pour y parvenir. Cela implique que chaque gestionnaire et intervenant doit revoir les rôles et les responsabilités dévolus en fonction d'une utilisation judicieuse et pertinente des ressources et des résultats attendus.

De nombreux sujets ont été ajoutés à ce guide, tels l'organisation du travail et plus particulièrement en région rurale, l'aménagement physique de l'urgence, le triage et le développement des ordonnances collectives. Une section est aussi consacrée à diverses clientèles qui ont des besoins particuliers et qui requièrent une attention spécifique de la part de l'ensemble du personnel de l'urgence.

La prise en charge adéquate et efficace des besoins de la population exige de la part des intervenants une collaboration avec tous les partenaires du réseau local, incluant ceux travaillant à l'urgence. La hiérarchisation des services facilite un accès simple et sans difficulté d'un type de soins à l'autre, entre les services de base et les interventions les plus spécialisées. Cela permet une plus grande concertation des efforts et assure la continuité des soins et services au sein d'un système, autant en amont et en aval qu'à l'urgence.

La nouvelle version du *Guide de gestion de l'urgence* devrait demeurer un outil essentiel pour ceux qui oeuvrent à l'urgence et le devenir également pour les intervenants des Centres de santé et de services sociaux et de l'ensemble du réseau.

Le ministre,

Philippe Couillard

■ REMERCIEMENTS ■

Nous tenons à souligner la contribution des associations qui ont participé à la révision du *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, paru en 2000 ainsi qu'à la révision de la présente version du *Guide de gestion de l'urgence* :

PARTENAIRES DES URGENCES

Association des cadres supérieurs des services de la santé et des services sociaux
Association des CLSC et des CHSLD du Québec
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux
Association des établissements privés et conventionnés de santé et des services sociaux
Association des gestionnaires des établissements des services de la santé et des services sociaux
Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec
Association des infirmières et des infirmiers d'urgence du Québec
Association des hôpitaux du Québec
Association des médecins d'urgence du Québec
Association des pédiatres du Québec
Association des médecins gériatres du Québec
Association des médecins psychiatres du Québec
Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec
Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale
Centrale de l'enseignement du Québec
Collège des médecins du Québec
Comité de la santé mentale du Québec (MSSS)
Confédération des syndicats nationaux
Conférence des recteurs et des principaux des universités
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec
Conseil pour la protection des malades
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Fédération des médecins résidents du Québec
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Fédération des travailleuses et travailleurs du Québec
Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec
Table des regroupements provinciaux des organismes communautaires et bénévoles

Nous tenons également à souligner et remercier plusieurs personnes pour leur participation à des comités de travail. La liste complète des comités et des individus se retrouve à la page 229 du présent document.

■ PRÉAMBULE ■

La deuxième version du *Guide de gestion de l'urgence*, dont la première édition a été publiée en 2000 sous le titre *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, vise l'amélioration de la gestion des urgences et l'humanisation des soins et des services qui y sont offerts.

Depuis les cinq dernières années, le nombre de personnes qui se présentent dans les urgences du Québec est en augmentation constante, tant en ce qui a trait aux patients ambulatoires qu'aux patients sur civière. Cette augmentation est en partie liée au vieillissement de la population, à la croissance du nombre de maladies chroniques, du nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale vivant dans la communauté et du nombre de personnes affectées par des maladies cardiaques.

D'autres facteurs sont responsables de l'augmentation de l'achalandage des urgences, dont le nombre trop peu élevé de services de première ligne, accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, sans parler de la difficulté de trouver un médecin de famille dans plusieurs régions du Québec.

Le présent guide est publié dans un contexte marqué par la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et par la mise en place des réseaux locaux de services, qui visent à corriger cette situation. En vertu du principe de responsabilité populationnelle, soit de donner à la population de leur région tous les outils pour conserver et améliorer leur état de santé et mieux être, et de la hiérarchisation des services, les CSSS ont le mandat de définir et de concevoir un projet clinique et de susciter la collaboration de tous les partenaires concernés.

Les CSSS sont les maîtres d'œuvre de l'intégration et de la coordination des services de première ligne, incluant les urgences, en vue d'assurer des services de qualité aux individus et aux familles vivant sur leur territoire.

■ TABLE DES MATIÈRES ■

	PAGE
REMERCIEMENTS	4
PRÉAMBULE	5
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	13
PARTIE A — INTRODUCTION	15
CHAPITRE A.1 – GÉNÉRALITÉS	16
A.1.1. Contexte	16
A.1.2. Historique	16
A.1.3. Philosophie de travail	17
A.1.4. But du présent guide	17
CHAPITRE A.2 – PRINCIPES DIRECTEURS	19
A.2.1. Qualité des soins	19
A.2.2. Respect de la personne	19
A.2.3. Modèle de gestion	19
A.2.4. Implication du médecin de famille	20
A.2.5. Responsabilité des acteurs en cause	20
A.2.6. Connaissance des types de patients fréquentant l'urgence	21
A.2.7. Utilisation pertinente de l'urgence	21
A.2.8. Approche systémique	22
A.2.9. Gestion continue de la situation	22
A.2.10. Performance	22
A.2.11. Qualité et accessibilité des données	23

	PAGE
CHAPITRE A.3 – TYPES DE SERVICES OFFERTS DANS LES URGENCES	24
A.3.1. Unités d'urgence du groupe 1 : unités d'urgence situées dans un site hospitalier	25
A.3.2. Urgences du groupe 2 : urgences de première ligne.....	26
 PARTIE B — URGENCE	 29
CHAPITRE B.1 – APPROCHE AXÉE SUR LE PATIENT	30
B.1.1. Mission de l'urgence.....	30
B.1.2. Cogestion clinique	31
B.1.3. Code d'éthique	32
 CHAPITRE B.2 – GESTION CLINIQUE DE L'ÉPISODE DE SOINS.....	 34
B.2.1. Accès à l'urgence	34
B.2.2. Triage	36
B.2.2.1. Triage avant inscription.....	36
B.2.2.2. Orientation après triage	36
B.2.2.3. Réévaluation et prise en charge médicale	37
B.2.2.4. Ordonnances collectives.....	37
B.2.2.5. Documents utiles	38
B.2.2.6. Information transmise aux patients	38
B.2.2.7. Tâches connexes.....	38
B.2.2.8. Évaluation de la qualité.....	38
B.2.2.9. Critères de compétence.....	39
B.2.2.10. Logiciel de triage.....	39
B.2.3. Patients ambulatoires.....	41
B.2.3.1. Patients ambulatoires et CSSS.....	41
B.2.3.2. Durée de séjour à l'urgence.....	41
B.2.4. Critères d'installation des patients sur une civière.....	43
B.2.5. Critères d'installation des patients dans l'aire de choc	45
B.2.5.1. Patient transporté en ambulance	45
B.2.5.2. Traumatologie	47
B.2.5.3. Registre de bord	49
B.2.6. Prise en charge du patient.....	50
B.2.6.1. Conditions pour prendre en charge un patient à l'urgence	50
B.2.6.2. Processus d'évaluation des patients	51
B.2.6.3. Transfert de patients entre les médecins de l'urgence.....	51

	PAGE
B.2.7. Prise de décision médicale.....	53
B.2.7.1. Consultation médicale à l'urgence	53
B.2.7.2. Demande de consultation provenant de l'extérieur de l'urgence...	55
B.2.7.3. Suivi du patient de l'urgence	55
B.2.7.4. Transfert du patient.....	55
B.2.7.5. Départ du patient	56
B.2.7.6. Admission du patient.....	57
B.2.7.7. Organisation d'un transfert interétablissements	58
B.2.8. Monitoring	62
B.2.8.1. Aspects qualitatifs	63
B.2.8.2. Aspects quantitatifs.....	67
B.2.8.3. Gestion clinique du monitoring.....	67
B.2.9. Examens diagnostiques	72
B.2.9.1. Suivi des résultats anormaux	72
B.2.10. Notes inscrites au dossier du patient.....	74
B.2.10.1. Transmission de l'information médicale	74
B.2.11. Famille et visiteurs à l'urgence	74
 CHAPITRE B.3 – GESTION DE L'INFORMATION	 77
B.3.1. Avantages de l'informatisation.....	77
B.3.2. Critères pour le choix d'un SIGDU.....	78
B.3.3. Fiabilité des données.....	79
B.3.4. Indicateurs.....	79
 CHAPITRE B.4 – GROUPES PARTICULIERS.....	 82
B.4.1. Domaine de la pédiatrie.....	82
B.4.1.1. Modèle d'organisation d'une urgence en pédiatrie.....	83
B.4.1.2. Monitoring des enfants à l'urgence	85
B.4.1.3. Guides et échelles utilisés en pédiatrie	85
B.4.1.4. Comité interdisciplinaire pédiatrique	85
B.4.1.5. Aspect médico-légal.....	86
B.4.1.6. Enfant maltraité ou victime d'abus sexuel	87
B.4.1.7. Transferts interétablissements en pédiatrie	89
B.4.1.8. Décès d'un enfant.....	89
B.4.2. Domaine de la santé mentale.....	91
B.4.2.1. Problématique.....	91
B.4.2.2. Intervention en situation de crise : le respect des besoins et des droits du patient.....	92
B.4.2.3. Comorbidité... des problèmes difficiles à évaluer en situation d'urgence	93
B.4.2.4. Gestion clinique de l'épisode de soins	93
B.4.2.5. Adoption d'une nouvelle loi	95

	PAGE
B.4.2.6. Aspects légaux.....	96
B.4.2.7. Abus envers les patients.....	99
B.4.2.8. Personne suicidaire	99
B.4.2.9. Mesures de contrôle : isolement et contention.....	99
B.4.2.10. Place de la famille et des proches à l'urgence	99
B.4.2.11. Modèle d'organisation.....	100
B.4.2.12. Réseau intégré en santé mentale	102
B.4.3. Domaine de la gériatrie	105
B.4.3.1. Problèmes particuliers	105
B.4.3.2. Rôles particuliers en gériatrie.....	109
B.4.3.3. Maintien dans la communauté	112
B.4.4. Domaine de la cardiologie.....	116
B.4.4.1. Prise en charge initiale.....	116
B.4.4.2. Liens avec les cardiologues.....	117
B.4.4.3. Formation du personnel de l'urgence.....	118
B.4.4.4. Infarctus aigu du myocarde et angioplastie primaire.....	118
B.4.4.5. Suivi des patients.....	119
CHAPITRE B.5 – GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	121
B.5.1. Cogestion de l'urgence.....	121
B.5.1.1. Infirmière–chef de l'urgence.....	122
B.5.1.2. Chef du Département ou du Service de médecine d'urgence.....	124
B.5.2. Organisation clinico-administrative	125
B.5.2.1. Comité de coordination clinico-administratif.....	125
B.5.2.2. Comité de l'évaluation de la qualité des soins	126
B.5.2.3. Comité d'évaluation sur le triage.....	126
B.5.2.4. Comité de recherche.....	126
B.5.2.5. Ordonnances collectives, protocoles de soins et algorithmes.....	127
B.5.2.6. Présence médicale et garde	127
B.5.2.7. Enseignement.....	128
B.5.3. Personnel médical de l'urgence	129
B.5.3.1. Règlements du DSMU	129
B.5.3.2. Responsabilité du médecin d'urgence	130
B.5.3.3. Nombre de médecins requis	130
B.5.3.4. Profil du médecin d'urgence à plein temps	131
B.5.3.5. Présence médicale et organisation du travail.....	131
B.5.3.6. Constitution d'un département de médecine d'urgence	132
B.5.3.7. Coordonnateur médical de l'urgence	133
B.5.4. Personnel infirmier de l'urgence	135
B.5.4.1. Rôles et responsabilités	135
B.5.4.2. Rôles dévolus aux infirmières	137
B.5.4.3. Qualification des infirmières de l'urgence	138
B.5.4.4. Orientation et intégration du personnel infirmier	138
B.5.4.5. Formation continue	140
B.5.4.6. Intégration de la relève	141

	PAGE
B.5.4.7. Composition de l'équipe des infirmières et ressources nécessaires	142
B.5.5. Autres professionnels de l'urgence.....	145
B.5.5.1. Pharmacien.....	145
B.5.5.2. Travailleur social	146
B.5.5.3. Infirmière clinicienne de liaison en santé physique	148
B.5.5.4. Infirmière clinicienne de liaison en santé mentale.....	149
B.5.5.5. Inhalothérapeute	149
B.5.5.6. Physiothérapeute et ergothérapeute	150
B.5.5.7. Technologiste médical	150
B.5.5.8. Infirmière auxiliaire	150
B.5.6. Personnel de soutien.....	152
B.5.6.1. Inscription.....	152
B.5.6.2. Réception.....	152
B.5.6.3. Agent administratif classe 3, fonction commis	153
B.5.6.4. Préposé aux bénéficiaires.....	154
B.5.6.5. Préposé aux bénéficiaires responsable du transport des patients	154
B.5.6.6. Responsable du matériel	155
B.5.6.7. Agent administratif classe 2, fonction secrétariat	155
B.5.6.8. Technicien en administration	156
B.5.6.9. Agent de sécurité	156
B.5.6.10. Bénévoles	156
B.5.7. Mesures concernant les effectifs médicaux et infirmiers	157
B.5.7.1. Gestion du stress	159
B.5.7.2. Mécanismes de protection du personnel	160
B.5.8. Organisation médicale d'une urgence en région rurale	162
B.5.8.1. Accessibilité des services d'urgence.....	162
B.5.8.2. Effectifs médicaux.....	162
B.5.8.3. Présence médicale à l'urgence en région rurale	164
B.5.8.4. Soutien apporté à l'équipe médicale en place.....	164
B.5.8.5. Formation en soins critiques	165
B.5.8.6. Formation universitaire	166
B.5.8.7. Mécanisme de dépannage.....	166
B.5.8.8. Activités prioritaires et partage des tâches.....	166
B.5.8.9. Infirmière praticienne spécialisée de première ligne à l'urgence.	167
B.5.8.10. Risque de fermeture de l'urgence	168
CHAPITRE B.6 – ORGANISATION PHYSIQUE DE L'URGENCE.....	170
B.6.1. Configuration physique.....	170
B.6.1.1. Accès à l'urgence.....	170
B.6.1.2. Aire de triage et d'accueil.....	171
B.6.1.3. Aire de choc.....	172
B.6.1.4. Aire des civières.....	173
B.6.1.5. Aire ambulatoire.....	173

	PAGE
B.6.1.6. Aire clinico-administrative	174
B.6.1.7. Autres aires	174
B.6.2. Aménagement physique pour la prévention des infections	175
B.6.3. Particularités de l'aménagement physique en fonction des différents types de patients	177
B.6.3.1. Patients de pédiatrie	177
B.6.3.2. Patient souffrant d'un problème de santé mentale	177
B.6.3.3. Patients de gériatrie	179
B.6.4. Calcul du nombre de civières fonctionnelles à l'urgence	180
B.6.4.1. Civières fonctionnelles	180
B.6.4.2. Nombre de civières fonctionnelles en fonction de la capacité maximale de l'urgence	180
B.6.5. Information sur le programme fonctionnel et technique (PFT).....	181
B.6.6. Équipement	183
PARTIE C — LE CENTRE HOSPITALIER ET LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS).....	185
CHAPITRE C.1 – ÉQUIPE ACTION–SOUTIEN À L'URGENCE	186
C.1.1. Mandat de l'équipe action–soutien	186
C.1.2. Composition de l'équipe action–soutien	187
CHAPITRE C.2 – GESTION DES ADMISSIONS ET DES DÉPARTS	189
C.2.1. Comité de gestion des admissions et des départs	189
C.2.2. Coordonnateur des admissions	190
C.2.3. Comité de séjour	191
C.2.4. Chefs de départements et de services	192
C.2.5. Équipes de liaison	193
C.2.6. Modèles de coordination des soins et des services pour les personnes vulnérables	193
C.2.7. Unité d'hospitalisation brève.....	195
CHAPITRE C.3 – PLAN DE GESTION DU DÉBORDEMENT DE L'URGENCE	197
C.3.1. Niveaux de débordement	197
C.3.2. Proposition de plan de débordement.....	199
C.3.3. Situation exceptionnelle (niveau d'alerte 3).....	200

	PAGE
PARTIE D — LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	203
CHAPITRE D.1 – CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	204
D.1.1. Responsabilités du CSSS	204
D.1.2. Organisations associées au CSSS.....	206
D.1.2.1. CLSC	206
D.1.2.2. CHSLD.....	207
CHAPITRE D.2 – PARTENAIRES DES CSSS ET DES CENTRES HOSPITALIERS	208
D.2.1. Médecin de famille.....	208
D.2.2. Services préhospitaliers	209
D.2.3. Réseaux sociaux et communautaires.....	209
D.2.4. Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)	210
D.2.5. Agences de la santé et des services sociaux	211
CONCLUSION	212
DÉFINITIONS	213
LISTE DES COMITÉS DE TRAVAIL	216
BIBLIOGRAPHIE	235

■ LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ■

AGIUQ	Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AIUQ	Association des infirmiers et infirmières d'urgence du Québec
AMUQ	Association des médecins d'urgence du Québec
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et services sociaux
APP	Angioplastie primaire
APR-DRG	All Patient Refined Diagnostic Related Groups
BDCU	Banque de données communes des urgences
C.A.	Conseil d'administration
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CNMQ	Centre national Médecins Québec
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DPJ	Directeur ou Direction de la protection de la jeunesse
DRG	Diagnostics related groups
DRMG	Département régional de médecine générale
DMS	Durée moyenne de séjour
DSI	Directeur ou Direction des soins infirmiers
DSMU	Département ou Service de médecine d'urgence
DSP	Directeur ou Direction des services professionnels
ETG	Échelle de triage et de gravité
FC	Fréquence cardiaque

FR	Fréquence respiratoire
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecins de famille
IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PFT	Plan fonctionnel et technique
UMF	Unité de médecine familiale
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de santé
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIGDU	Système d'information et de gestion des départements d'urgence

PARTIE A

INTRODUCTION

CHAPITRE A.1 ■ GÉNÉRALITÉS ■

A.1.1. CONTEXTE

Préoccupé par la situation prévalant depuis plusieurs années dans les urgences du Québec et conscient de la nécessité d'agir, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, confirme que l'amélioration de la gestion des urgences constitue un dossier prioritaire du ministère de la Santé et des Services sociaux (nommé plus loin MSSS ou Ministère).

C'est donc dans un contexte dynamique et stimulant que la mise à jour du *Guide de gestion de l'urgence* a été entreprise. L'amélioration de ce document de référence a constitué une importante part des activités du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) au cours des dernières années et se situe dans la continuité des travaux amorcés afin d'améliorer la gestion de l'urgence, tant pour les patients y séjournant que pour le personnel y travaillant. Tout comme la première version, ce guide vise à :

- proposer un modèle de gestion et un guide de fonctionnement de l'urgence ;
- formuler des recommandations pour favoriser une gestion optimale de l'urgence ;
- faire connaître aux gestionnaires visés les solutions gagnantes et les expériences positives en ce qui a trait au fonctionnement d'une urgence.

A.1.2. HISTORIQUE

En octobre 1999 et juin 2000, deux forums sur la situation des urgences, présidés par la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, réunissaient vingt-trois organismes directement concernés par la question des urgences. Ces forums ont permis aux participants de se rallier autour d'une compréhension commune de la situation des urgences.

L'une des recommandations formulées au cours de ces forums était de concevoir un guide pour améliorer le fonctionnement interne de l'urgence. Cette recommandation se lisait comme suit :

Les hôpitaux et leurs partenaires réaliseront et diffuseront un guide complet de gestion de l'urgence dans l'hôpital, dans lequel on retrouvera une charte des conditions de réussite de l'intégration de l'urgence dans l'hôpital et dans ses liens avec la communauté et le développement de modèles de gestion de l'urgence faisant appel à une responsabilité partagée (médico-infirmière), en s'inspirant des meilleures pratiques et des réussites locales et régionales.

La responsabilité d'appliquer cette recommandation était partagée entre l'Association des hôpitaux du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (par l'entremise du Groupe de soutien aux urgences) et l'Association des CLSC et CHSLD du Québec.

La première version du *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, publiée en décembre 2000 et largement diffusée dans le réseau de la santé, est considérée comme un outil précieux en vue d'améliorer le fonctionnement des urgences. Ce guide est reconnu comme la référence principale pour les gestionnaires et cliniciens des urgences du Québec.

Le Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) a été créé en 2000 lors du deuxième forum sur les urgences. En partenariat avec l'Association des hôpitaux du Québec, le CCNU s'est vu confier le rôle de produire ce guide, de le faire connaître et de s'assurer de sa mise à jour. La diffusion du premier guide a eu lieu dans le cadre d'une tournée provinciale d'information.

A.1.3. PHILOSOPHIE DE TRAVAIL

La philosophie de travail prônée dans le présent guide, qui se veut dynamique et évolutif, s'exprime à travers les principes suivants :

- La primauté du patient.
- La satisfaction des besoins du patient.
- Un constant souci du maintien de la qualité des soins.
- Une approche rigoureuse en ce qui a trait à la gestion.
- La responsabilité des décideurs.
- Des recommandations fondées sur des preuves scientifiques, lorsque celles-ci existent, sur des expériences connaissant du succès ou sur des tendances reconnues.

A.1.4. BUT DU PRÉSENT GUIDE

Le *Guide de gestion de l'urgence* est proposé dans le but d'établir un modèle d'organisation qui vise, notamment pour l'épisode de soins urgents, à assurer une meilleure intégration des services à l'aide d'une approche axée sur les patients et sur la qualité des soins.

L'urgence est un élément majeur de notre système de soins et le caractère particulier de ses activités suppose un modèle d'organisation qui s'intègre au plan d'organisation clinique de l'établissement et à toutes les composantes du réseau intra et extrahospitalier, tel que défini à l'article 183 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Ce guide doit servir d'outil de référence aux établissements afin qu'ils puissent mettre en œuvre leur plan d'action et respecter le haut niveau de priorité que le conseil d'administration, les conseils professionnels et les directions des établissements accordent à la résolution des problèmes qui peuvent affecter le fonctionnement optimal de l'urgence. L'intégration de l'urgence à l'hôpital et au réseau de santé et services sociaux est essentielle et constitue une condition au bon fonctionnement de l'urgence.

Pour parvenir à l'intégration souhaitée, le présent guide propose la mise en œuvre de moyens concrets qui appellent chaque gestionnaire et intervenant à revoir les rôles et les responsabilités qui leur sont dévolus en fonction d'une utilisation judicieuse et pertinente des ressources disponibles et des résultats attendus. Quant aux recommandations contenues dans ce guide, elles doivent être adaptées à la lumière de la vocation de chaque établissement, du volume de cas traités à l'urgence et du type de patients qui s'y présentent.

Dans la perspective d'une évolution continue des connaissances, le groupe de travail responsable de la coordination des travaux a fait appel, pour la rédaction de cette nouvelle version, à la contribution de plusieurs experts du réseau de la santé, qui ont participé à des comités de travail sur des groupes particuliers de patients ou des sujets relatifs à l'urgence, à savoir :

- Les patients atteints d'un problème de santé mentale.
- Les patients de pédiatrie.
- Les patients de pédopsychiatre.
- Les patients de cardiologie.
- Les personnes âgées.
- Les urgences en région rurale.
- Le séjour des patients ambulatoires à l'urgence.
- L'organisation du travail.
- Les médecins spécialistes.
- La pertinence des admissions.
- L'utilisation du système d'information et de gestion du Département d'urgence.
- L'analyse des plans fonctionnels et techniques des projets d'agrandissement et de rénovation de l'urgence.
- Les unités de courts séjours.
- La gestion du débordement.
- Les équipements.
- La catégorisation des urgences.

La nouvelle version du *Guide de gestion de l'urgence* est inspirée des travaux de ces comités. Il y a lieu de remercier tous ceux qui en ont fait partie, leur collaboration ayant permis de mieux comprendre certaines problématiques, de mieux cerner certains aspects du fonctionnement de l'urgence et d'améliorer la nouvelle version du guide. Mentionnons que les rapports de ces comités de travail peuvent être obtenus sur demande au CCNU. Le *Guide de gestion de l'urgence* peut quant à lui être obtenu en version imprimée dans tous les établissements du réseau. Il est également accessible en version électronique sur l'intranet du réseau.

CHAPITRE A.2

■ PRINCIPES DIRECTEURS ■

Un modèle de gestion de l'urgence vise à créer une dynamique nouvelle qui permettra un meilleur fonctionnement de celle-ci.

Le modèle de gestion proposé dans ces pages est basé sur la participation de l'ensemble du personnel et exige que l'on accorde une priorité à l'urgence au sein de l'établissement. Afin de reposer sur une base solide, le modèle de gestion doit s'inspirer des principes directeurs décrits dans les points suivants.

A.2.1. QUALITÉ DES SOINS

La qualité des soins est le principe directeur auquel tous les autres sont subordonnés. Les efforts doivent donc être dirigés vers une gestion basée sur une amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Tout doit être mis en œuvre pour que les changements apportés dans chaque milieu contribuent à améliorer la qualité des soins offerts aux patients et pour que les mesures nécessaires à l'évaluation de la qualité soient implantées. Le maintien de l'expertise par la formation continue et l'évaluation des actes cliniques par les différents conseils professionnels sont des composantes importantes de cette démarche.

A.2.2. RESPECT DE LA PERSONNE

La gestion de l'urgence se fait dans le respect de la dignité du patient, de la confidentialité et de la sécurité, notamment par l'abolition de certaines pratiques (par exemple : installation des patients dans les corridors) et par des mesures visant à maintenir la durée du séjour et le temps d'attente des patients à l'intérieur de normes préconisées par le Ministère.

Le respect de chacune des personnes intervenant à l'urgence doit aussi être assuré par des mesures garantissant au personnel de l'urgence un environnement propice à l'exercice de ses fonctions et à sa sécurité, ainsi que par des mesures visant à prévenir l'épuisement professionnel. L'établissement doit aussi offrir au personnel de l'urgence, particulièrement au cours des périodes où l'achalandage est plus important, un soutien adéquat.

A.2.3. MODÈLE DE GESTION

Le modèle de gestion proposé est basé sur l'implication et la responsabilisation du personnel, ainsi que sur la délégation de mandats à des instances clairement identifiées, autorisées et reconnues, fonctionnant de façon interdépendante.

Les principes de ce modèle sont les suivants :

- Implication de tous les intervenants de l'urgence.
- Présence d'une équipe action-soutien à l'urgence.
- Existence d'un consensus accordant la priorité à l'urgence au sein de l'établissement.
- Existence d'un tandem médico-infirmier clinique et administratif.
- Présence d'un coordonnateur médical à l'urgence.
- Présence d'un coordonnateur de la gestion des lits dans l'établissement.
- Existence d'un plan de débordement de l'urgence approuvé par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le conseil d'administration (C.A.).
- Existence d'un comité de coordination quotidienne des départs et des admissions.

A.2.4. IMPLICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE

Le médecin de famille occupe un rôle central dans la coordination des soins de chacun de ses patients dans le réseau. Sa disponibilité est l'un des éléments importants pour la continuité des soins. À cet effet, la mise en place de réseaux de services médicaux intégrés, dont les groupes de médecins de famille (GMF) et les cliniques-réseau, devrait contribuer à assurer l'accessibilité et la continuité des soins offerts à une population définie. De plus, l'élaboration de projets cliniques pour chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec permettra d'assurer la collaboration de l'ensemble des médecins de famille du territoire.

A.2.5. RESPONSABILITÉ DES ACTEURS EN CAUSE

Le présent guide propose une philosophie et un modèle de gestion s'appuyant sur la responsabilité des divers acteurs en cause. Les mécanismes proposés pour obtenir des résultats concrets reposent sur l'implication d'équipes et de personnes chargées de responsabilités précises, dont les actions sont coordonnées et qui sont reconnues par les instances administratives et cliniques de l'établissement.

On trouvera dans ce guide le ou les mandataires responsables de l'application de chacune des recommandations proposées. Cependant l'établissement peut choisir de remplacer le mandataire préalablement désigné en fonction de son plan d'organisation.

Les gestionnaires de l'urgence, l'infirmière–chef et le chef médical de l'urgence, sont responsables envers leurs supérieurs, que ce soit le Directeur des services professionnels (DSP) ou le Directeur des soins infirmiers (DSI), d'assurer le bon fonctionnement de l'urgence. De la même façon, l'ensemble des gestionnaires de l'établissement et du réseau se doivent de collaborer au bon fonctionnement de l'urgence selon leurs secteurs d'activité, et doivent rendre des comptes au C.A. de l'établissement et à la population.

A.2.6. CONNAISSANCE DES TYPES DE PATIENTS FRÉQUENTANT L'URGENCE

L'utilisation de l'urgence varie en fonction d'éléments tels que la mission de l'établissement, sa situation géographique, l'accès à des ressources alternatives, les effectifs médicaux et la population environnante. Les changements dans l'organisation ou la vocation des établissements créent des effets pouvant modifier rapidement l'achalandage et le type de patients se présentant à l'urgence.

La connaissance des types de patients fréquentant l'urgence, jointe à celle du profil des hospitalisations, favorisent une meilleure compréhension de la dynamique de l'urgence. La planification des services cliniques et des ressources humaines, techniques et financières s'effectue alors en fonction de données objectives.

A.2.7. UTILISATION PERTINENTE DE L'URGENCE

La population doit être informée, par le CSSS, des ressources disponibles dans la communauté pour évaluer tout problème de santé. Ces ressources doivent, à leur tour, connaître la mission de l'urgence et contribuer à l'orientation judicieuse des patients vers la ressource la plus appropriée. De même, une communication soutenue entre l'urgence et les ressources en question permet une meilleure prise en charge des patients qui y ont été dirigés.

Puisqu'il est difficile de cibler le patient type pour lequel les services de l'urgence sont indiqués, il est recommandé d'adopter la définition de l'American College of Emergency Physicians (ACEP)¹ :

Emergency services are those health care services provided to evaluate and treat medical conditions of recent onset and severity that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe that urgent and/or unscheduled medical care is required.

Les soins d'urgence sont des services de santé servant à évaluer et à traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau moyen de connaissances en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire. (Traduction libre)

¹ AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (June 1994). « Definition of an emergency service », *Annals of Emergency Medicine*, n° 23, p. 1397.

A.2.8. APPROCHE SYSTÉMIQUE

L'un des défis à relever dans la gestion des urgences consiste en ce que chaque composante du réseau de santé d'un territoire, y compris l'urgence elle-même, se voit comme partie intégrante d'un tout. Cette manière de voir permet d'établir les liens essentiels au bon fonctionnement des activités, de mieux détecter les effets immédiats et à long terme des changements ou ajustements amenés par la participation de chaque composante du réseau et de déterminer les éléments susceptibles d'améliorer les problèmes décelés. De plus, dans la mesure où la finalité des actions est bien définie, cette approche peut faire apparaître entre les partenaires une nouvelle dynamique favorisant l'amélioration des interactions et l'atteinte des résultats visés.

Avec l'implantation des réseaux locaux de santé et de services sociaux, chaque territoire a comme défi de répondre aux besoins de sa population. Un arrimage à tous les niveaux (clinique privée, GMF, clinique-réseau, services préhospitaliers, CLSC, CHSLD, centre hospitalier, RUIS) saura assurer la continuité des services offerts ainsi que la disponibilité des ressources en temps requis.

A.2.9. GESTION CONTINUE DE LA SITUATION

La fluctuation continue des activités de l'urgence, autant sur une base journalière et hebdomadaire que sur une base saisonnière, nécessite une surveillance serrée. Ce contrôle suppose un mode de gestion continue et efficace comportant des mécanismes d'ajustement connus et explicites. La situation de l'urgence doit être suivie de façon continue et les recommandations du présent guide de gestion doivent être appliquées, même s'il n'y a ni encombrement ni patients à l'urgence en attente d'une admission, cela afin de garantir la capacité constante de l'urgence de faire face à un achalandage imprévu.

A.2.10. PERFORMANCE

Tout en reconnaissant que la notion de la performance est un sujet complexe, nous retenons la définition de Voyer¹ :

- Accomplir sa mission en s'adaptant à son environnement et en profitant de ce qu'il a à offrir.
- Produire des résultats de qualité correspondant aux objectifs de l'organisation.
- Atteindre les résultats escomptés au meilleur coût possible.
- Respecter les conditions organisationnelles liées à l'utilisation optimale des ressources et à la qualité du processus.

¹ VOYER, P. (1997). *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec, 446 p.

A.2.11. QUALITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES DONNÉES

En s'appuyant sur un modèle de gestion éprouvé et sur de nombreuses recommandations, l'équipe de l'urgence et les gestionnaires de l'établissement pourront faire évoluer la situation de l'urgence à partir de leur analyse des écarts observés et des résultats attendus. Pour cette raison, il est important que les établissements disposent d'un système d'information fiable comprenant toutes les données utiles à une meilleure connaissance des différents types de patients et de leur cheminement.

Le contrôle continu de la gestion et les communications entre les différents partenaires du réseau nécessitent invariablement des données cliniques et administratives de qualité. Celles-ci doivent être valables, rapidement accessibles et présentées dans un format pratique afin qu'on puisse en extraire de l'information utile à la prise de décision.

*Principes directeurs et modèle
de gestion de l'urgence*

RECOMMANDATION A.2.

- A. Appliquer un modèle de gestion de l'urgence basé sur les principes directeurs du *Guide de gestion de l'urgence*.**

Responsable : directeur général de l'établissement.

Niveaux d'urgence : tous.

CHAPITRE A.3

■ TYPES DE SERVICES OFFERTS DANS LES URGENCES ■

Le *Guide de gestion de l'urgence* ne peut être appliqué uniformément à l'ensemble des urgences du Québec. Les exigences de gestion ne peuvent en effet être les mêmes dans un centre universitaire et dans un centre de première ligne en région rurale. Dans le but de faciliter l'atteinte des objectifs de gestion poursuivis, le présent guide propose une hiérarchisation des niveaux de services offerts à l'urgence, ainsi que des recommandations adaptées à chaque niveau d'urgence.

La mise en place des centres de santé et de services sociaux (CSSS) nous incite à revoir l'organisation des services de première ligne, la hiérarchisation des soins et les liens entre les différents groupes de professionnels offrant des services de santé afin d'assurer une meilleure accessibilité aux services d'urgence. Le projet clinique dont l'objectif est l'intégration des services vise à corriger les lacunes du système quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts. Dans la foulée de cette réorganisation des services, les auteurs du présent guide ont regroupé les services offerts à l'urgence selon différents niveaux. Afin de rendre ce modèle d'organisation des services d'urgence applicable, les conditions suivantes doivent être observées :

- Mise en place d'un réseau qui permet l'accès à un médecin de famille sur le territoire.
- Implantation d'un service préhospitalier.
- Mise en place d'un système de suivi coordonné par les services de soins à domicile.

D'autres critères doivent être pris en considération dans la classification des services offerts à l'urgence, soit :

- la distance ;
- le volume et la lourdeur des activités ;
- la densité de la population ;
- l'expertise requise de l'équipe d'urgence.

Le *Guide de gestion de l'urgence* recense six niveaux de soins d'urgence, répartis à l'intérieur de deux groupes, soit, d'une part, les unités d'urgence des hôpitaux et des sites hospitaliers des CSSS (groupe 1) et, d'autre part, les urgences de première ligne (groupe 2).

A.3.1. UNITÉS D'URGENCE DU GROUPE 1 : UNITÉS D'URGENCE SITUÉES DANS UN SITE HOSPITALIER

L'unité d'urgence située dans un site hospitalier bénéficie des avantages d'une installation comptant des lits de soins de courte durée où sont offerts, dans un délai approprié et par une équipe interdisciplinaire de professionnels s'appuyant sur des moyens adéquats, des services comprenant le triage, l'accueil, l'évaluation, la stabilisation, les examens et le traitement, dans le but de répondre à une condition médicale urgente et de prendre une décision éclairée quant à l'orientation du patient. Ces unités d'urgence sont ouvertes 24 heures par jour et se subdivisent en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

Unités d'urgence de niveau primaire

Les unités d'urgence de niveau primaire offrent des services médicaux continus généralement assurés par des médecins omnipraticiens. Ces installations doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique répandue (*cf.* tableau, p. 30) ainsi que des lits d'hospitalisation. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les services de chirurgie générale et d'anesthésiologie y sont accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Les établissements dans lesquels on trouve ce type d'urgence doivent aussi posséder une unité de soins intensifs ou son équivalent.

Unités d'urgence de niveau secondaire

Dans les unités d'urgence de niveau secondaire, les services médicaux continus sont généralement assurés par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes des disciplines chirurgicales et médicales appropriées. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique spécialisée. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Les services d'anesthésiologie, de radiologie, de médecine interne et de chirurgie générale, de même que les services offerts par certaines spécialités médicales et chirurgicales, notamment l'orthopédie si le centre est un centre secondaire désigné du réseau de traumatologie, doivent y être accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Il doit en être de même pour toutes les autres spécialités offertes dans l'établissement. Il doit également y avoir une unité de soins intensifs dans l'établissement.

Unités d'urgence de niveau tertiaire

Les unités d'urgence de niveau tertiaire offrent des services médicaux continus, généralement assurés par des spécialistes en médecine d'urgence et par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique spécialisée et ultraspécialisée. L'équipe médicale en place permet d'assurer l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Dans une unité d'urgence de niveau tertiaire, on doit pouvoir avoir accès aux services de médecins spécialistes en anesthésiologie, en radiologie et en médecine interne, ou de médecins appartenant à certaines spécialités médicales ou chirurgicales, notamment l'orthopédie, la neurotraumatologie et la neurochirurgie, si le centre est un centre désigné du réseau de traumatologie, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Il doit en être de même pour toutes les autres spécialités offertes dans l'établissement. Il doit également y avoir une unité de soins intensifs dans l'établissement.

Cette catégorie inclut les unités d'urgences à vocation unique.

A.3.2. URGENCES DU GROUPE 2 : URGENCES DE PREMIÈRE LIGNE

Les urgences de première ligne sont des points de service situés en dehors de sites hospitaliers mais qui font partie des services offerts par les CSSS, à savoir les CLSC, les CHSLD et les dispensaires. Dans ces points de service, un professionnel ou une équipe de professionnels s'appuyant sur des moyens adéquats offrent dans un laps de temps convenable, des services comprenant le triage, l'accueil, l'évaluation, la stabilisation, les examens, le traitement puis, le cas échéant, l'orientation du patient vers la ressource appropriée, en faisant appel, au besoin, aux corridors de services établis. L'établissement ne possède pas d'unité d'hospitalisation, à l'exception de quelques lits d'évaluation gériatrique. Ces urgences de première ligne se divisent en trois niveaux.

Urgence de première ligne de niveau A

L'urgence de première ligne de niveau A est un point de service situé dans une région isolée et éloignée (dispensaire) où une infirmière ayant une formation appropriée agit auprès des usagers sous une supervision médicale à distance assurée par un lien téléphonique ou par tout autre mode de communication à distance. Ces services sont accessibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Urgence de première ligne de niveau B

L'urgence de première ligne de niveau B doit minimalement être ouverte de 12 à 16 heures par jour selon l'offre de services établie par le CSSS et acceptée par l'agence et le MSSS. Les services y sont assurés par un médecin et une ou des infirmières. Ce point de service est situé de 50 à 75 kilomètres de l'unité d'urgence d'un site hospitalier du groupe 1.

Urgence de première ligne de niveau C

L'urgence de première ligne de niveau C doit être ouverte 24 heures par jour selon le plan de services établi par le CSSS et accepté par l'agence et le MSSS. Un médecin et une infirmière y sont présents 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Ce point de service est situé à plus de 75 kilomètres de l'unité d'urgence d'un site hospitalier du groupe 1.

Précisions concernant les tableaux

Les éléments énumérés dans les tableaux suivants précisent l'organisation **minimale** requise pour qu'une urgence soit reconnue en tant que telle.

UNITÉS D'URGENCE DU GROUPE 1 SITUÉES DANS UN SITE HOSPITALIER COMPTANT DES LITS DE SOINS DE COURTE DURÉE

Niveau	Primaire (P)	Secondaire (S)	Tertiaire (T)
Accessibilité	24 heures, 7 jours	24 heures, 7 jours	24 heures, 7 jours
Niveau d'activité (volume d'utilisateurs sur civière/année)	Moins de 10 000	Entre 10 000 et 20 000 Ou urgence de niveau secondaire en traumatologie	Plus de 20 000 Ou urgence de niveau tertiaire en traumatologie ; urgence située à l'intérieur d'un CHU
Services médicaux accessibles 24 heures, 7 jours, à l'intérieur d'un délai de 30 minutes	Médecine générale, anesthésiologie, chirurgie générale	Niveau P + médecine interne, radiologie et orthopédie (si centre de traumatologie secondaire)	Niveau S + présence de certaines sur-spécialités médicales et chirurgicales telles que : néphrologie, neurochirurgie, chirurgie cardiaque et thoracique, etc.
Professionnels présents à l'urgence	Voir chapitre B5	Voir chapitre B5	Voir chapitre B5
Spécialiste en médecine d'urgence	Présence non requise	Présence facultative	Oui
Services nécessaires à l'unité d'urgence			
Réception d'ambulances	Oui	Oui	Oui
Triage	Oui	Oui	Oui
Stabilisation et réanimation	Oui	Oui	Oui
Civières pour la prise de décision	Oui	Oui	Oui
Monitoring (cardiaque, oxymétrie)	Oui	Oui	Oui
Transfert organisé en moins de 30 minutes	Oui	Oui	Oui
Enseignement universitaire et recherche	Facultatif	Facultatif	Oui
Services nécessaires dans l'établissement			
Lits de courte durée accessibles en moins de 2 heures	Oui	Oui	Oui
Unité de soins intensifs	Oui	Oui	Oui
Services diagnostiques minimaux			
ECG	Oui	Oui	Oui
Imagerie médicale	Plateau technique de base avec échographie	Niveau P + tomodensitométrie	Niveau S + résonance magnétique, médecine nucléaire, angiographie, etc.
Analyses de laboratoire	Générales	Spécialisées	Spécialisées
Ententes interétablissements	Oui	Oui	Oui

Note : Les urgences des sites hospitaliers à vocation unique, tels que les instituts de cardiologie, les centres hospitaliers psychiatriques et les centres hospitaliers pédiatriques, font partie des unités d'urgence tertiaires.

URGENCES DU GROUPE 2

POINTS DE SERVICES SITUÉS EN DEHORS DES SITES HOSPITALIERS ET NE POSSÉDANT PAS D'UNITÉ D'HOSPITALISATION

Niveau	A	B	C
Accessibilité	24 heures, 7 jours	12-16 heures, 7 jours	24 heures, 7 jours Possibilité de garde médicale la nuit selon le niveau d'activité
Type d'installation	Dispensaire intégré dans un réseau local	Point de service d'un réseau local (1)	Point de service d'un réseau local (1)
Distance de l'unité d'urgence d'un site hospitalier (groupe 1)	Région isolée et région éloignée (telles que décrites dans l'arrêté ministériel)	Environ de 50 à 75 kilomètres d'une urgence d'un site hospitalier	Plus de 75 kilomètres d'une urgence d'un site hospitalier
Services médicaux nécessaires	Présence non requise	Médecin omnipraticien 12-16 heures, 7 jours	Médecin omnipraticien 24 heures, 7 jours
Professionnels présents à l'urgence	Infirmière ayant une formation appropriée, sous supervision médicale constante d'un médecin à distance	Médecin et infirmière	Médecin, infirmière et professionnel des services diagnostiques si requis
Spécialiste en médecine d'urgence	Présence non requise	Présence non requise	Présence non requise
Services nécessaires à l'urgence			
Réception d'ambulances	Non	Non	Oui (selon protocole préhospitalier du territoire)
Triage	Oui	Oui	Oui
Stabilisation et réanimation	Oui	Oui	Oui
Civières pour la prise de décision	Non	Non	Oui (pour temps de séjour répondant aux normes)
Monitoring	Oui (dans la salle de choc)	Oui (dans la salle de choc)	Oui (dans la salle de choc)
Transfert organisé en < 30 minutes	Oui	Oui	Oui
Services nécessaires dans l'établissement			
Lits de courte durée	Non	Non	Non
Unité de soins intensifs	Non	Non	Non
Services diagnostiques			
ECCG	Oui	Oui	Oui
Imagerie médicale	Non	Non	Oui (selon le plan de services défini par l'agence)
Analyses de laboratoire	À l'extérieur de l'établissement	À l'extérieur de l'établissement	À l'extérieur de l'établissement
Ententes interétablissements	Oui	Oui	Oui

(1) La densité de population, la distance, l'organisation médicale et les services préhospitaliers doivent être pris en compte.

PARTIE B

URGENCE

CHAPITRE B.1

■ APPROCHE AXÉE SUR LE PATIENT ■

B.1.1. MISSION DE L'URGENCE

L'urgence fournit en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition, [à l'aide d'une approche axée sur le patient]¹

Pour que l'on puisse accomplir cette mission, la vision de l'urgence doit être axée sur l'idée que celle-ci fait partie intégrante de la communauté à l'intérieur de laquelle elle fait office de filet de sécurité sanitaire. Pour cela, il faut donc que sa mission soit complémentaire à la mission des autres composantes du réseau. Il faut enfin que l'urgence soit intégrée à l'hôpital où elle constitue une plaque tournante et une importante porte d'entrée pour les patients ayant rapidement besoin de services.

Les établissements d'un même territoire doivent, par l'entremise de leur conseil d'administration et leurs conseils professionnels, reconnaître l'importance qu'ils doivent accorder à l'urgence. Ils doivent aussi accorder priorité aux activités de l'urgence et harmoniser celles-ci aux activités de leurs partenaires.

La mission de l'urgence doit être affichée dans les locaux de l'urgence, principalement dans la salle d'attente.

Mission de l'urgence

RECOMMANDATION B1.1.

- A. Respecter la mission de l'urgence et s'assurer que les directions et les conseils professionnels concernés accordent priorité à l'urgence au sein de l'établissement.**

Responsables : président du C.A. et directeur général de l'établissement.

Niveaux d'urgence : tous.

¹ Tiré de VADEBONCOEUR, A. et al. (1999). *Projet urgence 2000. De paratonnerre à plaque tournante*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 101 p.

B.1.2. COGESTION CLINIQUE

Pour réaliser la mission de l'urgence, il est important que le médecin et l'infirmière forment une équipe. Leur objectif commun est d'orienter leurs actions en vue d'offrir des services de qualité et de satisfaire les besoins des patients se présentant à l'urgence.

Le médecin a la responsabilité d'un grand nombre de patients. Il doit évaluer de façon prioritaire l'état de certains d'entre eux, stabiliser les autres, réévaluer certains cas et orienter un certain nombre de patients vers d'autres services. Pour faciliter sa tâche, l'infirmière joue un rôle majeur en lui indiquant quels patients ont besoin d'une intervention prioritaire.

L'infirmière s'occupe en général d'un nombre plus restreint de patients et est responsable de coordonner la globalité des soins. Pour bien accomplir cette tâche, elle doit être avisée par le médecin des traitements et interventions prévus et des particularités des patients.

L'infirmière et le médecin de l'urgence ont pour responsabilité de s'assurer que les professionnels, dont les services sont requis, ont été sollicités afin de répondre aux besoins du patient. L'objectif poursuivi est la qualité, la pertinence et l'efficacité de l'intervention dans le respect des champs d'exercice de chacun.

En communication fréquente, ces deux gestionnaires cliniques de l'épisode de soins feront en sorte que le processus se déroule rapidement et que le patient reçoive des soins de qualité appropriés à son état.

Toute l'organisation de l'urgence doit être conçue afin que le climat au sein de l'équipe favorise l'harmonisation du travail du tandem médico-infirmier.

L'infirmière–chef et le chef du Département ou du Service de médecine d'urgence ont la responsabilité d'établir conjointement des ententes, des règles et des mécanismes de fonctionnement avec les multiples services et intervenants associés à l'urgence.

*Cogestion clinique
à l'urgence*

RECOMMANDATION B1.2.

A. Constituer un tandem médico-infirmier de gestion clinique.

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef.

Niveaux d'urgence : tous.

B.1.3. CODE D'ÉTHIQUE

En plus de respecter le code d'éthique de l'établissement, établi en vertu de la LSSSS (article 233), les membres de l'urgence doivent se soumettre à des règles plus spécifiques qui découlent des particularités de la pratique à l'urgence. Les éléments énumérés ci-dessous illustrent certaines responsabilités fondamentales des professionnels et du personnel de l'urgence. Ces règles d'éthique sont tirées d'une publication de l'American College of Emergency Physicians (ACEP)¹.

Le personnel de l'urgence doit :

1. soigner les patients selon les règles de l'art en tenant compte des besoins spécifiques de chacun ;
2. reconnaître que sa responsabilité professionnelle fondamentale est le bien-être du patient ;
3. répondre rapidement et adéquatement, sans préjugés ni partialité, à toute demande de soins constituant une urgence médicale ;
4. respecter les droits des patients et s'efforcer d'agir dans leur meilleur intérêt, en particulier avec les patients les plus vulnérables ou incapables de choisir un traitement en raison de leur incapacité à consentir de façon éclairée à un traitement donné ;
5. s'assurer du consentement éclairé du patient à tout traitement qui lui est proposé, à moins que la gravité de sa condition ne nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate ;
6. respecter le droit des patients à la confidentialité et ne divulguer de renseignements confidentiels qu'avec le consentement du patient ou lorsque cela est nécessaire en raison d'un devoir supérieur, tel que le devoir de protéger autrui ou d'obéir à la loi ;
7. interagir honnêtement et équitablement avec ses collègues de travail et prendre les mesures appropriées pour protéger les patients des intervenants dont les facultés sont affaiblies, qui sont incompetents ou qui s'adonnent à la fraude ou à l'escroquerie ;
8. coopérer avec tous les intervenants participant aux soins des patients se présentant à l'urgence ;
9. prendre part à des activités de formation continue, afin de maintenir ses connaissances et ses compétences au niveau nécessaire à l'administration de soins de qualité aux patients se présentant à l'urgence ;

¹ AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (1998). *The Future of Emergency Medicine*, Dallas, American College of Emergency Physicians, 41 p.

10. faire une utilisation judicieuse et responsable des ressources médicales à sa disposition ;
11. encourager le patient à retourner voir son médecin habituel à la suite de sa visite à l'urgence ;
12. soutenir les efforts sociaux d'amélioration de la santé et de la sécurité publique ;
13. soutenir les efforts déployés en vue de réduire les conséquences des blessures et des maladies ;
14. soutenir les efforts déployés pour fournir l'accès universel à des soins urgents de qualité.

Le chef du Département ou du Service de médecine d'urgence et l'infirmière–chef transmettent les règles d'éthique qu'ils ont établies aux instances décisionnelles desquelles ils relèvent en vue d'obtenir leur approbation. Ils s'assurent également du respect de ces règles par les membres du personnel de l'urgence.

Code d'éthique

RECOMMANDATION B1.1.

A. Adopter et appliquer un code d'éthique s'adressant aux professionnels et au personnel de l'urgence.

Responsables : chef médical de l'urgence, infirmière–chef de l'urgence, responsable du code d'éthique et C.A. de l'établissement.

Niveaux d'urgence : tous.

CHAPITRE B.2

■ GESTION CLINIQUE DE L'ÉPISODE DE SOINS ■

B.2.1. ACCÈS À L'URGENCE

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

L'urgence doit être facilement localisable, donc adéquatement identifiée à l'extérieur de l'édifice. Le patient ou les personnes qui l'accompagnent doivent être en mesure de repérer immédiatement l'entrée de l'urgence. Le lieu où se trouve l'urgence doit être bien indiqué à chacune des autres portes de l'édifice et le parcours pour s'y rendre doit être facile. La distinction entre l'entrée principale et l'entrée de l'urgence doit être claire.

L'entrée des ambulances peut également servir au patient qui se présente en véhicule pour une urgence médicale. Dans de tels cas, la marche à suivre doit être connue de l'équipe de l'urgence afin que le patient puisse avoir rapidement accès aux ressources médicales en place. Le patient qui utilise l'entrée des ambulances doit être dirigé vers le triage, conformément aux procédures en vigueur dans l'établissement.

L'établissement doit être en mesure de fournir des fauteuils roulants aux patients qui ont besoin d'aide pour se déplacer. Les agents de sécurité de l'hôpital ou toute autre personne mandatée à cet effet doivent assumer cette tâche auprès du patient.

Une situation d'urgence peut également concerner un employé du centre ou un visiteur. Cette situation peut se produire dans l'établissement ou sur son terrain. Pour ne pas mettre en péril la santé de la personne en difficulté, il faut éviter toute confusion quant à l'identité des personnes qui doivent lui porter secours ou la conduire à l'urgence. Des mesures de sécurité clairement définies et des procédures d'aide aux patients doivent être applicables sur l'ensemble du terrain du centre hospitalier. Les membres de l'urgence ou de l'équipe de réanimation du centre hospitalier, accompagnés de préposés, sont probablement les personnes les mieux préparées pour répondre à ce genre de situation. L'équipe doit se déplacer promptement sur les lieux de l'incident pour prendre en charge le patient en difficulté et l'évaluer selon les procédures établies.

Accès à l'urgence

RECOMMANDATION B2.1.

- A. Afficher des indications claires et faciles à comprendre à l'urgence et aux diverses entrées de l'établissement.**

Responsable : gestionnaire responsable des services techniques de l'établissement.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. Mettre en place une procédure afin d'identifier clairement les membres de l'équipe soignante qui doivent intervenir auprès des personnes ayant besoin d'assistance dans une situation urgente survenant à l'intérieur ou l'extérieur de l'édifice.**

Responsable : responsable de la sécurité de l'établissement.

Niveaux d'urgence : tous.

B.2.2. TRIAGE

L'énoncé de position commun du Collège des médecins et de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec reconnaît que le triage est sous la responsabilité du personnel infirmier. L'*Échelle canadienne de triage et de gravité* (ETG) est utilisée dans le but d'uniformiser le processus du triage par le recours aux mêmes critères et à la même méthode de classification, autant pour les adultes que pour les enfants ou les personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

Le triage consiste à déterminer le degré de priorité associé à l'état des patients à la suite de l'évaluation effectuée par l'infirmière et à définir le délai souhaitable entre l'arrivée du patient et son évaluation médicale. Les délais prescrits constituent des buts à atteindre.

B.2.2.1. Triage avant inscription

Il est impératif que chaque patient qui consulte pour un problème de santé soit évalué au triage, avant son inscription à l'urgence. L'infirmière du triage doit être disponible en tout temps et l'on doit pouvoir avoir recours à des mécanismes de soutien de façon immédiate durant les périodes de grand achalandage. En effet, le temps d'attente pour être évalué au triage ne doit pas excéder dix minutes et le temps moyen pour effectuer le triage doit être d'environ cinq minutes. De plus, on ne devrait pas tolérer plus de deux patients en attente d'évaluation au triage. Dans les établissements recevant des enfants, il est crucial d'avoir un processus de triage rapide et précis, puisque la condition de l'enfant peut se détériorer rapidement.

Lorsque la situation l'exige, l'infirmière doit appliquer l'ETG en procédant à un triage sommaire ou à un triage rapide (*quick look*) afin de répondre aux normes relatives aux délais d'évaluation.

B.2.2.2. Orientation après triage

Dans le cas où l'état du patient nécessite des soins urgents après le triage, celui-ci est dirigé dans l'aire de traitement appropriée à son état, où son inscription sera effectuée soit par un accompagnateur, soit par un membre du personnel de l'inscription qui se rendra à son chevet. Dans les autres situations, le patient, une fois évalué au triage, est dirigé à l'inscription et, par la suite, dans la salle d'attente. Le personnel infirmier doit quant à lui être en mesure de surveiller la salle d'attente en tout temps, afin de noter toute détérioration de l'état d'un patient pendant son attente pour une prise en charge médicale. Le patient doit être informé du fait qu'il doit aviser l'infirmière du triage de toute modification de son état.

B.2.2.3. Réévaluation et prise en charge médicale

L'ETG comprend cinq niveaux de priorité, établis en fonction de critères objectifs permettant d'évaluer rapidement le niveau d'urgence associé à l'état du patient qui consulte. Le délai maximum d'attente acceptable pour chaque code de priorité d'urgence est également déterminé par l'ETG. L'état du patient doit être réévalué lorsque le délai prévu est échu et que le patient n'a pas été pris en charge par le médecin ou, encore, lorsque son état se détériore. L'information obtenue au moment du triage initial et de la réévaluation doit être consignée sur un formulaire prévu à cet effet. La réévaluation peut aller du simple examen visuel des patients dans la salle d'attente à la reprise des signes vitaux.

Une gestion continue de la salle d'attente, sous la responsabilité de l'infirmière du triage, doit tenir compte des priorités accordées au cours du triage et de la durée du temps d'attente avant la prise en charge médicale, particulièrement pour les personnes âgées et les personnes souffrant d'un problème de santé mentale. Les patients en attente de prise en charge médicale, présents dans la salle d'attente, doivent être informés régulièrement par l'infirmière du triage de la situation qui prévaut à l'urgence. Une bonne gestion de la salle d'attente, tout en répondant au besoin de sécurité des patients, permet de prévenir les plaintes ou l'agressivité des patients.

L'infirmière qui ne peut suffire à la tâche d'évaluation initiale et qui se trouve dans l'impossibilité d'assurer la réévaluation des patients doit en aviser son supérieur dans les plus brefs délais.

Par ailleurs, il est important de spécifier que la réévaluation ne peut pallier la prise en charge médicale, qui doit également être effectuée suivant les délais prescrits par l'ETG. Ainsi, l'équipe médicale doit être en mesure d'ajuster ses effectifs en fonction de l'achalandage et de respecter les délais de triage.

B.2.2.4. Ordonnances collectives

Au moment du triage, l'infirmière peut appliquer des protocoles découlant d'ordonnances collectives suggérées par le Département ou Service de médecine d'urgence (DSMU) et approuvées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le conseil d'administration (C.A.) de l'établissement. Ces ordonnances collectives permettent d'optimiser la qualité des soins et la standardisation des interventions pour traiter les problèmes de santé fréquemment observés à l'urgence. Elles peuvent concerner des types de patients précis tels que les victimes d'agression sexuelle, auxquelles il faut assurer un service médical et légal adéquat. Au cours du processus d'élaboration des ordonnances collectives, il est pertinent que les professionnels visés soient consultés, particulièrement le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) ou le comité multidisciplinaire de l'établissement (CM), selon le cas.

Les ordonnances collectives ayant pour but d'accélérer le processus de soins, tant pour les patients sur civière que pour les patients ambulatoires, il faut donc en favoriser l'usage. Ces ordonnances peuvent viser notamment le recours à des mesures diagnostiques (analyses de laboratoire, examens radiologiques, ECG, etc.) ou thérapeutiques (soulagement de la douleur) à partir du triage, et à administrer ou à ajuster certains médicaments (antipyrétique, par exemple). L'orientation de certains patients vers une autre ressource doit faire l'objet d'une entente avec les partenaires concernés dans le réseau.

B.2.2.5. Documents utiles

L'infirmière doit avoir rapidement accès à des documents qui peuvent servir de référence et d'aide-mémoire dans les salles de triage :

- Manuel d'orientation du triage.
- Répertoire des ressources communautaires.
- Liste des ordonnances collectives et de protocoles de soins.
- Liste des signes vitaux en fonction de l'âge.
- Échelle pour l'évaluation de la douleur.
- Liste des centres désignés dans les cas d'agression sexuelle.

B.2.2.6. Information transmise aux patients

L'infirmière affectée au triage doit avoir une approche respectueuse envers le patient, l'informer des règles de fonctionnement de l'urgence et lui remettre un dépliant d'information expliquant l'ordre de priorité accordé aux divers cas selon l'ETG. De plus, une affiche installée dans la salle d'attente doit fournir de l'information sur le processus de triage et sur la définition de l'ordre des priorités. Une enseigne électronique, également installée dans la salle d'attente, peut afficher de l'information générale sur certains problèmes de santé (diabète, hypertension, chutes). Il n'est pas recommandé d'afficher les délais d'attente réels ni le nom du médecin de garde.

B.2.2.7. Tâches connexes

Il faut éviter de confier à l'infirmière du triage d'autres tâches qui pourraient l'empêcher d'atteindre les objectifs fixés, soit de déterminer rapidement les priorités et d'orienter le patient vers l'aire de traitement appropriée à sa condition. Des grilles de dépistage, telle la grille relative à la perte d'autonomie, peuvent être remplies au cours d'une étape subséquente de la visite, soit par l'infirmière responsable du patient à l'urgence, soit par l'infirmière de gériatrie ou de psychiatrie.

B.2.2.8. Évaluation de la qualité

Il est important que l'infirmière-chef et le chef médical de l'urgence s'associent pour évaluer le processus du triage et la formation continue des infirmières. Un médecin et une infirmière doivent être désignés comme responsables de la formation et de l'application de l'ETG. Un comité sur le triage ou un comité d'évaluation du triage, comme cela est précisé dans la section B5.2 du présent guide, doit être formé et servir à l'amélioration de la qualité du triage par l'étude des délais et des réponses attendues pour chacun des niveaux de priorité retenus. Ce comité doit aussi déterminer les éléments qu'il est pertinent de noter sur le formulaire du triage, la marche à suivre pour l'évaluation de la douleur en fonction de l'échelle de la douleur, etc.

B.2.2.9. Critères de compétence

L'infirmière qui effectue du triage à l'urgence doit posséder une expérience professionnelle pertinente et, selon l'OIIQ, être idéalement titulaire d'un baccalauréat. Elle doit maintenir ses connaissances à jour par des activités de formation périodiques sur l'application de l'ETG et les outils de dépistage utilisés à l'urgence.

L'infirmière qui effectue du triage devrait posséder :

- Les aptitudes en communication et en relations humaines nécessaires au décodage de l'information transmise par le patient ou ses accompagnateurs.
- La capacité de mener une entrevue afin d'obtenir de l'information pertinente, qu'elle soit subjective ou objective, pour l'évaluation de l'état de santé du patient.
- Une bonne connaissance du développement physique et psychologique de l'adulte et de l'enfant, selon le sexe.
- Une bonne connaissance des échelles de l'évaluation de la douleur en fonction des types de personnes.
- Une bonne connaissance des paramètres physiologiques normaux de la population adulte, gériatrique et pédiatrique.
- Une bonne connaissance des problèmes psychosociaux familiaux : maltraitance des enfants, agression sexuelle, violence conjugale, négligence, pauvreté, etc.
- Une connaissance approfondie de l'ETG, à la fois pour les adultes et les enfants.
- Une connaissance des ressources communautaires disponibles.

B.2.2.10. Logiciel de triage

Il existe des logiciels de triage basés sur l'*Échelle canadienne de triage et de gravité* (ETG) qui peuvent être utilisés à l'urgence. Des avantages importants ont été relevés par les infirmières qui les utilisent : optimisation de la communication entre les intervenants, facilité à lire la note de triage, accès à des données en temps réel comparables et utilisables, maximisation de l'organisation du travail par la rapidité d'accès aux données, qui permet d'avoir une vue d'ensemble de la situation à l'urgence et d'orienter plus efficacement les patients. De plus, la gestion dynamique du triage est facilitée par une fonction d'aide à la prise de décision et par un accès rapide à certains renseignements médicaux archivés, tels que les antécédents médicaux, les allergies, la médication prescrite, etc. Enfin, l'utilisation d'un tel outil permet de mieux soutenir l'intégration du nouveau personnel et facilite une évaluation du processus de triage et de la qualité du triage.

RECOMMANDATION B2.2.

- A. Implanter l'utilisation de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) et s'assurer que le triage soit effectué par une infirmière ayant une formation adéquate.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. S'assurer que le triage et la réévaluation sont faits selon les délais prescrits par l'ETG.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- C. Recourir à des ordonnances collectives, approuvées par le CMDP et le C.A. de l'établissement pour accélérer les processus de soins, autant pour les patients sur civière que pour les patients ambulatoires.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- D. Former un comité médico-infirmier pour évaluer la qualité du processus de triage et la formation continue des infirmières.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.2.3. PATIENTS AMBULATOIRES

Un pourcentage important des ressources de l'urgence vise à offrir des soins de santé aux patients sur civière. Toutefois, plus de la moitié des usagers se présentant à l'urgence sont des patients ambulatoires. Les médecins et les infirmières de l'urgence sont responsables de s'assurer que ces patients reçoivent les soins requis par leur état de santé, et cela, à l'intérieur des délais prescrits par l'ETG. Le CSSS, avec le soutien de l'agence, est responsable de la mise en place du projet clinique qui doit rendre le réseau de soins de première ligne accessible aux patients ambulatoires afin de réduire la pression sur l'urgence.

B.2.3.1. Patients ambulatoires et CSSS

Les CSSS sont responsables d'assurer à l'ensemble de la population de leur territoire l'accès à des services médicaux de première ligne. Ces services sont offerts soit par les CLSC, soit par les cliniques privées de médecins généralistes, soit par les urgences.

Les services de première ligne comprennent les services sans rendez-vous offerts dans les cliniques médicales ou à l'urgence. La mise en place des projets cliniques des CSSS vise notamment à faciliter l'organisation de ces services. Le développement des GMF et des cliniques-réseau sur le territoire des CSSS, incluant des cliniques sans rendez-vous ouvertes 7 jours par semaine, de même qu'en soirée la semaine, permettra d'améliorer l'accès aux services de première ligne et, progressivement, de diminuer l'achalandage des patients ambulatoires à l'urgence, tout particulièrement des patients qui sont classés au triage comme des cas moins urgents (code 5).

B.2.3.2. Durée de séjour à l'urgence

Actuellement, il existe peu de données fiables sur les patients ambulatoires fréquentant les urgences du Québec, que ce soit quant à leur durée de séjour, au diagnostic médical posé ou à l'orientation ultérieure de ces patients.

Il demeure que la durée totale du séjour de ces patients à l'urgence apparaît trop souvent excessive. Les principaux facteurs responsables de cette situation au Québec sont bien connus, à savoir l'absence de ressources alternatives, les délais liés à l'évaluation initiale par le médecin, aux délais liés aux examens diagnostiques et aux consultations des spécialistes, ainsi que la difficulté de prise en charge des personnes âgées et des patients souffrant d'un problème de santé mentale par le réseau local.

Il est souhaitable que le nombre de patients ambulatoires à l'urgence diminue, de même que leur durée de séjour. À titre de comparaison, l'Angleterre a adopté une norme de durée de séjour ne dépassant pas 4 heures, et ce, pour l'ensemble des patients de l'urgence (incluant les patients sur civière et les patients ambulatoires).

L'équipe de gestion clinique et administrative, soit le chef médical et l'infirmière-chef de l'urgence, est responsable d'assurer des services de qualité et d'éviter un séjour prolongé aux patients ambulatoires de l'urgence. L'objectif visé est que tous les patients ambulatoires soient vus suivant les délais de l'ETG. Le séjour global de ces personnes ne devrait donc jamais dépasser 4 heures.

Certaines mesures plus précises peuvent être prises pour diminuer l'achalandage et la durée de séjour. Pensons par exemple aux mesures suivantes :

- Orientation de certains patients vers des ressources alternatives grâce à des ordonnances collectives et à des ententes avec le réseau local.
- Diminution des délais pour les consultations et les examens diagnostiques.
- Attribution ponctuelle de ressources médicales et infirmières dans le secteur ambulatoire au moment des pics d'achalandage.

L'aménagement de lieux, séparés du secteur des civières et réservés aux patients ambulatoires, apparaît essentiel. Dans les urgences où le nombre de patients ambulatoires est élevé, un ou des médecins, assistés d'infirmières, doivent être affectés de façon exclusive à la tâche de prendre soin des patients ambulatoires.

Pour éviter que certains des patients qui doivent subir des examens plus poussés, ne séjournent indûment à l'urgence, on doit leur réserver des plages horaires donnant accès au plateau technique et aux cliniques externes spécialisées. Des rendez-vous devraient aussi leur être offerts à l'intérieur d'un délai de 48 heures.

L'objectif visé par l'ensemble de ces mesures est d'assurer aux patients ambulatoires l'accès à des services de première ligne dans un délai raisonnable. La présence de cliniques sans rendez-vous ouvertes le soir et la fin de semaine, particulièrement en région urbaine, est nécessaire si l'on veut éviter l'encombrement des urgences des hôpitaux. En région rurale, l'urgence demeure l'un des seuls endroits où des services de première ligne sont offerts pour répondre aux besoins de la population. Il est tout aussi important que les normes prescrites par l'ETG y soient respectées.

Gestion des patients ambulatoires

RECOMMANDATION B2.3.

- A. Mettre en place un projet clinique spécifiquement destiné aux patients ambulatoires et favoriser l'arrimage des services prévus avec les services de première ligne pour améliorer l'accessibilité de ces services et la prise en charge des patients ambulatoires.**

Responsables : CSSS, agence et DRMG.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. Mettre en place des procédures permettant de diminuer le temps d'attente des patients ambulatoires à l'urgence.**

Responsables : DSP, chef médical de l'urgence et infirmière-chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.2.4. CRITÈRES D'INSTALLATION DES PATIENTS SUR UNE CIVIÈRE

Afin d'uniformiser et d'optimiser l'utilisation des civières, il est recommandé de coucher sur une civière les patients présentant l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- Une pathologie comportant un risque de morbidité ou de mortalité et nécessitant une prise en charge immédiate dans l'aire de choc ou dans un autre secteur de l'urgence.
- Des signes vitaux instables.
- L'apparition de nouveaux symptômes ou une exacerbation de symptômes comportant un risque de morbidité ou de mortalité, et que l'on doit examiner, surveiller et traiter.
- Des symptômes non spécifiques incapacitants : confusion, vertiges importants, faiblesse marquée, incapacité de marcher, etc.
- Une douleur importante nécessitant l'administration d'un analgésique par voie parentérale.
- Une condition psychiatrique demandant une protection : patients agités, suicidaires, dont l'état nécessite une surveillance constante, ou qui risquent d'être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

Il est recommandé d'installer sur civière les enfants :

- qui demandent l'attention d'une infirmière dans un environnement permettant un contact visuel ;
- dont les paramètres physiologiques, psychologiques ou psychosociaux nécessitent une surveillance constante ;
- sous sédation consciente.

Les patients susceptibles d'être contagieux sont dirigés immédiatement dans un espace qui leur est réservé, comme cela est précisé au chapitre B6.2.

Il faut mentionner que les patients suivants sont considérés comme des patients ambulatoires et doivent être inscrits comme tels dans le système d'information de l'urgence :

- Patients sur civière seulement pour être soumis à un examen.
- Patients dans un fauteuil roulant.
- Patients sur civière pour des raisons non liées à leur état de santé.

Les patients arrivant par ambulance ne doivent pas être considérés automatiquement comme des cas sur civière. L'infirmière du triage, après évaluation, dirigera ces patients vers l'aire de traitement appropriée.

*Critères d'installation des
patients sur une civière*

RECOMMANDATION B2.4.

- A. Respecter les critères recommandés quant à l'installation des patients sur une civière.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.2.5. CRITÈRES D'INSTALLATION DES PATIENTS DANS L'AIRE DE CHOC

La priorité de l'urgence est la prise en charge des patients pour lesquels le risque de mortalité ou de morbidité est élevé et dont l'état critique nécessite des soins urgents. L'aire de choc est le lieu de choix pour intervenir auprès de patients présentant des pathologies graves ou potentiellement instables. Une revue systématique des situations qui se déroulent dans l'aire de choc permet à l'équipe d'optimiser l'utilisation de cette salle et son fonctionnement.

L'aire de choc doit être munie d'un plateau technique complet et demeurer libre et propre en tout temps afin de répondre à sa fonction. Les critères d'utilisation de cette salle doivent être connus de l'ensemble du personnel. L'objectif poursuivi est d'orienter rapidement le patient dont l'état est stabilisé vers l'endroit le plus approprié. L'urgence verra à statuer sur la durée maximale du séjour dans l'aire de choc. Cependant, un séjour moyen de moins de 2 heures devrait être préconisé afin que les ressources soient utilisées à bon escient.

L'une des conditions importantes pour assurer le succès de la prise en charge des patients dont l'état est instable est la disponibilité des ressources humaines. Si les ambulanciers avisent les intervenants de l'arrivée d'un patient dont l'état est instable, afin de permettre les préparatifs d'accueil, le personnel médical et infirmier doit immédiatement se mobiliser et être prêt à accueillir les ambulanciers, à superviser l'installation du patient et à répondre à l'urgence de la demande.

Au moins une infirmière doit être attirée à l'aire de choc. Toutefois, cette infirmière peut aider dans les autres secteurs de l'urgence lorsque l'aire de choc est vacante. Elle doit être immédiatement disponible pour l'aire de choc lorsqu'un patient y est dirigé. Les règles de fonctionnement de l'équipe doivent aussi permettre une mobilisation rapide d'autres membres du personnel lorsque la situation l'exige. Le personnel en inhalothérapie et le personnel technique en radiologie doivent donner priorité à l'aire de choc dans leurs activités. Les rôles de chaque intervenant doivent être définis et connus de tous. À cet effet, un médecin doit être responsable de la coordination des activités.

B.2.5.1. Patient transporté en ambulance

Une proportion importante de patients est directement dirigée à l'aire de choc par les ambulanciers. Ceux-ci doivent s'assurer d'avoir transmis toute l'information pertinente relativement à la situation ou à l'historique médical du patient avant de quitter l'aire de choc. Par ailleurs, si le problème du patient relève d'un réseau de soins aigus dûment identifié (cardiologie, traumatologie, pédiatrie, neurologie ou autre), les ambulanciers doivent vérifier auprès de l'équipe médicale s'il est indiqué de procéder à un transfert rapide (moins de 30 minutes) vers un centre désigné de plus haut niveau. Dans ce cas, ils doivent rester sur place afin d'effectuer le transfert du patient sans entraîner de délai.

Toutefois, considérant l'importance de couvrir adéquatement le territoire pour bien servir la population, l'équipe ambulancière quittera les lieux si le médecin n'indique pas rapidement le besoin de transférer le patient. Le délai de décision du médecin responsable ne devrait pas excéder la durée prescrite aux techniciens ambulanciers pour compléter leurs dossiers et préparer leur véhicule pour une prochaine affectation, soit environ 20 minutes.

À titre indicatif, les situations suivantes justifient qu'un patient soit dirigé à l'aire de choc :

1. Arrêts cardiorespiratoires :
 - Patient réanimé ou non.
 - Patient auquel on a installé un combitube ou qui a été défibrillé.
2. Instabilité des signes vitaux ou neurologiques :
 - A et B :
 - Détresse respiratoire grave ;
 - Transfert d'un patient ventilé mécaniquement.
 - C :
 - État de choc ;
 - Bradycardie ou tachycardie chez un patient symptomatique ;
 - Hémorragie grave.
 - D :
 - Coma ou atteinte de l'état de conscience.
3. Traumatisme à risque selon les critères du groupe-conseil en traumatologie.
4. Atteinte du système cardiovasculaire :
 - Infarctus aigu avec instabilité des signes vitaux.
5. Intoxication avec atteinte des fonctions vitales.
6. Trouble de la thermorégulation :
 - Hypothermie (température rectale < 34 °C).
 - Coup de chaleur (température rectale > 41 °C).
 - Toute brûlure majeure.
7. Problèmes pédiatriques (enfants de moins de 14 ans) :
 - Critères précédents.
 - Instabilité des signes vitaux :
 - $TA < 70 + 2 \times \text{l'âge}$;
 - Saturation < 90 % ;
 - Nouveau-né : FC > 160/min, FR > 60/min ;
 - Enfant d'âge préscolaire : FC > 140/min, FR > 40/min.
8. Accouchement imminent.
9. Toute autre situation où l'on juge qu'il y a risque immédiat de morbidité ou de mortalité.

B.2.5.2. Traumatologie

Le fonctionnement de l'urgence doit être connu de façon à répondre aux exigences du Programme national de traumatologie pour les établissements concernés.

Pour les cas de traumatologie, les services préhospitaliers d'urgence et l'urgence doivent pouvoir communiquer en tout temps. Les techniciens ambulanciers doivent, au départ du site de l'incident, calculer l'indice préhospitalier des traumatismes (IPT), aviser l'urgence du nombre de blessés et de l'état du ou des patients ayant un score $\text{IPT} \geq 4$, décrire le type d'impact, les blessures apparentes, signaler s'il s'agit d'un impact à haute vitesse (IHV), décrire les signes vitaux, le type d'accident, d'objet ou de mécanisme ayant causé les blessures et signaler le temps estimé avant l'arrivée du ou des blessés.

Les services préhospitaliers doivent, en cours de route, communiquer avec l'établissement si une modification ou une détérioration de la condition du ou des patients survient. Cette information doit être inscrite au dossier du ou des patients.

L'infirmière qui a reçu l'information des ambulanciers doit en aviser le médecin et déclencher le premier niveau d'activation de l'équipe soignante. Ce premier niveau d'activation, pour tout patient présentant un $\text{IPT} \geq 4$ ou ayant subi un IHV, requiert la présence immédiate des ressources suivantes dans l'aire de choc :

- Un médecin.
- De deux ou trois infirmières.
- Un inhalothérapeute.
- Un technicien en radiologie.
- Un préposé aux bénéficiaires.

Compte tenu des renseignements reçus des services préhospitaliers ou de l'évaluation du patient dans l'aire de choc, le médecin responsable peut demander de déclencher le deuxième niveau d'activation. Celui-ci peut demander la présence dans l'aire de choc :

- D'un chirurgien.
- D'un anesthésiste.
- D'un radiologiste.
- De tout autre spécialiste dont la présence est jugée nécessaire.

Le médecin de l'urgence, après discussion avec l'équipe chirurgicale, pourrait même demander le déclenchement du troisième niveau d'activation pour le personnel du bloc opératoire (infirmière, inhalothérapeute).

Ces trois niveaux d'activation sont essentiels pour atteindre les trois marqueurs de performance exigés par le réseau de traumatologie. La rapidité étant essentielle dans les cas de traumatologie, ces trois marqueurs doivent être respectés pour chaque patient, à l'aide d'un chronomètre installé avec alarme dans l'aire de choc. Voici à quoi correspondent ces trois marqueurs :

- M-10 : dans un délai de 10 minutes, l'équipe doit avoir terminé la phase de réanimation initiale du traumatisé, suivant son arrivée à l'aire de choc (installation de soluté, sang en cours, intubation endotrachéale, etc.).
- M-30 : dans un délai de 30 minutes, l'équipe doit avoir terminé le bilan lésionnel de base du traumatisé, qui consiste à avoir reçu les résultats de laboratoires, et avoir terminé le « fast écho » ainsi que les radiographies simples (poumons, colonne cervicale, bassin). De plus, le patient doit être déjà en route au CT scan, si nécessaire.
- M-60 : dans un délai de 60 minutes, l'équipe doit avoir pris une décision définitive sur l'orientation du patient, qui sera dirigé vers le bloc opératoire, l'Unité des soins intensifs ou une unité régulière. L'équipe peut aussi avoir décidé de transférer le patient dans un autre établissement.

Afin que toutes ces interventions soient le plus fluides possible, l'urgence doit avoir des protocoles simples, clairs, installés bien en vue et compris de tous. Les protocoles suivants doivent être présents à l'urgence et être affichés aux endroits jugés essentiels (p. ex. : aire de choc) :

- Activation consécutive au préavis des services préhospitaliers (trois niveaux).
- Type d'accompagnateur professionnel dont la présence est requise pour le transfert (à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital).
- Marche à suivre en cas d'intubation difficile.
- Marche à suivre pour obtenir des ressources additionnelles.
- Protocole de communication pour les consultations urgentes.
- Processus d'acceptation de transfert.
- Marche à suivre pour le transfert d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) modéré ou grave (échelle de Glasgow < 14).
- Méthode de repérage des TCC mineurs et légers.
- Politique concernant l'hémopéritoine.
- Affichage actualisé des algorithmes ACLS, ATLS, APLS.
- Protocole de don d'organe.

B.2.5.3. Registre de bord

La tenue d'un registre des patients dirigés dans l'aire de choc favorise l'application d'un programme d'évaluation de la qualité des soins et de l'utilisation de l'aire de choc. Grâce à ce registre de bord, l'équipe de gestion est en mesure de connaître le profil des patients dont l'état nécessite des soins critiques.

Critères d'installation des patients dans l'aire de choc

RECOMMANDATION B2.5.

- A. Adopter des critères pour une utilisation optimale de l'aire de choc et tenir un registre de son utilisation afin de permettre l'évaluation de la qualité des interventions.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. Adopter et diffuser auprès de tous les intervenants concernés un plan de mobilisation en cas d'activation de l'équipe pour recevoir un patient dans l'aire de choc.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- C. Répondre aux exigences du Programme national de traumatologie, le cas échéant.**

Responsables : DSP.

Niveaux d'urgence : selon les urgences.

B.2.6. PRISE EN CHARGE DU PATIENT

L'urgence est intégrée dans le continuum des soins et l'équipe de l'urgence doit être en mesure d'offrir immédiatement les soins optimaux pour tous les problèmes urgents. En aucun moment, un traitement urgent ou un examen plus approfondi et urgent relevant de la compétence du médecin d'urgence ne doit être retardé pour être effectué par un médecin spécialiste ou dans une autre unité de soins.

L'urgence doit être en mesure d'offrir des soins autant aux adultes qu'aux enfants, à moins que l'établissement soit à vocation unique et que cette vocation soit bien connue de la population. Les établissements ayant une vocation unique ou qui sont moins familiers avec certains types de cas doivent planifier des procédures de prise en charge et de transfert dès l'arrivée du patient dont la pathologie ne correspond pas à leur mission.

B.2.6.1. Conditions pour prendre en charge un patient à l'urgence

Le Collège des médecins du Québec, dans son rapport sur la complémentarité des services d'urgence¹, a proposé un canevas pour déterminer dans quelle mesure un médecin peut prendre en charge un patient. Le principe directeur justifiant l'établissement des critères de prise en charge des patients a pour but d'éviter les délais dans l'administration des soins. Le médecin de l'urgence doit évaluer rapidement si son établissement est en mesure d'offrir les soins aux patients qui consultent pour un problème aigu.

Un médecin peut prendre en charge un patient dans une urgence si, après évaluation, les principes suivants sont respectés :

- Le centre possède les ressources permettant d'évaluer adéquatement le patient et d'établir un diagnostic.
- Le médecin de l'urgence où l'établissement dispose des ressources pour traiter le problème adéquatement.
- Le traitement est susceptible d'améliorer l'état du patient, de sorte que ce dernier puisse quitter le centre dans un délai de 8 heures, lorsqu'il n'est pas nécessaire de l'hospitaliser.

Si ces principes ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers un établissement en mesure de le prendre en charge. Les modalités à respecter dans de tels cas sont décrites plus loin sous la rubrique concernant le transfert entre centres hospitaliers.

¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (décembre 1998). *Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*. Montréal : Collège des médecins du Québec, 16 p.

B.2.6.2. Processus d'évaluation des patients

L'équipe médicale doit donner priorité à l'évaluation des patients suivant les critères de l'*Échelle canadienne de triage et de gravité*.

Lorsque l'achalandage justifie la présence de plus d'un médecin à l'urgence, il est recommandé qu'un médecin s'occupe de l'aire ambulatoire et qu'un autre médecin se charge de l'aire des civières, afin que l'équipe puisse assurer le suivi adéquat de tous les patients de l'urgence. Le personnel infirmier établit une procédure permettant de signaler aux médecins le nom de l'infirmière responsable de chaque patient sur civière ainsi que :

- L'arrivée des nouveaux patients et le degré d'urgence de leur état.
- L'identification de patient dont la durée de séjour est prolongée.
- L'identification de patient dont la condition nécessite une réévaluation.
- Le nombre de patients en attente de prise en charge médicale dans le secteur ambulatoire.
- Le temps d'attente avant la prise en charge médicale des patients ambulatoires.

Pour éviter de prolonger les séjours, il est utile de mettre en place une procédure de réévaluation prioritaire des cas à l'aide de marqueurs visant à déterminer quels patients doivent être revus par l'équipe médicale. Le médecin de l'urgence doit être prévenu rapidement par l'infirmière responsable du patient lorsque les examens prescrits sont terminés ou que le patient est à l'urgence depuis plus de 8 heures.

Les normes relatives à la durée de séjour des patients sur civière sont les mêmes pour l'ensemble des établissements, qu'ils soient situés en région rurale ou urbaine. La mise en place d'une unité d'observation à l'urgence entraîne inévitablement une augmentation des durées de séjour à l'urgence, entraînant souvent un non respect des normes préconisées dans le présent guide.

B.2.6.3. Transfert de patients entre les médecins de l'urgence

À la fin de chaque quart de travail, le médecin de l'urgence qui termine son service doit informer verbalement son remplaçant de l'état de tous les patients qui se trouvent à l'urgence. Il est important de spécifier que tous les patients se trouvant à l'urgence relèvent du médecin en devoir à l'urgence. Pour cette raison, le médecin d'urgence doit transférer les cas non réglés au collègue qui prend la relève. Dans la mesure du possible, il faut éviter le transfert des patients séjournant dans l'aire des civières à un médecin qui n'est pas physiquement à l'urgence. Ce type de transfert contribue à augmenter les durées de séjour à l'urgence, en plus de placer les patients médicalement plus à risque dans une situation où les soins qui leur sont donnés ne sont pas optimaux.

Le médecin qui commence son service prend immédiatement la responsabilité de tous les patients présents à l'urgence dont le transfert n'a pas été accepté par un médecin spécialiste ou par un autre médecin. Dans ce contexte, l'assignation du transfert doit être clairement indiquée au dossier médical du patient. Le médecin d'urgence doit connaître la condition médicale de tout patient de l'urgence relevant de sa responsabilité et, dans la mesure du possible, celle des patients se trouvant à l'urgence mais ne relevant pas directement de sa responsabilité. En effet, advenant une détérioration de l'état du patient, le médecin de l'urgence pourra offrir une aide médicale optimale dans l'attente de la prise en charge du patient par le médecin traitant.

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

Prise en charge médicale du patient à l'urgence

RECOMMANDATION B2.6.

- A. Faire en sorte que le personnel de l'urgence possède l'expertise requise pour répondre aux demandes de soins urgents de tous les patients.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. Adopter des règles relatives aux transferts des patients entre médecins.**

Responsables : DSP.

Niveaux d'urgence : tous.

B.2.7. PRISE DE DÉCISION MÉDICALE

La prise de décision du médecin d'urgence doit s'effectuer rapidement, à l'intérieur d'un délai de moins de 8 heures.

Le médecin de l'urgence a la responsabilité de prendre une décision quant à l'orientation des patients, c'est-à-dire de décider s'ils seront admis, transférés, renvoyés chez eux ou orientés vers un autre service. Une observation prolongée à l'urgence doit être exclue.

Des outils de dépistage et d'évaluation peuvent être utilisés par le médecin et l'infirmière, dont :

- La grille d'évaluation de la dangerosité.
- La directive concernant l'application de la garde préventive.
- La grille de dépistage gériatrique (pour les personnes à risque ou en perte d'autonomie).
- La grille d'évaluation des risques relatifs aux bactéries multi-résistantes.
- Les protocoles et règles de soins.

B.2.7.1. Consultation médicale à l'urgence

Les médecins consultants de l'urgence jouent un rôle important quant au fonctionnement normal de l'unité. À cet effet, certains principes demandent à être respectés.

Pertinence des consultations

Les consultations effectuées à l'urgence doivent être appropriées et basées sur l'évaluation et l'examen adéquat du patient par le médecin de l'urgence. Le DSMU doit établir une méthode d'évaluation de la pertinence des consultations demandées. À ce chapitre, le soutien du coordonnateur médical de l'urgence est important. Les demandes de consultation doivent s'effectuer dans les délais prescrits, ce qui implique une décision rapide quant à la pertinence d'orienter ou non le patient vers un spécialiste. Afin d'aider au processus de décision du spécialiste, il est préférable, dans la plupart des circonstances, que l'examen fait par le médecin d'urgence soit complet. Cela devrait entre autres permettre d'éviter les consultations multiples qui allongent indûment le séjour à l'urgence.

Temps réservé à la prise de décision des consultants

Le temps réservé à la prise de décision de la part du consultant devrait être établi en fonction des niveaux d'urgence et de l'achalandage à l'urgence. En général, surtout pour les urgences achalandées, le délai moyen recommandé est de 2 heures entre la demande de consultation et la prise de décision du consultant. Tous les efforts devraient être faits pour respecter ce délai. La méthode recommandée pour arriver à cette fin est d'établir des protocoles ou de règles de soins avec chaque département de l'établissement dans le but d'assurer une entraide mutuelle et de respecter les délais de consultation.

Demandes de consultation de soir ou de nuit

Des mécanismes doivent être mis en place pour les consultations qui ont lieu le soir et la nuit. Ces mécanismes doivent tenir compte du degré d'urgence de la situation du patient et du nombre de patients à l'urgence. Il n'est pas acceptable de reporter au lendemain des consultations lorsqu'il y a débordement à l'urgence. Le médecin d'urgence doit établir des délais pour l'obtention d'une consultation aux autres membres de son équipe. Il doit par ailleurs favoriser la consultation en clinique externe lorsque l'état du patient le permet.

Surveillance des délais et réponses attendues des consultants

À moins d'un transfert accepté par un médecin spécialiste, le médecin de l'urgence est le médecin traitant pour la durée du séjour à l'urgence.

L'urgence doit établir un mécanisme de surveillance des délais liés à la consultation basé sur :

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

Le consultant peut décider, le cas échéant :

- de donner congé au patient ;
- d'hospitaliser le patient ;
- d'avoir recours, dans de rares cas, à un spécialiste d'un autre domaine ;
- de faire une recommandation à l'équipe médicale de l'urgence.

Il peut arriver, dans certains cas, que le consultant ait besoin de quelques heures de plus (tests à effectuer, procédures à respecter, etc.) pour prendre une décision. Cela devrait être l'exception et non la règle. Il doit alors en aviser l'équipe de l'urgence.

Il est primordial de s'assurer que tous les moyens soient pris pour éviter les hospitalisations non pertinentes. L'utilisation des ressources de la communauté ainsi que la mise en place de règles de soins définies par les médecins et adoptées par le CMDP devraient être privilégiées. Pour certaines pathologies, le recours au processus de suivi systématique constitue un atout majeur pour limiter les délais et améliorer la prestation de soins.

Les cas problématiques (délais indus, décisions difficiles, nécessité d'admettre le patient à l'hôpital) doivent être transmis au DSP ou à son représentant afin qu'il évalue les cas et prenne une décision quant à la conduite à tenir. À cet égard, le DSP ou son délégué doit être disponible en tout temps.

L'établissement doit soutenir les médecins spécialistes dans l'organisation de services externes liés à l'urgence en leur offrant des plages horaires consacrées aux usagers de l'urgence. Le nombre de plages devrait être établi en fonction du nombre de consultations habituellement demandées par les médecins de l'urgence.

B.2.7.2. Demande de consultation provenant de l'extérieur de l'urgence

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

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

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

L'orientation d'un patient à un médecin spécialiste sans entente préalable entre le médecin ayant effectué la demande et le spécialiste ne devrait jamais avoir lieu à l'urgence.

Si un patient n'est pas attendu par le spécialiste mais dispose d'une demande de consultation avec un spécialiste, le médecin de l'urgence évalue son état et décide s'il doit être vu par le spécialiste en urgence ou sur rendez-vous.

La demande de consultation doit comprendre l'identification claire du patient, les renseignements médicaux pertinents, les résultats des examens récents effectués dans d'autres milieux et non disponibles à l'urgence, ainsi que les motifs de la demande ou les résultats attendus.

B.2.7.3. Suivi du patient de l'urgence

L'urgence n'est pas considérée comme une clinique externe ou une clinique sans rendez-vous. Les visites pour le suivi d'un patient doivent avoir lieu en dehors de l'urgence, soit en clinique externe, en CLSC ou en cabinet privé.

Les situations nécessitant un retour du patient à l'urgence doivent être exceptionnelles.

B.2.7.4. Transfert du patient

Le médecin de l'urgence doit prendre en charge un patient dans l'urgence si, après évaluation, les éléments du guide d'exercice proposé par le Collège des médecins évoqués précédemment (section B2.6) sont respectés. Si ces éléments ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers l'établissement approprié. Chaque urgence doit avoir une politique, approuvée par le conseil d'administration de l'établissement, pour les transferts interétablissements.

L'établissement doit établir une politique de transfert, des protocoles d'entente et des corridors de services avec des institutions de plus haut niveau de sa région. L'accès aux soins et aux services doit être rapide ou respecter un délai déterminé dans le protocole d'entente. L'équipe médicale du centre hospitalier receveur prend la responsabilité du patient dès son arrivée dans le centre. Toutefois, le retour du patient vers le centre ayant effectué la demande doit être organisé dès que le centre receveur a répondu à la demande de services afin que celui-ci puisse répondre adéquatement à sa mission.

Des protocoles d'entente doivent également être établis et respectés dans le cas de certaines sur- spécialités suprarégionales. Ces protocoles doivent prévoir des règles pour la prise en charge des cas nécessitant des soins que l'établissement ne peut offrir, notamment en traumatologie, en cardiologie, en pédiatrie et en psychiatrie.

De plus, pour les établissements situés en région rurale, il est pertinent d'établir des corridors de services, des ententes et des modalités d'accès aux spécialistes en médecine d'urgence ou à d'autres médecins spécialistes (communication établie par un système de télésanté, téléphone, visioconférence, télémétrie, etc.), pour permettre la prise en charge initiale des patients par l'établissement local.

B.2.7.5. Départ du patient

Dans certaines circonstances, la planification liée au départ du patient de l'urgence est établie par l'équipe. Le travailleur social ou l'infirmière de liaison intervient au besoin, notamment pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes violentées.

Personne recevant des services de soutien à domicile

Le patient recevant des services de soutien à domicile doit faire l'objet d'un suivi dès son identification par l'infirmière du triage. Les intervenants de l'urgence devraient alors, dans les meilleurs délais, communiquer avec le coordonnateur des services de soutien à domicile assigné à la personne pour que soient pris en compte les éléments nouveaux de sa situation et que son plan de services individualisés soit ajusté en conséquence. Le coordonnateur des services de soutien à domicile devrait dès lors revoir la marche à suivre en cas d'urgence et y apporter les correctifs qui permettront d'éviter un recours inapproprié à l'urgence. L'ensemble des intervenants concernés devraient apporter les ajustements nécessaires aux pratiques en cours afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services, d'une part, et de mieux informer le patient, d'autre part.

Personne inconnue des services de soutien à domicile

Les protocoles d'orientation et de suivi doivent être systématiquement adaptés selon les besoins du patient, en vue de lui offrir les services de soutien à domicile (de courte ou de longue durée) ou les soins palliatifs à domicile que son état ou sa situation exige. Le patient doit faire l'objet d'une évaluation appropriée et l'on doit lui proposer un plan d'intervention ou un plan de services individualisés dans des délais raisonnables, en s'assurant que sa sécurité n'est pas menacée ou compromise.

L'équipe de l'urgence s'assure que le réseau est en mesure de prendre la relève des soins complémentaires, et cela, dans le plus grand respect des besoins biologiques, psychologiques et sociaux de l'utilisateur et des proches aidants. On doit également s'assurer qu'ils obtiendront le soutien qui leur est nécessaire, dans le respect de leurs choix et de leurs capacités.

Des contacts et des ententes doivent être établis entre les intervenants de l'urgence et les intervenants d'autres secteurs, particulièrement ceux travaillant dans les ressources communautaires, comme les centres de crise et d'hébergement temporaire. Dans ce contexte, l'implantation des centres de santé et de services sociaux vise quant à elle à assurer une meilleure fluidité du continuum de soins.

Au moment de son congé, le patient doit minimalement recevoir :

- de l'information relativement à son problème de santé ;
- de l'information concernant les prescriptions médicales liées à son état de santé ;
- la date de ses prochains rendez-vous ;
- des consignes sur l'interruption de son travail, s'il y a lieu ;
- le résumé de sa visite médicale, si le médecin le juge approprié ;
- le rapport du consultant, s'il y a lieu.

B.2.7.6. Admission du patient

La marche à suivre pour l'admission d'un patient à l'hôpital doit être clairement établie. Il faut pour cela tenir compte des différentes étapes liées au processus d'admission : la rédaction de la demande comme telle, étape relevant du personnel du Service d'admission et processus de transfert de l'urgence vers une autre unité de l'hôpital. Voici quelques exemples d'éléments qu'il est important de prendre en considération :

- L'admission d'un patient se trouvant à l'urgence ne doit en aucun cas être confirmée avant que le consultant n'ait pris connaissance de la demande et accepté l'admission, à moins d'ententes en ce sens entre le DSMU et le service concerné. Dans certaines circonstances, le médecin de l'urgence peut admettre un patient s'il dispose de privilèges concernant l'hospitalisation ou s'il est le médecin traitant.
- Les hospitalisations doivent être possibles 24 heures par jour.
- Le délai moyen entre la demande d'hospitalisation et l'assignation d'un lit est de une heure.
- Le délai moyen entre l'assignation d'un lit et le départ pour l'unité de soins est de une heure.

Afin de libérer plus rapidement les lits d'hospitalisation, il est possible de mettre une salle de départs à la disposition des patients ayant eu leur congé, mais qui sont dans l'impossibilité de quitter l'établissement immédiatement. On recommande également d'établir des priorités quant à la désinfection des lits dans les différentes unités de l'établissement.

Le CMDP, le DSP et le DSMU doivent enfin établir un mécanisme d'évaluation de la pertinence des admissions.

B.2.7.7. Organisation d'un transfert interétablissements

La préparation pour un transfert interétablissements sécuritaire est essentielle pour réduire la mortalité et la morbidité anticipée au cours d'un transfert.

On doit retenir certains principes fondamentaux pour bien circonscrire les conditions et les règles de transfert :

- La responsabilité du transfert d'un patient vers un autre centre hospitalier revient à l'équipe médicale qui transfère le patient, au médecin en service à l'urgence ou au consultant qui a accepté la prise en charge du patient pendant son séjour à l'urgence.
- Sauf s'il y a eu entente préalable, aucun transfert vers un autre centre hospitalier ne doit être effectué sans que le médecin traitant n'ait communiqué verbalement avec le médecin qui doit recevoir le patient pour s'assurer que celui-ci accepte le transfert et que son centre hospitalier dispose des ressources nécessaires pour traiter le patient. L'infirmière responsable du patient s'assure de transmettre un rapport verbal ou écrit sur l'état du patient à l'intention de l'infirmière du centre receveur.
- Le médecin traitant a la responsabilité de stabiliser la condition médicale du patient avant son transfert. En présence d'une condition médicochirurgicale qui menace immédiatement un organe vital ou présente des dangers pour la vie du patient, le transfert doit être fait après stabilisation, à moins d'indications contraires.
- La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du patient n'entraîne pas son décès ou une atteinte sérieuse de ses fonctions ou de ses organes.
- Pour stabiliser le patient avant le transfert, on doit, lorsque cela est nécessaire :
 - Maintenir la perméabilité des voies aériennes.
 - Contrôler l'hémorragie, le cas échéant.
 - Immobiliser adéquatement le patient ou les membres du patient.

- Préparer un accès veineux pour l'administration d'un soluté ou pour une transfusion sanguine.
 - Administrer les médicaments prescrits.
 - Prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la stabilité optimale du patient durant le transfert.
- Le médecin traitant doit déterminer quel type d'accompagnateur sera nécessaire en fonction des besoins du patient : médecin, infirmière, inhalothérapeute, etc. Un mécanisme doit être mis en place pour assurer rapidement la disponibilité de l'accompagnateur, soit dans un délai de moins de 30 minutes, et pour que son remplacement à l'urgence soit effectué, le cas échéant.
 - Le médecin traitant doit inscrire au dossier les ordonnances nécessaires pour assurer le bon déroulement du transfert du patient. Une copie du dossier de l'urgence, des résultats des examens de laboratoire disponibles et des radiographies récentes, ainsi qu'un résumé des éléments pertinents du dossier antérieur doivent accompagner le patient. Lorsqu'il y a un accompagnateur professionnel, celui-ci doit utiliser un formulaire sur lequel sont inscrites les prescriptions médicales ; ce formulaire sert aussi à inscrire les notes prises durant le transfert par l'accompagnateur et les notes relatives à l'état du patient au moment de sa prise en charge par le centre de destination. Une copie du formulaire est laissée dans le centre de destination et la copie originale est insérée au dossier de l'établissement qui effectue le transfert.
 - Le professionnel accompagnateur doit être formé et compétent, et l'établissement doit faire en sorte qu'il lui soit possible de communiquer en tout temps avec le médecin de l'urgence durant le transfert.

Dans des circonstances particulières, certains patients devraient bénéficier d'un accompagnement médical, tel que cela est recommandé par le Collège des médecins¹, soit :

- Tout patient ayant présenté un arrêt cardiorespiratoire durant son séjour à l'urgence.
- Tout patient dont les signes vitaux ou neurologiques sont instables.

¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (printemps-été 2005). « Mise à jour du guide d'exercice. Complémentarité dans les services d'urgence : prise en charge des patients », *Le Collège*, vol. XLV, n° 2, p. 21.

- Tout patient ayant eu un infarctus aigu du myocarde et :
 - se trouvant en état de choc ou présentant une hypotension (TA systolique < 90 mm Hg) avec risque d'instabilité¹ ;
 - présentant une bradycardie sévère symptomatique (< 45/minute) ou un bloc AV du 2^e ou 3^e degré ;
 - ayant présenté une arythmie ventriculaire maligne (tachycardie ventriculaire soutenue, tachycardie polymorphe ou fibrillation ventriculaire) ;
 - présentant des complications mécaniques (CIV aiguë, rupture du muscle papillaire avec insuffisance mitrale sévère, etc.) ;
- Tout patient intubé susceptible de présenter des complications durant le transport.
- Toute femme sur le point d'accoucher.
- Tout patient présentant une affection qui risque, durant le transfert, d'entraîner le décès ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes.

Dans toute situation jugée pertinente par le médecin de l'urgence, un accompagnement médical est également indiqué.

La politique de transfert de l'établissement inclut clairement la conduite à tenir concernant les modalités de communication avec les centres receveurs et les transporteurs, les délais acceptables selon la catégorie d'urgence, les critères relatifs au choix des professionnels accompagnateurs, les ordonnances collectives, les formulaires de notes, l'équipement et les médicaments contenus dans la trousse de transport.

¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (printemps-été 2005). « Harmonisation des examens avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada », *Le Collège*, vol. XLV, n° 2, p. 21.

*La prise de
décision médicale*

RECOMMANDATION B2.7.

- A. Établir des règles et un mécanisme d'évaluation pour s'assurer que les consultations faites à l'urgence sont appropriées et pertinentes.**

Responsables : chef médical de l'urgence, DSP et CMPD.

Niveaux d'urgence : groupe 1.

- B. Élaborer une politique de consultation précisant les délais de consultation et offrir des plages horaires en clinique externe, dans les diverses spécialités, consacrée aux usagers de l'urgence.**

Responsables : chef médical de l'urgence, DSP et CMDP.

Niveaux d'urgence : groupe 1.

- C. Assurer la transmission de l'information médicale relative au patient à son médecin de famille et aux autres intervenants visés, lorsque cela est nécessaire.**

Responsables : médecins de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- D. S'assurer que les visites de suivi s'effectuent en dehors de l'urgence.**

Responsables : DSP et chef médical de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- E. Adopter des règles relatives au processus d'admission dans l'établissement.**

Responsables : DSP, DSI et directeur administratif concerné.

Niveaux d'urgence : groupe 1.

- F. Adopter une politique de transfert des patients de l'urgence vers d'autres établissements.**

Responsables : C.A. de l'établissement.

Niveaux d'urgence : tous.

B.2.8. MONITORAGE

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

- Diminuer la mortalité.
- Diminuer la morbidité.
- Accroître la capacité diagnostique.
- Améliorer l'ajustement thérapeutique.

Le premier objectif peut notamment être atteint par la détection précoce et le traitement rapide des arythmies graves, entre autres présentes dans les pathologies cardiaques aiguës et dans plusieurs autres conditions médicales. Le second touche la reconnaissance, chez le patient à risque, d'une détérioration physique manifestée par des changements notables des paramètres physiologiques. Le troisième a notamment trait à la détection de symptômes (arythmie ou autre problème), qui auraient pu autrement passer inaperçus. Enfin, le quatrième objectif se reflète dans l'ajustement thérapeutique que permet souvent le monitoring (contrôle de l'oxygénation, pharmacothérapie, contrôle de l'hydratation, etc.). Le rôle du monitoring dépasse donc largement, en médecine d'urgence, le diagnostic des arythmies létales.

Les recommandations présentées dans ces pages sont le fruit d'une révision approfondie de la littérature existante sur le sujet et d'un consensus d'experts malgré l'absence d'une littérature rigoureusement validée sur plusieurs aspects du monitoring à l'urgence notamment, sur l'impact sur les patients de l'urgence, le nombre et le type de moniteurs requis pour divers niveaux d'urgence et l'organisation nécessaire pour gérer efficacement le monitoring.

Les aspects suivants de la gestion du monitoring sont décrits plus loin de façon détaillée :

1. Aspects qualitatifs : ont trait aux paramètres vitaux dont la surveillance est nécessaire dans chaque aire de l'urgence (triage et accueil, civières sans monitoring, civières avec monitoring, salles de choc) en fonction des niveaux de l'urgence et du type de patients qu'on y trouve.
2. Aspects quantitatifs : consistent à quantifier les besoins de l'urgence relativement au monitoring des paramètres vitaux.
3. Aspects de la gestion clinique : consistent à gérer de manière efficace et efficiente, en respectant les normes reconnues, l'équipement de monitoring de l'urgence.

B.2.8.1. Aspects qualitatifs

Chaque urgence définit des indicateurs de qualité en vue d'assurer une saine gestion de ses activités et de parvenir à une performance optimale. Les indicateurs sont liés à l'utilisation de l'équipement et à la qualité du processus de prise en charge des patients. L'analyse des données permet de déceler les maillons faibles de ce processus et d'agir là où il le faut pour améliorer la performance.

Les besoins particuliers de chaque urgence en monitoring découlent des besoins des patients et des variables suivantes : nombre de cas à traiter, gravité des cas, profil démographique et médical des patients. L'évolution technologique a permis de rendre largement accessible des fonctions de monitoring autrefois peu répandues (pour les arythmies avancées, la saturation d'oxygène, la surveillance du segment ST, etc.).

Pour assurer un monitoring adéquat, les urgences qui reçoivent des enfants doivent avoir du matériel adapté, tel que des capteurs et autres adaptateurs.

Du triage jusqu'à son congé de l'urgence, le patient chemine à l'urgence selon la gravité de son état. Dans chaque aire fonctionnelle de l'urgence, le monitoring peut être utilisé afin de surveiller certains paramètres vitaux et ainsi assurer au patient des soins de qualité optimale tout en facilitant la tâche du personnel soignant.

Il faut d'abord établir, pour chaque niveau d'urgence, le minimum qualitatif requis en fonction des cas à traiter (paramètres à surveiller pour chaque aire de l'urgence), puis quantifier les besoins et, enfin, mettre en place une procédure de gestion clinique du monitoring.

Dans l'aire de triage, l'infirmière doit disposer du matériel requis pour l'évaluation rapide et complète des signes vitaux¹.

Dans l'aire des civières sans monitoring, des mesures de saturométrie, de tension artérielle et de température sont ponctuellement requises. Ces mesures peuvent être grandement facilitées par l'usage d'instruments de mesures automatisés et mobiles. De plus, afin d'assurer une souplesse suffisante dans la gestion clinique du monitoring cardiaque, les technologies choisies devraient permettre d'effectuer, au besoin, du monitoring cardiaque dans cette aire de l'urgence (à l'aide de moniteurs mobiles ou par télémétrie). Cela permet de réduire le nombre de déplacements des patients, aspect essentiel au fonctionnement efficace de l'urgence.

Dans l'aire des civières avec monitoring, les besoins sont similaires pour chacun des niveaux d'urgence. Les alarmes des moniteurs de chevet doivent être aisément perçues du poste central infirmier. Dans les urgences dont la configuration rend difficile la visibilité des patients, l'ajout d'une console peut faciliter la surveillance à distance de patients sous monitoring.

Dans l'aire de choc, les besoins sont similaires d'une urgence à l'autre.

¹ ASSOCIATION CANADIENNE DES MÉDECINS D'URGENCE (décembre 1998). « *L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* », Guide d'implantation. Québec : Association des médecins d'urgence du Québec, 50 p.

Dans les urgences où il se fait de la sédation-analgésie d'intervention, dite « procédurale », « consciente » ou « légère », un équipement de monitoring de base, comprenant un moniteur d'ECG, un saturomètre et un sphygmomanomètre, est disponible dans la salle¹.

Instruments de monitoring et paramètres à évaluer

- Moniteur d'ECG : outil de base de monitoring du patient. Permet le suivi du rythme cardiaque, généralement mesuré sur plus d'une dérivation.
- Arythmies avancées : des outils de monitoring moderne permettent l'analyse avancée des arythmies, pour au moins deux dérivations. Ces outils permettent aussi de déceler de manière assez fiable plusieurs types d'arythmies complexes.
- Segment ST et affichage des douze dérivations : l'analyse du segment ST en continu est un paramètre relativement récent de stratification des patients avec douleur thoracique. Elle permet la détection des épisodes ischémiques silencieux et permet de faire rapidement un ECG lorsque cela est nécessaire. Son usage est souhaitable dans les unités d'urgence de niveau tertiaire.
- Console : permet surtout de centraliser l'information recueillie grâce au monitoring afin de faciliter sa gestion. Grâce aux alarmes des appareils les plus récents, qui comportent des détecteurs d'arythmie dont la sensibilité et la spécificité sont très élevées, la surveillance continue des écrans n'est pas nécessaire.
- Électrocardiographe : l'accès à un appareil permettant la réalisation d'un électrocardiogramme à douze dérivations (ou préférentiellement à quinze dérivations) est essentiel pour tous les niveaux d'urgence.
- Défibrillateur : la défibrillation doit être accessible dans tous les niveaux d'urgence. Dans les milieux ruraux et les centres où l'on ne peut avoir accès à des services médicaux 24 heures par jour, ou lorsque les infirmières ne sont pas formées pour utiliser un défibrillateur, l'usage de défibrillateurs semi-automatiques permet l'accès rapide à la défibrillation. Il faut s'assurer que chaque patient de l'urgence susceptible de souffrir d'une arythmie grave puisse avoir immédiatement accès à la défibrillation en moins d'une minute. Le nombre de défibrillateurs requis est fonction de la taille de l'urgence et de son organisation physique.

¹ CAEP CJEM monitoring pour la sédation-analgésie d'intervention.

- Stimulation cardiaque transcutanée (*pacing*): le stimulateur cardiaque, surtout utilisé en pré-arrêt cardiaque et en post-réanimation, doit pouvoir être disponible dans tous les niveaux d'urgence qui sont susceptibles de recevoir des patients en arrêt cardiaque. D'usage peu fréquent, un seul stimulateur cardiaque suffit généralement.
- Télémétrie : l'usage de la télémétrie à l'urgence est variable. Dans les plus petits établissements, son lien avec l'Unité des soins intensifs peut permettre d'assurer une surveillance continue des patients et de concentrer l'expertise. Dans les plus gros centres, elle pourrait être utile pour permettre de répondre aux besoins en situation de débordement. Elle permet également d'assurer plus de souplesse dans la gestion clinique du monitoring. La télémétrie moderne peut intégrer plusieurs paramètres : l'ECG, la saturométrie et même la tension artérielle (TA).
- Moniteur-défibrillateur de transport : cet appareil fait partie de l'outillage requis pour le transfert de patients. Il doit permettre de surveiller l'ECG, la TA et la saturométrie. Dans les établissements où l'activité est très faible, des ententes avec les compagnies ambulancières dont les véhicules sont munis de moniteurs-défibrillateurs peuvent être suffisantes pour le transfert interétablissements.
- Sphygmo-oxymètre (saturométrie) (SpO₂) : appareil de base dans toute urgence, le sphygmo-oxymètre permet d'objectiver rapidement l'hypoxie, condition potentiellement mortelle et très fréquente. Il peut être intégré ou non à un instrument de monitoring. Presque tous les modèles récents de moniteurs cardiaques peuvent effectuer l'analyse intégrée de la saturation. Toutes les salles de triage doivent disposer d'un saturomètre, l'hypoxie pouvant facilement passer inaperçue. Dans l'aire des civières sans monitoring, l'accès à un saturomètre mobile est également nécessaire.
- Détecteur de CO₂ : la présence d'un détecteur continu de CO₂ répond à une norme en matière de soins à l'urgence qui s'applique notamment à tous les patients intubés, à plus forte raison lorsqu'un transfert est nécessaire. Tous les niveaux d'urgence devraient donc avoir accès à ce type de détecteur en salle de choc. Il peut être intégré au moniteur (urgences importantes) ou bien utilisé sous forme jetable (urgences à faible achalandage). L'urgence doit également offrir une expertise médicale et professionnelle (infirmière apte à utiliser ce détecteur ou inhalothérapeute).

- Tension artérielle (TA) : appelée couramment pression non invasive (PNI), il s'agit d'un paramètre de base pour l'évaluation du patient à l'urgence. Dans les centres où l'achalandage est très peu élevé, la prise de la TA à l'aide d'un sphygmomanomètre manuel est indiquée. Dans les centres où l'achalandage est plus important, un appareil de mesure automatisé, le sphygmomanomètre itératif, facilite grandement le travail. Presque tous les modèles récents de moniteurs cardiaques permettent aussi de mesurer la TA.
- Pression invasive (PI) et pression veineuse centrale (PVC) : dans l'aire de choc, la mesure de la pression invasive (PI) et de la pression veineuse centrale (PVC) peut s'avérer très importante pour certaines catégories de patients. Il faut donc s'assurer de la présence, dans l'aire de choc, de personnes capables d'utiliser adéquatement l'appareil servant à mesurer la PI et la PVC.
- Température : la prise de la température est une mesure de base qu'on doit pouvoir pratiquer dans tous les niveaux d'urgence. Il doit y avoir un thermomètre hypothermique électronique dans la salle de choc.

Mentionnons enfin qu'un même appareil peut permettre plusieurs types de monitoring.

Monitoring selon les niveaux d'urgence

Paramètres et appareils de monitoring	Groupe 2		Groupe 1		
	Urgence de première ligne AB	Urgence de première ligne C	Unité d'urgence primaire	Unité d'urgence secondaire	Unité d'urgence tertiaire
Moniteur ECG	E	E	E	E	E
Arythmies avancées	NR	O	O	E - c	E
Segment ST/12	NR	NR	O	S - c	S
Console	NR	NR	S	E	E
ECG 12 ou 15 dérivations	E	E	E	E	E
Défibrillateur	E	E	E	E	E
Simulateur cardiaque	E	E	E	E	E
Télémetrie	NR	NR	O	O	O
Transport	E ¹	E ¹	E	E	E
Saturomètre	E	E	E	E	E
Détecteur CO ₂	E	E	E	E	E
TA	E - c	E - c	E - c	E - c - m	E - c - m
PI et PVC	NR	NR	S - c	S - c - m	E - c - m
Température	E - c	E - c	E - c	E - c - m	E - c - m

Légende : NR = non recommandé O = optionnel S = souhaitable E = essentiel
 c = salle de choc m = aire monitorisée

¹ Dans les établissements ruraux à très faible achalandage, des ententes avec les compagnies ambulancières dont les véhicules sont munis de moniteurs-défibrillateurs peuvent être suffisantes pour le transfert interétablissements.

B.2.8.2. Aspects quantitatifs¹

Comme peu de patients présentent des arythmies létales, il est particulièrement difficile d'identifier *a priori* les patients qui en souffriront. Il faut donc que le monitoring pour la détection d'arythmies létales puisse être effectué partout où cela peut s'avérer nécessaire, même si peu de patients vont véritablement en bénéficier. Par ailleurs, les autres fonctions cliniques du monitoring couvrent une population beaucoup plus large que celles présentant un risque d'arythmie létale. Toutefois, l'urgence ne doit pas être le prolongement fonctionnel des soins intensifs ou de l'Unité coronarienne.

On recommande que le nombre de civières disposant d'appareils de monitoring à l'urgence corresponde à 50 % des civières. Toutefois, afin de réduire les déplacements des patients au sein de l'urgence, une certaine souplesse dans l'attribution des fonctions de monitoring est nécessaire. Il est donc souhaitable que toutes les civières de l'urgence puissent être équipées d'un moniteur à un moment ou un autre. Cela peut être fait de différentes façons :

- Par l'utilisation de moniteurs portatifs mobiles.
- Par l'utilisation de la télémétrie.
- Par l'augmentation du nombre de moniteurs disponibles.

Pour l'aire de choc, la capacité de monitoring doit être d'un appareil par civière de choc.

Dans l'aire des civières sans monitoring, la vérification des paramètres physiologiques « en discontinu » est réalisée à l'aide d'unités mobiles de prise des signes vitaux (tension artérielle, saturométrie). Le ratio doit être d'environ une unité mobile par infirmière.

B.2.8.3. Gestion clinique du monitoring

Éléments organisationnels

Un appareil de monitoring, aussi sophistiqué soit-il, ne saurait remplacer une surveillance humaine des patients, 24 heures par jour.

Les éléments suivants sont nécessaires afin d'assurer une gestion adéquate du monitoring à l'urgence :

- Le nombre d'appareils de monitoring cardiaque est suffisant pour les besoins de l'urgence.
- L'organisation physique des lieux permet la surveillance des patients.
- Les protocoles, les ordonnances individuelles ou collectives, les techniques et les règles de soins concernant le monitoring sont accessibles et révisés régulièrement ; ils doivent aussi être clairs, connus de tous et, selon le cas, acceptés par le CMDP et la DSI.

¹ Tiré de l'ACEM (July 1998). *Emergency Department Design Guidelines*, que l'on peut consulter à l'adresse suivante : www.acem.org.au/open/documents/ed_design.htm

- Un programme de formation et des activités de mise à jour concernant l'utilisation du monitoring, ainsi que l'interprétation des arythmies et de l'électrocardiogramme, sont offerts au personnel.
- Un programme de gestion de la qualité est mis en place et des correctifs sont apportés au besoin.
- Un programme d'entretien préventif de l'équipement par le Service de génie biomédical ou par un service connexe est en place et fonctionnel.

Protocole d'utilisation du moniteur cardiaque

Le médecin en service à l'urgence établit, pour chaque patient sur civière, s'il est nécessaire d'avoir recours au monitoring, prescrit le type de monitoring approprié, le cas échéant, vérifie régulièrement, soit au moins toutes les 4 heures, s'il est toujours indiqué d'avoir recours au monitoring, et décide à quel moment il faut cesser le monitoring.

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

- être conçu en collaboration avec tous les services et départements visés ;
- être approuvé par le CMDP ;
- répondre à toutes les normes de prescription du monitoring ;
- viser à uniformiser et à guider la pratique clinique ;
- être dynamique et évolutif ;
- assurer une répartition rigoureuse de l'équipement disponible.

À titre d'illustration, un exemple de fiche répondant à un protocole d'utilisation du monitoring cardiaque à l'urgence est présenté ici¹.

¹ Cette fiche s'inspire de celle de l'hôpital Pierre-Boucher.

Fiche d'utilisation du monitoring cardiaque

Date : ____ / ____ / ____ heure : ____ h ____ Signature du médecin : _____

Catégorie A : monitoring requis

- Infarctus prouvé.
- Syncope (ou pré-syncope) présumée d'origine cardiaque.
- Angine instable sévère, documentée (histoire typique, changements observés à l'ECG, troponine élevée, etc.), souvent sous héparine ou nitro i.v.
- Hyperkaliémie ($K^+ > 6$ mmol/l).
- Arythmie récente ou grave, prouvée ou présumée.
- Médication en perfusion i.v. nécessitant une surveillance étroite : procainamide i.v. diltiazem i.v., dilantin (première heure), digitaline (premières 8 à 12 h), nitroglycérine i.v., dopamine i.v., etc.
- Intoxication touchant le système cardiovasculaire (p. ex. : intoxication causée par du lithium, des antidépresseurs tricycliques, des bêtabloqueurs, etc.) ou intoxication sévère (atteinte de l'état de conscience, trouble métabolique majeur).
- Patient intubé ou sous compresseur CPAP ou ventilateur BiPAP.
- Électrisation gardée sous observation pour cette raison.

Catégorie B : monitoring est souhaitable¹

- Douleur thoracique, possiblement liée à un syndrome coronarien aigu, avant l'obtention de deux bilans sanguins à 8 heures d'intervalle.
- Syncope (ou pré-syncope) présumée d'origine non cardiaque, avant l'obtention du diagnostic étiologique établi avec certitude.
- Angine instable non sévère (absente au repos ou durant la nuit, sans changements à l'ECG ou troponine normale).
- Trouble métabolique sévère (calcémie, natrémie, kaliémie, glycémie, problème thyroïdien, etc.).
- Détresse respiratoire cardiogénique (OAP) ou, quelquefois, non cardiogénique.
- Arythmie connue ou détectée par hasard, stable et sans rapport direct avec la raison de la consultation.
- Contusion myocardique soupçonnée (traumatisme thoracique fermé).
- Accident vasculaire cérébral en phase aiguë.

Catégorie C : monitoring le plus souvent inutile

- Patient pour lequel les manœuvres dites « de réanimation » (code bleu) ne sont pas indiquées.
- Patient avec douleur thoracique atypique pour lequel deux bilans à 8 heures d'intervalle sont négatifs.
- Patient ayant reçu un médicament dont la demi-vie est dépassée (p. ex. : 1 heure post-épinéphrine s/c, 4 heures après la dernière dose de digitaline i.v., 30 minutes après la fin d'une perfusion de dilantin, etc.).
- Angine stable.

¹ Le monitoring pourrait n'être pas essentiel, la pertinence d'avoir recours au monitoring s'appuie alors sur le jugement médical ; s'il n'y a pas de moniteur disponible, le médecin de l'urgence doit être avisé de la situation.

Le protocole sur lequel cette fiche est basée ne peut prédire toutes les situations cliniques possibles ni se substituer au jugement médical. Les recommandations de l'Emergency Care Research Institute (ECRI 1994)¹ sur les systèmes télémétriques apparaissent aussi pertinentes à propos du monitoring cardiaque :

- Individualiser le niveau des alarmes (inférieure et supérieure) en fonction du rythme actuel du patient, puisqu'un changement significatif dans la fréquence cardiaque survient dans la majorité des arythmies dont la gravité est suffisamment importante pour s'en préoccuper.
- Utiliser trois niveaux d'alarme différents, qui dépendent de la gravité de l'arythmie détectée.
- Voir à ce que les alarmes soient détectables tout au long de l'arythmie létale.
- Procéder parallèlement au monitoring de la saturométrie avec alarme pour tout patient porteur d'un stimulateur cardiaque et dont la condition cardio-respiratoire risque de se détériorer.

Disponibilité des moniteurs

Lorsque l'urgence n'est pas en mesure de fournir l'équipement de monitoring nécessaire au patient à cause d'un manque d'appareils, on suggère de suivre les mesures suivantes, par étape :

- Réévaluer les besoins en monitoring des patients de l'urgence. Un système de prescriptions avec codes de couleur peut être utilisé par les médecins de l'urgence et les spécialistes afin d'évaluer systématiquement les besoins.
- Aviser le coordonnateur médical ou son remplaçant du fait qu'il manque des appareils.
- Vérifier l'utilisation qui est faite des moniteurs (soins intensifs, soins intermédiaires, soins généraux avec télémétrie, etc.) pour répondre aux besoins des patients de l'urgence.
- Si le problème n'est pas résolu, le coordonnateur médical doit aviser le DSP ou son remplaçant.

Entretien de l'équipement

Chaque urgence doit avoir un programme d'entretien de son équipement de monitoring et doit désigner des personnes responsables de cet équipement.

Le préposé aux bénéficiaires nettoie et décontamine le matériel et s'assure que tout le matériel nécessaire est en place en quantité suffisante (fils, papier à enregistrer, etc.) pour chaque moniteur.

¹ ECRI HEALTH DEVICES ALERTS (1994), n° 1994-A30.

Le responsable du Service de génie biomédical ou du service connexe instaure un programme d'entretien préventif, voit au bon fonctionnement des appareils (p. ex : calibrage), s'assure qu'ils sont en nombre suffisant et veille au remplacement et à l'achat de l'équipement, en collaboration avec les chefs de l'urgence.

Monitoring à l'urgence

RECOMMANDATION B.2.8.

- A. Évaluer les besoins qualitatifs et quantitatifs relativement au monitoring à l'urgence.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. Faire en sorte que le personnel de l'urgence ait accès à des activités de mise à jour sur l'utilisation des moniteurs cardiaques, des appareils à ECG, et sur l'interprétation des arythmies.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- C. Mettre en place un programme de gestion de la qualité et un programme fonctionnel et préventif d'entretien.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- D. Établir les mesures à prendre lorsqu'aucun moniteur cardiaque n'est disponible à l'urgence.**

Responsables : DSP et DSI.

Niveaux d'urgence : groupe 1.

B.2.9. EXAMENS DIAGNOSTIQUES

Les demandes d'examens diagnostiques émanant de l'urgence doivent se limiter aux examens jugés nécessaires selon la condition du patient. Des mécanismes d'évaluation de la pertinence des examens demandés doivent être mis en place par l'établissement.

Les services d'imagerie médicale et les laboratoires doivent donner priorité aux demandes venant de l'urgence. Les analyses de laboratoire urgentes doivent être effectuées rapidement et leurs résultats doivent être disponibles dans un délai d'une heure. Pour les patients s'étant présentés au cours de la soirée ou de la nuit et dont l'état nécessite une consultation ou un suivi par un spécialiste, les résultats de bilans sanguins de contrôle devraient toujours être disponibles dès 7 heures du matin. Afin d'accélérer le processus, les demandes d'examen seront clairement identifiées par une codification indiquant qu'elles proviennent de l'urgence et, de ce fait, doivent être traitées en priorité.

Les radiographies simples doivent être effectuées dans un délai de moins d'une heure. L'accès aux services d'imagerie médicale avancée (tomodensitométrie, échographie, doppler, résonance magnétique, médecine nucléaire) doit être possible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ces examens doivent être effectués, suivant le degré d'urgence, à l'intérieur d'un délai de 2 heures. Un rapport médical préliminaire doit être produit immédiatement.

Dans les établissements où le volume d'activité le justifie, il apparaît important que le médecin d'urgence puisse avoir accès aux épreuves d'effort 5 jours par semaine au minimum, mais idéalement 7 jours sur 7 et sur une période minimale de 8 heures par jour.

De plus, dans le but de libérer le plus rapidement possible des civières et de favoriser un suivi des patients ambulatoires, l'urgence doit avoir accès à des plages de rendez-vous pour les examens d'imagerie dans un délai de 24 à 48 heures suivant le départ du patient de l'urgence.

Les départements de biologie médicale et de radiologie (tel que cela est spécifié dans la LSSSS) doivent s'assurer de pouvoir répondre en tout temps à une augmentation ponctuelle de demandes d'examen venant de l'urgence. Pour ce faire, ils doivent instituer des procédures spéciales dans leurs départements respectifs.

B.2.9.1. Suivi des résultats anormaux

Il est essentiel que l'urgence mette au point des mécanismes qui assurent le suivi auprès d'un patient en cas de résultats anormaux. Ce mécanisme prévoira une procédure pour certains examens de laboratoire et pour les examens d'imagerie. De plus, advenant une interprétation initiale erronée, il doit exister un système de codification des radiographies et des autres examens diagnostiques de nature à informer le médecin de l'urgence de cette situation. Ce dernier doit assurer le suivi auprès des patients qui obtiennent des résultats anormaux.

*Examens diagnostiques
à l'urgence*

RECOMMANDATION B.2.9.

- A. Prévoir un mécanisme d'évaluation de la pertinence des examens de laboratoire et d'imagerie médicale pour les patients de l'urgence.**

Responsable : chef médical de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. Faire en sorte que les analyses de laboratoire et les radiographies simples urgentes demandées par l'urgence soient effectuées dans un délai d'une heure.**

Responsables : DSP et chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires.

Niveaux d'urgence : tous.

- C. Faire en sorte que les examens des services d'imagerie médicale soient effectués dans un délai de 2 heures.**

Responsables : DSP et chefs des services d'imagerie médicale.

Niveaux d'urgence : groupe 1 et groupe 2, niveau C.

- D. Mettre en place des mécanismes de suivi des résultats anormaux auprès des patients concernés.**

Responsable : chef médical de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.2.10. NOTES INSCRITES AU DOSSIER DU PATIENT

Il est reconnu que les infirmières et les médecins passent beaucoup de leur temps à inscrire leurs notes au dossier du patient. Malgré ce fait, il demeure essentiel que les professionnels s'attardent à inscrire ces données de façon précise pour l'ensemble de l'épisode de soins à l'urgence. L'écriture se doit d'être lisible afin d'éviter tout risque d'erreur.

Certains centres utilisent ou conçoivent des moyens pour diminuer le temps consacré par les professionnels à la prise de notes : protocoles, informatisation du dossier et implantation du dossier numérisé. Il est recommandé d'avoir recours à des moyens de ce genre, qui permettent aux intervenants de l'urgence d'augmenter leur présence auprès des patients.

B.2.10.1. Transmission de l'information médicale

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

Un résumé de la visite à l'urgence est remis au patient par le médecin de l'urgence. Ce résumé constitue un moyen acceptable et utile d'informer les intervenants qui assurent la prise en charge du patient à sa sortie de l'urgence. Toutefois, la transmission informatique des informations constitue un atout considérable et devrait pour ce faire être privilégiée. Les médecins de famille et les différents sites offrant des soins de santé devraient notamment avoir accès au système de résultats de laboratoire.

La transmission de l'information doit demeurer confidentielle et respecter la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

B.2.11. FAMILLE ET VISITEURS À L'URGENCE

La participation du patient et de ses proches tout au cours de l'épisode de soins doit être un objectif à atteindre pour le personnel soignant. Le manque de connaissance et d'information sont des éléments qui génèrent un sentiment d'incertitude et d'anxiété chez la famille et les proches. Ces sentiments influencent leur capacité de compréhension de la situation et peuvent, par conséquent, nuire aux relations entre la famille et le personnel de l'urgence. Plus la famille reçoit d'information, plus elle devient une alliée pour l'équipe soignante.

En ce qui concerne les enfants à l'urgence, l'implication de la famille est primordiale. Sa participation aux soins, si l'enfant subit des traitements invasifs ou en cours de réanimation, est encouragée, mais demeure tributaire du choix des parents ou des tuteurs et doit être encadrée : pour ce faire, ceux-ci doivent recevoir de l'information claire sur les traitements et sur les réactions possibles de l'enfant. Les parents doivent bénéficier d'un soutien émotionnel de la part du personnel tout au cours de l'accompagnement.

Par ailleurs, le personnel de l'urgence doit faire face à un défi de taille lorsqu'il s'agit des activités suivantes : favoriser l'accompagnement et le soutien par les proches, leur fournir l'information à laquelle ils ont droit tout en respectant la confidentialité du patient et protéger le droit au repos du patient et des autres patients de l'urgence.

Il importe donc d'établir des règles de fonctionnement qui porteront sur les éléments suivants :

- Le nombre de visiteurs et la durée de la visite permise.
- Les mécanismes de contrôle des visiteurs et les mécanismes d'accès aux locaux de l'urgence.
- La présence essentielle des deux parents auprès des jeunes enfants.
- La présence de membres de la famille ou des proches auprès des patients en perte d'autonomie, des personnes âgées et des patients ayant un problème de santé mentale.
- L'information médicale qu'il est pertinent de fournir à la famille et aux proches.
- L'identification de la personne responsable de prendre des nouvelles de l'état du patient (on doit tenter, dans la mesure du possible, de maintenir des liens étroits avec la personne représentant le patient).
- La disponibilité d'un membre du personnel (souvent le travailleur social ou l'assistante de l'infirmière–chef) pour le soutien aux membres de la famille et aux proches lorsque le patient est dans l'aire de choc.
- La présence de la famille dans l'aire de choc ou la salle de traitement (accompagner la famille auprès du patient chaque fois que les soins qui lui sont donnés le permettent).
- Un mécanisme permettant de vérifier avec le patient conscient s'il désire qu'un membre de son entourage soit informé de sa présence à l'urgence.
- Un mécanisme permettant, lorsqu'un patient est inconscient, de contacter un membre de la famille s'il n'y a pas d'accompagnateur.
- En région rurale, en raison des liens sociaux étroits, le personnel soignant doit porter une attention particulière à la confidentialité.

*Famille et visiteurs
à l'urgence*

RECOMMANDATION B.2.11.

A. Établir une politique de visites à l'urgence.

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B. Désigner une ou des personnes responsables du soutien aux familles et aux proches en fonction des besoins.

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

CHAPITRE B.3

■ GESTION DE L'INFORMATION ■

La connaissance du profil des personnes fréquentant l'urgence d'un établissement est essentielle pour être à même de gérer les activités de l'urgence. L'évolution technologique, le virage ambulatoire, le vieillissement de la population, les réseaux intégrés de soins, la complexité clinique, l'augmentation de la demande de soins, nécessitent une quantité importante de données qui ne peuvent être traitées de façon isolée. L'analyse des données doit tenir compte, par exemple, de l'évolution des indicateurs d'achalandage, de la complexité des cas et de durée de séjour. Par ailleurs, il est indispensable de bénéficier de points de comparaison avec d'autres urgences.

Pour ce faire, un système de gestion de l'information doit être mis en place et fournir des tableaux de bord en temps réel facilitant la gestion quotidienne de l'urgence. L'expérience démontre que les technologies de l'information peuvent aider à résoudre des problèmes et à prendre des décisions en fournissant des données pertinentes et ce, dans un format approprié.

Une gestion de l'information efficace s'effectue par l'entremise d'un système informatisé fiable répondant aux attentes de ses utilisateurs. Tout en tenant compte de la nature particulière de l'urgence, il faut garder à l'esprit que les services qui y sont offerts occupent une place prépondérante dans le système de santé du Québec, ce qui nous oblige à entretenir une vision commune dans le développement des systèmes d'information. Les utilisateurs des données générées par le système d'information de l'urgence étant les décideurs de l'urgence, de l'établissement, des instances territoriales, régionales et provinciales et, à l'occasion, les équipes de recherche, l'uniformisation des bases de données est un aspect incontournable de la gestion des urgences au Québec.

Le *Cadre normatif du Système d'information et de gestion des départements d'urgence* (SIGDU), publié par le MSSS en 2004, précise quelles sont les données normalisées qui devront être transmises à la banque centrale. De plus, seuls les logiciels répondant aux exigences du cadre normatif sont accrédités par le MSSS.

Le SIGDU remplacera à la fois le registre des urgences et l'outil de transmission électronique des données quotidiennes de l'urgence, dès que la Banque de données communes des urgences (BDCU) sera complétée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

B.3.1. AVANTAGES DE L'INFORMATISATION

L'informatisation de l'urgence permet entre autres :

- La gestion de l'information en temps réel.

- L'accès à des renseignements susceptibles d'aider l'administration à déterminer les besoins et les problèmes sur lesquels on doit agir.
- La comparaison des performances à l'échelle d'une région, de la province ou entre différents centres hospitaliers.
- L'évaluation de la qualité de façon plus systématique.
- La résolution d'éléments problématiques grâce à des données objectives.
- L'analyse des ressources nécessaires à l'urgence.
- L'évaluation des résultats après l'instauration de mesures correctives.

B.3.2. CRITÈRES POUR LE CHOIX D'UN SIGDU

Les logiciels accrédités par le Ministère répondent à plusieurs critères fixés par des représentants d'utilisateurs. Dans leur choix, les établissements peuvent tenir compte des aspects suivants :

- La capacité de conserver les données pertinentes stockées antérieurement.
- La convivialité d'entrée et d'extraction des données.
- La production de rapports essentiels à la description des multiples facteurs affectant le fonctionnement de l'urgence.
- L'arrimage avec les autres systèmes de l'établissement par une interface fiable et fonctionnelle (liens avec les laboratoires, l'imagerie médicale, l'admission, etc.).
- Le croisement des données de l'urgence avec celles d'autres systèmes, tel le système MED-ECHO local, permettant l'analyse des hospitalisations par l'entremise de l'urgence.
- L'ajout d'autres modules pertinents, tel que le module de triage conforme à l'ETG.
- Le lien avec les services de première ligne, par exemple les services de soins à domicile et les GMF, pour le transfert du plan de soins ou de résultats d'examen diagnostiques.
- Les outils cliniques, tels que les ordonnances collectives, les guides de pratique et les protocoles, les compendiums de médicaments, etc.
- Les liens futurs avec le dossier informatisé du patient.

B.3.3. FIABILITÉ DES DONNÉES

Pour une utilisation judicieuse du SIGDU, les données saisies dans le système informatisé se doivent d'être exactes et fiables. La fiabilité des données dépend des éléments suivants :

- L'importance accordée à la saisie des données : en général, la saisie des données est de meilleure qualité lorsqu'elle est effectuée par du personnel spécialement affecté à cette tâche. C'est le rôle des commis dans les urgences où le volume de données à traiter le justifie.
- Le respect du cadre normatif du SIGDU : pour ce faire, une formation appropriée est offerte par le responsable des systèmes informatiques de l'établissement au personnel concerné.
- L'existence d'un système d'évaluation de la qualité.
- La responsabilité déléguée à l'infirmière–chef de l'urgence et au chef médical de l'urgence quant au contrôle de l'exactitude et de la fiabilité des données.

B.3.4. INDICATEURS

Grâce à un système d'information efficace, il devient possible de disposer de plusieurs indicateurs, ce qui facilite le suivi du fonctionnement de l'urgence. Le suivi des indicateurs suivants est recommandé :

- Patients sur civière :
 - DMS des patients sur civière hospitalisés – norme : 12 heures.
 - DMS des patients sur civière non hospitalisés – norme : 8 heures.
 - DMS des patients sur civière en santé mentale – norme : 12 heures.
 - DMS des personnes âgées (75 ans ou plus) – norme : 12 heures.
 - Pourcentage des séjours de plus de 24 heures – norme : moins de 15 %.
 - Pourcentage des séjours de 48 heures ou plus – norme : 0 %.
 - Taux d'occupation visé des civières – cible : inférieur à 80 %.
 - Nombre de patients sur civière placés dans un corridor – norme : aucun.
 - Taux d'hospitalisation de patients venant de l'urgence.
 - Délai pour l'obtention d'une chambre : 2 heures.
 - Pourcentage de demandes de consultation.
 - Délai pour l'obtention d'une consultation – cible : moins de 2 heures.
 - Délai pour la réalisation d'une radiographie simple – norme : 1 heure.
 - Délai pour l'obtention d'un résultat de laboratoire – norme : 1 heure.

- Patients ambulatoires :
 - Nombre de visites de patients ambulatoires.
 - DMS des patients ambulatoires – cible : moins de 4 heures.

- Triage :
 - Durée d'attente avant le triage – norme : maximum 10 minutes.
 - Durée du triage – norme : autour de 5 minutes.
 - Délai de prise en charge médicale et pourcentage de réponse attendue en fonction des niveaux de priorité :
 - Priorité 1 : aucun 98 %
 - Priorité 2 : 15 minutes 95 %
 - Priorité 3 : 30 minutes 90 %
 - Priorité 4 : 60 minutes 85 %
 - Priorité 5 : 120 minutes 80 %
 - Taux prévisible des admissions en fonction des niveaux de priorité :
 - Priorité 1 : 70 % – 90 %
 - Priorité 2 : 40 % – 70 %
 - Priorité 3 : 20 % – 40 %
 - Priorité 4 : 10 % – 20 %
 - Priorité 5 : 0 % – 10 %

- Indicateurs de l'hôpital :
 - Nombre de patients dont le processus d'hébergement dans une unité de soins de longue durée est complété mais occupant des lits de soins de courte durée – cible : aucun.
 - Nombre de patients en attente de convalescence ou de réadaptation dans des lits de soins courte durée – cible : aucun.
 - Nombre de personnes de 75 ans ou plus dirigées, à partir du centre hospitalier, dans un CHSLD public ou privé conventionné, par rapport au nombre de personnes de 75 ans ou plus admises dans ce centre hospitalier – cible : moins de 5 %.
 - Durée de séjour des patients hospitalisés dans chaque spécialité.
 - Délai en jours entre la fin des soins aigus et le départ effectif de l'hôpital.

Ces dernières données ne pouvant être obtenues par le SIGDU, d'autres systèmes d'information, de même que le Service des archives médicales, devront être mis à contribution.

Gestion de l'information

RECOMMANDATION B.3.

- A. Implanter un système de gestion de l'information accrédité et favoriser la saisie de données en temps réel par du personnel de soutien.**

Responsables : directeur général, DSP et DSI.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. S'assurer de la fiabilité des données stockées dans le système de gestion de l'information.**

Responsables : chef médical de l'urgence, infirmière–chef de l'urgence et DSP.

Niveaux d'urgence : tous.

- C. Créer un tableau de bord permettant de suivre les indicateurs de fonctionnement et de performance de l'urgence.**

Responsables : chef médical de l'urgence, infirmière–chef de l'urgence et DSP.

Niveaux d'urgence : tous.

CHAPITRE B.4

■ GROUPES PARTICULIERS ■

La présente section est consacrée à divers types de patients ayant des besoins particuliers et dont l'état requiert une attention spéciale de la part de l'ensemble du personnel de l'urgence. Ces patients ont été regroupés en fonction des spécialités médicales définissant leur appartenance à un groupe précis. Il sera question, dans les pages qui suivent, des catégories de patients relevant de quatre grands domaines de la médecine :

- Domaine de la pédiatrie.
- Domaine de la santé mentale.
- Domaine de la gériatrie.
- Domaine de la cardiologie.

Il existe d'autres groupes de personnes ayant des besoins particuliers, notamment les femmes agressées sexuellement ou victimes de violence conjugale. Il appartient à chaque CSSS d'organiser sur leur territoire la coordination des services pour répondre aux besoins particuliers de ces patients.

En ce qui concerne les personnes dites en fin de vie, la coordination des services par une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs est particulièrement importante. Ces services doivent en effet être conçus de façon à limiter le séjour à l'urgence des personnes en fin de vie. L'équipe de l'urgence doit être en mesure de déterminer les besoins particuliers de ces personnes et d'y répondre en conformité avec la Politique en soins palliatifs du Ministère.

B.4.1. DOMAINE DE LA PÉDIATRIE

Toute personne âgée de moins de 18 ans relève du domaine de la pédiatrie et celles qui consultent à l'urgence ont des besoins particuliers et uniques. Ces besoins sont d'autant plus marqués lorsque l'enfant est gravement malade ou traumatisé. Les urgences doivent avoir les ressources matérielles et humaines nécessaires pour assurer aux enfants des soins de qualité. Elles doivent se donner un cadre de surveillance adéquat et adapté à la pédiatrie. Pour ce type de patients, la famille et les parents sont associés aux soins qui sont donnés à l'urgence. Cela se traduit par la participation aux soins et l'implication de ceux-ci tout au cours du séjour de l'enfant à l'urgence.

Les urgences auront, dans certaines situations, à transférer des enfants qui ont été stabilisés vers d'autres centres plus spécialisés. Ces transferts devront s'effectuer de façon appropriée, selon la gravité de la situation.

B.4.1.1. Modèle d'organisation d'une urgence en pédiatrie

En pédiatrie, le modèle d'organisation de l'urgence est basé sur la hiérarchisation des soins, qui comprennent les soins de niveau primaire, secondaire et tertiaire.

L'organisation régionale des ressources pédiatriques est par ailleurs essentielle pour offrir aux enfants les meilleurs soins possible. Un système intégré permet l'accès à un niveau de soins appropriés à l'intérieur d'un délai raisonnable pour les enfants gravement malades ou traumatisés. L'instauration des réseaux locaux et la hiérarchisation des services nécessitent des ententes entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres hospitaliers, particulièrement les centres hospitaliers universitaires de pédiatrie.

Soins de niveau primaire en pédiatrie

Les urgences offrant des soins de niveau primaire en pédiatrie peuvent diagnostiquer et stabiliser des enfants souffrant de problèmes médico-chirurgicaux ou traumatiques urgents. Les services médicaux d'urgence y sont assurés par des médecins d'urgence. Ces centres ayant toutefois une capacité limitée d'hospitalisation en pédiatrie, on ne devrait y effectuer des hospitalisations que pour des problèmes simples et de courte durée.

Dans ces unités, un spécialiste (pédiatre, chirurgien général, anesthésiste) peut être rapidement disponible ou accessible par télémédecine ou, à défaut, par téléphone pour conseiller le médecin d'urgence.

Si cela est indiqué, des ressources médicales doivent assurer l'accompagnement de l'enfant durant un transfert urgent vers un autre établissement et doivent être disponibles à l'intérieur d'un délai de 30 minutes. Les transferts pourront se faire vers un établissement de niveau secondaire ou tertiaire, selon les ressources nécessaires au traitement de l'enfant et selon les ententes interétablissements préalables.

Le tandem de gestion médico-infirmier est responsable de la formation continue du personnel médical et infirmier concernant l'ETG pédiatrique et le RCR pédiatrique, ainsi que l'équipement et la mise à jour des protocoles pédiatriques. Le médecin qui est en devoir à l'urgence doit avoir une formation avancée en réanimation pédiatrique.

Soins de niveau secondaire en pédiatrie

Les urgences offrant des soins de niveau secondaire en pédiatrie, qui reçoivent annuellement plus de 10 000 visites de patients âgés de moins de 18 ans (sur civière et ambulatoires), ont un certain nombre de civières réservées aux enfants et comptent sur une unité interne d'hospitalisation pédiatrique. Ces urgences peuvent également accepter des transferts d'enfants provenant de centres de niveau primaire ou d'urgences de première ligne (groupe 2). Ajoutons que des pédiatres, des chirurgiens généraux et des anesthésistes y sont disponibles en tout temps. La structure médicale qui les encadre, enfin, comporte un département de pédiatrie.

Afin d'offrir des services de la meilleure qualité possible, ces urgences doivent répondre à un certain nombre de règles. Elles doivent pouvoir compter, par exemple, sur la présence d'un comité multidisciplinaire pédiatrique.

Le personnel infirmier qui y travaille doit par ailleurs maîtriser l'ETG pédiatrique et le RCR pédiatrique. Idéalement, une infirmière par quart de travail doit posséder une formation avancée en réanimation pédiatrique. Mentionnons qu'il existe un programme de formation pédiatrique offert annuellement au personnel infirmier de ce type d'urgence.

Dans les hôpitaux comportant de telles urgences, l'ajout à l'équipe en place d'un spécialiste en médecine d'urgence se consacrant à la pédiatrie ou d'un spécialiste en médecine d'urgence pédiatrique agissant à titre de consultant dans l'organisation des soins pédiatriques d'urgence est souhaitable.

Soins de niveau tertiaire en pédiatrie

Les unités d'urgence offrant des soins de niveau tertiaire en pédiatrie sont des centres à vocation unique en pédiatrie ou des centres mère–enfant. Leur mission consiste principalement à offrir des soins de niveau tertiaire et servent de référence nationale en matière de soins spécialisés et ultraspecialisés en pédiatrie.

Ces services médicaux disposent idéalement de spécialistes en médecine d'urgence pédiatrique ou de pédiatres urgentologues qui travaillent en collaboration avec des médecins d'urgence se consacrant principalement aux soins pédiatriques.

L'équipe médicale de ce type d'urgence compte sur les « sous-spécialités » médicales et chirurgicales pédiatriques, auxquelles on doit pouvoir avoir accès 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Ces unités d'urgence pédiatriques peuvent être reconnues comme des centres désignés du réseau de traumatologie pédiatrique. Le cas échéant, cela nécessite :

- Une équipe de traumatologie pédiatrique pouvant offrir rapidement des soins en chirurgie pédiatrique.
- Un neurochirurgien.
- Une unité de soins intensifs pédiatriques.
- Un programme de réadaptation.

Ces unités d'urgence mettent également l'accent sur la recherche clinique en médecine d'urgence pédiatrique.

Des infirmières possédant une formation avancée en pédiatrie, ou l'équivalent de ce type de formation, y sont présentes sur tous les quarts de travail. Une conseillère en soins infirmiers y est par ailleurs responsable de la formation continue des infirmières. Le programme de formation offert s'appuie sur un plan établi chaque année en fonction des objectifs de formation continue spécifique aux urgences pédiatriques. Une conseillère clinicienne en soins infirmiers y est responsable pour sa part du perfectionnement professionnel des infirmières.

La présence de spécialistes en médecine d'urgence se consacrant principalement aux soins pédiatriques est essentielle dans ce type d'urgence. Cette équipe est soutenue en tout temps par un pédiatre ayant une expertise en médecine d'urgence. Enfin un programme de résidence en médecine d'urgence pédiatrique doit idéalement y être offert.

B.4.1.2. Monitoring des enfants à l'urgence

La prise des signes vitaux des enfants se fait au repos. Il est important d'obtenir la coopération de l'enfant en établissant un lien de confiance avec lui grâce à une approche adaptée à son niveau de développement. Un lieu physique invitant peut aider à atteindre cet objectif. Le personnel de l'urgence doit avoir accès facilement à une échelle des signes vitaux normaux suivant l'âge des patients.

Pour plus de détails sur le monitoring à l'urgence, voir la section B2.8.

B.4.1.3. Guides et échelles utilisés en pédiatrie

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants, certains outils doivent être accessibles rapidement au personnel de l'urgence, tels que :

- L'échelle pédiatrique de Broselow.
- L'algorithme de réanimation pédiatrique.
- Le guide d'utilisation des médicaments en pédiatrie et en médecine néonatale.
- La liste des signes vitaux normaux selon l'âge.
- L'*Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité*.
- L'échelle de la douleur.
- L'échelle pédiatrique de Glasgow.

B.4.1.4. Comité interdisciplinaire pédiatrique

Un comité interdisciplinaire pédiatrique est mis en place dans les unités d'urgence pédiatriques de niveau secondaire et tertiaire. Sa composition varie cependant selon le niveau de l'urgence pédiatrique. Dans les unités d'urgence de niveau primaire, ses activités peuvent être intégrées aux activités relevant du Département ou du Service de médecine d'urgence.

- Responsabilités :
 - S'assurer que la formation continue en médecine d'urgence pédiatrique du personnel médico-infirmier est adéquate.
 - S'assurer que les ressources matérielles sont adéquates pour toute la population pédiatrique (du nouveau-né à l'adolescent), et ce, dans toutes les aires de traitement (aire de triage, aire ambulatoire, aires des civières, salle de choc).
 - Établir des protocoles de soins pédiatriques.

- Appliquer les protocoles de soins pédiatriques établis.
- Établir des ententes interétablissements.
- S'assurer du respect des ententes interétablissements.
- Participer aux différentes activités d'amélioration de la qualité des soins pédiatriques.
- Agir comme agent de liaison avec les établissements du réseau régional ou suprarégional.

Membres du comité interdisciplinaire pédiatrique

Le comité interdisciplinaire pédiatrique inclut minimalement le chef médical et l'infirmière–chef de l'urgence, ainsi que le chef du Département de pédiatrie. Chaque centre hospitalier devra déterminer la composition de son comité, qui se doit d'inclure d'autres professionnels.

B.4.1.5. Aspect médico-légal

Consentement

En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou que son intégrité est menacée, et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. En aucun temps, l'évaluation et le traitement d'urgence d'un mineur ne devraient être retardés à cause d'une absence de consentement. La décision quant à la nature urgente du traitement devrait être basée sur l'évaluation initiale du mineur et ne devrait pas être restreinte aux seules conditions de vie ou de mort, mais s'appuyer sur la nécessité pour celui-ci de recevoir un traitement rapide.

Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le fait de confier l'enfant à la garde d'une personne donnée représente de la part des parents un consentement implicite dans des situations où un traitement médical ou chirurgical urgent est nécessaire.

Le mineur de 14 ans ou plus peut néanmoins consentir seul aux soins qui lui sont proposés. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit en être informé.

Refus de traitement

En cas d'empêchement ou de refus injustifié de la part de la personne habilitée à consentir aux soins requis par l'état de santé d'un mineur, l'autorisation d'un tribunal est nécessaire pour entreprendre le traitement. La Direction générale de l'établissement doit faire connaître à l'équipe soignante la procédure à suivre lorsqu'une telle situation se présente.

B.4.1.6. Enfant maltraité ou victime d'abus sexuel¹

Selon la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), des dispositions doivent être prises dans les cas où l'on suspecte qu'un enfant est maltraité ou victimes d'abus sexuel.

Signalement obligatoire (LPJ, article 39)

En matière de signalement obligatoire, l'article 39 de la loi sur la protection de la jeunesse stipule ceci :

Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1 est tenu de signaler sans délai la situation au Directeur de la protection de la jeunesse.

En vue de répondre aux exigences de la loi et de protéger adéquatement les enfants, les infirmières des unités d'urgence de niveau secondaire et tertiaire doivent maîtriser les mécanismes d'orientation en cas d'abus et de négligence, et ce, sur chaque quart de travail.

Sécurité ou développement d'un enfant compromis (LPJ, article 38)

Voici ce que nous dit la Loi sur la protection de la jeunesse à propos des enfants dont la sécurité ou le développement sont compromis :

Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

- *si ses parents ne vivent plus ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation ;*
- *si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents ;*
- *si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés ;*
- *s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde ;*
- *s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique ;*

¹ Extraits tirés de la Loi sur la protection de la jeunesse – Québec.

- *s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge ;*
- *s'il est victime d'abus sexuel ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence ;*
- *s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant ou n'y parviennent pas.*

On doit repérer dès le triage les enfants qu'on soupçonne de recevoir des traitements pouvant nuire à leur sécurité ou à leur développement et un protocole d'intervention doit être appliqué en vue de leur venir en aide.

Signalement transmis au Directeur de la protection de la jeunesse (LPJ, article 45)

Si l'on a des soupçons quant à la sécurité d'un enfant, la Loi sur la protection de la jeunesse stipule qu'on doit en aviser le Directeur de la protection de la jeunesse :

Tout signalement à l'effet que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis est transmis au Directeur de la protection de la jeunesse. Celui-ci détermine s'il est recevable et si des mesures d'urgence s'imposent.

Mesures d'urgence (LPJ, article 46)

Aux sus de la Loi sur la protection de la jeunesse, des mesures d'urgence peuvent être prises par le Directeur de la protection de la jeunesse si l'on soupçonne un enfant d'être en danger.

À titre de mesures d'urgence, le Directeur de la protection de la jeunesse peut retirer immédiatement l'enfant du lieu où il se trouve ou confier l'enfant sans délai à un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier, à une famille d'accueil, à un organisme approprié ou à toute autre personne.

Accueil obligatoire (LPJ, article 46)

Ainsi que le prévoit la Loi sur la protection de la jeunesse, un établissement est tenu, si telle est la décision du Directeur de la protection de la jeunesse, d'héberger tout enfant dont on lui confie la charge :

Lorsque la mesure retenue est de confier l'enfant à un établissement, le Directeur de la protection de la jeunesse doit préciser si la mesure comporte un hébergement. L'établissement désigné est tenu de recevoir l'enfant.

Soins médicaux et autres soins en cas d'urgence (LPJ, article 48)

En matière de soins médicaux ou de soins d'urgence, voici ce que prévoit la Loi sur la protection de la jeunesse :

Durant la période où des mesures d'urgence sont appliquées, le Directeur de la protection de la jeunesse peut autoriser, en cas d'urgence, la prestation des services médicaux et d'autres soins qu'il juge nécessaire sans le consentement des parents ni ordonnance du tribunal. Tout établissement qui exploite un centre hospitalier est alors tenu de recevoir l'enfant que le Directeur lui confie.

Avis de congé (LPJ, article 48.1)

En vertu de la Loi, un établissement doit se plier à certaines règles avant de donner son congé à un enfant qui lui a été confié par le Directeur de la protection de la jeunesse :

Un centre hospitalier à qui le Directeur de la protection de la jeunesse a confié un enfant doit aviser celui-ci avant que l'enfant n'obtienne son congé conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

B.4.1.7. Transferts interétablissements en pédiatrie

Les transferts pédiatriques sont traités à la section B2.7 du présent guide. Toutefois, il existe des particularités pour les transferts de néonatalogie.

Pour ce type de transfert, des équipes spécialisées de transport néonatal, basées dans certains centres tertiaires pédiatriques, assurent le transport et prennent en charge les nouveau-nés malades dès leur arrivée dans le centre ayant demandé le transfert.

B.4.1.8. Décès d'un enfant

Bien que le décès d'un enfant dans une urgence soit toujours traumatisant, des procédures particulières doivent malgré tout s'appliquer.

Une autopsie doit être demandée et le coroner doit être avisé de tout décès d'enfant dans une urgence, à moins que les causes médicales du décès soient bien connues, naturelles et prévisibles (p. ex : néoplasie, leucémie, etc.).

Domaine de la pédiatrie

RECOMMANDATION B.4.1.

- A. Adapter les soins et les services offerts aux enfants dans les urgences en tenant compte de la hiérarchisation des soins.**

Responsables : directeur général de l'établissement, DSP et chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. Mettre en place un comité interdisciplinaire en pédiatrie.**

Responsables : DSP et DSI.

Niveaux d'urgence : secondaires et tertiaires.

- C. Offrir une formation spécifique à l'équipe médico-infirmière en pédiatrie.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- D. Repérer dès le triage l'enfant dont la sécurité ou le développement est compromis et appliquer un protocole d'intervention qui respecte la Loi sur la protection de la jeunesse.**

Responsables : direction générale de l'établissement, DSP et chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.4.2. DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE

Au Québec, comme dans de nombreux pays industrialisés, l'urgence continue d'occuper une place particulière au sein du réseau des services de santé mentale. Malgré des efforts importants pour implanter dans la communauté des services, tels que les centres de crise, aptes à accueillir des personnes en situation de crise, l'urgence demeure souvent le lieu où l'on se tourne lorsque toutes les autres ressources ont été épuisées. Le plan d'action en santé mentale du MSSS vise à mobiliser les ressources de première ligne en vue d'éviter que les personnes souffrant d'un problème de santé mentale aient recours à l'urgence.

La personne souffrant d'un problème de santé mentale a des besoins particuliers. Lorsqu'elle se présente à l'urgence, elle mérite donc une attention spéciale de la part du personnel. L'organisation des locaux doit également être conçue de façon à répondre adéquatement à ses besoins.

B.4.2.1. Problématique

Malgré la grande vulnérabilité engendrée par la situation de crise, le temps d'attente et la durée de séjour des personnes se présentant à l'urgence pour un problème de santé mentale sont actuellement plus longs que pour les personnes souffrant d'un problème de santé physique.

L'arrimage entre l'urgence et les services de la communauté, qui ne permet pas toujours un suivi adéquat du patient, est un problème fréquemment observé à l'urgence. La situation qui en découle peut contribuer au phénomène dit de la « porte tournante » (patients revenant régulièrement à l'urgence pour traiter différents problèmes). Des recherches¹ indiquent « *en effet qu'un taux élevé de réadmissions de patients à l'intérieur d'un court délai peut signifier, entre autres, une qualité des soins jugée inadéquate, l'octroi de congés prématurés ou un manque de soutien de la part des services communautaires appropriés.* »

Les personnes souffrant d'un problème de santé mentale forment un groupe diversifié et présentent un défi particulier pour le personnel de l'urgence. Elles peuvent être anxieuses, déprimées, psychotiques, agitées, suicidaires, voire violentes. Les raisons qui motivent un recours à l'urgence sont elles aussi très diversifiées et relèvent souvent d'un ensemble de conditions socio-économiques et médicales (isolement, pauvreté, crise familiale ou conjugale, difficultés avec la médication ou dans le suivi thérapeutique, etc.) qui aggravent ou précipitent les problèmes de désorganisation ou de décompensation².

¹ ASHTON, C.M., D.J. DELJUNCO, J. SOUCHECK (1998). « Early admission to hospital is a valid indicator of low-quality care », *Evidence-Based Health Policy and Management*, vol. 2, n° 3.

² BLAIS, L. (1986). *Les urgences psychiatriques au pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal*, Montréal, département de santé communautaire Sacré-Cœur.

B.4.2.2. Intervention en situation de crise : le respect des besoins et des droits du patient

En contexte de crise, la réponse aux besoins des patients devient centrale étant donné la vulnérabilité de ceux-ci et les risques qu'une telle situation comporte. Il est ainsi essentiel de mettre au point des pratiques basées sur la qualité de l'accueil et qui soient respectueuses de la personne et de ses droits. La mobilisation des ressources personnelles du patient (famille, amis, etc.) dans le but de favoriser l'amélioration des mécanismes d'adaptation doit être encouragée.

L'expérience démontre que, même dans des états de grande détresse, les personnes concernées sont capables de collaborer à la définition de leurs besoins et désireuses de le faire. Elles sont aussi en mesure de faire état de leurs préférences et de suggérer des accommodements minimaux pouvant atténuer leur état de crise. Ces personnes peuvent éclairer le personnel de l'urgence sur leurs besoins, et ce, même lorsque leur capacité à communiquer ou à se contrôler est temporairement diminuée.

Afin d'améliorer les pratiques à l'urgence, il est important de considérer les critiques et interrogations exprimées par les patients. En voici quelques-unes parmi les plus importantes¹ :

- Sentiment de n'être pas écouté, cru, accepté dans sa souffrance.
- Crainte d'être soumis à l'autorité arbitraire de soignants ou de membres de leur famille et de n'avoir aucune garantie que leurs droits et recours seront respectés par tous les acteurs en présence.
- Sentiment qu'on n'accorde pas de légitimité à la personne « en crise », à moins qu'elle soit accompagnée de quelqu'un de « crédible » qui témoigne pour elle de son état et de ses besoins, ou qu'elle présente des comportements limites entraînant malheureusement des mesures coercitives.
- Sentiment que la priorité est donnée à la sécurité au détriment de l'écoute active et de l'interaction avec la personne en état de crise.
- Perception d'un manque de bonne volonté ou d'une forme d'incapacité pouvant les exposer à des mesures de contrôle traumatisantes, ce qui entraîne une remise en question d'une partie ou de la totalité des services offerts ou de la manière dont ils sont offerts.

¹ RODRIGUEZ, L. *et al.* (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 336 p.

B.4.2.3. Comorbidité... des problèmes difficiles à évaluer en situation d'urgence

Les troubles psychiatriques aigus à l'urgence sont souvent associés à d'autres problèmes qui en accentuent la gravité et la complexité.

Citons, à titre d'exemple, les problèmes psychosociaux (pauvreté, problème d'hébergement, prostitution, etc.), les problèmes de dépendance à des substances psychotropes (alcoolisme, toxicomanie, etc.), les problèmes de comportement associés à des troubles de la personnalité ou à la déficience intellectuelle et les problèmes de santé physique.

Ainsi, la littérature sur ce sujet nous apprend que 40 % des personnes souffrant de troubles psychiatriques sont aussi atteintes de maladies physiques d'importance (troubles cardiaques, diabète, etc.) et que la condition physique peut contribuer à la détérioration de la condition psychiatrique, en compliquer le traitement ou en être la cause. Une évaluation physique pertinente de tous les patients qui consultent pour un problème de santé mentale est essentielle et trop souvent négligée.

Il est reconnu, par exemple, que « *les personnes atteintes de maladie mentale grave ont un haut taux de comorbidité reliée à la toxicomanie. En l'absence d'un traitement approprié, la toxicomanie peut exacerber les maladies mentales et nuire à leur traitement* »¹. On sait également que la comorbidité reliée à la toxicomanie peut occasionnellement constituer une raison de refuser de donner à la personne les soins dont elle a besoin ou constituer un motif pour l'hospitaliser rapidement, compte tenu du manque de ressources disponibles pour traiter ce type de problème.

B.4.2.4. Gestion clinique de l'épisode de soins

La gestion clinique de la crise demeure la priorité à l'urgence et relève à la fois de l'équipe de l'urgence et de l'équipe de santé mentale appelée en consultation.

Il importe toutefois de prendre en compte les éléments suivants :

Triage

Le triage permet d'établir un niveau de priorité selon des critères établis (décrits à la section B2.2 du présent guide). Toutefois, le triage des patients présentant des problèmes de santé mentale est relativement sommaire et l'ETG, à cet effet, mérite d'être améliorée.

L'attente, particulièrement dans une salle d'attente bondée, ajoute un élément de sur-stimulation et peut être perçue comme une menace par ces patients. Certaines personnes ont peu de tolérance à la frustration et aux conditions difficiles de la majorité des urgences. Celles qui sont dans un état de désorganisation (psychose, crise suicidaire, détresse extrême, agitation incontrôlable) devraient être conduites dès le triage dans un lieu calme et accueillant et ne jamais être laissées seules.

¹ McEWAN, K. (2001) *Les indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : trousse d'évaluation*. Ottawa : Santé Canada, p. 49.

Personnes vivant une première période de difficulté

Tout premier contact avec l'urgence d'un hôpital constitue en soi un événement stressant. Pour les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique, cette situation peut s'avérer traumatisante et avoir un impact majeur, positif ou négatif, sur leur propre trajectoire. Ces personnes se sentent souvent extrêmement désemparées, anxieuses et effrayées par la perte de contrôle de leur état mental et éprouvent le plus grand besoin d'être rassurées. Par ailleurs, elles ne connaissent parfois rien des services de santé mentale et peuvent voir leur anxiété exacerbée si elles ne reçoivent pas rapidement des réponses à leurs questions et l'assurance que le personnel répondra à leurs besoins tout en respectant leurs droits.

Personnes connues des services

Plusieurs personnes n'en sont pas à leur premier séjour à l'urgence. Certaines ont appris à voir venir les crises et à les prévenir par toutes sortes de moyens. Lorsque ces personnes sont acculées à consulter à l'urgence, elles ont souvent épuisé toutes les autres ressources qu'elles connaissent, ont fait plusieurs autres démarches et peut-être essuyé de nombreux refus. D'autres patients ont pris l'habitude d'utiliser l'urgence comme premier recours en situation de crise. Les intervenants devraient être sensibles à ces cas et prendre en considération leurs besoins et leur souffrance.

Personnes consentantes

- Si le patient se présente de lui-même, qu'il soit seul ou accompagné d'un proche ou des ambulanciers, il importe de s'adresser d'abord à lui pour connaître son point de vue sur la situation. L'intervenant doit vérifier le lien entre le patient et son accompagnateur, recueillir de l'information auprès du patient et demander à l'accompagnateur de demeurer avec le patient jusqu'à ce que ce dernier ait rencontré le médecin. Si le patient est seul, l'intervenant doit s'assurer de sa capacité à demeurer dans la salle d'attente, sinon, il doit l'installer dans un endroit plus sécuritaire : salle d'attente réservée à cet effet, bureau de consultation, etc.
- Si le patient est amené par des intervenants communautaires, il importe de s'adresser d'abord à lui et d'inviter les intervenants à participer à l'évaluation et à la recherche de solutions si le patient est d'accord.
- Lorsque le patient est attendu par un psychiatre, il doit être informé du temps qu'il aura à attendre avant de rencontrer celui-ci.
- Si le patient est transféré d'une autre urgence, il faut libérer dès que possible son accompagnateur professionnel.

Personnes non consentantes

- Si le patient est amené par sa famille ou par des proches contre sa volonté, il importe de s'adresser d'abord à lui pour connaître son point de vue. On s'informerait par la suite auprès de la famille ou des proches des circonstances les ayant incités à amener la personne contre sa volonté. L'intervenant se doit aussi de vérifier la légalité de la situation, en plus de vérifier les liens et de tester le climat existant entre la personne et celui ou ceux qui l'accompagnent. Il faut éviter enfin de présumer des « bonnes » ou « mauvaises » intentions de la famille ou de ses proches.
- Il faut déterminer s'il y a nécessité d'assurer ou non une surveillance au chevet du patient pour garantir sa sécurité et celle de son entourage en attendant l'évaluation médicale.
- Si le patient est amené par des policiers contre sa volonté, il importe de s'adresser d'abord à lui pour connaître son point de vue ; on s'informe par la suite auprès des policiers. Le policier demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement. Il peut donc arriver que l'intervenant demande au policier de demeurer auprès du patient. Cette situation devrait toutefois être de courte durée et peu courante.

B.4.2.5. Adoption d'une nouvelle loi

En vigueur depuis juin 1998, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui a pour but d'assurer un plus grand respect des droits et libertés fondamentales des personnes. L'un des objectifs principaux de cette loi est d'éviter le recours à l'hospitalisation au profit d'une intervention favorisant le soutien de la personne en situation de crise. Pourtant, on constate que le recours à la garde en établissement a augmenté dans une proportion importante depuis l'adoption de cette nouvelle loi. De même, le nombre de personnes amenées à l'urgence contre leur gré a augmenté au cours des dernières années.

La nouvelle loi donne des pouvoirs accrus aux médecins pratiquant dans les urgences du Québec. Elle leur permet de garder une personne contre son gré en instaurant une garde préventive lorsque la personne présente un danger grave et immédiat et qu'elle ne consent pas aux soins qu'on veut lui donner, mais elle leur permet aussi de lever cette garde dès que le danger n'est plus présent ou que la personne consent à recevoir des soins.

Ce nouveau pouvoir se doit d'être bien utilisé pour éviter le danger réel d'une atteinte aux droits des patients. Dans ce cas, l'expertise de l'infirmière clinicienne en santé mentale peut s'avérer très utile au médecin d'urgence. De même, consolider la formation du personnel concernant les droits des personnes permet d'adapter les pratiques à la loi.

Le privilège de lever une garde préventive accordé au médecin traitant du moment, soit le médecin de l'urgence, a modifié en profondeur les pratiques médicales à l'urgence.

B.4.2.6. Aspects légaux

Lorsqu'une personne est amenée de force à l'urgence, une évaluation objective, prudente et minutieuse de la situation est de mise, compte tenu de la possibilité qu'un nombre non négligeable de personnes puissent être amenées de cette façon sans qu'elles présentent un danger pour autant.

Le droit au consentement libre et éclairé aux soins et tous les autres droits inclus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux constituent des indicateurs quant aux interventions permettant d'éviter tout traitement non désiré.

Garde préventive (Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, articles 7, 8 et 14)

En l'absence de consentement, le médecin d'urgence peut mettre une personne sous garde préventive pendant au plus 72 heures, s'il est d'avis que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et ce, sans autorisation du tribunal et sans examen psychiatrique (c'est-à-dire effectué par un psychiatre). Cela implique une évaluation de la dangerosité du patient et de sa capacité à consentir aux soins qu'on lui proposera.

Dans ce contexte, l'établissement doit informer la personne du lieu où elle sera gardée et du motif de la garde. On doit aussi lui remettre un document faisant état de ses droits et recours et contenant les explications nécessaires à la compréhension du texte, au besoin. On doit lui permettre de communiquer immédiatement avec ses proches, avec un avocat, avec une personne responsable de la défense des droits en santé mentale ou avec le comité des usagers de l'établissement. Le DSP, quant à lui, doit être avisé sans délai de la situation.

Garde provisoire

Lorsqu'un patient fait l'objet d'une ordonnance du tribunal l'obligeant à subir un examen psychiatrique, il est automatiquement mis en garde provisoire. L'examen psychiatrique doit être fait dans les 24 heures de la prise en charge du patient par l'établissement ou dans les 24 heures suivant l'ordonnance du tribunal si cette personne était déjà en garde préventive dans l'établissement. L'évaluation psychiatrique est faite par un psychiatre. Si aucun psychiatre n'est disponible, un médecin généraliste peut effectuer cet examen.

Garde en établissement

Lorsque le psychiatre ayant procédé à l'examen psychiatrique conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre psychiatre, au plus tard dans les 96 heures suivant la prise en charge de la personne par l'établissement.

Toutefois, si la personne était initialement sous garde préventive et a subséquentement été mise en garde provisoire, le second examen psychiatrique doit être effectué dans les 48 heures suivant l'ordonnance du tribunal.

Le rapport d'examen psychiatrique doit notamment porter sur la nécessité d'une garde en établissement.

Si les deux psychiatres concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ni l'autorisation du tribunal, le temps que la garde en établissement devienne légale, le cas échéant. La garde en établissement prend effet à partir du moment où le juge rend sa décision. Le jugement qui autorise la garde en fixe aussi la durée.

La garde se limite à maintenir la personne sur les lieux de l'hôpital en assurant sa sécurité jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de danger ou que la personne consente à son hospitalisation. À moins d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne ou d'autrui, tout traitement qui lui est donné doit faire l'objet d'un consentement libre et éclairé de la personne et celle-ci conserve tous ses autres droits, au même titre que tout patient hospitalisé sur une base volontaire.

Dans ces circonstances, il faut s'assurer du respect des droits suivants :

- Droit de communiquer en toute confidentialité avec des personnes de l'extérieur (sauf restrictions temporaires et motivées devant être remises par écrit à la personne).
- Droit de communiquer sans restriction avec son représentant, avec le curateur public, avec la personne habilitée à consentir à ses soins, avec un avocat ou avec le Tribunal administratif du Québec.
- Droit de garder ses vêtements et effets personnels considérés comme non dangereux.
- Droit d'être transféré dans un autre établissement sous certaines conditions.
- Droit de refuser des traitements (sauf examens ou traitements ordonnés par la Cour).
- Droit au respect et à la dignité.
- Droit d'être accompagné.
- Droit de demander une révision de la décision.
- Droit de demander la fin de la garde en cas de non respect de la loi.
- Droit d'être entendu par un juge de la Cour du Québec (s'il y a appel de la décision).

Les personnes en cause doivent être informées des recours possibles :

- Droit de faire appel de la décision à la Cour d'appel du Québec (s'il y a erreur de droit).
- Droit de demander une audition devant le Tribunal administratif du Québec (pour toute décision relative au maintien de la garde et toute autre décision prise en vertu de la loi).

Fin de la garde (préventive et en établissement)

La garde prend fin sans formalités lorsque :

- le médecin traitant du moment (p. ex. : le médecin d'urgence, s'il est toujours le médecin traitant du patient et s'il n'y a pas eu transfert du dossier à un autre médecin ou si ce transfert n'a pas été accepté) atteste qu'elle n'est plus justifiée ;
- les délais prévus par la loi sont expirés ;
- la période fixée par ordonnance du tribunal prend fin.

Le cas échéant, l'établissement doit prendre les moyens nécessaires pour confier la personne qui doit être détenue ou hébergée en vertu d'autres lois à une personne responsable du lieu de détention ou d'hébergement, dès que la garde prend fin.

Possession de drogues ou d'armes à l'urgence

- Possession de drogues ou d'armes blanches

Toute personne en possession de drogues ou d'armes blanches à l'urgence, que son état nécessite ou non des soins d'urgence pour un problème de santé mentale, se verra retirer la drogue ou les armes blanches qu'elle a en sa possession, le tout dans le respect de son anonymat. Si la personne est consentante, elle remet la drogue ou l'arme blanche à un responsable ou à un policier, selon les procédures établies. En cas de refus, l'intervention d'un policier devient essentielle.

- Armes à feu

L'établissement doit divulguer aux agents de la paix le signalement de toute personne en possession d'une arme à feu à l'urgence, que l'état de cette personne nécessite ou non des soins d'urgence en santé mentale. L'établissement et les agents de la paix devront par la suite convenir de la conduite à tenir, particulièrement si la personne refuse de remettre son arme.

- Armes à feu à l'extérieur de l'urgence

Compte tenu des efforts consentis actuellement à la prévention des suicides et des homicides par arme à feu, si un établissement est au courant qu'un patient possède une arme à feu et que, pour une raison impérative et juste ayant trait à la santé du patient ou de son entourage, il croit que la possession de cette arme constitue un danger, il peut divulguer ce fait aux agents de la paix. Les agents de la paix, avec la collaboration du préposé aux armes à feu de leur service policier, jugeront de la pertinence de faire une demande d'ordonnance d'interdiction préventive de possession d'armes.

B.4.2.7. Abus envers les patients

Le milieu hospitalier comporte aussi des risques pour les personnes en état de grande vulnérabilité. Les abus de droits ou tout autre type d'abus envers les patients de la part du personnel, d'ambulanciers, de policiers ou de proches doivent aussi faire l'objet de dénonciations et de mesures légales.

Une attention particulière doit être accordée aux femmes, aux personnes âgées et à celles présentant une déficience intellectuelle, quant à des situations potentielles de violence ou d'abus psychologique, physique ou sexuel.

B.4.2.8. Personne suicidaire

L'augmentation constante du nombre de suicides au Québec et la grande souffrance qui y est associée justifient l'attention particulière que doit y porter le personnel de l'urgence.

Les professionnels affectés au triage et l'équipe soignante doivent être sensibles à l'importance de reconnaître le patient en crise suicidaire ou qui risque de tomber dans une telle crise.

Aucun patient suicidaire ou à risque ne devrait quitter l'urgence sans que l'on se soit assuré qu'il obtiendra un suivi adéquat. Pour réduire les risques d'incidents, il importe d'améliorer la continuité des services et de favoriser le maillage entre les différents acteurs des secteurs communautaire et institutionnel.

Un guide de pratique (protocole) doit prévoir la prise en charge, l'évaluation et le traitement des personnes suicidaires lorsqu'elles se présentent à l'urgence, ainsi que le suivi qui leur sera accordé après leur congé.

4.2.9. Mesures de contrôle : isolement et contention

La loi exige que chaque établissement de santé adopte un règlement sur les mécanismes à mettre en place afin d'assurer une utilisation raisonnable de la contention et de l'isolement à l'égard des patients souffrant de problèmes de santé mentale. Ce règlement vise à en restreindre l'usage et à en promouvoir l'utilisation judicieuse, en tenant compte de considérations cliniques, éthiques et juridiques.

Certains principes généraux doivent guider l'utilisation de la contention et de l'isolement. Cette utilisation doit se limiter aux patients dont les comportements présentent un danger immédiat pour leur santé, leur sécurité ou celle d'autrui. Ces principes doivent aussi déterminer la durée de la contention qui doit être révisée régulièrement.

B.4.2.10. Place de la famille et des proches à l'urgence

La collaboration avec la famille et les personnes ayant un lien significatif avec le patient demeure un élément essentiel des consultations à l'urgence, puisqu'il permet de mieux comprendre la situation de crise et de mieux cibler les interventions. Ce partenariat doit être complémentaire à l'intervention faite auprès du patient lui-même, qui doit participer à cette démarche.

Les rencontres avec les proches devraient se faire autant que possible en présence de la personne atteinte. Toutefois, si le patient refuse que ses proches soient rencontrés ou contactés et qu'il est essentiel d'obtenir des renseignements de leur part afin d'apprécier minimalement sa condition clinique, il est acceptable de s'enquérir auprès d'eux de l'état du patient afin d'obtenir des informations élémentaires pour intervenir de façon urgente. Le respect de la confidentialité ne permet cependant pas de divulguer aux proches de l'information au sujet du patient.

Pour mieux saisir les motifs de la consultation, la famille et les proches deviennent des partenaires incontournables puisqu'ils possèdent des renseignements précieux et peuvent parfois suggérer des solutions.

En premier lieu, afin d'établir un le lien de confiance avec les membres de la famille ou les proches, il importe d'accueillir ceux-ci dans un bureau d'entrevue permettant une certaine confidentialité. Le premier contact leur permet de se présenter et d'exposer le problème tout en le plaçant dans son contexte. Les données permettant de comprendre le quand, le comment et le pourquoi de la situation de crise doivent être saisies et notées. À la suite de ces échanges avec les proches du patient, les interventions thérapeutiques doivent entre autres tenir compte de leurs ressources, de leur histoire, de leur vulnérabilité et de leurs attentes.

Parmi les interventions thérapeutiques les plus pertinentes, on trouve les suivantes : établir un climat de confiance, se conformer aux normes sociales, faire preuve de neutralité en respectant les idées, les sentiments et les comportements de chacun.

La famille et les proches auront le sentiment de maîtriser le problème s'ils connaissent le traitement et les ressources qui leur sont accessibles. Il importe donc de leur donner de l'information et de faire de l'enseignement en utilisant des termes compréhensibles.

B.4.2.11. Modèle d'organisation

En ce qui concerne les personnes souffrant d'un problème de santé mentale, il est recommandé d'utiliser la nomenclature d'unités d'urgence de niveau primaire, secondaire ou tertiaire.

Niveau primaire en psychiatrie

Les unités d'urgences offrant des services psychiatriques primaires reçoivent un nombre limité de patients souffrant de problèmes de santé mentale et ne disposent pas d'une équipe psychiatrique spécialisée. Les services médicaux y sont assurés par l'équipe soignante de médecins et d'infirmières. Ces unités d'urgence sont toutefois aptes à identifier et à stabiliser les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Dans les hôpitaux où l'on trouve des urgences de niveau primaire en psychiatrie, il n'y a pas d'unité d'hospitalisation en psychiatrie ni de service de psychiatrie. Certains patients peuvent néanmoins y être admis dans des lits de médecine, selon la gravité de leur maladie.

Les unités d'urgences de niveau primaire en psychiatrie doivent pouvoir compter sur la disponibilité d'un psychiatre agissant à titre de consultant, que l'on puisse joindre en tout temps par téléphone ou qui peut venir sur place dans un délai raisonnable (30 minutes). Cela correspond à la norme reconnue par le Collège des médecins du Québec. Une entente avec un centre secondaire ou tertiaire en vue de s'associer les services d'un psychiatre est nécessaire.

Niveau secondaire en psychiatrie

Les unités d'urgences de niveau secondaire en psychiatrie sont situées dans les hôpitaux qui disposent d'une unité d'hospitalisation en psychiatrie et les psychiatres y sont rattachés à titre de médecins consultants ou traitants. L'équipe de psychiatrie est capable d'intervenir rapidement et d'offrir des consultations pour répondre aux demandes des médecins de l'unité d'urgence.

L'équipe de psychiatrie affectée aux consultations de l'urgence procède à l'évaluation du patient, intervient en situation de crise et décide enfin de l'orientation du patient. Cette équipe assure également la prise en charge des patients lorsque cela est nécessaire.

La taille de l'équipe peut varier selon le nombre de patients que reçoit l'urgence, mais comprend au moins un psychiatre, une infirmière expérimentée en psychiatrie pouvant agir comme agent de liaison et un travailleur social.

Niveau tertiaire en psychiatrie

Les unités d'urgences de niveau tertiaire en psychiatrie sont des centres de soins tertiaires en psychiatrie où il existe des activités de recherche et d'enseignement. Elles reçoivent généralement un nombre élevé de patients pour des consultations relatives à des problèmes de santé mentale, soit plus de 2 000 patients sur civière par année. En pédopsychiatrie, ce sont les centres hospitaliers tertiaires qui remplissent cette mission, notamment les centres pédiatriques à vocation unique et les centres mère–enfant.

Les établissements où l'on trouve ce type de services ont un département de psychiatrie avec des lits d'hospitalisation. Les hôpitaux psychiatriques à vocation unique en psychiatrie sont inclus dans ce groupe.

Un psychiatre est responsable des soins à l'unité d'urgence. Il doit être présent à plein temps le jour et de garde sur appel le soir, la nuit et la fin de semaine. Ces centres hospitaliers ont aussi une équipe psychiatrique qui répond aux besoins des patients en santé mentale de l'urgence.

[...] Une infirmière clinicienne de liaison et un travailleur social complètent l'équipe de base, en vue d'assurer le lien avec les ressources communautaires. [...]

[...] L'équipe psychiatrique de l'unité d'urgence exige la présence d'infirmières ayant une expertise en psychiatrie sur tous les quarts de travail, 7 jours sur 7. L'infirmière en santé mentale joue un rôle primordial auprès du patient souffrant d'un problème de santé mentale. Son expertise lui permet d'établir une relation thérapeutique avec le patient et de porter un jugement clinique éclairé, tant du point de vue biomédical que psychosocial. Son jugement tient compte du patient, mais aussi de sa famille, de ses proches et de l'environnement dans lequel il évolue. C'est aussi l'infirmière en santé mentale qui assure la coordination des soins offerts aux patients [...]

[...] Les enfants présentant des problèmes de santé mentale ont particulièrement besoin de l'aide et du soutien de cette équipe [...]¹.

Même si certaines pratiques médicales ou organisations internes estiment que l'évaluation et le traitement doivent durer de 24 à 72 heures à l'urgence, l'expérience a démontré que cette façon de faire contribuait à augmenter la durée de séjour à l'urgence. Le séjour à l'urgence pour les personnes ayant besoin de soins psychiatriques, comme pour tous les autres types de patients, doit se situer à l'intérieur des normes établies. Des visites dans les établissements, effectuées par les experts du CCNU au cours des dernières années, ont confirmé le bien-fondé du respect de la norme.

L'observation prolongée des patients sur civière à l'urgence n'est pas reconnue comme modèle de soins au Québec. Il est plutôt recommandé de chercher des solutions de remplacement à cette situation. La mise en place d'une unité d'hospitalisation brève (de 24 à 72 heures) pour certains patients ayant des problèmes particuliers est recommandée lorsque le nombre de patients le justifie et est jugée préférable à une observation prolongée à l'urgence. D'ailleurs, certains centres hospitaliers ont mis en place, avec succès, de telles unités d'hospitalisation.

B.4.2.12. Réseau intégré en santé mentale

Urgence et réseau intégré de service en santé mentale

Les services de santé mentale offerts par l'unité d'urgence sont spécifiques et complémentaires à ceux offerts par d'autres organisations. Le CSSS doit favoriser la concertation de tous les partenaires du réseau offrant des services directs à la population et tous les collaborateurs du milieu. La mise en réseau vise à assurer la continuité et la fluidité des services sur un territoire grâce à la collaboration des intervenants.

En tout temps, les personnes atteintes et leurs proches doivent pouvoir entrer en contact avec un professionnel ou une équipe désignée et recevoir une réponse adaptée à leurs besoins.

¹ Ces trois extraits sont tirés de : ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2003). *L'exercice infirmier en santé mentale et en psychiatrie : guide d'exercice*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 121 p.

Services offerts

L'ensemble des services nécessaires pour assurer le maintien des personnes présentant des problèmes de santé mentale dans la communauté doit être présent dans les réseaux locaux : intervention en situation de crise 24 heures par jour et 7 jours par semaine, évaluation, traitement, suivi dans la communauté (incluant les ressources d'hébergement, la réadaptation et le travail)¹, ainsi que d'autres ressources comme les groupes d'entraide et autres lieux de rencontre entre personnes ou familles vivant ou ayant vécu des expériences similaires.

Conditions de succès pour une organisation de services

L'organisation des services à l'intérieur d'un réseau implique la hiérarchisation des services entre les psychiatres et les omnipraticiens. La présence d'un psychiatre pour soutenir et conseiller les médecins omnipraticiens est un gage de succès.

Certaines modalités de travail sont proposées pour favoriser l'organisation de services en réseau :

- Former le personnel de l'urgence aux caractéristiques de la crise en santé mentale, afin de faciliter l'orientation des personnes visées vers les ressources appropriées.
- Connaître l'organisation des services, de même que les mécanismes de concertation et de coordination sur chacun des territoires locaux situés à proximité de l'urgence.
- Connaître l'ensemble des ressources institutionnelles et communautaires disponibles.
- Contribuer à la mise en place des mécanismes de concertation et de coordination pour faire connaître les besoins de l'urgence et établir localement les ententes nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des services.
- Assurer des liens fonctionnels entre l'urgence et les services hospitaliers psychiatriques, de même qu'avec les autres organisations territoriales offrant des services en santé mentale.

Il importe d'avoir davantage recours aux services des infirmières cliniciennes de liaison en santé mentale à l'unité d'urgence et d'assurer la formation adéquate de ces professionnels, en particulier quant à la prise en compte du point de vue des personnes concernées. Cela permettra de réduire les demandes de consultations psychiatriques à l'unité d'urgence et, plus précisément, celles associées à l'évaluation des patients placés sous la garde de l'établissement.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 28 p.

RECOMMANDATION B.4.2.

- A. S'assurer que la fonction d'infirmière clinicienne de liaison en santé mentale soit considérée comme essentielle dans les services psychiatriques d'urgence là où le volume d'activité le justifie.**

Responsables : directeur général de l'établissement et DSP.

Niveaux d'urgence : les unités d'urgence de niveaux secondaire et tertiaire ou les unités d'urgence recevant annuellement plus de 2 000 visites de patients sur civière souffrant d'un problème de santé mentale.

- B. Concevoir un guide de pratique (protocole) prévoyant la prise en charge, l'évaluation, le traitement et le suivi dans la communauté des personnes suicidaires s'étant présentées à l'urgence et s'assurer de son application.**

Responsables : chef médical de l'urgence et DSP.

Niveaux d'urgence : tous.

- C. S'assurer que des protocoles officiels encadrent l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'urgence.**

Responsables : DSP et DSI.

Niveaux d'urgence : tous.

- D. S'assurer que les séjours à l'urgence respectent la norme maximale de douze heures par la mise en place de solutions de remplacement à l'observation prolongée à l'urgence.**

Responsables : DSP et chef du Département de psychiatrie.

Niveaux d'urgence : tous.

- E. S'assurer que le projet clinique de chaque CSSS permet d'établir, avec tous les partenaires visés, un réseau intégré en santé mentale sur chaque territoire.**

Responsables : CSSS.

Niveaux d'urgence : tous.

B.4.3. DOMAINE DE LA GÉRIATRIE

La majorité des personnes âgées se présentant à l'urgence sont prises en charge et traitées par les médecins et les professionnels de l'urgence, sans que l'intervention de l'équipe de gériatrie ne soit nécessaire.

Par ailleurs, certains patients manifestent divers symptômes mal définis laissant présager une possible perte d'autonomie et nécessitant une intervention beaucoup plus complexe. Selon Arcand et Hébert :

[...] La perte d'autonomie constitue un des modes de présentation les plus fréquents des maladies chez la personne âgée. Ce syndrome clinique est le prototype même de la maladie [de la personne âgée en perte d'autonomie] : symptômes peu spécifiques, évolution insidieuse, présentation atypique, atteinte concomitante des sphères physique, psychique, sociale et fonctionnelle. La perte d'autonomie recouvre une foule de diagnostics et est souvent réversible, une fois le problème identifié. Elle demande donc une attention particulière, une évaluation exhaustive et une intervention¹.

L'équipe de l'urgence se doit de déceler rapidement le problème de santé des patients âgés, de décider du plan de soins et de traitements qui s'impose selon leur sexe, tout en s'assurant du confort et de la sécurité de la personne, afin de tendre vers une durée limitée de séjour sur civière. L'expertise de l'équipe de gériatrie constitue un apport indéniable lorsqu'il s'agit de soutenir les intervenants de l'urgence dans la mise au point d'une approche adaptée aux personnes âgées risquant de perdre leur autonomie.

B.4.3.1. Problèmes particuliers

Si l'on veut assurer efficacement la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à l'urgence, certains problèmes méritent une attention spéciale.

Délirium

L'infirmière du triage doit être en mesure de reconnaître chez un patient âgé un état confusionnel aigu afin de l'orienter de façon appropriée. Le délirium constitue en effet une urgence et doit être reconnu dès la prise en charge du patient. Selon Landreville, « *il importe de dépister la cause sous-jacente au délirium et de la traiter adéquatement, car les symptômes du délirium sont potentiellement réversibles avec un traitement étiologique* »².

¹ LANDREVILLE, P. *et al.* (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Maloine : Paris and Edisem : St-Hyacinthe, p. 65.

² LANDREVILLE, J. *et al.* (Septembre/octobre 2005). « Confusion Assessment method », *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 1, p. 13–22.

Il est également indiqué de tenter de prévenir le délirium chez les patients à risque, notamment chez ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie vasculaire cérébrale, chez les patients sourds ou aveugles ainsi que chez ceux souffrant d'une dépendance à l'alcool ou à des psychotropes. Afin de prévenir une décompensation chez ces patients, la prise de décision doit être précoce et ceux-ci doivent être admis ou libérés rapidement et ne jamais séjourner à l'urgence au-delà des normes relatives à la durée de séjour.

Chutes, fractures et accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Les chutes, les fractures et les accidents vasculaires cérébraux sont les trois principales causes de perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Les facteurs de succès pour un rétablissement maximal de la santé reposent sur :

- Une prise en charge rapide.
- L'adoption d'une attitude qui tient compte de la vulnérabilité propre à ces patients.
- La réadaptation précoce dès la deuxième journée suivant l'accident.
- La révision de la médication.
- L'information donnée au proche aidant lorsqu'il est présent.

Une prise en charge appropriée par un professionnel de la santé est alors importante, dans le but d'assurer le soutien de la personne âgée. Une évaluation du domicile, au moment du départ de l'urgence des patients à risque, peut s'avérer utile pour déterminer quels sont les obstacles (carpettes, seuils, meubles encombrants, mauvais éclairage) ou les habitudes de vie (chaussures inappropriées, mauvais emplacement des objets usuels) qui augmentent indûment les risques de chute. Cette évaluation doit être entreprise dans le cadre d'un continuum de services et les partenaires concernés doivent être avisés immédiatement de ses résultats. La prise en charge doit également s'effectuer rapidement.

Abus et négligence

Des mécanismes de dépistage d'abus physiques, psychologiques ou économiques doivent être mis en place afin de diriger vers un travailleur social les personnes âgées qui en sont victimes.

Plusieurs outils, rapidement accessibles et d'utilisation aisée, permettent de dépister la maltraitance ou l'abus physique, psychologique ou économique dont peuvent être victimes les personnes âgées, telle la « fiche de validation de maltraitance »¹. Différents indices permettent d'évaluer à la fois le profil et le comportement de la victime potentielle, mais aussi ceux de l'abuseur potentiel, lorsque ce dernier est connu des professionnels de l'urgence.

¹ RÉSEAU INTERNET FRANCOPHONE VIEILLIR EN LIBERTÉ – RIFVIEL (2002). « Fiche de validation de maltraitance », 7 p. Peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://www.umontreal.ca/violence/programmeSAD/fichevalidation.pdf>

Prise de plusieurs médicaments¹

Le vieillissement normal se caractérise par une série de changements physiologiques pouvant entraîner de multiples problèmes de santé chez la personne âgée. Il en découle souvent une multiplication des médicaments, situation dont les inconvénients sont généralement exacerbés en raison d'une vulnérabilité accrue.

Au moment de l'examen de la personne âgée à l'urgence, les médecins et les professionnels doivent tenter de reconnaître les signes d'effets secondaires reliés à la prise de plusieurs médicaments ou à leurs effets cumulatifs. De même, une attention particulière doit être portée au dosage des médicaments.

En présence de personnes âgées prenant de nombreux médicaments, un pharmacien devrait collaborer au travail de l'équipe afin de bien orienter le plan de traitement et de s'assurer que les nouvelles prescriptions de médicaments ne provoqueront pas d'effets indésirables.

Problèmes de dénutrition et de malnutrition²

Des modifications physiologiques liées au vieillissement, des facteurs socioéconomiques et d'éventuelles affections peuvent entraîner chez la personne âgée un effet de dénutrition ou de malnutrition. Cela prédispose cette personne à une plus grande fragilité, qui peut mener à une perte d'autonomie.

Au moment de l'évaluation de la personne âgée à l'urgence, les médecins et les professionnels doivent être attentifs aux signes et symptômes liés à des problèmes de dénutrition ou de malnutrition. Un dépistage précoce de ces signes et symptômes à l'urgence permettra de poser un diagnostic médical plus précis et d'orienter adéquatement le plan de traitement.

Un nutritionniste devrait collaborer au travail de l'équipe afin de bien orienter le plan d'intervention, de s'assurer que les besoins nutritionnels de la personne seront comblés et d'organiser un suivi après que la personne aura obtenu son congé de l'urgence. Certaines recommandations simples donnent des résultats intéressants : fractionnement des repas, atmosphère conviviale, présentation variée et colorée des assiettes, suppression de régimes restrictifs, compléments nutritionnels.

¹ La présente section s'inspire de : PFIZER (1998). *Gérontologie. Aspects généraux*, vol. 1, chapitre 1, 41 p.

² La présente section s'inspire de :

AUDRAN, G. (26 mai 2001). *Alimentation des personnes âgées*. Compte rendu de soirée SFTG Paris-Nord. Peut être consulté à l'adresse suivante : www.paris-nord-sftg.com/cr.nutrition.sujet.age.0106.htm

FERRY, M. (1996) in QUALITEPAD. Peut être consulté à l'adresse suivante : www.acpconsulting.asso.fr

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AUX PERSONNES ÂGÉES (France). Peut être consulté à l'adresse suivante : www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/prog-preventorga/prog1.htm

Contention physique ou pharmacologique¹

D'entrée de jeu, il est bon de rappeler que la Loi sur les services de santé et les services sociaux mentionne ceci :

[...] la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

art. 118.1

La contention et l'isolement sont des mesures extrêmes et extraordinaires qui ne peuvent être envisagées que lorsque toutes les autres mesures ont échoué. Afin de s'assurer d'une utilisation judicieuse de la contention ou de l'isolement, chaque urgence doit se doter d'un registre d'utilisation des mesures de contention.

La contention physique ou pharmacologique doit être appliquée en dernier recours et ce, même sur une courte période, car elle peut nuire à l'état de santé physique ou psychologique de la personne âgée. Ces mesures de contrôle doivent faire l'objet d'une supervision attentive et doivent être appliquées dans le respect, la dignité et la sécurité du patient âgé, tout en assurant son confort.

Un ou des protocoles d'application de mesures de contrôle doivent être entérinés par le conseil d'administration du centre hospitalier. Un mécanisme de suivi doit par ailleurs être prévu par l'établissement, de même qu'une évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle.

Les protocoles des établissements peuvent s'inspirer du cadre de référence de l'Association des hôpitaux du Québec (maintenant nommée l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux, AQESSS) sur l'utilisation de la contention et de l'isolement.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié des orientations ministérielles concernant les mesures de contrôle que constituent la contention, l'isolement et les substances chimiques.

Visites fréquentes à l'urgence et réadmissions

Les visites fréquentes à l'urgence et les réadmissions des patients âgés sont parfois inévitables. La non-disponibilité d'autres ressources de santé à certaines heures est parfois en cause. Il se peut, par contre, que ces visites soient la conséquence d'un traitement incomplet, du suivi d'une pathologie dont la complexité a été sous-estimée ou encore d'un manque de continuité des soins. Ces visites fréquentes peuvent aussi être le résultat d'un manque de ressources dans le milieu de vie du patient ou signifier que le patient n'a pas accès aux ressources appropriées à son état.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : contention, isolement et substances chimiques*. Québec : Santé et services sociaux Québec, 27 p.

Il ne faut également pas négliger les patients qui viennent fréquemment à l'urgence ambulatoire, lieu qui constitue souvent une façon pour eux de subir une évaluation de leur état de santé, et d'obtenir un traitement et des services adaptés à leur état. Dans de telles situations, le cas peut être soumis à l'équipe gériatrique, qui tentera de déterminer la cause de ces visites fréquentes et de trouver des solutions.

B.4.3.2. Rôles particuliers en gériatrie

L'équipe de base de l'urgence, composée du médecin de l'urgence et de l'infirmière soignante, prend en charge le patient âgé sur civière. Cette équipe est responsable du diagnostic, du traitement et de l'ensemble des soins. Elle doit également pouvoir reconnaître les patients menacés par une perte d'autonomie.

L'urgence est responsable d'utiliser un outil conçu pour reconnaître les personnes en perte d'autonomie ou menacées par une perte d'autonomie et qui tient compte de certaines particularités, dont le sexe.

L'utilisation de l'outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC) ou des sections pertinentes de celui-ci pour procéder à l'évaluation, la réévaluation ou la planification des services est recommandée. L'utilisation d'un outil standardisé facilite la circulation continue de l'information dans le réseau.

Agent de liaison

Les urgences qui reçoivent un nombre considérable de patients âgés bénéficient de la présence d'une infirmière clinicienne ou d'un travailleur social qui assure le suivi approprié en fonction des besoins des patients et selon les décisions prises par l'équipe soignante en ce qui concerne la planification du congé des patients âgés ou leur orientation vers un milieu de vie substitut plus approprié à leur condition.

Les fonctions d'agent de liaison sont assurées de façon complémentaire par une infirmière clinicienne et un travailleur social ou, prioritairement, par un de ces professionnels, selon le nombre de patients et le mode d'organisation préconisé par l'établissement. La section B5.5 du présent guide décrit le rôle de l'infirmière clinicienne et du travailleur social et l'importance de leur présence 7 jours sur 7 dans les unités d'urgence secondaire et tertiaire où le volume d'activité est élevé.

Équipe interdisciplinaire de gériatrie

Dans les hôpitaux de niveaux secondaire et tertiaire et où le nombre de patients le justifie (plus de 2 000 personnes âgées de 75 ans ou plus sur civière par année), il est recommandé d'avoir une équipe interdisciplinaire de gériatrie qui réponde aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ou risquant de perdre leur autonomie, et qui agisse auprès de l'urgence à titre de consultant.

La composition de l'équipe interdisciplinaire de gériatrie peut varier en fonction de la taille de l'hôpital et du nombre de personnes âgées qui y sont traitées. Cette équipe comprend toutefois au moins un médecin et une infirmière qui ont acquis une expertise dans les soins et les services gériatriques. À cette équipe de base, s'ajouteront un travailleur social, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un nutritionniste, un pharmacien et tout autre professionnel susceptible de répondre aux besoins des patients.

L'évaluation et l'intervention interdisciplinaires sont les éléments qui favorisent le maintien du potentiel maximal de la personne âgée. L'équipe interdisciplinaire doit donc intervenir rapidement afin de respecter les délais relatifs à la prise de décision et d'éviter que le séjour du patient à l'urgence soit prolongé.

Dans les centres universitaires, le médecin responsable de l'équipe de gériatrie devrait être un médecin spécialiste en gériatrie. Le nombre de ces spécialistes est limité, mais ira en augmentant au cours des prochaines années, et leur présence en milieu hospitalier universitaire apparaît comme une nécessité.

Il est essentiel que l'équipe de gériatrie assume un rôle de consultant à l'urgence et dans les unités de soins pour soutenir les équipes soignantes aux prises avec des problèmes liés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces interventions doivent être formatrices pour les équipes soignantes. Il ne faut cependant pas que l'équipe gériatrique se substitue aux équipes soignantes, sinon le personnel de ces équipes peut se sentir déresponsabilisé et orienter systématiquement les personnes âgées vers l'équipe gériatrique.

L'équipe interdisciplinaire de gériatrie est responsable de l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG). Cette unité permet d'évaluer adéquatement les cas complexes, tout en assurant un traitement et une réadaptation de courte durée. La norme du MSSS pour le nombre de lits que devrait compter une unité de courte durée gériatrique est de deux lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 65 ans sur un territoire donné.

Une prise en charge adéquate de la population âgée par l'ensemble des unités de soins permet à l'UCDG de redéfinir ses priorités et de développer son expertise dans les problèmes gériatriques plus complexes.

Rôle principal de l'équipe gériatrique à l'urgence

Le rôle principal de l'équipe gériatrique à l'urgence est d'évaluer la personne âgée à la suite d'une demande de consultation de la part du personnel de l'urgence. Les raisons principales de la consultation constituent généralement des demandes en vue :

- d'évaluer un problème diagnostique pouvant affecter la décision d'hospitaliser le patient ou de lui donner congé (p. ex., un problème lié à l'usage inapproprié de médicaments, à l'usage de plusieurs médicaments, etc.) ;
- d'évaluer la condition médicale et fonctionnelle du patient (équilibre, capacité de marcher, d'utiliser des escaliers, vitalité des fonctions cognitives, autonomie pour la prise des médicaments, etc.) pour déterminer si un congé avec retour au domicile est sécuritaire ;
- d'assurer un lien avec les services de première ligne, soit :
 - avec le gestionnaire de cas,
 - en l'absence d'un gestionnaire de cas, par le guichet unique du territoire,

- en l'absence d'un guichet unique :
 - avec le médecin traitant,
 - avec le CSSS du territoire de la personne ;
- d'orienter le patient, sur une base externe, vers une clinique gériatrique ambulatoire ;
- d'assurer le suivi conjoint d'un patient qui sera hospitalisé en médecine générale ou dans une unité spécialisée ;
- d'admettre le patient en gériatrie.

L'équipe gériatrique contribue à sensibiliser le personnel de l'établissement aux principaux problèmes gériatriques observés et aux approches diagnostiques et thérapeutiques propres à cette population. L'enseignement offert aux étudiants de médecine, aux infirmières et autres professionnels fait aussi partie de sa responsabilité. L'objectif poursuivi est d'améliorer la qualité des soins offerts aux personnes âgées par une large diffusion des connaissances. Les patients pour qui une consultation médicale est demandée sont en général des personnes âgées présentant un ensemble de problèmes médicaux, fonctionnels, sociaux, psychiques, cognitifs ou comportementaux. Ce sont des cas complexes avec des problèmes multiples. Il est essentiel d'éviter que la santé de ces patients subisse une détérioration au cours de leur séjour à l'urgence, d'où l'importance de limiter au minimum la durée de leur séjour sur civière à l'urgence.

Services intégrés pour les personnes âgées

L'intégration des services dans un réseau unifié implique que les services offerts couvrent la totalité des soins pour la population âgée d'un territoire. Le médecin de famille est le principal responsable des soins offerts aux personnes âgées. Cette responsabilité s'étend néanmoins à l'ensemble des services de santé et des services sociaux dont peut avoir besoin cette population.

Différents modèles de services intégrés existent. Ces modèles comportent plusieurs éléments, notamment¹ :

- La coordination des partenaires du réseau : exige la collaboration des cliniques publiques et privées, de même que des organismes communautaires.
- L'accès unique : dans un système à accès unique, un mécanisme d'accès après une évaluation sommaire des besoins des patients permet de s'assurer que ceux-ci répondent aux critères d'admissibilité du système intégré. Les personnes admissibles sont alors orientées vers un gestionnaire de cas. Ce mécanisme est accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par l'entremise d'Info-Santé.

¹ Ces différents modèles sont tirés de : HÉBERT, R. (2001). « Les réseaux intégrés de service aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité des services », *Le médecin du Québec*, vol. 36, n° 8, pp. 77 à 84, et de modèles mis en place par l'agence de l'Estrie.

- Le gestionnaire de cas :
 - s'assure qu'une évaluation soit effectuée avec l'outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC) ;
 - établit, en collaboration avec la personne âgée et ses proches, un plan individualisé de services ;
 - négocie et coordonne auprès des différents partenaires visés les services dont a besoin la personne âgée ;
 - représente la personne âgée et défend ses intérêts ainsi que ceux de ses proches ;
 - s'assure que les services soient donnés et réajustés selon l'évolution de la situation, quelque soit le milieu où vit la personne.

- Le plan individualisé de services : découle de l'évaluation globale de la personne et fait état des services prescrits et des objectifs visés. Ce plan est établi au cours d'une réunion d'équipe multidisciplinaire réunissant les principaux intervenants impliqués dans les soins offerts à la personne âgée.

- L'outil unique d'évaluation : sert à l'évaluation des besoins, tant à domicile qu'en institution. Cet outil mesure les incapacités, les ressources et les handicaps de l'individu. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle « SMAF » est l'instrument principal de l'outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC), qui sert de base à l'évaluation des besoins, tant pour les services à domicile que pour l'admission et le suivi en milieu d'hébergement.

- Le système d'information : données cliniques informatisées permettant à tous les intervenants d'avoir accès rapidement à une information complète et continuellement mise à jour, et d'informer les autres intervenants de l'évolution de l'état de la personne et des modifications apportées au plan d'intervention.

Les CSSS sont responsables d'offrir et de coordonner les services offerts sur leur territoire. Le fonctionnement du guichet unique s'appuie sur un réseau qui peut rapidement offrir les services de première ou de deuxième ligne nécessaires ou, du moins, proposer une solution temporaire adaptée aux besoins de la personne âgée et de sa famille.

B.4.3.3. Maintien dans la communauté

Le maintien dans la communauté de la personne âgée en perte d'autonomie est souhaité et rendu possible grâce à l'existence d'un continuum de services permettant d'offrir tout un éventail de soins et de services.

Soutien à domicile

Le soutien à domicile s'appuie sur une gamme de services à domicile dont l'intensité et la diversité sont essentielles au retour à domicile de personnes en perte d'autonomie hospitalisées, mais dont les soins ne nécessitent pas le plateau technique ou le niveau de surveillance de l'hôpital.

Le soutien à domicile lié aux soins courants comprend :

- Un système téléphonique avec un seul numéro (possiblement relié au système d'Info-Santé).
- Un service de soins infirmiers 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- Un service médical 24 heures par jour, 7 jours par semaine, qui s'appuie sur le service de soins infirmiers pour tamiser les appels et les visites.
- Des services de soutien à domicile offerts rapidement.
- Un pharmacien de garde.
- Des soins palliatifs à domicile.

Organismes communautaires

Le MSSS reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être. Complémentaires aux services du réseau public, les organismes communautaires peuvent offrir, selon leur mission ; des services d'aide, de soutien, de défense des droits et d'hébergement.

Hébergement temporaire et transitoire

L'hébergement temporaire consiste à offrir une ressource d'hébergement substitut, de façon transitoire, à une personne âgée résidant à domicile et dépendante d'un tiers pour assurer ses besoins essentiels. Les motifs pour lesquels l'hébergement temporaire est indiqué sont : le besoin de répit, de dépannage, de protection sociale, ou la convalescence.

Indicateurs de suivi des services offerts

Les principaux indicateurs pour évaluer le niveau de réponse des services aux besoins des personnes âgées sont :

- La durée moyenne de séjour à l'urgence des personnes de 75 ans ou plus, qui doit être égale ou inférieure à 12 heures.

- Le taux d'orientation vers une ressource d'hébergement des personnes de 75 ans ou plus (nombre de personnes de 75 ans ou plus dirigés, à partir du centre hospitalier, vers un CHSLD public ou privé conventionné, sur le nombre de personnes de 75 ans ou plus admises dans ce centre hospitalier. objectif : 5 %¹). De façon surprenante, le pourcentage obtenu peut varier grandement d'un centre hospitalier à un autre et semble lié à l'existence d'une équipe gériatrique et à la prise en charge précoce des patients risquant de perdre leur autonomie.
- Le nombre de personnes de 75 ans ou plus faisant des visites récurrentes à l'urgence. Chaque établissement doit en définir la fréquence à partir des données fournies par son système de gestion informatique.
- Le délai pour la prise en charge par les services à domicile d'usagers âgés ayant besoin d'un suivi intensif à domicile, qui doit être inférieur à 24 heures.

¹ GERMAIN, M. (2002). *Évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique à l'Hôtel-Dieu de Sorel* (document de travail).

Domaine de la gériatrie

RECOMMANDATION B.4.3.

- A. S'assurer de la présence d'une équipe interdisciplinaire de gériatrie dans les hôpitaux avec une urgence où le volume d'activité est élevé.**

Responsables : DSP, DSI et chef du Département de médecine.

Niveaux d'urgence : unités d'urgence secondaires et tertiaires.

- B. S'assurer de mettre en place un protocole de dépistage des personnes en perte d'autonomie ou risquant de perdre leur autonomie.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

- C. Terminer la mise en place du réseau de services intégrés destiné aux personnes âgées en perte d'autonomie dans chaque territoire, tel que cela est prévu dans les orientations ministérielles.**

Responsables : CSSS.

Niveaux d'urgence : tous.

- D. Veiller au suivi des indicateurs permettant d'évaluer la qualité des services.**

Responsables : DSP et DSI.

Niveaux d'urgence : tous.

B.4.4. DOMAINE DE LA CARDIOLOGIE

B.4.4.1. Prise en charge initiale

La prise en charge initiale du patient souffrant d'un problème cardiaque par le médecin d'urgence doit être optimale, même si le patient est par la suite orienté vers une unité spécialisée. L'une des tâches du médecin d'urgence consiste à stratifier le risque de morbidité et de mortalité encouru par le patient. L'établissement doit s'assurer que l'on puisse avoir rapidement et facilement accès aux outils nécessaires à la prise de décision, cela, dans le but d'améliorer les consultations et de réduire la durée de séjour à l'urgence ainsi que le nombre d'hospitalisations. À ce sujet, l'utilisation de protocoles de soins pour les principales pathologies cardiaques permet d'uniformiser les pratiques entre les médecins.

Par ailleurs, on estime que 50 % des patients qui consultent pour un problème cardiaque et qui sont installés sur civière après le triage peuvent obtenir leur congé du médecin de l'urgence au terme du processus d'évaluation du traitement¹. Ce processus s'inscrit toutefois à l'intérieur des durées de séjour déjà prescrites par le MSSS.

Il apparaît également qu'un certain nombre de patients présentant un problème plus complexe peuvent être pris en charge par l'équipe médicale de l'urgence sans avoir besoin d'une consultation auprès d'un spécialiste, notamment dans des cas de cardioversion et d'amorce de l'anticoagulothérapie. Toutefois, cela nécessite la mise en place d'une procédure de suivi impliquant un accès aux cliniques spécialisées soutenues par une équipe médicale spécialisée en cardiologie.

Tout patient qui se présente à l'urgence avec des symptômes permettant de soupçonner des problèmes cardiaques est d'abord évalué au triage, en vue d'établir un ordre de priorité pour une prise en charge médicale. L'infirmière entreprend au même moment l'application d'une série de protocoles, dont la réalisation d'un ECG, assurant une décision médicale concernant les soins appropriés dans un délai de dix minutes.

Le médecin d'urgence transfère lui-même le patient en hémodynamie, dans le cas d'un infarctus aigu avec ST+, sans avoir recours à un spécialiste. Dans ce cas, un protocole d'entente entre les établissements de santé doit exister pour assurer le transfert du patient. Ce protocole doit aussi spécifier quelles sont les modalités de retour du patient. Cela est indispensable pour réduire la pression sur les centres ultraspecialisés.

Pour s'assurer d'une gestion adéquate des patients de cardiologie séjournant dans l'aire des civières avec monitoring, les principes suivants doivent être respectés :

- Le personnel qui prend en charge ces patients doit être formé pour ce type de pathologie.
- Il est recommandé d'uniformiser les pratiques en établissant des ordonnances médicales collectives élaborées conjointement avec l'équipe spécialisée de cardiologie.

¹ Source : Institut de cardiologie de Montréal.

- Comme ces patients doivent faire l'objet d'une prise de décision rapide, une démarche d'évaluation claire est essentielle pour éviter, en cas de congé prématuré, que le risque de morbidité ou de mortalité soit augmenté^{1 2 3}.
- Il est préférable que les patients souffrant de problèmes cardiaques soient regroupés dans une même aire à l'intérieur de l'urgence.
- Les patients dont les signes vitaux sont instables devraient être dirigés vers l'unité coronarienne ou vers les soins intensifs si leur état le justifie⁴. Un lit devrait idéalement toujours être vacant dans ces unités afin d'accueillir rapidement un patient venant de l'urgence.
- Le patient dont l'état nécessite un séjour prolongé (≥ 12 heures) avant qu'une décision soit prise à son sujet doit être hospitalisé. Ce patient peut être dirigé vers l'unité coronarienne ou, encore, dans une autre unité de soins.
- Il est préférable de regrouper les patients de cardiologie dans une unité spécialisée en cardiologie, car il est démontré que la durée de séjour des patients augmente s'ils sont placés sous observation dans une unité générale plutôt que dans une unité spécialisée⁵.

B.4.4.2. Liens avec les cardiologues

Une collaboration interdisciplinaire entre cardiologues, médecins de l'urgence, médecins de famille, pharmaciens et infirmières est nécessaire pour améliorer le processus entier de soins offerts aux patients de cardiologie⁶. Plus précisément, cela signifie que le cardiologue doit être disponible quotidiennement pour la consultation à l'urgence dans les établissements où il existe un service de cardiologie. Les établissements où le nombre de consultations en cardiologie à l'urgence excède dix consultations par jour devraient envisager la présence d'un cardiologue à temps plein dans leur unité d'urgence.

¹ PANCHEON, D., D. NICHOLSON, P. HADRIDGE. (1995). *Emergency Care Handbook*, London, NHS.

² ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF EDINBURGH (1998). « Acute Medical Admissions and the Future of General Medicine. A Review of Professional Practices in Scotland with Recommendations for Debate and Action », Edinburgh, Royal College of Physicians of Edinburgh. Peut être consulté à l'adresse suivante: <http://www.rcpe.ac.uk/publications/articles/acute.php>

³ YEUNG, K.C. *et al.* (1999). « Evaluation of the value of an observation ward in an emergency department », *European Journal of Emergency Medicine*, n° 6, p. 49–53.

⁴ BURGESS, C.D. (1998). « Are short-stay admissions to an acute general medical unit appropriate ? Wellington Hospital experience », *New Zealand Medical Journal*, n° 1072, p. 314–315.

⁵ HADDEN, D.S., C.H. DEARDEN, L.G. ROCKE. (1996). « Short stay observation patients: general wards are inappropriate », *Journal of Accident and Emergency Medicine*, n° 13, p. 163–165.

⁶ POLLACK, C.V., M.T. ROE, E.D. PETERSON. (2003). « 2002 Update to the ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: implications for emergency department practice », *Annals of Emergency medicine*, n° 41, p. 355–369.

Dans certains centres, la médecine interne assure la consultation à l'urgence pour les patients de cardiologie et, dans ces circonstances, les mêmes principes de consultation s'appliquent. En l'absence de cardiologue ou de spécialiste en médecine interne, les RUIS ont ici le rôle de soutenir tous les établissements du réseau de santé en collaborant à la formation de leur personnel et en apportant leur soutien aux médecins de l'urgence pour les soins en cardiologie.

B.4.4.3. Formation du personnel de l'urgence

Le personnel médical et infirmier qui prend en charge les patients de cardiologie bénéficie d'une formation spécifique pour le traitement de ces patients. Ainsi, le personnel médical possède minimalement une formation avancée en réanimation cardiaque (adulte et pédiatrique).

Le personnel infirmier, quant à lui, a au minimum reçu une formation pour la réanimation cardiorespiratoire de base. Une formation spécifique en pharmacologie, en détection des arythmies ainsi qu'en lecture des électrocardiogrammes doit faire partie du programme d'orientation à l'urgence.

B.4.4.4. Infarctus aigu du myocarde et angioplastie primaire

La prise en charge des patients en infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) évolue de plus en plus vers une approche systémique où le recours à l'angioplastie primaire (APP) s'accroît continuellement. Les nouvelles approches de prise en charge de l'IAMEST nous obligent à repenser nos façons de faire traditionnelles.

Normes existantes¹

Il existe assez peu de normes cliniques et de recommandations régissant le transfert et l'orientation initiale des patients de cardiologie en IAMEST. La précocité du diagnostic est primordiale afin d'amorcer le traitement de revascularisation, soit par thrombolyse ou par angioplastie, le plus rapidement possible. Le temps écoulé entre le début des symptômes et le premier contact médical sur les lieux de l'incident ou à l'urgence est le facteur déterminant du succès ou de l'échec de la reperfusion coronarienne. Tous les processus hospitaliers doivent être revus afin d'assurer que la thrombolyse soit effectuée dans les 30 minutes suivant l'arrivée du patient à l'urgence, et ce, pour la plupart des patients en IAMEST, ou permettre la réalisation d'une angioplastie primaire (APP) dans les délais prescrits lorsque cette intervention est possible et indiquée.

Les solutions générales proposées par le comité d'experts en hémodynamie du réseau québécois de cardiologie tertiaire sont :

- de désigner des centres en APP et de hiérarchiser les soins en cardiologie ;

¹ Pour avoir un aperçu des normes existantes, on peut consulter le document suivant : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (juin 2005), *Le développement de l'hémodynamie au Québec. Évaluation des besoins et proposition optimale des ressources. Perspective 2005–2010*, (Rapport du comité d'experts en hémodynamie du réseau québécois de cardiologie tertiaire). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 150 p.

- d'accroître le recours à l'ECG préhospitalier et d'améliorer les outils de communication permettant de transmettre de l'information à propos des ECG déjà effectués, cela afin d'assurer un diagnostic précoce de l'IAMEST, un triage sensible des patients en IAMEST et une diminution des délais pour la thrombolyse/APP ;
- d'offrir la thrombolyse moins de 30 minutes après l'arrivée du patient en IAMEST à l'urgence, dans les cas indiqués ;
- d'offrir aux patients avec IAMEST la possibilité de recevoir une APP en tout temps lorsque le délai entre l'arrivée du patient dans l'urgence et le début de l'angioplastie est de moins de 90 minutes, dans les cas indiqués ;
- de mettre au point, dans les centres susceptibles de demander des transferts interhospitaliers, des modalités permettant un transfert rapide pour les IAMEST, lorsque cela est indiqué, et de revoir les procédures d'accompagnement des patients transférés.

B.4.4.5. Suivi des patients

Les patients de cardiologie ont avantage à être suivis dans des cliniques spécialisées, en vue de diminuer la durée de leur séjour à l'urgence et la durée de leur hospitalisation.

Clinique d'insuffisance cardiaque

La mise en place d'une clinique d'insuffisance cardiaque permet de réduire le nombre de visites à l'urgence, de diminuer le nombre d'admissions et de réduire de moitié la durée de séjour des patients admis. Le succès de ce type de projet repose sur une équipe de soins infirmière-médecin disponible aux patients. Dans ce type de clinique, il est préférable de mandater un médecin, qui agira comme responsable et coordonnera les activités de la clinique. L'intégration d'une infirmière praticienne spécialisée à l'équipe de base est un atout indéniable pour une gestion optimale des cliniques d'insuffisance cardiaque.

Médecine de jour

L'implantation d'un centre de médecine de jour à l'intérieur du centre hospitalier est une autre avenue intéressante qui permet d'éviter des consultations à l'urgence. À titre d'exemple, il est maintenant possible d'amorcer l'anticoagulothérapie sur une base externe à l'urgence. Pour ce faire, on doit toutefois avoir recours à une ordonnance médicale collective incluant un protocole, connu de tous les intervenants de l'urgence et des membres du CMDP : ce protocole est particulièrement utile pour la prise en charge ambulatoire des patients présentant une fibrillation auriculaire cliniquement contrôlée. Dans plusieurs hôpitaux, on utilise des protocoles d'anticoagulation organisés suivant les principes d'une ordonnance collective. Ces protocoles sont appliqués par le pharmacien et le personnel infirmier. L'équipe médicale n'intervient qu'en présence d'un problème particulier. C'est également dans les centres de médecine de jour qu'il est possible d'envisager les cardioversions électives.

Suivi systématique clinique (SSC)

Le SSC est une approche qui suppose une réévaluation en profondeur des processus cliniques au regard des normes de pratique reconnues, des données probantes et du développement des rôles liés à la coordination et au suivi (gestionnaire d'épisodes de soins, gestionnaire de cas, infirmière clinicienne de liaison et intervenant pivot). Il favorise la coordination de tout l'épisode de soins, incluant les séjours à l'urgence, dans les autres unités de soins et dans la communauté.

Le cheminement clinique est un outil qui précise quelles sont les activités professionnelles nécessaires pour permettre au patient d'atteindre les objectifs cliniques spécifiques à sa condition de santé, à l'intérieur d'un échancier déterminé par jour, par heure ou par étape, selon le type de patient et selon ses besoins. Cet outil reflète le consensus interdisciplinaire voulant qu'il soit possible d'offrir des soins de qualité optimale, basés sur des données probantes dans chacune des disciplines concernées, à des moments stratégiques de l'épisode de soins.

La standardisation du cheminement clinique permet au médecin et au personnel clinique, de même qu'au patient et à sa famille, de s'entendre sur le processus thérapeutique qui doit être suivi. Les différents intervenants sont alors en mesure de mesurer les écarts, d'agir en conséquence et, finalement, d'apprécier l'évolution clinique du patient selon des standards reconnus.

Domaine de la cardiologie

RECOMMANDATION B.4.4.

- A. S'assurer d'une prise en charge optimale du patient de cardiologie par l'équipe médicale en appliquant des ordonnances collectives, incluant des protocoles de soins, pour les principales pathologies cardiaques.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef.

Niveaux d'urgence : tous.

CHAPITRE B.5

■ GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ■

B.5.1. COGESTION DE L'URGENCE

L'équipe de gestion de l'urgence est formée de l'infirmière–chef et du chef du Département ou Service de médecine d'urgence qui doivent ensemble, dans un mode de cogestion, assurer le bon fonctionnement de l'urgence. Ce partage de la gestion amène les deux responsables à trouver des stratégies d'intervention pour maintenir la qualité des soins et, idéalement, l'améliorer, pour augmenter la performance de leur service et pour atteindre les résultats visés. La gestion de l'urgence repose sur les responsabilités confiées aux membres de cette équipe.

L'infirmière–chef et le chef médical de l'urgence partagent plusieurs responsabilités, ce qui demande une grande disponibilité de leur part. Pour que sa gestion soit efficace, l'urgence doit instaurer un mode de cogestion basé sur certaines règles visant à assurer le bon fonctionnement et l'harmonisation des services. Des mécanismes formels de concertation doivent être créés : rencontres régulières à heure et à date fixes, communication par courrier électronique, participation des chefs et des équipes de soins aux rencontres statutaires, etc.

Le mandat de l'équipe de gestion se résume à :

- faire respecter la mission de l'urgence afin que les lieux soient utilisés à cette seule fin et que le personnel se consacre aux tâches qui doivent y être accomplies ;
- gérer les activités quotidiennes, ainsi que le fonctionnement du service et l'utilisation des ressources ;
- assurer une bonne organisation physique et matérielle de l'urgence ;
- voir au maintien et à l'amélioration de la compétence des membres de l'urgence ;
- s'assurer de la mise en place d'un processus continu d'amélioration de la qualité globale ;
- s'assurer que les ordonnances collectives sont appliquées ;
- créer des groupes de travail, coordonner les travaux des équipes et s'assurer des résultats ;
- favoriser et stimuler la participation des membres de l'urgence à la gestion de celle-ci ;
- favoriser les liens entre les médecins et le personnel infirmier au sein des différents comités ;

- harmoniser les liens de l'urgence avec les autres instances concernées ;
- participer à la mise au point et au respect des protocoles ;
- assurer la bonne gestion du budget de l'urgence ;
- formuler les demandes d'acquisition ou de remplacement d'équipements médicaux ;
- faire le suivi des rapports des systèmes d'information ;
- participer aux travaux de l'équipe action–soutien de l'urgence, ainsi qu'à tout comité pertinent à l'intérieur de l'urgence ;
- s'assurer de l'application du plan de gestion du débordement, le cas échéant ;
- favoriser le développement de la recherche dans chacune des disciplines associées à l'urgence, de concert avec les responsables des autres disciplines.

B.5.1.1. Infirmière–chef de l'urgence

La gestion d'une urgence demande à l'infirmière–chef des compétences autant cliniques qu'administratives, puisqu'elle doit s'assurer que les soins offerts sont de qualité, malgré un contexte marqué par les restrictions budgétaires et la pénurie de main-d'œuvre.

L'infirmière–chef doit disposer de temps suffisant pour voir au bon fonctionnement de l'urgence. La gestion de l'urgence demande une présence dont la nature doit être évaluée selon le niveau de chaque urgence. Plusieurs infirmières–chefs continuent de gérer plus d'une unité, malgré des difficultés importantes telles que l'encombrement, la pénurie de personnel et le grand nombre d'infirmières inexpérimentées. Pour les centres secondaires et tertiaires, l'infirmière–chef doit avoir la responsabilité unique de l'urgence.

La pénurie de ressources infirmières et l'organisation du travail obligent l'infirmière–chef à participer, dans beaucoup de centres hospitaliers, aux soins directs aux patients, ce qui n'est pas souhaitable. La fonction première de l'infirmière–chef est d'exercer un leadership auprès de son équipe tout en s'assurant de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Une réorganisation du travail lui permet d'exercer pleinement l'ensemble de ses fonctions en période de pénurie de ressources. Par exemple, dans les unités d'urgence achalandées, certaines tâches peuvent être effectuées par des techniciens en administration ou par un autre gestionnaire afin que l'infirmière–chef soit plus disponible pour son équipe.

Outre ses tâches administratives, l'infirmière–chef de l'urgence est responsable :

- de mettre au point, de valider et d'implanter des outils d'évaluation de la qualité de l'exercice infirmier, de la prise de décision et de la compétence des infirmières ;
- de s'assurer de la présence de personnel qualifié en nombre suffisant, même en période de pointe ;

- de s'assurer d'établir des programmes, des politiques, des protocoles, des processus de contrôle de la qualité et de résolution de problèmes, etc. ;
- d'effectuer la gestion du budget de formation ;
- de produire un programme annuel de formation en cours d'emploi ;
- d'organiser des rencontres statutaires avec les membres du personnel ;
- de mettre en place des mécanismes de communication et des mécanismes de consultation auprès des employés : cahier de communications, tableau d'affichage, réunions, etc. ;
- d'implanter un programme d'orientation adapté aux réalités de l'urgence ;
- d'intervenir auprès des membres du personnel en difficulté, c'est-à-dire n'atteignant pas les objectifs d'excellence fixés, de déceler leurs difficultés et d'établir leur niveau de motivation. À cet égard, elle doit aussi mettre au point un plan d'action précis avec échéancier (comprenant le choix d'un tuteur, une formation adaptée, la préparation d'un examen maison, etc.) ;
- de faire le suivi des plaintes en analysant les problèmes et en prenant les mesures appropriées pour y remédier ;
- de favoriser la recherche en sciences infirmières et de collaborer à la recherche avec les autres disciplines.

Appréciation du rendement

L'appréciation du rendement est essentielle dans une unité d'urgence. Les rencontres entre un chef et son employé sont des occasions de faire le point, de communiquer ses attentes et de prodiguer des encouragements. En effectuant cette démarche, l'infirmière–chef peut vérifier le degré de satisfaction des membres de son équipe. Cela lui permettra de détecter précocement des situations problématiques et, éventuellement, lui permettra d'intervenir et d'éviter un certain nombre de départs.

Il a été démontré que la définition d'objectifs individuels et collectifs clairs, ainsi qu'un processus permettant de vérifier si ces objectifs ont été atteints, entraînent une amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. Un professionnel travaillant au sein d'une équipe qui se démarque par sa compétence verra son propre niveau de compétence augmenter et retirera davantage de satisfaction de son travail. Il peut être très exigeant pour l'infirmière–chef d'évaluer le rendement de l'ensemble du personnel infirmier de l'urgence, étant donné l'importance de sa propre charge de travail et la difficulté de rencontrer régulièrement l'ensemble du personnel infirmier. Une avenue intéressante pour pallier cette difficulté serait de mettre en place un mécanisme continu de collaboration permettant aux assistantes de l'infirmière–chef et aux conseillères en soins infirmiers d'aider l'infirmière–chef dans l'exécution de ce mandat.

B.5.1.2. Chef du Département ou du Service de médecine d'urgence

Le plan d'organisation du centre doit prévoir la création d'un département de médecine d'urgence ou d'un service de médecine d'urgence à l'intérieur du Département de médecine générale. Les règlements sur l'organisation clinique de l'établissement prévoient la nomination d'un chef de Département ou de Service de médecine d'urgence (DSMU), recruté parmi les membres actifs du CMDP. La durée de son mandat peut varier selon les équipes, mais doit être d'au moins deux ans. Le chef du Département ou du Service de médecine d'urgence participe aux comités de l'établissement liés à l'urgence.

Le chef du Département ou du Service de médecine d'urgence, tout en participant à la gestion, à l'organisation du travail et au fonctionnement de l'urgence, doit également assurer le développement des volets relatifs à la formation et à la recherche dans les centres tertiaires.

Le type de fonctionnement adopté par l'équipe médicale, particulièrement la mise en place d'ordonnances collectives, a des effets significatifs sur le nombre d'exams diagnostiques et de consultations demandés, sur les ressources utilisées et les délais d'attente avant la prise en charge médicale des patients. À cet effet, le chef médical est responsable d'évaluer le mode de fonctionnement de chacun des membres de son équipe. Le système informatique de gestion de l'urgence devrait être en mesure de fournir au chef du département des informations susceptibles d'alimenter sa réflexion sur le type de pratique qu'il souhaite voir adopter par chacun des membres de son équipe à l'urgence.

Cogestion de l'urgence

RECOMMANDATION B.5.1.

A. Adopter un modèle de cogestion médico-administrative à l'urgence.

Responsables : DSP, DSI, chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.5.2. ORGANISATION CLINICO-ADMINISTRATIVE

Le fonctionnement optimal de l'urgence repose sur l'implication de ses membres. La participation des membres du personnel de l'urgence à des activités administratives permet de les responsabiliser dans la gestion quotidienne de l'urgence.

Plusieurs dossiers méritent une attention continue de la part des gestionnaires de l'urgence. La responsabilité de faire progresser ces dossiers incombe à l'infirmière–chef et au chef du DSMU, selon leur mandat respectif. Il est nécessaire que les médecins et le personnel participent très activement au bon fonctionnement de l'urgence afin de faire progresser rapidement les dossiers. La participation aux activités médicales est favorisée lorsqu'il y a des médecins à temps plein dans l'équipe.

Un certain nombre de comités doivent être mis en place afin d'assurer le bon fonctionnement de l'urgence, d'où l'importance de dégager du temps pour chaque groupe de l'équipe, afin de permettre leur participation à ces comités. Toutes les fonctions décrites plus bas doivent être assumées par ces comités ou par les regroupements de comités dont les mandats sont définis dans les points qui suivent.

B.5.2.1. Comité de coordination clinico-administratif

Le comité de coordination clinico-administratif discute des questions qui touchent le fonctionnement interne de l'urgence. La composition interdisciplinaire du comité varie selon les niveaux d'urgence. Les membres du comité suggèrent des lignes de conduite et des directives régissant le fonctionnement interne de l'unité. C'est aussi un lieu d'échange et de partage de l'information.

Ce comité pourra particulièrement s'intéresser à :

- l'organisation du travail dans l'aire ambulatoire, dans l'aire des civières et dans l'aire de choc ;
- la révision des listes de médicaments d'appoint dont on doit disposer à l'urgence ;
- la révision des ordonnances collectives et des protocoles ;
- la gestion des processus dans le fonctionnement de l'urgence ;
- le débriefing et l'évaluation de l'efficacité des processus pour les centres désignés en traumatologie ;
- les règles de fonctionnement de l'urgence ;
- l'application des recommandations du présent guide ;
- les besoins en formation.

B.5.2.2. Comité de l'évaluation de la qualité des soins

Le comité de l'évaluation de la qualité des soins se préoccupe :

- de l'évaluation, par des critères objectifs, de la qualité des soins et des services offerts à l'urgence ;
- de l'étude des sujets d'intérêt clinique ;
- des études de mortalité et de morbidité ;
- de la révision de cas particuliers en fonction de la littérature sur le sujet ;
- de l'étude de cas ;
- de l'évaluation de la satisfaction des patients ;
- de l'évaluation des rapports faisant état d'accidents, d'incidents ou d'erreurs s'étant produits à l'urgence.

Il est préférable que l'évaluation de la qualité des soins prenne en considération la globalité des services offerts. Cela signifie que cette évaluation devrait comprendre, en plus des aspects médicaux et infirmiers, l'évaluation de l'environnement sanitaire, de la disponibilité des services diagnostiques, de la connaissance des mesures d'urgence dans les différents services et de tout autre élément de coordination entre ces services. À ce chapitre, l'équipe de l'urgence qui met au point le plan d'amélioration continue de la qualité, en relation avec un processus d'agrément, doit tenir compte des paramètres retenus dans les activités d'évaluation de la qualité des soins. L'évaluation de la qualité des soins est placée sous la responsabilité du CMDP, du CII et de la DSI de l'établissement.

B.5.2.3. Comité d'évaluation sur le triage

Le comité d'évaluation sur le triage est composé de médecins et d'infirmières qui procèdent à l'évaluation du triage selon différentes méthodes. Ce comité a pour rôle de réviser les différents instruments utiles au triage, tels que le guide et le formulaire utilisés, et de voir au respect des normes et délais prescrits. Il doit aussi faire des recommandations sur les besoins de formation continue du personnel infirmier. Un système informatisé de triage permet d'assurer un meilleur suivi des normes et délais prescrits.

B.5.2.4. Comité de recherche

La recherche, tant dans le domaine médical que dans le domaine des soins infirmiers, prend une place importante dans certaines urgences. Un comité de recherche comprend les différents intervenants concernés par les études, particulièrement dans les centres hospitaliers universitaires. Le responsable du dossier est nommé par les membres du comité. Il coordonne et supervise les activités de recherche qui se déroulent à l'urgence et assure les liens avec le comité d'éthique de la recherche de l'établissement.

B.5.2.5. Ordonnances collectives, protocoles de soins et algorithmes

Dans le but de faciliter le travail à l'urgence, le chef du DSMU et l'infirmière–chef de l'urgence sont responsables de mettre en place des ordonnances collectives incluant des protocoles de soins. Elles établissent les normes relatives aux gestes professionnels que peuvent poser les membres de l'équipe. Fondés sur des données validées, ces protocoles constituent des guides pour leurs utilisateurs.

Les ordonnances collectives permettent aux infirmières d'instaurer certaines mesures dès l'arrivée du patient, afin d'améliorer la rapidité et la qualité de l'intervention. L'infirmière–chef de l'urgence et le chef du DSMU sont responsables de faire entériner les ordonnances par les instances concernées, notamment le CMDP et le C.A.

Lorsque le temps d'attente est très long, l'infirmière peut offrir aux patients qui répondent aux critères de priorité 5 du triage d'avoir accès à une autre ressource, conformément à un protocole interdisciplinaire approuvé par le conseil d'administration de l'établissement.

Par ailleurs, des algorithmes, éléments facilitant la prise de décision médicale, sont mis en place par le DSMU, en collaboration avec les infirmières et les autres départements ou services visés (p. ex. : algorithmes pour les douleurs rétrosternales, la phlébite, l'embolie pulmonaire, la grossesse ectopique).

B.5.2.6. Présence médicale et garde

L'établissement de la liste de garde médicale à l'urgence relève du chef du DSMU. Le responsable médical de ce dossier s'assure qu'une liste de garde à jour est toujours disponible à l'urgence, avec les numéros de téléphone ou de téléavertisseur permettant de joindre rapidement les personnes concernées. Des mécanismes de rappel assurent la présence de ressources humaines supplémentaires dans un délai raisonnable, s'il y a lieu¹.

Il faut également prévoir un système de garde ou une liste de rappel afin de pouvoir contacter rapidement du personnel supplémentaire. On pense au personnel paramédical ainsi qu'au personnel de laboratoire, de radiologie, etc.

Un système de garde pour le personnel infirmier peut être instauré au besoin lorsque l'achalandage à l'urgence atteint un point critique ou lorsque les listes de rappel sont épuisées. Les périodes de garde sont attribuées dans un premier temps sur une base volontaire, et il est souhaitable que cette démarche se fasse dans un esprit de collaboration entre l'infirmière–chef et l'équipe des infirmières.

¹ Extrait tiré de : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (décembre 1998). *Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*. Montréal : Collège des médecins du Québec, 16 p.

B.5.2.7. Enseignement

En ce qui a trait à l'enseignement, il importe :

- de s'assurer que les étudiants en stage de formation soient accueillis et qu'on leur explique le fonctionnement interne, les procédures et les protocoles de l'urgence ;
- de structurer, de superviser et évaluer l'enseignement offert aux étudiants en stage à l'urgence ;
- de superviser la liste de garde des étudiants et de voir à son respect ;
- de faire en sorte que l'urgence soit représentée au sein des comités d'enseignement du centre hospitalier ainsi qu'au sein de l'université ou de tout autre comité pertinent ;
- de jumeler les stagiaires en soins infirmiers, en favorisant le principe « un pour un », pour offrir un enseignement et un soutien de qualité.

*Organisation clinico-
administrative de l'urgence*

RECOMMANDATION B.5.2.

A. S'assurer que l'organisation clinico-administrative de l'urgence repose sur une approche interdisciplinaire et sur une gestion participative.

Responsables : DSP, DSI, CMDP ou directeur administratif concerné.

Niveaux d'urgence : tous.

B.5.3. PERSONNEL MÉDICAL DE L'URGENCE

La médecine d'urgence est de plus en plus complexe et nécessite une expertise particulière. Le médecin qui travaille à l'urgence est considéré comme l'expert en soins médicaux d'urgence. Son rôle est d'assurer des soins médicaux de qualité aux personnes se présentant à l'urgence. Il utilise d'une façon optimale, en fonction de ses compétences, les ressources locales ou territoriales à sa disposition pour s'assurer que les patients reçoivent les soins les plus complets possible. Il est le médecin traitant durant toute la durée des soins à l'urgence, à moins d'un transfert du patient à un médecin spécialiste.

Le fonctionnement adéquat de l'urgence repose sur une équipe médicale stable, crédible et capable d'offrir des services continus et de qualité. Cette équipe s'assure que l'unité évolue dans un esprit d'engagement, axé sur le développement des compétences. À cet effet, surtout dans les milieux universitaires, une organisation médicale de groupe favorise une plus grande implication des membres de l'équipe. Ce type de pratique, basé sur le principe d'organisation en groupe, favorise l'attribution de temps protégé aux médecins qui prennent en charge l'enseignement, la recherche et des dossiers clinico-administratifs importants.

Le niveau d'urgence et la vocation de l'établissement définissent le niveau de formation et d'expertise requis.

- Des spécialistes en médecine d'urgence sont présents dans les urgences secondaires et tertiaires. La plupart des urgences où l'on trouve des spécialistes en médecine d'urgence auront également dans leur équipe des omnipraticiens.
- Dans les urgences où le volume d'activité est élevé, il est souhaitable de composer une équipe de médecins ayant orienté leur pratique vers l'urgence et pour lesquels il s'agit de l'activité principale. L'équipe des médecins à temps plein peut être complétée par un certain nombre de médecins à temps partiel, selon les règles établies par le département ou service.
- Dans les urgences de niveau primaire et du groupe 2, il est préférable que les omnipraticiens aient une pratique médicale polyvalente.

B.5.3.1. Règlements du DSMU

Des règlements doivent régir le fonctionnement interne du DSMU concernant :

- la mission du Département ou du Service de médecine d'urgence ;
- les modalités relatives à la pratique en milieu universitaire, s'il y a lieu ;
- le processus de nomination des membres de l'urgence ;
- les exigences quant à l'expérience préalable requise ;
- les compétences minimales exigées en soins avancés en traumatologie, en pédiatrie et en cardiologie ;

- le processus de nomination du chef du département ou du service ;
- les devoirs et obligations des médecins du département ou du service ;
- le rôle et les obligations du médecin en service ;
- le processus de gestion et la mise à jour de la « liste de garde » ;
- les modalités de fonctionnement à l'urgence ;
- l'évaluation de la qualité de la pratique médicale ;
- les exigences de formation continue pour le maintien des compétences cliniques ;
- la tenue de dossiers ;
- les modalités de conception et de révision des politiques et protocoles de l'urgence ;
- le calendrier, le contenu et les modalités relatives à la tenue des réunions ;
- l'obligation des membres de l'équipe de l'urgence au regard des réunions scientifiques et administratives de l'urgence ;
- la gestion des absences ;
- les critères de renouvellement de privilèges et l'évaluation des obligations liées à la détention de privilèges.

Ces règlements doivent être approuvés par le CMDP et le C.A. de l'établissement.

B.5.3.2. Responsabilité du médecin d'urgence

Les activités cliniques du médecin de l'urgence sont consacrées aux patients de l'urgence. Il a donc une responsabilité à l'égard de ces personnes. Il faut éviter d'utiliser le médecin de l'urgence comme le médecin dépanneur de l'hôpital et ne le faire intervenir à l'extérieur de l'urgence qu'en tout dernier recours et seulement de manière exceptionnelle.

B.5.3.3. Nombre de médecins requis

Le nombre de médecins nécessaires à l'urgence pour répondre aux besoins des patients est fonction de l'achalandage et du type de soins que requièrent les patients. Les personnes de plus de 75 ans et celles qui arrivent en ambulance ont besoin de soins plus complexes et d'un nombre d'heures de soins plus important que les autres patients. Il faut exclure les étudiants en médecine dans le calcul des ressources médicales, puisque leur présence est liée à l'enseignement.

Le nombre de médecins requis à l'urgence est considéré comme suffisant en autant que :

- les objectifs quant aux délais préconisés par l'ETG concernant la prise en charge médicale, tels que proposés par l'Association canadienne des médecins d'urgence¹, sont respectés ;
- les durées de séjour respectent les normes du MSSS.

Si le nombre de médecins à l'urgence ne permet pas de respecter ces normes et objectifs, il importe d'évaluer les facteurs et d'envisager au besoin d'augmenter le nombre de médecins à l'urgence. Suivant la complexité des cas (âge, gravité, etc.), les nombres suggérés par divers experts sont les suivants :

- Nombre de patients sur civière par médecin par heure : de 1 à 2
- Nombre de patients ambulatoires par médecin par heure : de 3 à 6

B.5.3.4. Profil du médecin d'urgence à plein temps

La littérature² a démontré que la carrière des médecins travaillant à l'urgence est plus longue lorsque ces derniers s'impliquent dans des tâches autres que des tâches exclusivement cliniques. Selon le champ d'intérêt des médecins et le nombre de ressources en place, la répartition des responsabilités peut varier en fonction des activités cliniques, d'enseignement ou de recherche et en fonction des tâches administratives. En effet, d'après les experts, dans les DSMU performants, les praticiens investissent une portion significative de leurs temps dans ces activités.

B.5.3.5. Présence médicale et organisation du travail

Des mécanismes pour assurer une présence médicale suffisante 24 heures par jour à l'urgence doivent être instaurés dans chaque urgence. Pour répondre à cette condition et pour faire face à de grandes périodes d'achalandage, l'urgence doit pouvoir compter sur les services d'un médecin sur appel, sur la présence d'un médecin partageant son temps entre ses activités cliniques et clinico-administratives, sur la prolongation de certains quarts de travail lorsque les horaires se chevauchent, ou sur tout autre moyen retenu par l'équipe.

Il est essentiel de s'assurer que l'équipe médicale en place compte suffisamment de médecins pour que tous les patients puissent bénéficier de l'évaluation initiale requise par leur condition de santé. Une attente excessive avant l'évaluation médicale nécessite une réévaluation au triage, sans compter le temps consacré à expliquer au patient et à ses proches les raisons de ce délai. Le manque de médecins dans l'aire des civières contribue à augmenter les durées de séjour des patients à l'urgence et surcharge le personnel soignant. En effet, si la réévaluation des patients n'est pas faite en temps opportun, la prise de décision en sera retardée.

¹ ASSOCIATION CANADIENNE DES MÉDECINS D'URGENCE (2002). « L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG): énoncé sur l'implantation en milieu rural », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 7, n° 4, p. 271–274.

² CHINNIS *et al.* 2000, NEISLIN *et al.* 1992, KRISTAL *et al.* 1999, SANDERS *et al.* 1988.

Dans les urgences où il y a au moins deux médecins, l'un se consacre à l'aire des civières et l'autre, à l'aire ambulatoire, tout en respectant les délais pour la prise en charge médicale de l'ETG.

Le mode de fonctionnement du médecin et la façon dont il prend ses décisions ont un effet significatif sur la charge de travail de l'équipe entière, y compris sur sa propre charge de travail. Certains changements apportés au fonctionnement permettent souvent de diminuer la charge de travail des intervenants de l'urgence, la durée de séjour des patients et le temps d'attente avant leur prise en charge médicale, tout en améliorant la qualité des services offerts par l'équipe soignante. L'équipe médicale est encouragée à revoir les aspects de son fonctionnement qui ont possiblement des conséquences sur le temps d'attente, l'encombrement de l'urgence et la surcharge de travail des infirmières.

B.5.3.6. Constitution d'un département de médecine d'urgence

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

La constitution d'un département de médecine d'urgence contribue à la formation d'une équipe médicale compétente et stable. Elle permet au chef du Département de médecine d'urgence de participer directement à l'organisation des soins, soit à la même table et sur le même pied que les autres chefs de département. Le chef du DSMU peut alors mettre en lumière les problématiques propres à l'urgence et aux patients qui s'y présentent, rendre des comptes directement au CMDP et interagir avec les divers comités et instances décisionnelles du centre hospitalier.

La reconnaissance d'un Département de médecine d'urgence par le conseil d'administration de l'établissement permet aux médecins consacrant leur pratique à la médecine d'urgence d'obtenir une écoute attentive de la part des administrateurs. De plus, elle favorise la collaboration avec l'ensemble des chefs de département, assurant ainsi une meilleure représentativité de l'urgence au sein de l'établissement et l'amélioration constante du fonctionnement du Département de médecine d'urgence.

Cette reconnaissance touche surtout les urgences où le volume d'activité est élevé ou très élevé, celles-ci représentant les centres où plusieurs médecins pratiquent à plein temps. Rappelons que la création d'un département d'urgence demeure néanmoins variable en fonction du plan d'organisation de l'établissement.

Lorsqu'une équipe médicale juge qu'elle doit conserver un statut de service, il est cependant indiqué de permettre au chef de Service de médecine d'urgence de siéger à la table des chefs de département.

Enfin, aucune décision liée aux activités de l'urgence ne devrait être prise sans que l'équipe médicale et les gestionnaires de l'urgence soient consultés.

B.5.3.7. Coordonnateur médical de l'urgence

Le coordonnateur médical de l'urgence a pour principale fonction de voir à l'utilisation optimale des services de l'urgence. C'est ainsi qu'il intervient, durant les périodes d'encombrement, en participant activement au processus de décongestion. Il contribue à établir des liens avec les services situés en amont et en aval de l'urgence. Il lui incombe de déceler les dysfonctionnements et de participer à la recherche et à l'application de solutions. Finalement, il contribue, en collaboration avec le chef médical et l'infirmière–chef de l'urgence, à uniformiser la gestion et les pratiques individuelles pour atteindre les objectifs de saine gestion de l'urgence fixés par l'équipe soignante.

Le coordonnateur médical de l'urgence est idéalement un médecin d'urgence à temps plein qui connaît bien les problématiques liées à la médecine d'urgence. Cette fonction est habituellement assumée par des médecins d'expérience ayant de bonnes relations interpersonnelles avec l'ensemble des intervenants de l'établissement. Le coordonnateur doit très bien connaître les services offerts par l'établissement ainsi que la distribution des soins et des services sur son territoire. Le poste de coordonnateur médical de l'urgence ne peut être envisagé dans toutes les urgences. Cependant, dans les urgences où le niveau d'activité est important, un poste de coordonnateur médical doit être créé ; ce poste peut toutefois être partagé par plusieurs médecins d'urgence.

Le médecin coordonnateur évalue les patients qui n'ont pas encore été orientés, qui attendent une consultation ou un lit dans une unité de soins et dont la présence entrave la fluidité de l'urgence. Le rôle du coordonnateur médical de l'urgence est différent de celui du médecin en service à l'urgence, tout en étant complémentaire à celui-ci.

Le coordonnateur médical de l'urgence doit :

- participer à l'équipe d'action–soutien de l'urgence ;
- assurer une disponibilité 24 heures par jour ;
- coordonner la gestion des civières à l'urgence en accélérant le processus de consultation et d'accès aux services de l'hôpital ;
- assurer le respect des normes de l'urgence en déterminant les délais acceptables, et intervenir auprès du chef du DSMU, de l'infirmière–chef ou du coordonnateur médical aux admissions advenant le non respect des normes prescrites ;
- s'assurer que l'évaluation, le traitement, la prise en charge et la prise de décision quant à l'orientation (congé, admission ou transfert) de chaque patient se font dans les meilleurs délais possibles et intervenir, si nécessaire, auprès du médecin traitant ;
- assister le médecin traitant dans la planification du recours à d'autres ressources ;
- revoir les dossiers des patients en attente d'admission et intervenir, selon les causes des délais, auprès des divers intervenants visés ;
- appliquer les mesures de décongestion de l'urgence en tout temps ;

- veiller à l'application du plan de gestion du débordement de l'urgence, le cas échéant ;
- collaborer avec les équipes de liaison ;
- collaborer avec le coordonnateur aux admissions advenant la présence de problèmes particuliers dus au non respect des procédures ;
- examiner les dossiers et, si nécessaire, les patients de l'urgence, afin d'aider à accélérer le processus de décision ;
- intervenir pour s'assurer que l'on réponde avec diligence aux demandes de consultation en suspens à l'urgence ;
- s'assurer que les services diagnostiques respectent les délais recommandés par les normes du présent guide.

Ces fonctions demeurent importantes pour les urgences en région rurale, mais peuvent y être assumées par le DSP ou par un médecin désigné.

*Personnel médical
de l'urgence*

RECOMMANDATION B.5.3.

A. Ajuster le mode de fonctionnement et les ressources médicales selon le volume d'activité.

Responsable : chef médical de l'urgence.

Niveaux d'urgence : unités d'urgence du groupe 1.

B. Nommer un coordonnateur médical là où le volume d'activité le justifie.

Responsables : chef médical de l'urgence et DSP.

Niveaux d'urgence : unités d'urgence secondaires et tertiaires.

B.5.4. PERSONNEL INFIRMIER DE L'URGENCE

B.5.4.1. Rôles et responsabilités

Infirmière

L'infirmière de l'urgence assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers en fonction des besoins bio-psycho-sociaux des patients qui lui sont confiés. Les soins à l'urgence représentent un domaine hautement spécialisé où les infirmières doivent assurer une surveillance continue de la condition de santé des patients par des mesures hémodynamiques non invasives et invasives à partir d'appareils technologiques de plus en plus sophistiqués. Grâce à sa rapidité d'intervention et à sa capacité d'anticiper les complications potentielles, l'infirmière diminue les risques de morbidité et de mortalité des patients. Plusieurs défis doivent être relevés par les infirmières soignantes pour parvenir à exercer leur rôle dans la gestion des soins des patients de l'urgence, tout en assurant la qualité des soins offerts. Pour ce faire, elles doivent :

- planifier les interventions selon les priorités de l'urgence ;
- coordonner les activités diagnostiques et les consultations médicales ;
- collaborer étroitement avec les médecins et les autres membres de l'équipe dans la gestion de l'épisode de soins de l'urgence ;
- posséder des aptitudes pour la résolution de problèmes et pour la prise de décision ;
- avoir une connaissance globale de la situation de l'urgence ;
- s'adapter aux changements rapides dans la cadence de travail ;
- s'adapter à un environnement changeant, toujours en mouvement, et travailler souvent sous haute pression.

De plus, l'infirmière a la responsabilité professionnelle :

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

Conseillère en soins infirmiers

La conseillère en soins infirmiers agit comme personne-ressource auprès de l'équipe soignante. Elle a une excellente connaissance du milieu et des différents protocoles ou techniques de soins utilisés par l'équipe soignante. Selon l'organisation du travail préconisée, elle peut conjuguer son rôle avec celui d'infirmière soignante.

Elle est responsable :

- du processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins ;
- du programme d'orientation et d'intégration ;
- du programme de formation continue.

La conseillère en soins infirmiers assure une présence constante auprès des équipes de soir et de nuit, car celles-ci regroupent très souvent les infirmières ayant le moins d'expérience.

Assistante de l'infirmière–chef

L'assistante de l'infirmière–chef a la responsabilité de planifier, organiser, coordonner et évaluer les soins infirmiers donnés par les membres de l'équipe. Afin de lui permettre de bien s'acquitter de son rôle quant à la supervision et à l'organisation du travail, il faudra lui permettre, selon les besoins, de se dégager des soins aux patients. Plus particulièrement, son rôle est :

- de travailler en collaboration avec l'infirmière–chef ;
- de répartir le travail selon les compétences du personnel en place et les besoins des patients ;
- de superviser le travail d'équipe et d'apporter son soutien à l'équipe soignante ;
- de s'assurer de disposer continuellement de personnel compétent en nombre suffisant ;
- de s'assurer, en collaboration avec l'équipe médicale et infirmière, que des civières et des moniteurs cardiaques soient constamment disponibles et qu'il y a suffisamment d'espace dans l'aire de choc pour recevoir les nouveaux patients ;
- de voir au respect des techniques et des protocoles médicaux et de soins infirmiers correspondant à des ordonnances collectives ;
- de s'assurer que les soins donnés sont de qualité optimale ;
- de participer à l'orientation et à la formation du personnel ;
- de voir à ce que les règlements de l'urgence soient appliqués et d'aviser l'infirmière–chef de l'urgence lorsque des personnes y dérogent ;

- de déceler les problèmes de fonctionnement, de déterminer les solutions possibles et de participer à l'application des mesures correctrices retenues ;
- d'être à l'écoute des membres de l'équipe éprouvant des difficultés personnelles ou professionnelles en leur apportant son aide ;
- de maintenir sa compétence en soins d'urgence afin de demeurer une personne-ressource ;
- de prendre les moyens pour protéger les patients sur le plan de l'intimité, de la confidentialité et du droit à l'information, pour tout ce qui concerne la prise de décision et le droit à une mort digne ;
- de faire le lien avec les professionnels des équipes de liaison, des unités de soins et des autres catégories de professionnels travaillant à l'urgence ;
- de participer au suivi des résultats de laboratoire anormaux, selon les protocoles établis dans le milieu ;
- en l'absence de l'infirmière–chef, de remplacer celle-ci dans certaines tâches administratives.

B.5.4.2. Rôles dévolus aux infirmières

La création de la fonction d'infirmière praticienne spécialisée de première ligne à l'urgence pourrait contribuer à réduire les délais d'attente pour les patients ambulatoires. La fonction d'infirmière praticienne spécialisée de première ligne existe dans certaines provinces canadiennes et aux États-Unis, mais n'existe pas encore au Québec. Des travaux sur la pertinence d'implanter de tels postes dans notre système de santé et visant à définir les diverses modalités applicables, le cas échéant, ont été confiés un comité conjoint consultatif et paritaire du CMQ et de l'OIIQ.

Il serait important que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, autant en région rurale que dans les centres urbains, soit intégrée à l'équipe soignante de l'urgence, particulièrement pour les patients ambulatoires.

L'infirmière praticienne spécialisée pourrait évaluer et traiter, le cas échéant, les patients présentant des problèmes semi-urgents et non urgents afin de permettre au médecin de s'occuper des patients classés urgents d'après l'ETG. Elle pourrait aussi exercer en soins ambulatoires ou dans la communauté, en collaboration avec les médecins, pour promouvoir la santé, prévenir la maladie et procurer à la population des soins et des traitements, à l'intérieur de délais respectables.

B.5.4.3. Qualification des infirmières de l'urgence

Les infirmières travaillant à l'urgence doivent posséder une expertise très large afin d'être efficaces dans une multitude de situations urgentes. Elles atteignent un niveau de compétence comparable à celui des infirmières d'unités spécialisées, tout en maintenant des connaissances variées, ce qui leur permet de répondre à un large éventail de problèmes de santé. Elles développent particulièrement leur jugement professionnel afin de pouvoir établir des priorités et d'évaluer rapidement l'état et l'évolution d'un patient se présentant à l'urgence. Elles établissent de plus une communication bienveillante et efficace auprès des patients et des membres de leur famille.

La complexification des soins, les changements structurels, la diminution de l'encadrement clinique et la perte d'infirmières expérimentées ont grandement modifié la pratique des soins infirmiers au Québec au cours des dernières années. Les centres hospitaliers, tout en maintenant la qualité optimale des soins, ont à favoriser l'intégration des nouvelles infirmières et à viser le maintien de leur personnel.

Il est important de favoriser la création de postes permanents à l'urgence et de s'assurer que l'équipe de remplacement soit constituée d'infirmières formées pour l'urgence et répondant aux exigences pour occuper de tels postes. Le niveau d'expertise des infirmières peut varier grandement au sein d'une équipe : il peut s'écouler un certain temps avant qu'une infirmière débutante ne devienne une infirmière experte.

Il faut établir le niveau d'expertise d'une infirmière au moment de son entrée dans l'équipe pour la guider dans son développement par une orientation personnalisée répondant à ses besoins et respectant son évolution professionnelle. Les infirmières expertes doivent être mises à contribution pour superviser et former les infirmières novices dans les secteurs plus à risque, tels que le triage, l'aire de choc, les soins offerts aux enfants, aux patients sous monitoring cardiaque et aux patients victimes de traumatismes.

Les urgences doivent viser à augmenter le plus rapidement possible le niveau de compétence des infirmières de leur équipe. Les enjeux sont essentiellement les suivants :

- donner de la formation durant les périodes où il y a pénurie de ressources et augmentation du niveau d'activité ;
- fournir l'encadrement nécessaire aux débutantes ;
- stimuler la participation des infirmières aux activités de l'urgence.

B.5.4.4. Orientation et intégration du personnel infirmier

Certains aspects sont essentiels à une intégration réussie au sein de l'équipe de l'urgence : accueil personnalisé et chaleureux, formation théorique adaptée aux débutantes, formation des infirmières seniors afin qu'elles puissent occuper des postes de superviseuses, jumelage sous forme de tutorat avec soutien constant des débutantes et évaluation continue du programme d'intégration.

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

Période d'orientation

Le programme d'orientation des infirmières en début de carrière devrait concilier théorie et pratique, grâce au jumelage de la débutante avec une infirmière expérimentée. Il peut se faire par modules, avec une période d'intégration variant selon les individus et les établissements. Une équipe de conseillères en soins infirmiers peut être responsable du processus d'orientation sous la supervision de la conseillère clinicienne en soins infirmiers. Tout au long du processus, un suivi rigoureux doit être respecté pour évaluer le niveau de compréhension et d'intégration des nouvelles compétences et apporter rapidement des ajustements au programme d'orientation en fonction des besoins décelés.

Il est préférable d'entreprendre le processus d'orientation par les soins aux patients sur civière, ceux-ci présentant plus de risques de complications et exigeant davantage de soins spécialisés. D'une part, l'évaluation objective de la compétence de l'infirmière sera facilitée ; d'autre part, l'infirmière pourra plus rapidement juger de son intérêt pour l'urgence.

Voici un exemple de programme d'orientation, pour une infirmière expérimentée dans un secteur autre que l'urgence : journées de formation théorique où une conseillère en soins infirmiers fait la révision des principales pathologies et situations observées en urgence majeure, tout en abordant le rôle du personnel infirmier, les actes autorisés, les questions relatives à la médication et les complications les plus fréquentes. On complète ce bloc en intégrant à la formation des notions pratiques : réception des patients, techniques de soins, connaissance du dossier et des formulaires utilisés, etc. (une des journées de formation doit être consacrée au matériel de l'aire de choc). Par la suite, l'infirmière reçoit une supervision pratique, avec jumelage, pour une période dont la durée est adaptée à ses besoins.

Il faut prévoir une période d'orientation distincte pour l'infirmière travaillant dans le secteur ambulatoire de l'urgence. Celle-ci effectuée en effet des tâches différentes de celles propres au secteur des civières et doit être formée en conséquence.

Une période de travail d'un an à l'urgence, en urgence majeure, précède la formation relative au triage. La décision d'affecter au triage la totalité ou une partie des infirmières de l'urgence appartient aux gestionnaires de l'urgence. Cependant, toutes les infirmières expérimentées en urgence devraient bénéficier d'une formation minimale dans le secteur du triage, de façon à pouvoir recevoir et évaluer les patients se présentant à l'urgence.

De plus en plus d'infirmières ne possédant aucune expérience commencent leur carrière à l'urgence. Les programmes d'orientation doivent être adaptés à cette nouvelle réalité et prévoir une période d'orientation d'une durée minimale de quatre semaines pour les infirmières en début de carrière.

Les périodes d'orientation nécessaires aux infirmières lorsqu'elles accèdent à un nouveau poste de travail sont prévues dans les règles de la Direction des soins infirmiers. Le manque de ressources perturbe par contre très souvent la cadence prévue pour l'orientation, soit à cause de la difficulté de libérer une conseillère en soins infirmiers, soit parce que le volume d'activité exige que l'on ait recours aux compétences de l'infirmière novice. Lorsque cette dernière situation se présente, elle peut être considérée comme une occasion de mettre en application des apprentissages théoriques, mais il est important que des pairs ou la conseillère clinicienne en soins infirmiers maintiennent une supervision. Une évaluation des objectifs atteints permettra de déterminer les étapes à franchir et les meilleurs moyens pour y parvenir.

Période d'intégration

Une période d'intégration dont la durée et le contenu varient selon le niveau d'expérience de l'infirmière suit la période d'orientation proprement dite et peut s'échelonner sur plusieurs mois. Au cours de cette période, un suivi et un encadrement appropriés permettent à l'infirmière de mieux intégrer les notions acquises lors de l'orientation. Durant la période d'intégration, l'infirmière n'est pas responsable des secteurs de choc et des secteurs à haut risque, mais s'y intègre graduellement sous la supervision d'une infirmière expérimentée.

B.5.4.5. Formation continue

Un programme de formation en cours d'emploi est essentiel pour les infirmières de l'urgence. Ce programme vise plusieurs objectifs : connaître les particularités de chacun des types de patients qui peuvent se présenter à l'urgence (enfant, personnes âgées, personnes atteintes d'un problème en santé mentale), s'adapter aux nouvelles technologies et pratiques médicales, améliorer son jugement clinique, parfaire ses connaissances, établir des règles de soins, maintenir à jour ses connaissances et ses compétences techniques si l'on a des contacts moins fréquents avec certaines catégories de patients.

Lorsque les infirmières expertes sont en nombre insuffisant, celles-ci disposent de moins de temps pour apporter leur soutien à leurs collègues moins expérimentées. Il faut trouver de nouveaux mécanismes pour garantir la compétence et assurer la mise à jour des connaissances du personnel en cette période où il devient difficile de libérer les infirmières pour participer à la formation.

Maintenir un programme de formation s'avère une obligation pour chaque établissement, car une infirmière bien formée requiert moins de supervision, de même qu'elle est plus efficace et plus compétente.

Le programme de formation offert permet à chaque infirmière d'avoir accès aux activités jugées prioritaires par les membres de l'équipe, la conseillère en soins infirmiers, l'infirmière-chef et le chef du DSMU. Certaines activités libres peuvent être laissées à la discrétion des infirmières, selon leur intérêt. Il est souhaitable que les médecins de l'urgence fassent bénéficier les infirmières de leur expertise, en participant aux programmes de formation continue.

Il est important de différencier les deux types de formation décrits précédemment, l'un servant à développer les habiletés techniques, tandis que l'autre vise à augmenter le niveau de compétence. Toute formation requise pour utiliser de nouvelles technologies ou s'adapter à de nouvelles techniques de travail doit être clairement définie et les organisations doivent prévoir les budgets nécessaires pour procéder aux changements qui en découlent.

Les critères suivants sont proposés pour établir un programme de formation continue :

- Un programme de formation continue est établi chaque année et prévoit la tenue d'au moins une session de formation mensuelle et d'une journée thématique chaque année.
- La formation concerne obligatoirement chaque année un ou des aspects liés aux spécialités de pointe de l'unité concernée (p. ex. : pédiatrie, psychiatrie, traumatologie, cardiologie, gériatrie, etc.) et au triage.
- Le programme est suffisamment souple pour qu'on puisse y ajouter des sessions de formation adaptées aux besoins observés en cours d'année.
- Les infirmières participent à l'organisation de la formation, en collaboration avec l'équipe de médecins.

Étant donné que les infirmières sont tenues par leur ordre professionnel (OIIQ) d'utiliser les moyens pour maintenir à jour leurs compétences (*Normes et critères de compétences professionnelles pour les infirmiers et infirmières*, norme 8), le programme de formation en soins critiques (urgence) s'avère une activité d'actualisation des connaissances professionnelles très appropriée pour des infirmières qui exercent à l'urgence. Les établissements doivent mettre en place des mesures incitatives afin de permettre aux infirmières travaillant à l'urgence de s'inscrire à cette formation au cours de la première année suivant l'obtention d'un poste permanent.

La formation se doit d'atteindre les autres catégories de personnel, particulièrement le personnel de soutien, que l'on oublie très souvent dans les programmes de formation.

B.5.4.6. Intégration de la relève

La création au sein de l'établissement d'un comité de la relève infirmière (CRI) a pour but de favoriser l'intégration des jeunes infirmières. Le mandat principal de ce comité est de proposer des solutions pour faciliter l'intégration des novices et d'offrir aux jeunes infirmières du soutien pour favoriser leur développement personnel et professionnel. Ce comité travaille en collaboration avec la Direction des soins infirmiers (DSI) et le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), et tente de résoudre les problèmes touchant les jeunes infirmières, lesquelles doivent faire partie de la discussion et de la prise de décision.

B.5.4.7. Composition de l'équipe des infirmières et ressources nécessaires

Le nombre d'infirmières à l'urgence est établi en fonction du nombre de patients et de la complexité des cas. On privilégie un ratio qui vise à assurer une marge de manœuvre permettant de répondre aux besoins durant les pointes de consultation journalières. La prestation de services sécuritaires est préconisée, notamment par l'assignation de chaque patient à une infirmière et par le maintien des ratios durant les heures de pause et de repas.

En plus de l'équipe de base, on prévoit des mécanismes rapides de renfort en cas de besoin. En cours de service, une infirmière doit être ajoutée à l'équipe de l'urgence lorsque le besoin s'en fait sentir, soit par le recours à l'équipe volante, soit par tout autre moyen jugé efficace.

Triage

Il est essentiel d'assurer la présence d'au moins une infirmière au triage 24 heures par jour. Pour établir un ratio acceptable, on doit tenir compte des normes établies selon l'ETG.

Afin de disposer de ressources suffisantes pour répondre aux normes fixées même en période d'achalandage important, on devrait désigner une infirmière « volante », dont la fonction principale serait de seconder l'infirmière affectée au triage.

Aire des patients ambulatoires

Lorsque le volume d'activité le justifie et s'il y a un médecin consacré à ce secteur, une infirmière est présente en tout temps dans l'aire des patients ambulatoires. On vise, par une allocation de ressources suffisantes, à répondre aux normes relatives au temps d'attente préconisées par l'ETG. Un séjour maximal de 4 heures est visé pour les patients ambulatoires.

Aire de choc

La présence d'une infirmière par deux civières est prévue dans l'aire de choc. Lorsque l'infirmière n'a pas de patient sous sa responsabilité, l'organisation du travail doit lui permettre d'apporter son aide à ses collègues. Une description de tâches établit clairement ses assignations prioritaires.

Une équipe de deux à trois infirmières est souvent nécessaire auprès d'un patient en salle de choc. L'organisation du travail au sein de l'équipe prévoit ces situations. Les rôles doivent être établis et connus des infirmières.

Aire des civières

Les patients qui sont installés dans l'aire des civières donnent habituellement lieu à de nombreuses interventions rapides et demandent une surveillance étroite. Un ratio d'infirmières est établi en fonction de ces patients et il est d'environ une infirmière pour quatre civières dans le secteur avec monitoring, et de une infirmière par cinq civières dans le secteur sans monitoring. Pour les patients en attente d'admission, les ratios sont les mêmes que ceux appliqués dans les unités d'hospitalisation.

Certaines variables peuvent influencer le ratio, comme le nombre de nouveaux patients, le niveau de complexité des cas, le niveau d'expertise des infirmières, etc. De plus, certaines urgences dont le volume d'activité est faible disposent d'une seule aire des civières, sans distinction en ce qui concerne le monitoring.

Les structures de postes ont longtemps privilégié un nombre moindre d'infirmières le soir et la fin de semaine, alors que les besoins sont aussi importants. Dans la plupart des urgences, cette situation tend actuellement à se régulariser.

Il y a davantage de postes vacants et de nouveau personnel durant les heures de service du soir, de la nuit et de la fin de semaine. Une réflexion doit être faite sur la répartition traditionnelle des postes, pour tous les titres d'emploi, de même que sur la façon d'assurer une présence suffisante du personnel expérimenté au cours de ces différents quarts de travail.

La création de plages horaires allant de 11 heures à 19 heures ou 12 heures à 20 heures permet de combler les besoins durant les heures de repas des équipes soignantes et de répondre adéquatement aux variations de l'achalandage. Même si ces horaires sont peu populaires auprès du personnel et difficiles à combler par le service de remplacement, il demeure néanmoins important d'étudier les possibilités qu'ils offrent, puisqu'ils permettent à l'équipe de l'urgence de travailler en tout temps avec un nombre adéquat de ressources.

*Personnel infirmier
de l'urgence*

RECOMMANDATION B.5.4.

- A. Mettre sur pied un programme d'orientation et d'intégration à l'urgence pour toutes les infirmières.**

Responsables : infirmière–chef de l'urgence et conseillère en soins infirmiers.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. Établir un programme annuel de formation continue pour les infirmières et le personnel de soutien.**

Responsables : infirmière–chef de l'urgence, chef médical de l'urgence et conseillère en soins infirmiers.

Niveaux d'urgence : tous.

- C. Établir un ratio d'infirmières par patient qui tienne compte du volume d'activité, des pauses et des repas.**

Responsables : infirmière–chef de l'urgence et chef médical de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.5.5. AUTRES PROFESSIONNELS DE L'URGENCE

B.5.5.1. Pharmacien

La disponibilité d'un pharmacien à l'urgence apparaît d'une importance croissante dans les unités d'urgence primaires, secondaires et tertiaires. Ce besoin est lié au fait que les patients sont désormais plus âgés, plus malades et plus dépendants de la médication. La présence d'un pharmacien sur place est un avantage certain pour la gestion et la qualité des soins dans les urgences où le volume d'activité le justifie.

Le pharmacien à l'urgence peut contribuer à améliorer la qualité des soins par l'utilisation optimale de la médication. De plus, le pharmacien joue un rôle important lorsqu'il s'agit de déceler, parmi la population âgée, les gens qui prennent de nombreux médicaments ; son intervention permet d'éviter des hospitalisations et des retours fréquents à l'urgence. Dans un contexte où la pharmacologie évolue constamment, le pharmacien devient une référence pour le personnel infirmier et médical. Il assure une meilleure coordination des soins pharmaceutiques pour les patients sur civière de même que pour les patients en ambulatoire.

D'autres éléments peuvent aussi contribuer à l'amélioration du fonctionnement des services pharmaceutiques à l'urgence : la présence sur place d'un technicien en pharmacie, un système informatique permettant l'impression du profil pharmaceutique des patients, une réserve de doses d'appoint, l'utilisation d'un module de distribution informatisé, la robotisation de la pharmacie, la vérification de la médication d'appoint par la pharmacie de l'établissement, un accès rapide à une réserve de médicaments préparés et un système de transport pneumatique ou un monte-charge entre l'urgence et la pharmacie.

Le pharmacien de l'urgence a les responsabilités suivantes¹ :

- Assurer la prestation de soins pharmaceutiques auprès des personnes qui consultent à l'urgence.
- Établir un lien efficace entre l'urgence et les ressources externes au regard de la médication.
- Coordonner le suivi pharmacologique des patients.
- Fournir de l'information pharmacothérapeutique aux intervenants, ainsi qu'aux patients et à leurs proches.
- Participer activement à l'enseignement et aux activités de formation à l'urgence.
- Effectuer la gestion des pharmacies d'appoint à l'urgence, et plus particulièrement dans l'aire de choc.
- Superviser et maintenir à jour la liste des protocoles pharmacologiques.
- Répondre aux demandes de consultation.

¹ MICHAUD, 2000, SÉROUR *et al.*, 1999.

- Rencontrer les patients qui séjournent plus longtemps à l'urgence (pour un AVC, une MPOC, une insuffisance cardiaque, etc.) et ceux qui sont inscrits dans des programmes de suivi systématique.
- Faire des recommandations au personnel médical concernant les risques relatifs à la médication du patient.
- Suggérer des modifications au profil pharmacologique d'un patient, lorsque cela est indiqué.
- S'assurer d'obtenir la liste des médicaments des patients.
- Vérifier les interactions médicamenteuses et les effets secondaires des médicaments prescrits ou administrés.
- Tenir à jour les échelles de compatibilité.
- Travailler en étroite collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

B.5.5.2. Travailleur social

Le travailleur social intervient auprès de patients ayant des problèmes d'ordre psychosocial. Il travaille de concert avec les autres professionnels de la santé, tout particulièrement avec l'infirmière clinicienne de liaison en santé physique.

Il est essentiel de pouvoir compter sur la disponibilité d'au moins un travailleur social pour l'urgence. Ce dernier peut pleinement s'acquitter de sa tâche dans la mesure où certaines conditions sont remplies. Un bureau à proximité de l'urgence, des corridors de services et des protocoles d'entente bien établis avec les ressources externes (première ligne), sont autant de facteurs augmentant la contribution de ce service au bon fonctionnement de l'urgence. De plus, l'intégration à l'équipe de l'urgence d'un travailleur social venant des services de première ligne pour effectuer l'évaluation et le suivi de certains patients favorise une prise en charge plus rapide de ceux-ci dans la communauté et réduit par conséquent la durée de leur séjour, tant à l'urgence que dans les unités de soins.

Le temps de travail minimal que doit assurer le travailleur social des unités d'urgence du groupe 1 est de 8 heures par jour, 5 jours par semaine. Lorsque la présence du travailleur social ne peut être envisagée pour tous les horaires où cela serait nécessaire, on peut instaurer un système de garde local ou établir la garde sur une base régionale, avec la collaboration des travailleurs sociaux du CSSS.

Dans les unités d'urgence de niveaux secondaire et tertiaire situées en milieu urbain, un travailleur social doit pouvoir être disponible rapidement (en moins d'une heure) tous les jours de semaine, de 8 heures à 20 heures, et la fin de semaine, de 8 heures à 16 heures. L'établissement évalue les besoins de ses patients et ajuste ses ressources en conséquence.

Le travailleur social a les rôles suivants :

- Déceler rapidement les situations où des problèmes d'ordre psychosocial ont des conséquences sur la santé de la personne.

- Apporter à l'équipe de l'urgence et à l'équipe de gériatrie un éclairage sur les aspects psychosociaux de la personne.
- Procéder à l'évaluation psychosociale sommaire et entreprendre la prise en charge des patients devant être admis et dont le séjour risque d'être excessivement prolongé.
- Favoriser chez le patient et ses proches la compréhension des problèmes qui les affectent.
- Intervenir dans les situations où des abus sont confirmés ou soupçonnés et faire le lien, s'il y a lieu, avec la DPJ.
- Offrir du soutien et de l'information sur les ressources appropriées dans les cas de violence familiale et de viol.
- Évaluer les besoins des personnes éprouvant des problèmes de perte d'autonomie, d'itinérance, de dépendance à certaines drogues ou à l'alcool, ou affectées par tout autre problème social, et établir les liens nécessaires avec les services de dépannage, d'hébergement et d'aide financière.
- Apporter du soutien aux familles en détresse (famille en deuil, subissant l'annonce d'une maladie grave, vivant un premier événement psychotique ou suicidaire, etc.).

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

- Établir un contact avec le CSSS couvrant le territoire où réside le patient afin de vérifier si ce dernier y est connu et s'enquérir du type de suivi dont il bénéficie, le cas échéant.
- Offrir des services d'information et d'orientation : expliquer aux patients et aux proches le rôle d'une urgence et leur faire connaître les ressources extérieures auxquelles ils peuvent s'adresser.
- Établir les contacts nécessaires avec les autres établissements et les organismes communautaires.
- Assurer la liaison entre l'urgence, les intervenants externes et les autres ressources.
- Évaluer les difficultés liées au retour à domicile des personnes âgées afin de pouvoir entreprendre une action appropriée de façon précoce.

B.5.5.3. Infirmière clinicienne de liaison en santé physique

Un lien soutenu entre les ressources internes et externes est devenu une nécessité dans la gestion de l'urgence. L'infirmière clinicienne de liaison en santé physique a pour mandat d'établir ce lien entre l'établissement et les différentes ressources du réseau de la santé. Sa présence à l'urgence favorise la communication autant à l'intérieur du centre hospitalier qu'avec les ressources ambulatoires et communautaires et accélère le processus de départ des patients de l'urgence. Les équipes de liaison orientent les patients vers les ressources appropriées et s'assurent de la prise en charge des patients présentant des problèmes de santé complexes ou chroniques. Les urgences qui ne font pas partie d'un CSSS peuvent établir des ententes avec un CSSS du territoire afin qu'une de leurs infirmières assure une présence à l'urgence. Cette façon de procéder permet d'établir des liens plus solides entre l'urgence et les différents programmes et ressources du réseau.

Pour sa part, l'équipe de l'urgence a pour rôle de reconnaître les patients et les situations à risque, dont certaines pourraient être détectées dès le triage, et de porter ces situations à l'attention de l'infirmière clinicienne.

L'infirmière clinicienne de liaison en santé physique s'assure de l'existence d'un plan de soutien individualisé et sécuritaire en fonction des ressources appropriées, tout en favorisant la continuité des soins et des services. Elle travaille en étroite relation avec les autres agents de liaison. Ses principales fonctions sont :

- L'évaluation des possibilités de congé de l'urgence, compte tenu des besoins du patient, de son réseau de soutien et des ressources externes publiques et privées auxquelles il peut avoir recours.
- L'établissement d'un lien téléphonique ou d'une communication écrite avec les différentes ressources du réseau, afin d'assurer une orientation efficace des patients, et la continuité des services qui leur sont offerts, en collaboration avec les ressources internes et externes, les patients et leurs proches.
- La transmission d'information au patient ou à ses proches sur les différentes ressources disponibles, sur les conditions à remplir pour avoir accès à ces ressources et sur les démarches effectuées ou à entreprendre.
- La coordination et la planification : assurer une prise en charge rapide du patient par le réseau et établir une concertation avec les différents intervenants impliqués dans la planification du congé.
- Le suivi de certains dossiers : patients qui consultent de façon régulière, situations difficiles avec les familles ou avec les ressources, etc.
- La diffusion et la représentation : informer les intervenants de l'urgence à propos du rôle de l'équipe de liaison, des ressources publiques et privées disponibles et des conditions d'admissibilité dans ces ressources.

B.5.5.4. Infirmière clinicienne de liaison en santé mentale

Dans les urgences à vocation psychiatrique et dans les urgences qui reçoivent une forte proportion de patients présentant des problèmes de santé mentale, il est approprié d'adjoindre à l'équipe de professionnels de l'urgence une infirmière clinicienne de liaison en santé mentale. Cette infirmière a la responsabilité d'assurer la fonction de liaison, telle que décrite plus haut, auprès de la population cible. Plus précisément, elle a pour fonction :

- de participer à l'évaluation du patient et de prendre contact avec la famille, le médecin traitant ou toute autre personne intéressée ;
- de créer des liens avec la personne concernée et son entourage dès leur arrivée à l'urgence ;
- d'organiser une prise en charge rapide des patients déjà connus, et présentant des problèmes sévères et persistants, de la part des équipes de santé mentale du territoire, en collaboration avec un psychiatre.

B.5.5.5. Inhalothérapeute

Les problèmes respiratoires sont fréquents à l'urgence. La présence d'un inhalothérapeute permet d'enrichir la qualité des soins offerts aux personnes souffrant de problèmes respiratoires, tels que la MPOC, l'asthme ou l'insuffisance cardiaque, et aux patients intubés. On trouve un inhalothérapeute dans les établissements de niveau secondaire et tertiaire et dans toute urgence où le nombre de patients et l'organisation du travail le justifient.

L'inhalothérapeute est responsable de la ventilation mécanique et a pour tâches :

- d'installer, sur ordonnance médicale, des appareils apportant une assistance respiratoire au patient (ventilateur volumétrique, appareil à ventilation non invasive), et de surveiller leur fonctionnement ainsi que l'état du patient tant que dure l'assistance ou le contrôle de la respiration ;
- de seconder le médecin au moment de l'intubation ou de l'extubation en maintenant les voies respiratoires ouvertes et en procédant à la ventilation par masque ;
- d'assurer la surveillance de la ventilation durant les transferts de patients à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

L'inhalothérapeute peut, en collaboration avec d'autres professionnels :

- contribuer à la prise en charge des patients ayant des problèmes cardiorespiratoires et participer à leur évaluation ;

- administrer, selon l'ordonnance médicale, des médicaments, des traitements d'aérosolthérapie ou d'oxygénothérapie et différentes autres techniques d'inhalothérapie, et surveiller l'état du patient durant l'intervention ;
- installer, si nécessaire, tout équipement nécessaire à la mesure de la fonction respiratoire, au monitoring ou au traitement, et en assurer la surveillance ;
- procéder à l'aspiration endotrachéale des sécrétions et effectuer des prélèvements de sécrétions bronchiques ;
- enseigner au patient ou à ses proches les techniques qui relèvent de son champ de pratique.

B.5.5.6. Physiothérapeute et ergothérapeute

Afin de diminuer le temps de séjour à l'urgence ou d'éviter une hospitalisation, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes sont en mesure d'effectuer des consultations à l'urgence et de faire des recommandations à l'équipe soignante quant aux possibilités de retour à domicile de certains patients. Leur intégration à l'intérieur des équipes gériatriques interdisciplinaires leur permet de participer au dépistage précoce des patients en perte d'autonomie et de prévenir les réadmissions à l'urgence. Ils offrent également un soutien à l'équipe de l'urgence en lui fournissant des outils de travail qui peuvent permettre d'éviter les lésions professionnelles.

B.5.5.7. Technologiste médical

Le technologiste médical peut être intégré à l'équipe de l'urgence si les besoins et l'organisation du travail le justifient. Les technologistes sont déjà formés pour effectuer des prélèvements et n'ont pas, de ce fait, à être supervisés par une infirmière. Ils peuvent également effectuer d'autres tests diagnostiques, tels que des ECG.

Il importe cependant de bien préparer le projet d'intégration de ces professionnels à l'équipe de l'urgence, puisque les changements apportés au rôle traditionnel tenu par les technologistes peuvent susciter des réticences de la part des infirmières et des autres membres de l'équipe. Certains milieux ont réussi à intégrer des technologistes à leur équipe avec succès.

B.5.5.8. Infirmière auxiliaire

L'urgence doit compter sur un nombre important d'infirmières pour assurer les soins aux patients. Toutefois, la pénurie d'infirmières oblige actuellement les établissements à revoir l'utilisation des ressources infirmières dont ils disposent, ce qui inclut les infirmières auxiliaires. À l'intérieur d'une équipe, l'infirmière auxiliaire peut contribuer à donner des soins aux patients. Les directeurs de soins infirmiers connaissent les responsabilités de chacun des professionnels travaillant au sein de leur équipe et ils s'assureront de la qualité des services tout en respectant les compétences particulières de ces professionnels.

*Autres professionnels
de l'urgence*

RECOMMANDATION B.5.5.

- A. S'assurer de la présence d'un pharmacien à l'urgence selon les besoins.**

Responsables : DSP et chef de la pharmacie de l'établissement.

Niveaux d'urgence : unités d'urgence du groupe 1.

- B. S'assurer de la présence d'un travailleur social à l'urgence, selon un horaire qui réponde aux besoins des patients.**

Responsables : DSP et chef du service social de l'établissement.

Niveaux d'urgence : unités d'urgence secondaires et tertiaires.

- C. S'assurer de la présence d'une infirmière clinicienne de liaison en santé physique et en santé mentale selon les besoins.**

Responsables : DSP, DSI et directeur général du CSSS.

Niveaux d'urgence : unités d'urgence secondaires et tertiaires.

- D. S'assurer de la présence d'un inhalothérapeute à l'urgence, selon les besoins.**

Responsables : DSP et chef du service d'inhalothérapie.

Niveaux d'urgence : unités d'urgence du groupe 1.

B.5.6. PERSONNEL DE SOUTIEN

Le personnel de soutien contribue au bon fonctionnement de l'urgence. La polyvalence du personnel de soutien permet d'optimiser la qualité et la quantité des soins offerts. Trois catégories d'employés le composent principalement. La première catégorie regroupe les personnes travaillant à l'inscription, à la réception et, enfin, celles assurant les fonctions d'agent administratif classe 3, fonction commis. Il serait bénéfique pour l'urgence que les employés de ce groupe aient le même titre d'emploi, de façon à créer une équipe polyvalente de gens pouvant s'aider et se remplacer au besoin. La deuxième catégorie est celle des préposés aux bénéficiaires, des responsables du matériel et des préposés aux bénéficiaires ayant pour fonction le transport des patients, qui constituent eux aussi un groupe polyvalent. Finalement, le personnel de secrétariat et d'aide à la gestion constitue la troisième catégorie.

B.5.6.1. Inscription

Le processus d'inscription se fait dans les locaux de l'urgence après la rencontre avec l'infirmière du triage. Pour les urgences à faible débit, ce service peut être partagé avec un autre service du centre hospitalier. Cependant, des procédures permettant d'adopter un ordre de priorité pour inscrire d'abord les patients de l'urgence doivent être appliquées et, en aucun cas, ce processus ne doit retarder l'accès aux soins. Les principales tâches liées à l'inscription sont :

- L'ouverture d'un dossier et la production d'une carte de l'hôpital.
- La demande du dossier antérieur, soit à l'arrivée du patient, soit en prévision d'un transfert, soit lorsqu'un patient est attendu.
- L'entrée de données informatiques.

Il est impératif, pour assurer la qualité des soins offerts aux patients et améliorer l'efficacité de l'urgence, qu'une personne soit attirée à l'inscription 24 heures par jour et que, au besoin, elle se rende au chevet du patient pour recueillir les informations dont elle a besoin. Le nombre d'employés s'occupant de l'inscription peut varier selon l'achalandage à l'urgence. Dans les unités d'urgence secondaires et tertiaires, il faut au moins deux personnes, de 8 heures à minuit, même pendant les périodes de repas et les pauses, pour répondre aux besoins.

B.5.6.2. Réception

Les principales tâches associées à la réception sont :

- La réponse téléphonique.
- L'accueil et l'orientation des patients ou des membres de leur famille.
- L'application des mécanismes de contrôle des patients ou des membres de leur famille à l'urgence.

La réceptionniste ne transmet en aucun cas d'information de nature médicale aux patients ou aux membres de leur famille. Il existe des directives concernant les appels qu'il faut transférer aux médecins et infirmières. Par ailleurs, une procédure de réacheminement d'appels à Info-Santé CLSC est établie.

Il peut être avantageux de jumeler l'inscription à la réception. La décision de séparer ces deux processus dépend du nombre de visites à l'urgence, de l'organisation du travail ou de l'aménagement des lieux.

B.5.6.3. Agent administratif classe 3, fonction commis

L'agent administratif classe 3, fonction commis permet au personnel professionnel de se consacrer aux tâches cliniques en assurant la bonne circulation de l'information. L'une de ses fonctions importantes est d'effectuer l'entrée des données des systèmes d'information (SIGDU) en temps réel de façon à ce que l'information sur la situation de l'urgence soit à jour. La bonne qualité et la validité des données du système d'information reposent en grande partie sur la présence d'une personne assignée à cette tâche.

L'agent administratif, fonction commis allège significativement la tâche du médecin et de l'infirmière en remplissant plusieurs autres fonctions, telles que :

- Mettre à jour le dossier des patients.
- Coordonner les examens de radiologie.
- Coordonner les examens de laboratoire (sous la responsabilité d'une infirmière).
- Répondre au téléphone pour son secteur.
- Gérer les demandes adressées aux consultants et aux autres professionnels.
- Acheminer et faire le suivi des demandes d'admission.
- S'assurer de la disponibilité du matériel et des fournitures du secteur dont il a la charge (commandes, classement).
- Gérer les déplacements des préposés aux bénéficiaires à l'extérieur de l'urgence.

Le nombre d'agents administratifs, fonction commis est fonction de l'achalandage de l'urgence et de la complexité des activités qui y ont cours. Dans les urgences achalandées, cette fonction doit être assurée 24 heures par jour. Lorsque l'urgence comporte plusieurs postes de travail, la présence d'un agent administratif pour chaque poste de travail permet le remplacement des autres agents administratifs, fonction commis, au moment des repas et des pauses. La nuit, un seul agent administratif, fonction commis peut être suffisant pour toute l'urgence (de minuit à 8 heures).

B.5.6.4. Préposé aux bénéficiaires

Le préposé aux bénéficiaires effectue des tâches polyvalentes qui incluent principalement les soins ayant pour but d'assurer le confort des patients, leurs déplacements, le maintien de la mobilité des patients en perte d'autonomie et la surveillance de certains patients. Il doit aussi porter assistance aux infirmières et aux médecins, en plus de vérifier la disponibilité et le bon fonctionnement des équipements et d'effectuer d'autres tâches particulières liées à l'urgence.

Un programme d'orientation adapté, une description de tâches précise, un plan de travail détaillé, un encadrement approprié ainsi qu'une supervision adéquate maximisent leur contribution au travail de l'équipe soignante et les valorisent au sein de l'équipe. Là où l'on retrouve plusieurs préposés aux bénéficiaires par quart de travail, un chef d'équipe peut assurer une partie du leadership, de la supervision et de la coordination du travail.

Le travail en équipe avec le personnel infirmier est un élément essentiel à la bonne marche de l'urgence. Certains milieux tendent à créer des équipes de préposé aux bénéficiaires et infirmières afin d'assurer une présence plus constante auprès des patients. Il faut de plus habiliter les infirmières à encadrer le travail du préposé aux bénéficiaires et à utiliser cette ressource efficacement.

Dans les centres de traumatologie ainsi que dans les urgences pédiatriques et psychiatriques, le préposé aux bénéficiaires est en mesure d'accomplir des tâches liées aux particularités des patients (p. ex. : application de techniques d'immobilisation, détection des signes d'agressivité, installation des équipements de contention, etc.).

Dans l'aire des civières, un ratio d'environ un préposé aux bénéficiaires pour deux infirmières permet de libérer ces dernières pour qu'elles puissent effectuer leurs tâches. Cela agit aussi sur les délais de façon positive. Pour le service de nuit, on compte sur au moins un préposé aux bénéficiaires. Si le niveau des activités de l'urgence ambulatoire le justifie, il peut être nécessaire d'ajouter un préposé aux bénéficiaires à temps plein dans ce secteur.

B.5.6.5. Préposé aux bénéficiaires responsable du transport des patients

La fonction de préposé aux bénéficiaires responsable du transport des patients peut être intégrée à celle du préposé aux bénéficiaires ou ajustée selon le mode d'organisation du milieu. Il est responsable du transport des patients et des spécimens. Il doit aussi accompagner les patients qui ont besoin d'aide pour monter dans une voiture ou en descendre et s'occupe du transport de matériel et de médicaments. La fonction de préposé aux bénéficiaires responsable du transport des patients est assurée en tout temps.

Il est toutefois important de bien évaluer les besoins pour tout ce qui concerne le travail des préposés aux bénéficiaires responsables du transport des patients, afin d'adopter un mode de fonctionnement adéquat. Dans les urgences achalandées, il peut s'avérer important de désigner des personnes différentes aux soins des patients et aux transports, afin d'éviter que l'une ou l'autre tâche ne soit négligée. Il peut sembler avantageux d'installer un système central de préposés aux bénéficiaires responsables du transport des patients, mais il faut s'assurer que les besoins de l'urgence soient respectés.

Le principal aspect à considérer dans le choix d'un système est la rapidité avec laquelle celui-ci permet de répondre aux besoins de l'urgence le jour, le soir, la nuit et la fin de semaine. Les services d'imagerie médicale ou les blocs opératoires où l'on effectue de nombreux déplacements pourraient assumer en tout ou en partie le transport des patients de l'urgence vers leurs secteurs.

B.5.6.6. Responsable du matériel

La fonction de responsable du matériel peut être assurée en tout ou en partie par les préposés aux bénéficiaires. Une personne doit cependant être désignée pour exercer cette fonction. Un système permettant de recevoir à temps le matériel nécessaire peut être organisé sous la responsabilité du Service d'approvisionnement.

Là où le volume d'activité le justifie, la présence du responsable du matériel est requise 7 jours par semaine. Le soir et la nuit, l'équipe normale des préposés assure la continuité pour les besoins imprévus ou accrus par un plus grand achalandage. Les fonctions du responsable du matériel sont les suivantes :

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

Il serait avantageux de considérer la possibilité que les services de génie biomédical, de stérilisation et de distribution soient responsables de l'entretien du matériel de l'urgence et de son approvisionnement constant en fournitures.

B.5.6.7. Agent administratif classe 2, fonction secrétariat

L'urgence bénéficie d'un service de secrétariat pour permettre aux professionnels de se consacrer à la gestion et à l'organisation de l'urgence.

Le personnel du secrétariat est responsable de l'exécution de travaux par traitement de texte, de la compilation de données statistiques, de la distribution du courrier ainsi que de la liste de garde des médecins et du suivi des rapports médicaux. C'est aussi le personnel de secrétariat qui reçoit et assure le suivi approprié des appels téléphoniques destinés aux gestionnaires et aux médecins de l'urgence.

Pour les activités d'enseignement, il exécute des tâches de soutien technique, rédige et distribue les horaires des activités de formation, prépare les documents écrits et apporte son soutien aux membres de l'urgence qui participent à des congrès, à des présentations, à des publications scientifiques, à des comités ou à des groupes de travail.

B.5.6.8. Technicien en administration

Le technicien en administration permet aux gestionnaires de l'urgence d'accorder le temps requis au volet clinique de la gestion de l'urgence. Il produit et gère les horaires de travail, de vacances et de formation du personnel, tient à jour le registre des absences, commande le matériel et les équipements, maintient à jour l'inventaire, participe au contrôle budgétaire, apporte son soutien technique à l'organisation de réunions et exécute différentes tâches administratives à la demande du chef médical de l'urgence et de l'infirmière–chef de l'urgence.

B.5.6.9. Agent de sécurité

L'agent de sécurité est en mesure d'aider l'équipe soignante à maîtriser les patients agressifs, tout en contrôlant la circulation des patients dans la salle d'attente et les corridors adjacents. Cela implique qu'il bénéficie d'une formation appropriée et joue un rôle actif dans les situations qui le justifient. Il doit particulièrement veiller à la protection du personnel de nuit, surtout dans les urgences à faible achalandage, où le personnel est parfois réduit à une ou deux infirmières.

B.5.6.10. Bénévoles

Les bénévoles peuvent collaborer grandement avec l'équipe soignante. Présents à l'entrée de l'urgence, ils peuvent diriger les patients au triage dès leur arrivée. Dans les salles d'attente, la présence des bénévoles permet de calmer et de rassurer les patients et les visiteurs, qu'il s'agisse d'enfants, de personnes âgées en perte d'autonomie ou de familles éprouvées.

*Personnel de soutien
de l'urgence*

RECOMMANDATION B.5.6.

- A. S'assurer que les différentes fonctions du personnel de soutien soient comblées, selon les besoins.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.5.7. MESURES CONCERNANT LES EFFECTIFS MÉDICAUX ET INFIRMIERS

Certaines régions et certains établissements sont particulièrement touchés par la rareté des effectifs médicaux et infirmiers. Les urgences subissent souvent les impacts liés au manque de personnel dans l'établissement : en milieu urbain, cela se traduit habituellement par un encombrement important de l'urgence, tandis qu'en région rurale, un risque de rupture de services peut être observé.

D'autres catégories de professionnels sont aussi aux prises avec la rareté des ressources, ce qui limite parfois les possibilités de réorganisation du travail et la mise en place de mesures visant à diminuer l'encombrement de l'urgence.

Pour corriger cette situation, plusieurs mesures peuvent être appliquées à différents niveaux, tant local, régional que provincial. Les équipes de l'urgence ont pour devoir de se préoccuper de la pénurie de personnel, en faisant preuve de créativité dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action visant à corriger la situation.

Les stratégies de gestion du personnel pour contrer les risques de pénurie consistent à miser sur la stabilité des effectifs et à créer un sentiment d'appartenance à l'urgence par une série de mesures, dont les suivantes.

- Favoriser le développement de l'expertise

Par l'établissement d'un processus d'orientation adapté et d'une intégration progressive des connaissances, en ayant recours au tutorat, à la reconnaissance des compétences, etc. (cet aspect de la question a été traité plus en détail en ce qui concerne les infirmières au chapitre B5.4). Par ailleurs, tous les nouveaux médecins devraient être encadrés par un médecin d'expérience, afin d'apprendre le fonctionnement de l'urgence, de se familiariser avec les procédures qui y sont utilisées, avec les modalités de transfert, etc. Un guide de l'urgence (incluant les protocoles et habitudes du milieu) peut être conçu et remis à tous les nouveaux médecins.

- Diminuer la charge de travail

Par la mise en place d'une équipe se consacrant pleinement à des rôles clairement définis, tout en encourageant la polyvalence du personnel. Cela est possible si l'on s'assure que le personnel effectue des tâches relevant de son expertise et si l'on évite de surcharger les membres de l'équipe par des activités pouvant être exercées par d'autres catégories de personnel. À cet effet, il peut être pertinent de revoir l'organisation du travail et d'ajouter au besoin à l'équipe de base des professionnels (médecin, infirmière ou autre) et du personnel de soutien afin d'accroître le temps que les médecins et le personnel infirmier consacrent aux soins du patient.

– Améliorer la gestion des horaires

En faisant preuve de souplesse dans l'aménagement des horaires de travail pour permettre au personnel de concilier travail et famille. Un horaire souple permet au personnel d'en assurer un plus grand contrôle. De plus, le fait de pouvoir obtenir les congés souhaités et de connaître à l'avance ses horaires de travail facilite l'organisation de la vie personnelle et diminue le nombre d'absences imprévues. En plus de revoir les horaires de travail traditionnels (p. ex. : horaire de 12 heures pour le personnel infirmier volontaire), il faut tenter d'innover afin de traverser les périodes difficiles tout en maintenant la qualité des soins. Enfin, la politique de temps supplémentaire obligatoire est à éviter. Il est fortement recommandé de disposer d'une liste de rappel du personnel infirmier et des médecins spécialement destinée à l'urgence.

– Favoriser un climat de travail positif

En maintenant un esprit d'équipe positif qui permette aux membres du personnel de centrer toute leur attention sur les soins à donner. La confiance, élément indispensable à la cohésion de l'équipe, exige une bonne communication à tous les paliers. Des études démontrent que les bonnes relations entre les soignants sont bénéfiques pour les patients. Au contraire, de mauvaises relations entre professionnels peuvent entraîner des effets sur la santé du personnel, autant physique que psychologique. Il n'est plus nécessaire de démontrer que de longues périodes de tension au travail, dans un climat malsain, ont une incidence sur l'efficacité ainsi que sur les absences et le taux de roulement du personnel. Les efforts pour améliorer le climat de travail doivent être constants et faire partie du plan d'action de l'équipe de cogestion.

– Favoriser l'implication du personnel dans des activités clinico-administratives

Par des rencontres fréquentes entre l'infirmière–chef, le chef médical de l'urgence, les médecins et les membres du personnel en vue de prendre le pouls des équipes et de véhiculer une information à jour. Dans la recherche de solutions et les démarches de réorganisation du travail, il est essentiel de faire appel à des représentants de l'équipe des infirmières, à des médecins et à d'autres professionnels et employés.

– Se préoccuper de la gestion de la présence au travail

Par le suivi de certains indicateurs, tels que le taux de rotation, de congé et de maladie prolongée. Un recours au programme d'aide aux employés (PAE) peut aider le groupe à définir les aspects de l'organisation du travail qui nuisent au bien-être du personnel.

– Favoriser le recrutement

Par des mesures instaurées de façon continue, tant pour le personnel infirmier que médical. Par ailleurs, le chef médical de l'urgence et l'infirmière–chef doivent s'informer des plans de carrière du personnel médical et infirmier afin de planifier adéquatement le recrutement. Le recrutement s'effectue également en fonction de la catégorie de l'urgence et du type de ressources qui y sont requises.

– Améliorer les stratégies de recrutement

Par la constitution d'équipes de recrutement à temps plein au sein des ressources humaines. Les stratégies les plus couramment utilisées sont :

- L'accord de contrats de travail compétitifs sur le marché.
- La révision des critères de sélection des infirmières.
- L'accès des CEPI (candidat à l'exercice de la profession infirmière) dans des domaines spécialisés.
- La création de postes intégrés à une équipe volante spécialisée ou de postes permettant le jumelage du travail entre deux unités de soins critiques à ceux dont le plan de carrière s'y prête.
- L'augmentation du nombre de postes à temps partiel pour les titulaires offrant plus de disponibilité.
- La tenue d'un « salon des postes » dans l'établissement pour combler plus rapidement un plus grand nombre de postes.

En ce qui concerne les professionnels, le recrutement est facilité lorsque les postes offerts comportent suffisamment d'heures de travail. De plus, une bonne réputation quant à la compétence de l'équipe, aux conditions de travail et au climat de travail favorise le recrutement et l'attribution des postes.

B.5.7.1. Gestion du stress

L'urgence est un milieu propice au stress psychologique. L'activité quotidienne d'une urgence expose régulièrement ses intervenants à des stress post-traumatiques (échec d'une réanimation, tensions avec les patients, etc.). Les tensions supplémentaires qui sont imposées au personnel des urgences viennent augmenter le risque de stress psychologique. Par ailleurs, les infirmières et les médecins sont régulièrement sollicités en vue de faire des heures supplémentaires, ce qui les expose à l'épuisement et aux erreurs.

Le chef de l'urgence doit prévoir des mécanismes de prévention qui permettront d'éviter que des situations ponctuelles dégénèrent en problèmes majeurs ou chroniques. Des sessions régulières de retour sur les événements après une situation à fort potentiel de stress peuvent être organisées à l'intention de l'ensemble du personnel, incluant les médecins. Les services d'aide au personnel des établissements reconnaissent les risques de désordres psychologiques dans les urgences, et cela, plus particulièrement dans les fortes périodes d'achalandage. De la formation particulière sur la prévention de ces désordres et sur les processus de retour sur les événements stressants doit être offerte aux gestionnaires.

B.5.7.2. Mécanismes de protection du personnel

La présence d'individus agressifs, armés ou violents est une éventualité à prévoir dans les urgences. Une équipe de contrôle physique, ayant une formation appropriée, permet d'intercepter et de maîtriser ces individus. En présence d'un individu récalcitrant, le code blanc (contrôle physique d'un patient violent) doit être déclenché par le personnel, qui utilisera un bouton destiné à cette fin, situé à des endroits stratégiques, ou un numéro prioritaire le mettant immédiatement en contact avec la téléphoniste. Un agent de sécurité doit également être disponible pour porter assistance aux membres de l'équipe d'intervention.

Une intervention rapide des services policiers peut parfois s'avérer nécessaire dans les situations plus critiques. Des ententes avec les services policiers permettent d'assurer une assistance au personnel jusqu'à ce que la situation dangereuse soit stabilisée. Les patients amenés par des policiers sont installés dans des endroits surveillés, et ce, dès leur arrivée à l'urgence.

Dans tous les cas, l'ensemble du personnel est formé pour assurer une réponse appropriée et efficace dans les situations de crise et éviter de se placer dans des situations périlleuses, incluant la maîtrise physique des patients agités et les techniques de pacification des états de crise.

La sécurité du personnel s'étend également à la sécurité des lieux et de l'équipement mis à sa disposition pour l'accomplissement de ses tâches quotidiennes. Des mécanismes de protection plus sophistiqués peuvent être envisagés dans les milieux présentant plus de risques : entrées contrôlées, caméras de surveillance, détecteurs de métal, etc.

*Mesures concernant les effectifs
médicaux et infirmiers*

RECOMMANDATION B.5.7.

A. Établir des plans d'action pour favoriser le recrutement et la rétention du personnel.

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B. Prévoir des mesures en vue de protéger le personnel de l'urgence.

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.5.8. ORGANISATION MÉDICALE D'UNE URGENGE EN RÉGION RURALE

Les urgences des régions rurales se trouvent regroupées dans les CSSS desservant un territoire bien identifié.

La mission de ces urgences est la même qu'en région urbaine. Elle vise à assurer l'accessibilité des soins d'urgence et à maintenir le filet de sécurité sanitaire nécessaire à la population. Toutefois, les établissements en région rurale offrent des services de santé en fonction de leur capacité et des ressources dont ils disposent. Ces établissements doivent s'assurer de posséder des procédures de transfert rapide lorsqu'ils ne disposent pas des ressources spécialisées nécessaires pour prendre en charge un patient. Des protocoles officiels d'ententes interétablissements sont prévus par le CSSS et les RUIS pour les principales pathologies observées à l'urgence, selon la hiérarchisation des services requis.

Au-delà de leur mission propre, ces urgences assurent souvent des services de première ligne. Les projets cliniques des CSSS déterminent quels services sont offerts dans les urgences de première ligne pour répondre aux besoins de la population.

B.5.8.1. Accessibilité des services d'urgence

On constate actuellement que la répartition géographique des urgences n'assure pas le même accès aux services d'urgence à l'ensemble de la population. En effet, il existe dans certaines régions plusieurs urgences, parfois situées à proximité les unes des autres, alors que dans d'autres, le nombre d'urgences ne répond pas adéquatement aux besoins de la population locale. Le principe de base voulant que la population ait droit à des soins d'urgence de qualité à l'intérieur de délais raisonnables se doit néanmoins d'être respecté partout. La révision de l'organisation des services offerts par le CSSS pour répondre aux besoins réels de la population facilitera la gestion des effectifs médicaux sur le territoire.

B.5.8.2. Effectifs médicaux

La présence d'effectifs médicaux est un enjeu important en région rurale. En vue d'assurer le recrutement et le maintien en poste des médecins pratiquant en milieu rural, certains facteurs sont à considérer. Il y a d'abord lieu d'encourager la polyvalence des médecins, considérée comme un atout en région rurale.

Les autres facteurs contribuant au maintien des médecins en région et facilitant le recrutement sont connus et ont été définis maintes fois dans la littérature portant sur le sujet^{1 2 3 4}. Dans ses recommandations sur la gestion des urgences en milieu rural, l'Association canadienne de médecine d'urgence⁵ retient les facteurs suivants :

- Facteurs liés au travail :
 - Accès à des ressources matérielles conformes à une bonne pratique médicale.
 - Accès à un plateau technique approprié.
 - Accès aux spécialités médicales et chirurgicales nécessaires.
 - Accès aux services d'un collègue.
 - Proximité d'un centre de traitement de plus haut niveau.
 - Accès à une formation médicale continue.
 - Obtention d'un horaire de travail et d'un horaire de garde raisonnables.
 - Obtention d'un salaire adéquat.
 - Obtention de bénéfices sociaux adéquats.

- Facteurs liés à des caractéristiques personnelles et à la communauté :
 - Avantages permettant d'élever une famille et d'éduquer des enfants.
 - Présence d'environnement social et culturel stimulant.
 - Possibilité pour le conjoint de trouver un travail.
 - Maintien d'une certaine qualité de vie.

¹ WILLIAMS J.M., P.F. EHRLICH, J.E. PRESCOTT. (2001) « Emergency medical care in rural America », *Annals of emergency Medicine*, vol. 38, n° 3, p. 323–327.

² HUTTEN-CZAPSKI, P.(1998). « Rural incentive programs: a failing report card », *Journal canadien de la médecine rurale*, vol. 3, n° 4, p. 242–247.

³ THOMPSON, J. (1997). *Remunerating rural physicians in Rural Emergency Health Care Facilities*, document de travail préparé pour la conférence annuelle de l'ACMU de mai 1997, Halifax.

⁴ HILL, D., I. MARTIN, P. FARRY (2002). « What would attract general practice trainees into rural practice in New Zealand », *The new Zealand Medical Journal*, vol. 115, p. 1161.

⁵ CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS (1997). *Recommendations for the management of rural, remote and isolated emergency health care facilities in Canada*. Ottawa: Canadian association of emergency physicians.

Devant la pénurie de médecins constatée dans des secteurs de soins prioritaires, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le MSSS ont convenu d'une nouvelle entente relativement à la participation des médecins aux activités médicales particulières. Tous les médecins, qu'ils soient en région urbaine ou rurale, sont maintenant concernés par cette entente. Ceux qui ont moins de quinze ans de pratique doivent consacrer au moins 12 heures par semaine à ces activités. Si leurs services ne sont pas requis à l'urgence, ils doivent consacrer ces heures aux soins destinés aux patients hospitalisés ou aux patients hébergés en soins de longue durée, aux services à domicile ou à l'obstétrique. Une fois les effectifs médicaux de ces secteurs suffisants, les médecins ciblés par l'entente doivent alors consacrer du temps à des activités prioritaires destinées à des groupes vulnérables ou à certains programmes, notamment en santé publique. Les départements régionaux de médecine générale des agences (DRMG) sont responsables de l'application de cette entente.

B.5.8.3. Présence médicale à l'urgence en région rurale

Comme cela a été mentionné précédemment, l'organisation médicale en région rurale favorise le recrutement à l'urgence d'un médecin polyvalent capable d'offrir d'autres services médicaux, tout aussi essentiels pour la communauté. De ce fait, le travail à l'urgence ne constitue pas l'unique partie des activités du médecin d'urgence en région.

Il est difficile de spécifier le nombre de quarts de travail qu'un médecin polyvalent doit offrir mensuellement à l'établissement. Ce nombre varie en fonction de l'intensité des besoins et de la priorité accordée aux autres services dans la communauté. Toutefois, l'établissement doit considérer la présence d'un médecin à l'urgence comme une priorité.

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

Par ailleurs, il importe de spécifier que l'établissement a tout avantage à disposer de quelques médecins qui ont choisi de faire de l'urgence leur activité principale, lorsque cela est possible et que le nombre de médecins est suffisant. Si le nombre de médecins est restreint, ce choix crée une grande vulnérabilité en cas de départ et entraîne un haut risque d'interruption de service.

B.5.8.4. Soutien apporté à l'équipe médicale en place

Les CSSS en région rurale sont responsables de mettre en place un système de communication qui permette un accès facile et rapide au réseau préhospitalier ainsi qu'aux spécialistes des centres de référence. L'utilisation de la visioconférence et l'envoi des radiographies par imagerie numérique sont aussi des atouts. Les RUIS contribuent à mettre en place des liens entre les régions rurales et universitaires.

Certains éléments apparaissent importants pour améliorer le travail du médecin à l'urgence :

- Création de protocoles d'entente avec des établissements de plus haut niveau pour les transferts et les consultations à distance.
- Recours à la télésanté.
- Formation continue.
- Soutien médical pour le médecin moins familier avec les cas complexes.
- Disponibilité des médecins du territoire pour combler les besoins de l'urgence.
- Procédure de rappel en période de grand achalandage.

Le manque de soutien de la part des spécialités médicales oblige souvent le médecin d'urgence à assurer les soins de son patient, après que celui-ci a quitté l'urgence, dans des unités de soins. Le médecin en région rurale offre donc très souvent des services de seconde ligne, offerts en région urbaine dans des services spécialisés en médecine et en chirurgie ou par des équipes de médecins omnipraticiens se consacrant à cette pratique. En région rurale, le médecin spécialiste agit habituellement à titre de consultant, tout en offrant certains services thérapeutiques et diagnostiques, sans toutefois prendre en charge les patients hospitalisés.

B.5.8.5. Formation en soins critiques

La complexité de la tâche à l'urgence est un facteur de stress pour le personnel médical fréquemment cité dans la littérature. Cette complexité est plus grande en région rurale et s'explique par l'isolement du médecin et l'absence de ressources médicales spécialisées disponibles immédiatement.

À cet effet, la formation continue apparaît importante puisqu'elle permet aux médecins et au personnel infirmier d'améliorer leurs connaissances et d'être plus à l'aise en présence de cas complexes.

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

B.5.8.6. Formation universitaire

Le lieu de formation médicale apparaît avoir un impact majeur sur le choix du lieu de pratique du médecin gradué¹. Le fait que l'enseignement soit concentré dans les hôpitaux universitaires situés dans des centres urbains contribue à la difficulté de recrutement en région. La mise en place des RUIS, ainsi que la création de campus satellites et d'unités de médecine familiale à distance, devraient favoriser la formation des médecins d'urgence en milieu rural et éloigné.

B.5.8.7. Mécanisme de dépannage

Dans les régions rurales, il est souvent difficile d'assurer l'accessibilité des services médicaux dans les urgences en raison de la pénurie de médecins omnipraticiens. L'article 30.00 de l'*Entente générale des médecins omnipraticiens* permet à un établissement qui, en raison de circonstances particulières, ne peut assurer la présence d'un médecin dans son service d'urgence de première ligne ou dans son unité de soins de courte durée, de bénéficier d'un mécanisme de dépannage lui permettant de faire appel à des médecins pratiquant à l'extérieur de son territoire. Les modalités de cette entente prévoient, entre autres, les conditions de rémunération et de remboursement du temps et des frais de déplacement des médecins omnipraticiens qui y sont inscrits et sont de ce fait autorisés à effectuer du dépannage². Pour avoir recours à ce mécanisme, l'établissement doit préalablement obtenir l'autorisation du comité paritaire FMOQ–MSSS³.

Le mécanisme de dépannage permet de remplacer temporairement un médecin omnipraticien dans sa tâche habituelle ou de maintenir l'accessibilité aux soins urgents et essentiels à la population. Le médecin dépanneur doit adapter sa pratique aux coutumes de l'établissement. Tel que cela est stipulé dans le Code des professions⁴, le médecin est responsable des examens demandés et il doit convenir d'une procédure pour que les rapports des examens demandés soient analysés et qu'un suivi y soit donné. L'établissement doit soutenir le médecin omnipraticien dépanneur afin de favoriser l'application de cette mesure.

B.5.8.8. Activités prioritaires et partage des tâches

Advenant un risque d'interruption de services à l'urgence, le DSP et le chef du Département d'urgence revoient les activités de tous les médecins de l'établissement. Tous les efforts sont orientés vers la recherche de solutions en vue de maintenir les activités à l'urgence. Il n'est pas acceptable d'envisager la fermeture de l'urgence.

¹ STEEL, M., R. SCHWAB, R. McNAMARA *et al.* (1998). « Emergency medicine resident choice of practice location », *Annals of Emergency Medicine*, n° 31, p. 351–357.

² COMITÉ PARITAIRE FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC – MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Mécanisme de dépannage : guide à l'intention des omnipraticiens dépanneurs*. Québec : Comité paritaire FMOQ–MSSS, 113 p.

³ COMITÉ PARITAIRE FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC – MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Mécanisme de dépannage : guide à l'intention des établissements*. Québec : Comité paritaire FMOQ–MSSS, 116 p.

⁴ CODE DES PROFESSIONS (L.R.Q., c. C-26, art. 87; 2001, c. 78, art. 6; art. 32).

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

B.5.8.9. Infirmière praticienne spécialisée de première ligne à l'urgence

Aux États-Unis, le manque d'effectifs médicaux en région rurale a conduit les autorités à avoir recours à du personnel soignant n'ayant pas une formation de médecin pour assurer le maintien des services de santé. Près de la moitié des urgences aux États-Unis utilise les services de ce type de personnel soignant¹. Un nombre significatif de patients est évalué uniquement par ce type de soignants et n'est jamais évalué par un médecin. La littérature sur ce sujet a démontré que cette classe de personnel soignant améliore la performance du système à l'intérieur de l'urgence^{2 3}. Les patients traités par une infirmière praticienne spécialisée de première ligne à l'urgence sont aussi satisfaits des soins et présentent un état de santé comparable aux patients vus par un médecin⁴.

Au Québec, un partage redéfini de certaines tâches permettant d'améliorer l'accessibilité des soins de première ligne a été rendu nécessaire par la pénurie qui affecte les infirmières et les médecins. Plus perceptible dans les CLSC, les GMF, les cliniques-réseau, une nouvelle collaboration infirmière-omnipraticien, par la mise en place d'ordonnances collectives, permet aux infirmières de jouer un rôle plus important dans le suivi de patients atteints de certaines maladies chroniques, libérant ainsi le médecin de certaines tâches.

La possibilité d'intégrer à l'équipe de l'urgence une infirmière praticienne spécialisée de première ligne assumant des fonctions élargies en prenant plus d'initiatives sur le plan clinique, en conformité avec la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, est actuellement étudiée par un comité consultatif paritaire du CMQ et de l'OIIQ. La mise en place de programmes de formation universitaire pour les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne à l'urgence est une condition essentielle au succès de cette entreprise, de même que la supervision médicale indirecte et directe.

¹ BULLUCK, K., W.M. RODNEY, T. GERARD *et al.* (1999). « Advanced practice family physicians as the foundation for rural emergency medicine services (part 1) », *Texas Journal of Rural Health*, n° 15, p. 34–44.

² SCHRECK, D., E. SCHULZ *et al.* (1998). « Emergency department length of stay and patient volume relationships: effect of physician assistant on system performance » (abstract), *Annals of Emergency Medicine*, n° 32, p. S25.

³ BLUNT, E., (1998). « Role and productivity of nurse practitioners in one urban emergency department », *Journal of Emergency Nurse*, n° 24, p. 234–239.

⁴ CHANG, E., J. DALY, A. HAWKINS *et al.* (1999). « An evaluation of the nurse practitioner role in a major rural emergency department », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, p. 260–268.

B.5.8.10. Risque de fermeture de l'urgence

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

Dès qu'il y a un risque de fermeture de l'urgence, l'établissement applique son plan d'action (*plan de contingence*), qui se définit comme suit :

- Aviser les médecins et les infirmières de la problématique à l'urgence (responsables : DSP, chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence).
- Prévenir le manque ou l'absence de médecins pour assurer la continuité des services de l'urgence (responsable : chef médical de l'urgence).
- Réviser à la hausse les heures de disponibilité de chaque médecin pour assurer le maintien des services de l'urgence (responsable : chef médical de l'urgence).
- Envisager de réorganiser les heures de présence à l'urgence pour assurer une meilleure répartition des effectifs médicaux : par exemple, deux horaires de douze heures plutôt que trois horaires de huit heures ou un horaire de dix heures jumelé à un horaire de quatorze heures, etc. (responsable : chef médical de l'urgence).
- Convoquer une rencontre entre le chef médical de l'urgence, l'infirmière–chef de l'urgence, le DSP, la DSI et le directeur général de l'établissement et en aviser l'agence (responsable : Directeur général de l'établissement).
- Prévenir l'agence qui avisera la Direction des services de santé et médecine universitaire du MSSS de la problématique à l'urgence (responsable : directeur général de l'établissement ou DSP).
- Aviser le Centre national médecins–Québec du MSSS afin de bénéficier du service de dépannage (responsable : DSP).
- Soumettre le plan d'action de l'établissement à l'agence, qui devra également réviser les services offerts par les cabinets privés et solliciter l'aide des médecins pratiquant en cabinet privé (responsable : DRMG).
- Faire appel au soutien des médecins de la région, en leur demandant d'inscrire leur nom à la liste de garde ou de participer à des activités liées à l'hospitalisation (responsable : DSP).
- Appliquer des protocoles d'entente avec les urgences situées à proximité (responsable : DSP).

Pour les unités d'urgences du groupe 1, il faut plus particulièrement :

- Solliciter l'aide et la collaboration des médecins du Département de médecine générale, afin d'éviter qu'il y ait des périodes sans médecin à l'urgence (responsables : DSP, chef médical de l'urgence, chef du Département de médecine générale).
- Solliciter le soutien des médecins spécialistes : le spécialiste est en mesure de soutenir le Département de médecine générale en difficulté en révisant sa participation aux activités liées à l'hospitalisation de façon temporaire. Le spécialiste qui accepte de prendre à sa charge des patients hospitalisés contribue à réduire la tâche des équipes de médecine générale, ce qui permet d'accroître la disponibilité des médecins omnipraticiens à l'urgence (responsable : DSP).
- Favoriser la diminution du nombre de patients sur civière en accélérant les hospitalisations (responsable : DSP).

*Organisation médicale des
urgences en région rurale*

RECOMMANDATION B.5.8.

A. Favoriser la pratique médicale polyvalente chez les médecins pratiquant en région rurale.

Responsables : chef médical de l'urgence et DSP.

Niveaux d'urgence : tous.

B. Appliquer un plan d'action (*plan de contingence*) dès qu'il y a un risque d'interruption des services d'urgence.

Responsables : DSP et chef médical de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

CHAPITRE B.6

■ ORGANISATION PHYSIQUE DE L'URGENCE ■

B.6.1. CONFIGURATION PHYSIQUE

Une amélioration de l'aménagement des lieux contribue à une meilleure organisation de l'urgence et de son fonctionnement. Avant de procéder au réaménagement de l'urgence, il importe d'abord de cerner les éléments problématiques, d'y apporter des solutions et de revoir les modalités de fonctionnement de l'urgence. Un nouvel environnement pourrait avoir pour effet d'amplifier les problèmes non résolus.

Certains principes essentiels guident l'aménagement de l'urgence :

- Aménagement d'espaces vastes et éclairés, fonctionnels même en période de grand achalandage.
- Accessibilité et sécurité pour le personnel et les patients.
- Proximité avec les services diagnostiques (radiologie et laboratoire) et les unités de soins critiques (bloc opératoire, unité coronarienne, soins intensifs) ou facilité d'accès à ces services et unités.
- Capacité évolutive des locaux (afin de pouvoir les transformer selon des besoins futurs).
- Importance de la notion de confort et de confidentialité.
- Polyvalence des espaces.
- Visibilité des patients et proximité de ceux-ci avec le personnel.
- Contrôle de la circulation à l'intérieur des locaux de l'urgence et accès réservé à l'aire de choc.
- Élimination des espaces de soins dans les corridors.
- Réservation des locaux à la seule mission de l'urgence.

6.1.1. Accès à l'urgence

L'accès à l'urgence doit être simple et sécuritaire, tant pour les patients qui arrivent sur pied qu'en ambulance. Il ne doit pas exister de croisement des différents types de patients. Les deux entrées, l'une pour les piétons et l'autre pour les ambulances, sont limitrophes des modules de triage et d'inscription. L'entrée des patients ambulatoires est différente de celle des autres secteurs de l'hôpital pour les unités d'urgence secondaires et tertiaires.

Garage

Un garage n'est pas obligatoire et certains projets de réaménagement prévoient plutôt une marquise. Une étude des besoins permet de déterminer sa nécessité et, éventuellement, sa dimension. Le cas échéant, le garage permet l'entrée, la sortie et la circulation d'au moins deux ambulances et il est accessible aux voitures en cas d'urgence. Lorsque le garage est utilisé pour des transferts interétablissements, il est préférable de prévoir un trajet qui contourne l'urgence. L'accès à l'urgence est séparé du garage par un sas fenêtré, qui empêche le froid et les émanations de gaz carbonique d'atteindre l'urgence, tout en permettant au personnel de l'urgence de voir ce qui se passe dans le garage. Le garage est muni d'un détecteur de monoxyde de carbone.

Les urgences désignées dans leur région pour les désastres disposent d'un local pour l'équipement et le matériel requis en cas de désastre. Cet équipement et ce matériel font l'objet de vérifications régulières et des simulations sont effectuées régulièrement par le personnel.

B.6.1.2. Aire de triage et d'accueil

L'aire de triage et d'accueil, comme son nom l'indique, comprend les modules de triage et d'inscription. Le local des ambulanciers, la salle d'attente et le poste de sécurité ou d'information font aussi partie de cette aire. On y dispose d'un espace suffisant pour le rangement de civières et de fauteuils roulants.

Le module de triage est central et situé à proximité de l'inscription, de l'aire des civières et de l'aire de choc. Il est visible dès l'entrée du patient à l'urgence. La salle d'attente est visible et accessible rapidement depuis l'aire de triage. Sa configuration permet l'accès des patients sur civière ou en fauteuil roulant.

Deux espaces sont prévus pour le triage afin de faire face aux pics d'achalandage. La configuration physique permet d'effectuer un triage rapide.

Un lien rapide entre l'inscription et les archives, pour l'obtention des dossiers antérieurs, est un élément à privilégier. Le poste d'accueil, quant à lui, répond à des exigences ergonomiques et sécuritaires.

La salle d'attente contient suffisamment de sièges pour accueillir l'ensemble des patients et leurs accompagnateurs. Des espaces sont prévus pour les patients contagieux et pour les fauteuils roulants. La salle d'attente ne dispose pas d'aire de jeux afin d'éviter la contamination par les jouets. On y trouve enfin une salle à langer et d'allaitement ainsi qu'une toilette adaptée pour les personnes handicapées.

B.6.1.3. Aire de choc

Les civières de l'aire de choc ne font pas partie du nombre de civières fonctionnelles. Le nombre de civières nécessaires dans l'aire de choc dépend de l'achalandage, de la complexité des pathologies observées et du niveau de l'urgence. Cet espace peut en général recevoir de deux à quatre patients.

Afin de pouvoir répondre aux situations où des patients possiblement contagieux se présentent à l'urgence, l'un des espaces de l'aire de choc sert de lieu d'isolement. Le système d'aération de cet espace est à pression négative.

L'aire de choc est le centre névralgique de l'urgence et doit répondre aux conditions suivantes :

- Être à proximité de l'entrée des ambulances, de l'aire de triage et de l'aire des civières sous monitoring.
- Permettre l'entrée et la sortie simultanée des civières (2 portes).
- Avoir des espaces de circulation contrôlée réservés au personnel soignant.
- Posséder un appareil de radiologie de type plafonnier si le centre est un centre désigné secondaire ou tertiaire en traumatologie. Si ce n'est pas le cas, il faut prévoir un appareil mobile réservé à l'usage de l'urgence et un espace de rangement à proximité de l'aire de choc.
- Avoir un espace de rangement pour l'appareil d'échographie.
- Avoir un espace de rangement pour le matériel et l'équipement nécessaires.
- Posséder tout l'équipement nécessaire aux divers types de soins donnés à l'urgence.
- Permettre un accès facile à tout l'équipement nécessaire, autant pour les patients adultes que pour les enfants. Pour les urgences dont le volume d'activité pédiatriques est faible, il est malgré tout impératif de disposer du matériel nécessaire selon la taille de l'enfant, tel que le définit l'échelle de Broselow, et facilement repérable en situation d'urgence.
- Être muni d'un système de communication relié au poste des infirmières.
- Permettre un accès rapide et sans obstacle à la radiologie, aux soins intensifs, au bloc chirurgical, à l'unité coronarienne et à l'ascenseur.

B.6.1.4. Aire des civières

L'aire des civières comprend les civières avec monitoring et sans monitoring. Les espaces y sont polyvalents afin d'éviter, autant que possible, de déplacer indûment les patients à travers les différents secteurs de l'urgence.

Selon le modèle le plus courant, l'aire des civières dispose d'un poste central autour duquel les civières sont placées. Tous les patients sont visibles à partir du poste de surveillance. On doit tenir compte du fait qu'il devient très difficile d'assurer une surveillance adéquate dès que le nombre de civières entourant un poste est supérieur à quinze. Lorsqu'il est pertinent d'avoir deux aires de civières, il faut privilégier une aire monitorisée et une aire non monitorisée.

Des espaces de rangement pour des chariots et des appareils divers doivent être prévus. Ces espaces seront conçus de façon à ce que ne soient pas encombrés les corridors et qu'aucun objet ne nuise à la circulation. Un ratio de une toilette pour cinq espaces réservés aux civières est recommandé.

Compte tenu de l'augmentation des problèmes psychiatriques et sociaux, de l'apparition des bactéries multirésistantes et de l'accroissement du nombre de patients immunosupprimés, certains espaces sont fermés par des portes vitrées coulissantes. Ce nombre est déterminé en fonction du type d'usagers et en vue de permettre l'isolement infectieux, préventif et psychiatrique.

Certaines salles ont un système d'aération à pression négative pour éviter la propagation des infections. On prévoit au moins une civière pour les isolements psychiatriques et une autre pour les isolements infectieux. Le nombre de salles fermées se situe au total autour de 50 %.

La zone de civières avec monitoring comprend des espaces pour les civières de dimension plus importante, ainsi qu'un poste de surveillance lorsque le nombre de civières le justifie. Il est recommandé que la proportion de civières disposant d'appareils de monitoring à l'urgence corresponde à 50 % des civières.

B.6.1.5. Aire ambulatoire

L'aire ambulatoire est distincte de l'aire des civières et dispose d'un poste d'infirmières qui lui est propre. Dans les urgences où le volume d'activité est faible, particulièrement lorsqu'un seul médecin est habituellement présent à l'urgence, il peut être avantageux de disposer les deux aires autour d'un même poste. Le calcul du nombre de salles d'examen requis tient compte du nombre de visites en urgence ambulatoire, du nombre de médecins présents, de la présence ou non d'étudiants en médecine, de la présence ou non de spécialistes consultants, de la présence ou non d'une unité de traumatologie, etc.

On doit prévoir des salles polyvalentes et à caractère plus spécifique selon la mission de l'urgence et le nombre de visites qu'on y enregistre : salles de chirurgie mineure, de plâtre, de gynécologie avec toilette attenante, d'ORL, d'ophtalmologie, de traitement pour les enfants, de rencontre pour les femmes victimes de violence conjugale ou d'agression sexuelle, d'entrevue psychiatrique, d'inhalothérapie, etc.

Selon le modèle le plus courant, les salles sont accessibles de deux côtés, l'un pour les patients et l'autre pour le personnel, et sont regroupées autour d'un poste de travail.

B.6.1.6. Aire clinico-administrative

Les espaces de l'aire clinico-administrative doivent répondre aux besoins administratifs ainsi qu'aux besoins liés à l'enseignement, à la formation et aux activités des différents professionnels travaillant à l'urgence. Ce secteur comprend minimalement des espaces pour :

- Le chef du DSMU.
- L'infirmière–chef.
- Les médecins.
- L'assistante de l'infirmière–chef.

Il doit aussi compter une salle de repos du personnel avec cuisinette, une chambre de garde et un vestiaire avec douches et toilettes, selon le nombre d'employés, tant pour les hommes que pour les femmes.

Là où ces postes existent, on prévoit des espaces pour :

- Le coordonnateur médical de l'urgence.
- La conseillère en soins infirmiers.
- Le pharmacien.
- Les autres professionnels, tels que le travailleur social, les infirmières cliniciennes de liaison en santé physique ou santé mentale.
- Les secrétaires.
- Le technicien en administration.

Il faut aussi prévoir des salles de réunion dans les milieux d'enseignement, des espaces pour l'orientation du personnel et la recherche, ainsi que des espaces de travail polyvalents pour d'autres membres du personnel.

B.6.1.7. Autres aires

Aire de décontamination

L'urgence comprend une aire de décontamination pour la réception de personnes ayant possiblement été en contact avec des matières dangereuses (chimiques, biologiques, radioactives).

Si l'aire de décontamination peut être aménagée à même le garage, le concept de base actuellement prôné vise à maintenir l'ambulance contaminée à l'extérieur du garage. Le patient est dirigé dans l'aire de décontamination par une entrée extérieure pour ensuite être installé, une fois décontaminé, dans l'aire la plus appropriée pour son état clinique. La salle de décontamination dispose du matériel requis.

Aire de soutien

La fonction principale de l'aire de soutien est de permettre le rangement des équipements et des appareils. Elle doit donc comporter :

- des dépôts ou des rangements en quantité suffisante dans chacune des aires de travail ;
- des salles de préparation des soins (*salle d'utilité propre*) ;
- des espaces pour l'équipement mobile et les chariots ;
- des espaces pour recharger certains appareils.

D'autres espaces y sont nécessaires, dont :

- un salon pour les familles accompagnant un patient dont l'état est instable et une salle pour accueillir les proches à la suite d'un décès ;
- un espace pour la pharmacie ;
- une aire de radiographies simples à l'intérieur ou à proximité de l'urgence, afin de réduire au minimum les déplacements du patient et les risques que cela pourrait entraîner et d'accélérer le processus d'examen.

Il est nécessaire, au moment d'établir le programme fonctionnel et technique (PFT) de l'urgence, de planifier en fonction d'agrandissements futurs, afin d'être en mesure de faire face à une augmentation possible de l'achalandage ou à une augmentation des cas plus complexes.

B.6.2. AMÉNAGEMENT PHYSIQUE POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

Les mesures suivantes doivent être prises en considération relativement à la prévention des infections à l'urgence :

- Un rince-mains contenant une solution hydro-alcoolisée est installé à proximité de chaque civière, ainsi que dans les salles d'examen.
- Les lavabos pour se laver les mains sont de bonne dimension et en nombre suffisant (un lavabo pour deux civières). Ces lavabos se déclenchent automatiquement ou à l'aide des pieds et ils sont utilisés exclusivement par le personnel.
- L'équipement de protection est accessible en tout temps et entreposé adéquatement. Il inclut obligatoirement :
 - lunettes ;
 - gants ;
 - masques pour transmission aérienne ;
 - jaquettes et blouses.

- Un espace est prévu pour entreposer les poubelles et les bacs à buanderie.
- Un support pour accrocher les sarraus est installé à proximité de chaque civière.
- Minimalement, l'urgence offre une salle à pression négative avec lavabo et toilette disposant :
 - d'un système de filtration respectant les normes en vigueur ;
 - d'un système d'alarme se déclenchant en cas de défaillance du système de filtration ;
 - de suffisamment d'espace pour accueillir un appareil de radiologie mobile ;
 - d'un vestibule pour le dépôt des vêtements et du matériel (un sas n'est pas nécessaire).
- Une barrière physique aménagée près du comptoir de triage rapide et à l'inscription.
- Un système permettant de diriger immédiatement les patients susceptibles d'être contagieux dans un espace qui leur est réservé.

On se rappellera enfin que, dans tous les cas, la promiscuité est à éviter.

*Aménagement physique pour
la prévention des infections*

RECOMMANDATION B.6.2.

- A. S'assurer que les mesures nécessaires à la prévention des infections soient mises en place et respectées.**

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.6.3. PARTICULARITÉS DE L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE EN FONCTION DES DIFFÉRENTS TYPES DE PATIENTS

B.6.3.1. Patients de pédiatrie

L'aménagement de l'urgence dont l'achalandage est de plus de 10 000 visites pédiatriques par année mérite une attention particulière. Les particularités suivantes concernent les unités d'urgence de niveaux secondaire et tertiaire en pédiatrie.

Aire d'accueil et triage

Les unités d'urgence pédiatriques de niveau secondaire et tertiaire disposent d'une aire de triage aménagée pour répondre aux particularités des patients en pédiatrie. Pour assurer le confort des autres patients, il est préférable que l'aire d'attente réservée à la pédiatrie soit en retrait de celle des adultes.

Aire des civières

Il est préférable que les civières réservées aux enfants soient installées dans des espaces fermés. Les civières utilisées sont sécuritaires et conçues pour recevoir des enfants de tout âge. Des espaces et des aménagements sont prévus pour accueillir les deux parents durant tout le séjour de l'enfant à l'urgence. Le nombre de civières varie selon le nombre de patients à l'urgence.

Aire ambulatoire

L'aire ambulatoire est visuellement attirante pour un enfant et les objets dangereux, tels que les contenants d'aiguilles souillées, y sont hors de sa portée.

L'utilisation d'une salle pour l'inhalothérapie est une avenue intéressante pour orienter les patients de pédiatrie dont l'état nécessite des traitements d'aérosol. Les liens entre cette salle, l'aire de choc et l'aire des civières sont simples et rapides. Une surveillance adéquate y est effectuée.

B.6.3.2. Patient souffrant d'un problème de santé mentale

L'environnement physique à l'urgence tient compte des patients souffrant d'un problème de santé mentale. De façon générale, les locaux de la salle d'urgence sont souvent encombrés et bruyants. Ceci convient très mal aux personnes pour lesquelles un degré élevé de stimulation peut être néfaste. De plus, la consommation de substances toxiques à laquelle s'adonnent parfois ces personnes peut les rendre agressives ou agitées. Il est donc important, tant pour le patient que pour le personnel, d'accroître la sécurité des lieux physiques et de les humaniser.

On doit offrir aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale les conditions suivantes :

- Un niveau de bruit minimal.
- Un espace d'attente approprié.

- Des bureaux d'entrevue, une salle de rencontre familiale et une salle de bain adaptée.
- Un poste infirmier fermé.
- Des repères temporels (horloge, calendrier, etc.).
- Un système d'alerte situé aux endroits stratégiques et relié avec le service de sécurité.
- Des serrures sans verrouillage de l'intérieur et des portes ouvrant vers l'extérieur.
- Des moyens pour assurer le maximum de confort aux personnes anxieuses ou en crise.

Aire des civières

Lorsqu'une urgence reçoit autour de 2 000 visites par année de patients sur civière souffrant d'un problème de santé mentale, il peut être approprié de consacrer un secteur de l'urgence à ces patients. Cette décision sera prise après évaluation des avantages et inconvénients et on tiendra compte de la prépondérance accordée à la polyvalence des espaces. Des règles d'utilisation claires et des limites quant au temps de séjour seront établies et respectées rigoureusement.

Salle d'isolement pour tous les niveaux d'urgence

La salle d'isolement offre une sécurité maximale (civière avec mécanisme de fixation au sol, absence d'éléments offrant des prises pour une suspension – tels que des crochets –, murs, portes et fenêtres résistant au bris, etc.). Tous les éléments en saillie ou en retrait offrant des prises possibles sont retirés de cette salle (grille de ventilation, pentures, poignées de porte, tablettes, rebords de fenêtres). De plus, il faut réduire au minimum les distractions visuelles, tout en offrant des repères pour l'orientation (calendrier, horloge, lumière minimale, etc.).

L'utilisation de la salle d'isolement est réservée uniquement aux patients dangereux pour leur propre sécurité ou celle d'autrui. Cette salle doit être conçue pour permettre la surveillance constante du patient.

Aire ambulatoire

Il faut prévoir dans l'aire ambulatoire un ou deux bureaux d'entrevue munis de deux portes et ayant des fenêtres incassables. Tout objet dangereux est retiré du bureau d'entrevue et les meubles y sont fixés au plancher. Les bureaux d'entrevue se situent à proximité du poste des infirmières. Un système d'appel facilement accessible relié au poste de sécurité y est installé (idéalement, il s'agira d'un dispositif portable).

B.6.3.3. Patients de gériatrie

Compte tenu du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ou menacées par une perte d'autonomie qui se présentent à l'urgence, il importe que l'aménagement physique tienne compte de leurs incapacités et de leurs besoins. Il faut donc prévoir des espaces pour les proches, des toilettes adaptées, un éclairage adéquat, etc.

Sur le plan de l'équipement, l'utilisation de civières dont la hauteur est ajustable est nécessaire si l'on veut éviter les accidents et les chutes. Des marchettes ou d'autres types d'appareils facilitant le déplacement, excluant les béquilles, sont mis à la disposition des personnes âgées.

Les intervenants portent une attention particulière à la vulnérabilité de la personne âgée en perte d'autonomie, notamment lorsqu'il s'agit des espaces physiques de l'urgence. On pense particulièrement à l'éclairage, aux repères temporels et aux besoins liés à la mobilité. Les personnes âgées éprouvant des problèmes cognitifs doivent être installées dans les endroits les plus calmes de l'urgence, car ces usagers sont sensibles à l'hyperstimulation.

Il faut prévoir des locaux à l'urgence pour les professionnels qui sont appelés à donner des services aux personnes âgées qui y séjournent, notamment pour l'infirmière spécialisée en gériatrie et le travailleur social.

Particularités de l'aménagement physique en fonction des différents types de patients

RECOMMANDATION B.6.3.

- A. S'assurer que les locaux répondent à la condition des patients ayant des besoins particuliers.**

Responsables : directeur général de l'établissement, DSP, DSI, chef médical et infirmière-chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

B.6.4. CALCUL DU NOMBRE DE CIVIÈRES FONCTIONNELLES À L'URGENCE

Le nombre de civières dans une urgence doit la plupart du temps permettre aux professionnels qui y travaillent de traiter les patients qui s'y présentent sans qu'il y ait de débordement. Ce nombre est calculé en fonction de l'hypothèse que l'urgence répond aux normes relatives à la durée de séjour préconisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le nombre de civières nécessaires répond aux besoins lorsqu'il y a un pic d'achalandage. Le total correspond à la capacité maximale de l'urgence et constitue le nombre de civières fonctionnelles, en fonction des espaces et des coûts.

La capacité maximale exprime le nombre maximal de civières de l'urgence et permet de répondre aux pics d'achalandage dans 90 % des cas. Les civières de l'aire de choc ne sont pas incluses dans le calcul du nombre de civières requises à l'urgence.

B.6.4.1. Civières fonctionnelles

Les calculs pour établir la capacité maximale de l'urgence sont généralement faits lorsque l'établissement a un projet de réaménagement fonctionnel et technique pour l'urgence ou pour déterminer combien il manque de civières à l'urgence.

Le nombre réel de civières peut être insuffisant ou excédentaire par rapport au nombre de civières requises selon ces calculs. Le nombre de civières fonctionnelles détermine la capacité réelle de l'urgence sans égard à la capacité nécessaire. Les civières de corridor ne sont pas comptabilisées dans ces calculs de même que les espaces utilisés exceptionnellement pour placer des civières en cas de débordement (salle d'attente, de chirurgie, secteur ambulatoire, etc.). Cependant, les civières dites de débordement installées à l'urgence sont comptabilisées dans le nombre de civières fonctionnelles. Le taux d'occupation d'une urgence est calculé à partir du nombre de civières fonctionnelles et correspond au nombre de civières inscrites au registre.

B.6.4.2. Nombre de civières fonctionnelles en fonction de la capacité maximale de l'urgence

Un certain nombre de civières est nécessaire pour traiter le volume habituel de patients se présentant à l'urgence. Ce nombre est calculé à l'aide des variables suivantes et correspond au premier sous-total de la formule de calcul :

1. Normes des durées moyennes de séjour sur civière :
 - Patients non hospitalisés : 8 heures
 - Patients hospitalisés : 12 heures
2. Répartition inégale du volume d'activité entre le jour, le soir et la nuit :
 - Ajout de 30 % au nombre de civières calculé au point 1.
3. Prévision d'une augmentation du nombre de patients dans le futur :
 - Ajout du pourcentage d'augmentation évalué pour cinq ans au nombre de civières calculé au point 1. La limite du pourcentage retenu est fixée à 12,5 %.

Le nombre de civières pour les pics d'achalandage est calculé à l'aide des variables suivantes :

1. Le 90^e percentile des visites dans l'année ramené sur une base journalière. Si on ne dispose pas de cette donnée dans l'établissement, elle peut être obtenue auprès du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) au MSSS, par l'intermédiaire de l'agence.
2. La moyenne de visites par 24 heures pour l'année.

B.6.5. INFORMATION SUR LE PROGRAMME FONCTIONNEL ET TECHNIQUE (PFT)

L'établissement qui souhaite entreprendre une démarche conduisant à la rénovation ou à l'agrandissement de son urgence suit les étapes suivantes :

1. Définir les problèmes observés dans le fonctionnement de l'urgence.
2. Envisager des solutions en révisant l'organisation du travail et en optimisant l'utilisation des locaux. Si cette étape ne semble pas résoudre les problèmes observés et qu'un réaménagement ou un agrandissement de l'urgence s'impose, procéder aux étapes qui suivent.
3. Produire un rapport sommaire des problèmes décelés et évaluer avec l'agence la pertinence d'avoir recours à un programme fonctionnel et technique (PFT).
4. Former un comité de travail réunissant des médecins et des professionnels de l'urgence ainsi que des membres des services techniques. Il est recommandé qu'un ou des représentants de l'agence (services techniques et programmation) participe à ces rencontres. Rédiger ensuite un document comprenant les éléments suivants :
 - a) Description de la mission de l'établissement avec ses particularités.
 - b) Description des liens entre l'établissement et les partenaires du réseau.
 - c) Rapports statistiques des niveaux d'activité à l'urgence et projection pour les années à venir.
 - d) Description des problèmes et des raisons justifiant le recours à un PFT et définition des besoins en espace et en équipements.
 - e) Calcul du nombre de civières requises à l'aide de la grille du *Guide de gestion de l'urgence* et validation de ce calcul par le CCNU, par l'intermédiaire de l'agence.

- f) Plan illustrant les endroits où l'espace doit être bloqué et les aménagements permettant une plus grande fonctionnalité et une plus grande proximité entre l'urgence et certains secteurs de l'hôpital.
5. Faire adopter le PFT par le conseil d'administration de l'établissement et l'acheminer à l'agence.

Les étapes suivantes sont mentionnées à titre informatif et peuvent varier selon les établissements :

1. L'agence analyse le PFT soumis et établit les priorités parmi l'ensemble des PFT reçus. Si le PFT est jugé insatisfaisant, il est retourné à l'établissement pour qu'il y apporte des corrections.
2. L'agence doit faire parvenir le PFT auquel elle a accordé priorité, avec la recommandation du conseil d'administration de l'établissement, à la Direction des investissements du MSSS.
3. Un avis faisant état de la pertinence du programme est envoyé à la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (le CCNU analyse la demande et produit un avis). Un deuxième avis, portant sur de faisabilité technique d programme (incluant la validation des coûts), est transmis à la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ).
4. Sur réception de ces deux avis favorables, et sous réserve du budget disponible, le MSSS recommande la mise à l'étude du programme. Si un avis défavorable est rendu, l'établissement doit travailler avec l'agence, le CCNU et la CHQ pour améliorer son PFT, à la condition qu'on ait jugé pertinent de procéder à des travaux à l'urgence.
5. Au moment jugé opportun, le ministre annonce la mise à l'étude du PFT.
6. Après l'annonce de la mise à l'étude du PFT, les étapes à suivre sont :
 - a) La sélection des professionnels (architectes et ingénieurs) qui travailleront au projet, en collaboration avec la CHQ.
 - b) La préparation du concept.
 - c) L'élaboration des plans et devis préliminaires.
 - d) Lorsque ces étapes sont terminées, l'établissement, la CHQ et l'agence transmettent leurs recommandations au MSSS pour la poursuite du projet.

7. Sous réserve du respect des autorisations ministérielles données lors de l'étude du projet (programme des travaux et budget), la Direction des investissements fait une demande de CT d'inscription et d'exécution au Conseil du trésor.
8. Au moment jugé opportun, le ministre annonce l'autorisation de procéder à l'exécution du projet.
9. L'établissement, en concertation avec la CHQ, procède à la réalisation des plans et devis définitifs, à l'appel d'offres et à l'octroi du contrat à l'entrepreneur général afin de réaliser les travaux prévus.

Tout au long des étapes décrites précédemment, l'équipe du CCNU peut être sollicitée pour conseiller les professionnels ou recommander des modifications au projet soumis.

B.6.6. ÉQUIPEMENT

Pour assurer une gestion et une utilisation efficace de l'équipement de l'urgence, certains éléments méritent une attention particulière :

- L'équipement de l'urgence est vérifié quotidiennement.
- Le chef médical et l'infirmière–chef de l'urgence doivent désigner un responsable du matériel et de l'équipement de l'urgence.
- Le matériel est accessible facilement et disponible en tout temps.
- Le matériel est regroupé par spécialités et par thèmes.
- Le personnel de l'urgence connaît parfaitement les endroits où se trouve le matériel.
- Le personnel de l'urgence a la formation nécessaire pour utiliser l'ensemble de l'équipement de l'urgence.
- La date de péremption du matériel est clairement indiquée sur celui-ci.
- Un résumé du cahier des procédures accompagne le matériel médical.
- Une photographie du matériel sur les contenants permet d'identifier adéquatement le contenu du matériel entreposé de façon stérile.
- Le personnel s'assure que des dispositions sont prises afin de corriger toute anomalie relative au matériel et à l'équipement.
- L'achat d'équipement est le fruit d'une analyse rigoureuse de la part du personnel infirmier et médical.

L'équipement requis pour répondre à la mission de l'urgence est établi en fonction du niveau de services qui y est offert. Un comité de travail composé d'experts a suggéré une liste d'équipement qui tient compte des différents niveaux d'urgence. Ce document peut être obtenu sur demande auprès du CCNU.

Équipement

RECOMMANDATION B.6.5.

A. Établir la liste de l'équipement requis en fonction du niveau de l'urgence.

Responsables : chef médical de l'urgence et infirmière–chef de l'urgence.

Niveaux d'urgence : tous.

PARTIE C

LE CENTRE HOSPITALIER ET LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS)

CHAPITRE C.1

■ ÉQUIPE ACTION–SOUTIEN À L'URGENCE ■

L'établissement ayant une urgence doit mettre sur pied une équipe action–soutien ayant pour mandat d'assister l'équipe de gestion de l'urgence (infirmière–chef et chef médical de l'urgence) et de faire office d'agent de liaison entre l'urgence, le centre hospitalier et les partenaires de l'extérieur, desquels relève la responsabilité des soins et des services avant et après l'hospitalisation. Le rôle de cette équipe est particulièrement important lorsque l'urgence connaît un problème d'encombrement. L'existence de cette équipe est primordiale pour l'amélioration continue du fonctionnement de l'urgence. Tous les partenaires de l'équipe action–soutien doivent travailler ensemble et adopter une approche systémique du continuum de soins. La collaboration du réseau de première ligne est également essentielle ; les personnes qui sont en mesure de prendre les décisions relatives à l'organisation des soins et des services offerts aux patients plus vulnérables (perte d'autonomie, problème de santé mentale, MPOC, insuffisance cardiaque, etc.) et les médecins de première ligne doivent participer aux travaux de cette équipe et contribuer à l'établissement de solutions durables. Pour les services spécialisés, la collaboration de services régionaux et suprarégionaux doit être assurée en vertu des ententes de services établies afin d'offrir des mécanismes d'accès et de garantir la continuité des services à tous les patients susceptibles d'être transférés d'un établissement à un autre. À cet effet, l'agence a la responsabilité de veiller au respect des engagements convenus dans les ententes de services.

C.1.1. Mandat de l'équipe action–soutien

Le volet central du fonctionnement de l'équipe action-soutien à l'urgence est d'assurer les liens avec toutes les instances qui peuvent de près ou de loin contribuer à l'efficacité des services à l'urgence. Il s'agit notamment :

- D'appliquer les recommandations du présent guide de gestion à l'aide d'un plan de travail annuel.
- D'évaluer et de suivre la situation de l'urgence à l'aide d'indicateurs de performance relatifs à l'urgence.
- De déterminer quelles sont les cibles à atteindre et de s'assurer du respect des normes en vigueur.
- D'établir et de mettre en œuvre un plan d'action afin de diminuer l'encombrement à l'urgence, s'il y a lieu.
- De déceler et d'évaluer toute situation problématique liée à l'urgence.
- D'apporter les correctifs nécessaires à l'amélioration de cette situation.

- De fournir aux instances concernées des recommandations sur les mesures à prendre en cas de problème.
- De s'assurer que le réseau dispose des ressources nécessaires pour offrir un continuum de services adapté aux besoins des différents types de patients en particulier de ceux souffrant de MPOC, d'une insuffisance cardiaque, d'un problème de santé mentale ou d'une perte d'autonomie.
- De prévenir les retours à l'urgence par une prise en charge globale des usagers par le réseau de première ligne dès leur sortie de l'hôpital.

C.1.2. COMPOSITION DE L'ÉQUIPE ACTION–SOUTIEN

Le directeur général de l'établissement ou son représentant préside l'équipe action–soutien. L'appui formel du conseil d'administration et du CMDP, accompagné de résolutions à cet effet, est nécessaire à la mise en place d'une équipe action–soutien. Les résolutions prévoient que l'équipe action–soutien a le pouvoir de décider des actions qui doivent être réalisées pour améliorer le fonctionnement de l'urgence. L'équipe peut convoquer toute personne dont la contribution est nécessaire au bon fonctionnement de l'urgence.

La composition de l'équipe peut varier selon le plan d'organisation de chaque centre hospitalier, mais elle doit obligatoirement comprendre des représentants de l'urgence, de l'hôpital et du réseau de première ligne. La liste suivante, fournie à titre indicatif, comprend la plupart des acteurs susceptibles de faire partie de cette équipe :

- L'infirmière–chef de l'urgence.
- Le chef du DSMU.
- Le coordonnateur médical de l'urgence et le coordonnateur aux admissions.
- Les chefs des départements concernés (p. ex : médecine spécialisée, chirurgie, médecine générale, psychiatrie, etc.).
- Le directeur des services professionnels.
- La directrice des soins infirmiers.
- Les présidents du CMDP, du CII et du CM.
- Les chefs de programme concernés.
- Un représentant du CSSS, rattaché aux services de première ligne, s'il y a lieu (incluant les soins à domicile).
- Un représentant du CSSS rattaché aux services aux personnes âgées, s'il y a lieu.
- Un représentant du CSSS rattaché aux services en santé mentale, s'il y a lieu.

- Un médecin assistant à titre de représentant territorial du DRMG.
- Un ou des médecins de première ligne.
- Un représentant de l'agence.

Le directeur général de l'établissement ou son représentant peut s'adjoindre, pour l'appuyer, d'autres professionnels, comme le chef du Service de gériatrie, le chef du Département de radiologie, le chef des laboratoires, le chef du Service des admissions et le directeur des services hospitaliers.

Le groupe de travail doit se réunir sur une base régulière, en plus de participer à des réunions spéciales lorsqu'il y a une crise majeure dans l'établissement. Le groupe anticipe les crises en fonction des données statistiques antérieures et de l'expérience du milieu.

*Équipe action–soutien
à l'urgence*

RECOMMANDATION C.1.

- A. Mettre sur pied une équipe action–soutien dans chaque établissement ayant une urgence.**

Responsable : directeur général de l'établissement.

Niveaux d'urgence : tous.

CHAPITRE C.2

■ GESTION DES ADMISSIONS ET DES DÉPARTS ■

Le fonctionnement des unités d'urgence est directement lié à la capacité d'un centre hospitalier d'admettre dans une unité de soins les patients pour lesquels une demande d'admission a été faite. En effet, l'encombrement de l'urgence est souvent relié aux patients sur civière en attente d'admission. Rappelons que la cible à atteindre concernant le délai moyen entre la demande d'admission et l'assignation d'un lit est d'une heure, tout comme le délai moyen entre l'assignation d'un lit et le départ du patient de l'urgence est d'une heure.

Divers moyens sont recommandés pour améliorer la gestion des admissions et des départs, soit :

- La formation d'un comité de gestion quotidienne des admissions et des départs.
- La nomination d'un coordonnateur des admissions.
- La création d'un comité de séjour relevant du CMDP.
- La participation des chefs des services visés.
- La mise en place d'équipes de liaison.
- La mise en place de programmes de services pour les patients vulnérables, incluant des suivis systématiques.
- La mise en place d'une unité d'hospitalisation brève.
- La planification du congé du patient dès son arrivée.

On a recours à ces moyens selon l'achalandage à l'unité d'urgence et selon le niveau du centre hospitalier (primaire, secondaire ou tertiaire).

C.2.1. COMITÉ DE GESTION DES ADMISSIONS ET DES DÉPARTS

Le comité de gestion des admissions et des départs est un comité médico-infirmier qui se réunit tous les jours pour faire le point sur la disponibilité des lits, les départs prévisibles et la situation à l'unité d'urgence (la durée de la rencontre varie entre 15 et 30 minutes). Son rôle est de mettre en place des moyens pour accélérer le processus d'admission et de départ des patients. Si nécessaire, le comité peut se réunir à nouveau au cours de la journée si une situation extrême ou particulière se produit (sinistre, débordement, etc.).

Les membres du comité sont désignés par l'établissement. Ce comité, présidé par le coordonnateur des admissions, est composé des infirmières–chefs des unités de soins et de l'unité d'urgence ou de leurs assistantes, ainsi que du coordonnateur médical de l'urgence. Le DSP ou son représentant, la DSI et le chef médical de l'urgence siègent à ce comité de façon ponctuelle. Il est recommandé qu'une infirmière du réseau de première ligne (CSSS) siège également à ce comité. La nécessité d'avoir des données en temps réel sur la situation qui prévaut tant à l'urgence que dans les unités de soins est importante et facilite grandement le travail du comité.

C.2.2. COORDONNATEUR DES ADMISSIONS

Le coordonnateur des admissions, compte tenu de son rôle, doit avoir l'appui du directeur général de l'établissement, du DSP, des chefs de département et de l'exécutif du CMDP. Ce rôle peut être assumé par le DSP, le DSP adjoint, le coordonnateur médical de l'urgence ou une infirmière gestionnaire. Dans les établissements où ce mandat n'est pas confié à un médecin, il est important que le DSP ou un médecin désigné travaille en tandem avec cette personne et la soutienne dans ses décisions.

Les fonctions et les rôles du coordonnateur des admissions s'adaptent à la complexité des activités de l'établissement. Il veille à la coordination des admissions, des transferts, des séjours et des congés en favorisant l'interaction entre les différents intervenants, la fluidité des services dans les unités de soins et les interventions contribuant à désencombrer l'urgence.

Dans la poursuite de ces objectifs, le coordonnateur des admissions s'assure du respect des rôles, pouvoirs et fonctions dévolus aux chefs de département, au CMDP et aux directions.

Sous l'autorité de la direction des services professionnels, le coordonnateur des admissions :

- préside le comité de gestion des admissions et départs ;
- participe aux rencontres de l'équipe action–soutien à l'urgence ;
- voit à l'application des politiques et procédures relatives à l'admission, à l'hospitalisation et au départ des patients ;
- contribue, avec le CMDP, à l'évaluation de la pertinence des demandes d'admission ;
- collabore avec les chefs de départements pour assurer une meilleure gestion des lits au sein de l'hôpital ;
- participe à l'application du plan de gestion du débordement ;
- collabore avec le médecin traitant, l'agent de liaison, le travailleur social et les autres intervenants pour favoriser le retour et le maintien à domicile des patients hospitalisés ;
- favorise l'utilisation des ressources permettant d'éviter le recours à l'hospitalisation (l'unité de médecine de jour, les cabinets privés, les cliniques externes et les CLSC) ;

- collabore avec le DSP pour l'admission de patients venant de l'extérieur de l'établissement, pour les transferts, etc. ;
- établit les priorités quant aux admissions et en discute avec le DSP, s'il y a lieu ;
- avise le DSP et le chef du département lorsqu'un médecin n'assume pas ses responsabilités ou si certaines pratiques médicales perturbent le bon fonctionnement de l'urgence.

Une collaboration étroite entre les deux coordonnateurs, soit le coordonnateur des admissions et le coordonnateur médical de l'urgence, est essentielle pour maintenir des hauts niveaux de performance.

C.2.3. COMITÉ DE SÉJOUR

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

Le CMDP peut prévoir à l'aide de règlements la création de comités dont le statut devient officiel après l'adoption par le C.A. de l'établissement concerné des règlements en question. Dans ce cadre, un comité de séjour et d'admission doit être formé et a comme mandat, notamment, d'étudier la question des séjours prolongés ainsi que la pertinence des hospitalisations et des admissions.

De façon générale, le comité de séjour et d'admission s'intéresse à la révision de l'utilisation qui est faite des soins et des services. Il s'agit en fait d'un processus qui permet d'évaluer la pertinence ou la nécessité médicale des soins donnés à un patient, incluant l'endroit où sont administrés les soins et la durée de ceux-ci. Ce processus est effectué de façon rétrospective.

Divers instruments de mesure permettant de déterminer les critères servant à évaluer la pertinence des admissions ou la durée de séjour à l'hôpital ont été mis au point¹.

Au Québec, les diagnostics regroupés (APR-DRG) sont utilisés par plusieurs centres hospitaliers. Il s'agit d'un système de classification des patients par diagnostic médical qui permet d'obtenir de l'information concernant la gestion des lits, la durée des séjours, les diagnostics médicaux, l'intensité des soins, etc. L'étalonnage avec d'autres centres hospitaliers comparables est possible, de même qu'avec l'ensemble des centres hospitaliers d'une région ou de la province.

¹ CENTRE DE COORDINATION NATIONALE DES URGENCES (2006). *Rapport du comité de la Pertinence d'utilisation des lits des centres hospitaliers*, document de référence, 36 p.

C.2.4. CHEFS DE DÉPARTEMENTS ET DE SERVICES

Les départements médicaux portent une attention particulière à tous les éléments du processus qui peuvent influencer sur la durée du séjour ou sur le départ du patient hospitalisé. La levée de tout obstacle au bon déroulement de l'épisode de soins ainsi qu'au départ des patients fait partie de leurs préoccupations. La prévision du départ dès l'admission peut contribuer à éviter tout délai.

Pour réaliser ces objectifs, il faut la collaboration étroite de tous les médecins qui offrent des soins aux patients hospitalisés. À cet égard, il faut regrouper les médecins autour d'activités communes – propres à un service ou à un département – visant à aborder de manière homogène la portion hospitalisation de l'épisode de soins.

Chaque département conçoit un projet commun visant à circonscrire de façon cohérente l'ensemble des activités concernant l'hospitalisation, notamment par :

- la révision des politiques du département ;
- l'adoption de règles de fonctionnement ;
- l'évaluation de la pertinence des séjours ;
- l'adoption de règles permettant la participation des professionnels aux efforts communs, notamment des pharmaciens des unités de soins ;
- l'adoption de méthodes d'analyse des données (DRG, séjours d'une durée excessive, etc.).

Pour parvenir à une gestion efficace de l'hospitalisation, les établissements disposent de différents moyens :

- Adoption d'une politique et de directives relatives à l'admission, au séjour, à la fin des soins aigus et au départ.
- Application de critères d'hospitalisation et de critères de gestion des lits.
- Mise en place de modalités d'utilisation des lits selon les spécialités.
- Établissement d'un processus permettant aux spécialistes d'offrir des consultations dans les aires de débordement.
- Détermination d'un nombre de lits pour les admissions prioritaires en vue d'éviter le recours à l'urgence.
- Adoption de règles de fonctionnement pour les tournées (heure, modalités).
- Mise en place de modalités de consultation auprès des autres spécialités.

- Recours à des règles de fonctionnement qui permettent une meilleure communication des équipes médicales avec les autres professionnels et encourageant la participation de ceux-ci.
- Révision des modalités de transfert de patients entre professionnels.
- Révision, avec les partenaires en cause, de la procédure visant l'abolition des délais pour les hébergements et la réadaptation.
- Mise en place de modalités de liaison avec l'équipe d'évaluation gériatrique.
- Étude du potentiel d'utilisation de la chirurgie d'un jour et de l'admission le même jour pour une chirurgie.

C.2.5. ÉQUIPES DE LIAISON

Entretenir des liens solides entre les ressources internes et externes est devenu une nécessité dans la gestion de l'urgence. La mise en place des CSSS devrait grandement faciliter la fonction de liaison. Comme l'urgence, les équipes de liaison ont pour mission d'organiser la prise en charge et l'orientation des patients vers les ressources appropriées lorsque leur état ne nécessite pas ou ne nécessite plus l'accès au plateau technique du centre hospitalier. Ces équipes sont particulièrement efficaces auprès des patients présentant des problèmes de santé complexes ou chroniques, notamment les personnes âgées de plus de 75 ans et les patients souffrant d'un problème de santé mentale.

L'équipe de liaison a pour mission d'organiser la prise en charge et l'orientation des patients vers les ressources appropriées. On pense notamment aux personnes suivantes :

- Personnes souffrant de multiples pathologies chroniques.
- Personnes âgées en perte d'autonomie.
- Personnes éprouvant un problème de santé mentale.
- Personnes victimes de violence familiale ou conjugale.
- Personnes victimes d'agression sexuelle.
- Personnes souffrant de toxicomanie.
- Personnes aux prises avec des problèmes sociaux.
- Personnes ayant besoin d'assistance à domicile.

C.2.6. MODÈLES DE COORDINATION DES SOINS ET DES SERVICES POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES

Des modèles de coordination des soins et des services sont mis en place pour les personnes dont les problèmes de santé sont complexes ou chroniques.

Le suivi systématique, axé sur les activités interdisciplinaires et basé sur l'atteinte d'objectifs cliniques précis, a une influence sur la durée de séjour des patients admis, ce qui assure aux patients de l'urgence un meilleur accès aux unités de soins. Ces modèles permettent la prise en charge efficace et rapide du patient. Comme rien n'est laissé au hasard, y compris les critères d'admissibilité aux services de l'établissement, la planification du déroulement de l'épisode de soins et la continuité des soins sont mieux assurées et coordonnées.

Ces modèles sont mis en place pour des personnes fréquentant davantage l'urgence, tels que les patients atteints :

- d'insuffisance cardiaque ;
- d'une maladie pulmonaire obstructive chronique ;
- de problèmes de santé mentale persistants ;
- de perte d'autonomie.

Suivant la situation géographique de l'établissement, certains types de patients se font plus nombreux, comme les personnes souffrant de toxicomanie, ainsi que les personnes atteintes du sida ou victimes de violence ou d'agression sexuelle. D'autre part, selon la nature des activités d'un centre hospitalier, le développement de spécialités comme l'oncologie, la cardiologie, la neurologie, la traumatologie ou la chirurgie orthopédique devraient favoriser la mise en place de suivi systématique des patients.

Ces modèles prévoient l'intégration de certaines activités dont :

- le dépistage ;
- la demande de consultation ;
- la prise en charge du patient ;
- l'orientation du patient selon ses besoins et selon les critères du programme de soins auquel il est associé.

Ces modèles sont essentiellement basés sur la présence d'un coordonnateur clinique attaché au suivi systématique des patients, rôle habituellement tenu par une infirmière. Cependant, la composition des équipes varie selon les besoins et les ressources de l'établissement et selon les champs d'activité jugés prioritaires.

Pour assurer le fonctionnement de ces modèles de soins, des documents particuliers doivent être utilisés par les membres de l'équipe interdisciplinaire :

- La fiche de cheminement clinique, qui inclut le plan d'intervention interdisciplinaire ainsi que l'analyse des écarts par rapport aux résultats attendus.
- La fiche de planification du départ.
- L'ordonnance type.
- Les formulaires de demande de soins.

- La note de départ (transmise aux partenaires clés).
- Les formulaires électroniques d'orientation vers un centre hospitalier ou un CLSC.

De façon plus particulière, on peut aussi avoir recours aux grilles suivantes :

- La grille de triage spécifique.
- La grille d'évaluation gériatrique, psychiatrique, etc.
- La grille de suivi des personnes en attente d'hébergement.

C.2.7. UNITÉ D'HOSPITALISATION BRÈVE

Dans les unités d'urgence où le nombre de patients est élevé, généralement situées en milieu urbain, il existe souvent un problème récurrent de délais pour les admissions. La mise en place d'une unité d'hospitalisation brève permet une meilleure gestion des admissions dans les diverses unités de l'établissement, contribuant ainsi à réduire l'encombrement de l'urgence. Ce type d'unité est donc particulièrement indiqué pour les centres hospitaliers tertiaires et les centres hospitaliers secondaires où l'achalandage est élevé. Afin d'être efficaces, ces unités doivent répondre à des règles de fonctionnement strictes, soit :

- L'admission des patients selon des critères précis.
- La désignation d'un médecin en tant que responsable de l'unité.
- L'augmentation de la fréquence des tournées médicales.
- La mise en place d'un système d'accès privilégié aux services diagnostiques.
- La fixation du séjour maximum à une période de 48 à 72 heures.
- L'aménagement de l'unité à l'extérieur de l'urgence.

Les critères d'admission à l'unité d'hospitalisation brève doivent être précis. On y oriente les patients dont la durée d'hospitalisation prévue se situe autour de 48 heures.

Des mécanismes sont mis en place afin de s'assurer que la durée de séjour à l'unité d'hospitalisation brève ne dépasse pas les normes :

- Établissement de protocoles.
- Analyse systématique des dossiers des patients ayant fait des séjours excessifs à l'unité.
- Évaluation formelle du degré d'efficacité de l'unité tous les six mois.
- Utilisation d'une méthode de collecte des données permettant de brosser un portrait précis des patients séjournant à l'unité d'hospitalisation brève.

L'organisation de l'unité d'hospitalisation brève se fait à même les ressources du centre hospitalier. Elle peut être située soit à proximité de l'urgence, soit dans une unité de soins. Il faut également se rappeler qu'il ne s'agit pas d'une unité d'observation et qu'elle ne constitue pas un lieu de transition pour les usagers en attente d'hospitalisation.

*Gestion des admissions et
des départs*

RECOMMANDATION C.2.

- A. Mettre en place un comité médico-infirmier pour la gestion quotidienne des admissions.**

Responsables : DSP et DSI.

Niveaux d'urgence : unité d'urgence du groupe 1.

- B. Nommer un coordonnateur responsable des admissions, selon les besoins.**

Responsable : DSP.

Niveaux d'urgence : urgences secondaires et tertiaires.

- C. Planifier efficacement les départs.**

Responsables : DSP et DSI.

Niveaux d'urgence : unité d'urgence du groupe 1.

- D. Envisager l'aménagement d'unité d'hospitalisation brève dans les centres hospitaliers où le nombre d'usagers à l'urgence est élevé.**

Responsables : CSSS, directeur général de l'établissement et DSP.

Niveaux d'urgence : unités d'urgence tertiaires et secondaires où l'achalandage est élevé.

CHAPITRE C.3

■ PLAN DE GESTION DU DÉBOREMENT DE L'URGENCE ■

Le plan de gestion du débordement de l'urgence est élaboré par l'établissement et connu de toutes les instances décisionnelles de l'établissement et de l'agence. Il identifie les personnes responsables de déclencher et d'appliquer systématiquement le plan selon le niveau de débordement de l'urgence. Deux indicateurs sont utilisés pour mesurer le niveau d'encombrement de l'urgence, soit le taux d'occupation des civières et le nombre de patients en attente d'admission. La durée de l'encombrement constitue également un critère pour mesurer l'ampleur de la situation.

Le plan de gestion du débordement de l'urgence est d'abord approuvé par le CMDP et le conseil d'administration de l'établissement. Il est ensuite largement diffusé dans l'établissement, puis déposé à l'agence. Les intervenants de l'établissement sont donc informés de l'existence de ce plan et des critères qui justifieront son déclenchement. Ils connaissent également les personnes responsables de son application et les situations auxquelles ils doivent s'attendre si le plan est appliqué.

Un très fort achalandage ou l'échec des procédures habituellement utilisées pour assurer le fonctionnement optimal de l'urgence peut entraîner un taux d'occupation important. En pareil cas, des mesures de décongestion doivent être prises. Les interventions visant à corriger la situation sont mises en branle rapidement et un suivi rigoureux est effectué afin de permettre une évaluation continue du fonctionnement de l'urgence. La mise à jour régulière d'un tableau illustrant la situation de l'urgence et de l'hôpital est un atout indéniable favorisant la prise de décision et le suivi des actions.

C.3.1. NIVEAUX DE DÉBOREMENT

Le plan proposé distingue trois niveaux d'encombrement de l'urgence qui peuvent être signalés par des codes de couleur ou par un autre moyen.

- Situation de niveau d'alerte 1
 - Durant plus de 6 heures par jour, le taux d'occupation des civières se situe autour de 100 %.
 - Durant plus de 6 heures par jour, plus de 15 % des patients sur civière sont en attente d'un lit pour hospitalisation.
- Situation de niveau d'alerte 2
 - Durant plus de 6 heures par jour, le taux d'occupation des civières dépasse 120 %.

- Durant plus de 6 heures par jour, plus de 20 % des patients sur civière sont en attente d'un lit pour hospitalisation.
- Situation de niveau d'alerte 3
 - Durant plus de 6 heures par jour, le taux d'occupation des civières dépasse 140 %.
 - Durant plus de 6 heures par jour, plus de 25 % des patients sur civière sont en attente d'un lit pour hospitalisation.

Le plan de gestion du débordement à l'urgence permet :

- de déterminer quels sont les seuils critiques conduisant au déclenchement du plan de gestion du débordement ;
- d'identifier les responsables du plan de gestion du débordement de l'urgence et de définir le rôle et les responsabilités de chacun des intervenants visés ;
- de définir les actions qui seront utilisées pour régler le débordement à l'intérieur du centre hospitalier ;
- de conclure des ententes avec les partenaires du réseau en ce qui concerne la collaboration qu'on attend d'eux ;
- d'établir des modalités de communication avec l'agence selon le niveau de débordement atteint à l'urgence ;
- de définir des mesures concrètes de concert avec l'agence, pour intervenir dans les situations de débordement ou de crise.

Le tableau suivant présente le plan de gestion du débordement de l'urgence proposé aux établissements de santé. Il fait état de la situation de débordement selon un continuum et définit les actions à entreprendre selon les niveaux de débordement atteints. La stratégie d'intervention pour résoudre le problème du débordement sera proportionnelle à l'ampleur de la congestion.

Le plan proposé s'adresse aux établissements ayant des lits de courte durée. Les urgences situées dans des établissements n'offrant pas de lits d'hospitalisation doivent également avoir un plan de gestion du débordement adapté à leur réalité, à leurs ressources et à leur mission.

C.3.2. PROPOSITION DE PLAN DE DÉBOREMENT

ÉTAT DE LA SITUATION À L'URGENCE	Situation de niveau d'alerte 1	Situation de niveau d'alerte 2	Situation de niveau d'alerte 3
Taux d'occupation des civières (%)	Occupées à 100 % > 6 heures/jour	Occupées > 120 % > 6 heures/jour	Occupées > 140 % > 6 heures/jour
Nombre de patients admis, en attente de lits (%)	> 15 %	> 20 %	> 25 %
COMMENT INTERVENIR	Accélérer le processus de gestion de l'urgence et appliquer les procédures suivantes :	Appliquer sans délai les procédures suivantes :	Appliquer sans délai les procédures suivantes :
▪ À L'URGENCE	▪ Réviser le cas de tous les patients sur civière à l'urgence pour lesquels aucune décision n'a été prise.	▪ Réviser le cas de tous les patients sur civière à l'urgence.	▪ Réviser immédiatement le cas de tous les patients sur civière à l'urgence.
			▪ Donner aux patients un accès immédiat au plateau diagnostique (laboratoires et radiologie simple)
	▪ Effectuer les consultations à l'urgence dans un délai de deux heures.	▪ Effectuer les consultations à l'urgence dans un délai de 1 heure.	▪ Réaliser immédiatement les consultations à l'urgence.
	▪ Aviser les chefs des départements et services de la congestion à l'urgence.	▪ Ajouter un coordonnateur médical à l'équipe habituelle de l'urgence, si ce n'est déjà fait.	
		▪ Réviser les besoins en ressources de l'équipe médicale et des autres professionnels.	▪ Recourir immédiatement au personnel disponible, suivant les besoins.
▪ DANS LE CENTRE HOSPITALIER			▪ Réunir l'équipe de gestion de crise aussi souvent que nécessaire.
			▪ Réunir l'équipe de gestion des admissions et des départs et informer le personnel de l'établissement.
	▪ Réévaluer la situation quotidiennement, suivant le niveau d'encombrement.	▪ Réévaluer la situation au moins deux fois par jour, suivant le niveau d'encombrement.	▪ Réévaluer la situation de façon continue tant que celle-ci n'est pas normalisée.
	▪ Aviser les chefs de services et de départements de la situation à l'urgence.	▪ Solliciter les chefs de services et de départements pour qu'ils fassent appel à des ressources médicales supplémentaires.	▪ Augmenter immédiatement les ressources médicales et professionnelles pour accélérer les congés et les admissions.
	▪ Accélérer le processus d'admission. ▪ Accélérer les départs prévus.	▪ Réaliser les départs.	▪ Regrouper dans une salle des départs les patients qui peuvent quitter l'établissement.
		▪ Réviser les transferts interétablissements.	▪ Cesser d'accepter les transferts, sauf ceux qui sont urgents ou qui relèvent de la mission secondaire ou tertiaire de l'établissement.
		▪ Réviser les admissions non urgentes.	▪ Cesser les admissions non urgentes.
		▪ Augmenter le nombre de lits disponibles dans le centre hospitalier ² .	▪ Diriger immédiatement les patients admis dans les unités de soins ³ .
▪ DANS L'ÉTABLISSEMENT (s'il fait partie d'un CSSS)	▪ Accélérer l'évaluation sociale, les services de soins à domicile et l'hébergement en CHSLD ³ .		
▪ DANS LE RÉSEAU	▪ Accélérer l'évaluation sociale, les services de soins à domicile, les admissions en réadaptation, en centre de convalescence et en CHSLD ³ .		
▪ À L'AGENCE	▪ Coordonner les actions régionales et suprarégionales afin d'accélérer le départ des patients ³ .		

¹ En ayant recours à un processus d'investigation et de prise de décision qui respecte les normes de durée de séjour (8 heures pour les patients non hospitalisés et 12 heures pour les hospitalisés) ; en exigeant le respect des normes dans les services diagnostiques (1 heure pour les laboratoires et la radiologie de base) et de consultation (2 heures) ; en éliminant tout obstacle organisationnel du processus d'admission et de congés (1 heure entre la demande d'admission et l'assignation d'un lit, et 1 heure entre l'assignation d'un lit et l'arrivée du patient à son lit).

² Solutions pour augmenter le bassin de lits : ouvrir une unité de débordement dans un lieu différent de l'urgence ou dans des services comportant des lits déjà fermés, installer des patients additionnels dans les unités de soins, doubler les chambres privées, utiliser la salle de réveil et les locaux de la chirurgie d'un jour ou de la médecine de jour.

³ Le problème de congestion à l'urgence est un problème qui concerne tout le réseau. Les patients dont le problème de santé ne requiert pas l'infrastructure hospitalière doivent quitter le centre hospitalier dans un délai très bref.

Ce plan de débordement doit être appliqué de manière progressive et systématique en fonction des niveaux d'encombrement atteints : il est important d'insister sur la dernière éventualité, à savoir la situation de crise.

C.3.3. SITUATION EXCEPTIONNELLE (NIVEAU D'ALERTE 3)

Il arrive des situations où l'établissement n'est plus en mesure d'assurer le contrôle de la situation. Lorsque les risques pour les patients et le personnel sont devenus inacceptables, l'établissement doit hausser son niveau d'intervention et agir suivant les recommandations décrites dans le plan de gestion du débordement de l'urgence. Ces interventions ont la même importance que des mesures d'urgence en cas de sinistre et, pour cette raison, le plan de débordement doit être activé dès que le seuil critique est atteint. Cette situation de niveau d'alerte 3 touche l'ensemble du centre hospitalier et demande la collaboration de toutes les ressources de l'établissement et du réseau. La priorité du centre hospitalier demeure à ce moment la résolution de la crise de l'urgence.

Une situation de niveau d'alerte 3 a des conséquences graves dans le sens où elle augmente le niveau de risque pour les patients et le personnel. Il devient alors plus difficile pour l'équipe de l'urgence :

- d'assurer la sécurité de tous les patients et la qualité des soins qui leur sont ou seront donnés ;
- d'assurer la sécurité du personnel ;
- d'assurer une surveillance adéquate des patients ;
- d'établir et de maintenir des priorités d'intervention ;
- de fournir les services requis selon l'urgence de la situation.

Cette situation doit être perçue comme la limite d'un continuum allant d'une situation difficile (où l'urgence a atteint sa capacité optimale, soit un taux d'occupation autour de 80 %) à un point critique (situation où la qualité des soins peut être compromise).

Le plan de gestion en situation de niveau d'alerte 3 s'intègre dans le plan de gestion du débordement à l'urgence et tient compte des phases suivantes :

- Appliquer immédiatement les actions préconisées en situation de crise, décrites dans le plan de gestion du débordement.
- Réunir l'équipe de gestion de crise dès que le seuil critique conduisant au déclenchement de la crise est atteint.
- Réunir l'équipe de gestion de crise aussi souvent que nécessaire et tant que la situation n'est pas normalisée.
- Désigner une personne pour réévaluer la situation de façon continue.

- Communiquer avec les partenaires en cause pour les informer de la situation et leur demander leur collaboration (p. ex : le CLSC pour la prise en charge rapide de certains patients, les cliniques médicales pour la prise en charge des patients dont l'état nécessite une intervention moins urgente, les autres établissements de la région pour obtenir leur soutien ou effectuer certains transferts).
- Effectuer le suivi de la situation dans l'établissement et auprès des décideurs, des partenaires du réseau et de l'agence en formulant des recommandations pour le futur.

Le déclenchement des actions préconisées en situation de niveau d'alerte 3 doit être fait par le directeur général de l'établissement ou son délégué (directeur des services professionnels ou Directeur de garde). L'équipe action–soutien de l'urgence, telle que définie précédemment, se constitue en groupe de gestion de crise et se réunit aussi souvent que nécessaire et tant que la situation n'est pas normalisée. Toutefois, il est important que le groupe de gestion de crise puisse intervenir 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ce ne sont pas nécessairement tous les membres de l'équipe action–soutien qui constituent l'équipe de gestion de crise, mais elle doit être composée de décideurs présents dans l'établissement et de membres du personnel clinique de l'urgence.

La crise à l'urgence est considérée comme un problème majeur qui regarde tout le centre hospitalier, de même que le CSSS et l'agence concernée. En situation de niveau 3, on s'attend à ce que les décideurs (directeur général, DSP, DSI) soient en relation étroite avec les autorités régionales, soit le président-directeur général de l'agence ou son mandataire. L'agence devra par ailleurs soutenir l'établissement :

- en assurant les liens entre l'établissement et le ou les CSSS concernés, les services de réadaptation et les centres de convalescence, afin d'accélérer le départ des patients en attente de services particuliers ;
- en coordonnant, s'il y a lieu, l'utilisation des lits d'hébergement transitoire pour permettre le transfert rapide des personnes en attente d'hébergement occupant un lit de courte durée ;
- en informant les autres agences du fait que des patients attendent de retourner dans leur région, afin qu'elles coordonnent avec leurs établissements le retour de leurs patients ;
- en dirigeant les ambulances vers d'autres centres hospitaliers, s'il y a lieu, afin de diminuer la pression sur l'urgence ;
- en accompagnant les responsables de l'établissement durant toute la période de crise.

*Plan de gestion du
débordement de l'urgence*

RECOMMANDATION C.3.

- A. Faire adopter par le CMDP et le C.A. de l'établissement un plan de gestion du débordement de l'urgence et définir des critères de mise en œuvre de ce plan.**

Responsable : directeur général de l'établissement.

Niveaux d'urgence : tous.

- B. S'assurer de l'application et de l'évaluation du plan de gestion du débordement dans les établissements de santé de la région.**

Responsables : président-directeur général de l'agence et directeur général de l'établissement concerné.

Niveaux d'urgence : tous.

PARTIE D

LES RÉSEAUX LOCAUX DE
SERVICES DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

CHAPITRE D.1

■ CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ■

Les urgences sont exposées à une multitude de facteurs contingents qui influent sur leur fonctionnement et qui sollicitent le réseau local dans ce qu'il a d'essentiel : la capacité de ses intervenants à travailler en interrelations. Le fonctionnement optimal de l'urgence est donc possible grâce à la collaboration de l'ensemble des composantes du réseau. Il est pour cela nécessaire d'adopter une approche systémique en vue de déterminer quelles activités doivent être intégrées et coordonnées en faisant intervenir tous les partenaires locaux utiles. C'est là le rôle des CSSS, créés par la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Selon l'approche préconisée par la loi, le patient est au centre des préoccupations locales et le processus de soins répond à des critères de qualité reconnus.

En raison du nouveau contexte dans le secteur de la santé, il importe de préciser où se situent les urgences à l'intérieur du réseau local des services de santé et services sociaux et d'identifier certains des partenaires de ce réseau.

Plusieurs urgences font maintenant partie de centres de santé et des services sociaux (CSSS) et de réseaux locaux de services (RLS). Ainsi que le stipule la loi mentionnée plus haut, la mise en place d'un réseau local vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue à la population de leur territoire, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.

Le CSSS assure la coordination des activités et des services offerts et peut notamment exploiter un CLSC, un CHSLD et un centre hospitalier de soins généraux ou spécialisés.

D.1.1. RESPONSABILITÉS DU CSSS

Le CSSS, en collaboration avec ses partenaires, est responsable de définir un projet clinique qui détermine :

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

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales, respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus en fonction des ressources disponibles.

Afin de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau, faire appel à la collaboration des établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, des divers groupes de professionnels, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des ressources privées et des intervenants des autres secteurs d'activité ayant une influence sur les services de santé et les services sociaux.

Afin de coordonner les services, l'instance locale doit :

- définir et mettre en place des mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux ;
- instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services et partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées ;
- soutenir les professionnels qui accompagnent et prennent en charge les usagers du réseau local de services, notamment ceux ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer des services continus répondant à leur état de santé ;
- créer des conditions favorables à l'accessibilité, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux et spécialisés, de concert avec l'agence et le Département régional de médecine générale, et effectuer des consultations auprès de la Commission médicale régionale, en portant une attention particulière à l'accès de la population :
 - à des plateaux techniques diagnostiques,
 - à de l'information médicale comprenant, entre autres, des résultats d'examen diagnostiques (p. ex. : examens de laboratoire) et d'imagerie médicale, certains profils médicamenteux et les résumés des dossiers,
 - à des médecins spécialistes, par l'intermédiaire des médecins de famille, dans une perspective de hiérarchisation des services et selon les ententes bilatérales convenues.

La hiérarchisation des services en amont et en aval de l'urgence permet d'avoir recours au bon intervenant, au bon moment, et assure une réponse efficace aux besoins de santé de la population.

D.1.2. ORGANISATIONS ASSOCIÉES AU CSSS

Les services du CSSS peuvent être offerts dans des installations existantes, de type CLSC, de type CHSLD, ou de type hospitalier.

D.1.2.1. CLSC

Au-delà des services courants de première ligne, il importe d'accorder la priorité aux interventions auprès des personnes en perte d'autonomie et des personnes atteintes de maladies chroniques qui consultent à répétition. À cet effet, il est important que le réseau local favorise des modes de fonctionnement permettant, en amont comme en aval, d'éviter que le recours à l'urgence soit la seule solution pour ces personnes.

Un modèle de services intégrés met à profit les services à domicile et les services généraux, qui prennent la relève dès que les patients peuvent se rendre au CLSC ou au cabinet de leur médecin, ce qui favorise une meilleure accessibilité des services de première ligne et, par le fait même, permet à l'urgence de mieux réaliser sa mission.

L'urgence doit pouvoir disposer des ressources des CLSC. Par exemple, on peut envisager l'affectation d'une infirmière ou d'un intervenant social rattaché à un CLSC à l'urgence d'un centre hospitalier donné faisant partie du même CSSS. Des ententes en vue d'obtenir de tels services peuvent aussi être prises avec un CSSS de proximité.

Il faut miser sur des modèles et expériences ayant fait leurs preuves, notamment sur :

- la mise en place d'une équipe interdisciplinaire pour la prise en charge des personnes éprouvant des problèmes particuliers : personnes souffrant de MPOC, victimes d'AVC, personnes ayant des problèmes d'insuffisance cardiaque, personnes atteintes de démence, etc. ;
- la mise en place de processus de suivi intensif à domicile pour les personnes en perte d'autonomie et en soins palliatifs ;
- l'implication des CLSC dans les résidences privées pour personnes âgées ;
- les modèles et expériences efficaces de réseaux intégrés de soins destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, conduisant notamment à la mise en place d'un guichet unique de services ;
- les modèles d'arrimage des divers intervenants de première ligne (GMF, UMF, cliniques privées, CLSC, urgences, organismes du secteur préhospitalier) dans une approche axée sur le patient et favorisant la continuité ;
- la mise en place d'un guichet unique, d'un centre de crise et de suivi intensif dans la communauté pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

D.1.2.2. CHSLD

Au-delà des services d'hébergement, les CHSLD offrent aussi des services alternatifs, dont l'hébergement temporaire ou les lits de répit.

Une fois l'épisode de soins aigus terminé, les différentes instances concernées agissent avec toute la diligence possible pour que les patients dont l'état nécessite un hébergement ne souffrent d'aucun délai. Le rôle des comités d'évaluation et des CHSLD, une fois la décision prise de procéder à un hébergement, est déterminant.

Pour faciliter cette opération, toutes les mesures utiles doivent être mises en œuvre. Il s'agit :

- de favoriser la possibilité d'un placement temporaire dans un territoire où des lits sont disponibles ;
- de réviser les mécanismes d'admission afin que les lits disponibles puissent être utilisés en moins de 24 heures, 7 jours par semaine ;
- d'uniformiser les services d'un territoire à l'autre (heures d'admission des patients, étude des dossiers) ;
- d'ouvrir des lits supplémentaires et des espaces en cas de débordement pour contribuer au succès du plan de gestion de débordement ou du plan de crise, si nécessaire ;
- de collaborer à la mise en place de ressources intermédiaires ou de ressources de type familiale ;
- de soutenir les services dans les CHSLD, en hébergement privé, etc., en y offrant des services professionnels adéquats (médecin, infirmière, pharmacien) et un plateau technique minimal (pompes volumétriques, miniperfuseurs, saturomètre).

CHAPITRE D.2

■ PARTENAIRES DES CSSS ET DES CENTRES HOSPITALIERS ■

D.2.1. MÉDECIN DE FAMILLE

Le médecin de famille travaillant en clinique privée, dans un CLSC ou une UMF, et de plus en plus souvent, dans un GMF ou une clinique-réseau, est un maillon essentiel dans la prestation des soins au patient à l'intérieur de la communauté. On se rappellera de la nécessité d'avoir un médecin de famille et, à cet effet, pour que les patients bénéficient pleinement des services de leur médecin de famille, il faut compter sur :

- la disponibilité des médecins : réseau intégré, horaire de présence en clinique, suppléance en cas d'absence, etc. ;
- l'existence d'un répertoire local tenu à jour, connu, et supervisé par le DRMG ;
- l'intégration des services généraux des CLSC ;
- l'utilisation appropriée de l'urgence et des services diagnostiques des centres hospitaliers ;
- un mécanisme permettant au médecin de CLSC ou de clinique privée d'avoir rapidement accès aux services d'un centre hospitalier, tout en évitant le recours à l'urgence ;
- la communication entre le médecin de l'urgence et le médecin de famille (au moment du départ du patient de l'urgence, des mesures sont mises en œuvre afin d'assurer rapidement une communication et un échange de renseignements médicaux avec le médecin traitant) ;
- des liens efficaces et rapides avec la communauté et les divers professionnels concernés ;
- des lignes directrices quant à l'utilisation de l'urgence et au transfert d'un patient à l'urgence par le médecin de famille (appel du médecin, transmission de l'information clinique pertinente, formulation précise du besoin) ;
- un plan de communication avec les médecins.

D.2.2. SERVICES PRÉHOSPITALIERS

Le soutien apporté au réseau préhospitalier est nécessaire au bon fonctionnement de l'urgence. Lorsque la prise en charge du patient par les services préhospitaliers est adéquate, le travail des intervenants de l'urgence en est facilité. Un plan visant l'instauration de nouvelles modalités pour les soins préhospitaliers – et auquel il demeure possible d'ajouter d'autres modalités au regard des soins avancés les plus susceptibles d'infléchir les taux de morbidité et de mortalité des patients – permet d'améliorer les services à la population. Les médecins d'urgence, les spécialistes et l'ensemble des intervenants, en collaboration avec les RUIS, doivent apporter leur contribution à la formation continue des intervenants du secteur préhospitalier, en vue d'assurer la qualité des interventions dans ce secteur.

L'accueil des intervenants du secteur préhospitalier à l'urgence doit être rapide et les champs d'expertise de chacun des intervenants doivent y être respectés. Les techniciens ambulanciers, par exemple, ne sont pas retenus ni ne s'attardent indûment sur les lieux de l'urgence, puisqu'ils doivent pouvoir répondre rapidement à toute nouvelle demande de service sur le territoire.

Par ailleurs, lorsqu'il y a demande de transfert interétablissements, le personnel de l'urgence évalue le niveau d'urgence du transfert et transmet l'information pertinente aux personnes concernées afin d'assurer une disponibilité optimale des ressources préhospitalières sur le territoire.

Le réseau préhospitalier établit pour sa part des mécanismes d'ajustement pour répondre aux pics d'achalandage. Un plan de services permettant de diriger temporairement les ambulances vers une autre destination lorsque les ressources d'un centre hospitalier ne peuvent répondre adéquatement aux besoins est conçu par l'agence. Ce plan met à contribution les services préhospitaliers et les établissements concernés.

D.2.3. RÉSEAUX SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES

En plus d'assumer son mandat en fournissant des soins à la population, l'urgence assume un rôle social et communautaire, en collaboration avec les CLSC, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les autres établissements du réseau et les organismes communautaires du territoire.

S'il y a lieu, le personnel de l'urgence prend les mesures nécessaires dans le but d'amorcer la prise en charge de problèmes sociaux ou communautaires, pour la suite recourir à un CLSC, à un CPEJ ou à un organisme communautaire afin d'assurer la continuité des services. Qu'il s'agisse du dépistage de la violence conjugale, du dépistage des enfants victimes de négligence ou de violence, du déclenchement d'une intervention sociosanitaire dans un secteur où l'on a décelé un problème particulier ou de l'orientation d'une personne âgée vers une clinique de vaccination, le rôle du personnel de l'urgence est complémentaire à celui du personnel des organismes communautaires du réseau de la santé.

L'urgence, par l'intermédiaire du travailleur social ou de l'infirmière clinicienne de liaison en santé physique ou en santé mentale, tisse des liens fonctionnels avec les réseaux sociaux et communautaires afin que la prise en charge des personnes ayant des problèmes relevant de ces réseaux puisse se faire de façon rapide et optimale.

D.2.4. RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ (RUIS)

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

Pour harmoniser le fonctionnement de ces activités et pour assurer un déroulement efficace de l'épisode de soins, des liens doivent être établis entre les centres référents et les centres receveurs.

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

Chaque RUIS a un territoire et une zone d'influence qui lui sont propres, incluant les territoires situés à proximité des établissements qui lui sont associés. De plus, le RUIS collabore avec les établissements des territoires des régions périphériques, intermédiaires et plus éloignées dont il est responsable.

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

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

D.2.5. AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les agences jouent un rôle de premier plan dans la coordination et la mise en place des services de santé et des services sociaux de leur région, particulièrement en matière de financement, d'allocation de ressources humaines et de services spécialisés. Les agences facilitent le développement et la gestion des réseaux locaux de leur région.

L'agence d'une région établit les plans d'organisation des services sur ses territoires et en évalue l'efficacité.

Conformément aux priorités ministérielles relatives aux services d'urgence, à savoir l'accroissement de l'accessibilité des services d'urgence et la diminution des temps d'attente, des ententes de gestion entre les agences et les établissements viennent fixer chaque année les cibles à atteindre. Rappelons que ces ententes découlent des ententes de gestion signées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et chaque agence.

L'agence travaille en étroite collaboration avec les directions du MSSS concernées et le Centre de coordination nationale des urgences pour que les objectifs fixés soient atteints et que les normes prescrites soient maintenues. Pour ce faire, certains établissements doivent produire un plan d'action visant l'amélioration de leur urgence. L'agence est le maître d'œuvre de ce plan qui concerne tous les partenaires du territoire, et pas seulement l'urgence.

*Partenaires des CSSS et
des centres hospitaliers*

RECOMMANDATION D.2.

- A. Établir, avec tous les partenaires des réseaux locaux de services, des modalités de coopération et de fonctionnement au regard des modèles et actions proposés.**

Responsable : agence.

Niveaux d'urgence : tous.

■ CONCLUSION ■

L'évolution constante de notre système de santé sollicite la participation de tous les partenaires du réseau, incluant le secteur préhospitalier, les services de première ligne, les soins hospitaliers, les ressources d'hébergement et les services de réadaptation. Dans ce contexte, les urgences demeurent une plaque tournante du système de santé et se situent au cœur des préoccupations quant à l'accessibilité des soins. L'urgence s'ajuste constamment à la demande de services, mais reflète trop souvent les dysfonctionnements de l'ensemble du réseau.

Le premier *Guide de gestion de l'unité d'urgence*, publié en décembre 2000, a été largement utilisé par les équipes des urgences et des établissements et a contribué à l'amélioration de la situation observée dans les urgences du Québec au cours des dernières années. En effet, nous avons constaté que la durée moyenne de séjour des patients sur civière et le pourcentage de patients ayant séjourné plus de 48 heures à l'urgence ont diminué, et ce, malgré une augmentation constante de l'achalandage.

Cette deuxième version poursuit les mêmes objectifs : le présent guide se veut un outil d'aide à la gestion et une source de réflexion pour les équipes de soins. Il s'adresse à toute personne préoccupée par le fonctionnement des urgences et désireuse de contribuer à l'amélioration du système de santé par le recours à des solutions structurantes et durables. Ses auteurs se sont également efforcés de répondre aux attentes des intervenants qui veulent s'inspirer des meilleures pratiques existantes, expérimenter d'autres avenues et améliorer la qualité des soins pour atteindre les normes et standards reconnus.

Le Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) est l'entité ministérielle qui a été désignée pour s'assurer de l'application du *Guide de gestion de l'urgence*. En ce sens, et dans le but de maintenir les progrès constatés, l'équipe du CCNU continuera de travailler de concert avec les agences et les établissements en vue de diminuer la durée moyenne de séjour à l'urgence, de réduire le nombre de personnes séjournant plus de 48 heures à l'urgence, d'améliorer les aménagements physiques des urgences, ou encore, d'y implanter un système d'information de gestion de départements d'urgence (SIGDU). Plus largement, le CCNU veillera à assurer un suivi constant et régulier de la situation observée dans les urgences et met en œuvre les moyens nécessaires pour préserver les améliorations constatées.

Cette deuxième édition du *Guide de gestion de l'urgence* devrait permettre de franchir des étapes supplémentaires vers le principal objectif poursuivi, à savoir l'utilisation rationnelle et le fonctionnement optimal de l'urgence au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

■ DÉFINITIONS ■

Centre de santé et de services sociaux	Instance locale constituée d'un établissement multivocationnel, comprenant entre autres un CLSC, un CHSLD et, souvent, un CHSGS
Centre hospitalier	Site d'un réseau local de services de santé et de services sociaux disposant d'une unité d'urgence, de lits de courte durée, d'un plateau technique et d'un bloc chirurgical.
Chef de département	Médecin membre d'un département, désigné pour diriger ce département et pour voir à l'exécution, sous l'autorité respective du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du directeur des services professionnels de l'établissement, des obligations et des responsabilités édictées dans la Loi sur les services de santé et des services sociaux.
Département	Structure clinico-administrative prévue dans le plan d'organisation d'un établissement de santé et destinée à répondre à des besoins d'ordre administratif et clinique, notamment en ce qui a trait aux soins, à l'évaluation de la qualité des soins, à l'enseignement ou à la recherche. Le département regroupe les membres du CMDP dont les activités font partie d'une même discipline ou d'une discipline connexe. Cette entité relève à la fois du CMDP et du DSP, eu égard à leurs compétences respectives.
Dispensaire	Site d'un réseau local situé dans une région isolée ayant une faible densité de population.
Entente	Modalités relatives à l'offre ou à l'échange de service, établies entre deux établissements, selon les articles 108 et 109 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux.
Membre d'un département	Médecin, dentiste ou pharmacien nommé par le conseil d'administration de l'établissement et jouissant du statut de membre actif, associé, conseil ou honoraire au sein d'un département.
Monitoring cardiaque	Surveillance à l'aide d'un moniteur cardiaque.
Ordonnance	« [...] Prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la Loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective » ¹ .

¹ CODE DES PROFESSIONS, art. 39.3, in MÉNARD, C. « Ordonnances collectives : quoi de neuf ? », *Le Collège*, vol. XLIV, n° 2, printemps 2004, p. 18.

Ordonnance collective	« [...] permet à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin. Cela implique que la personne visée n'a pas à être vue, préalablement, par le médecin. L'ordonnance peut être collective de trois façons : quant aux personnes visées ; quant aux professionnels visés ; ou quant aux médecins prescripteurs » ¹ .
Projet clinique	<p>Le projet clinique d'un réseau local est défini par l'instance locale et traite des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ besoins sociosanitaires et particularités de la population du territoire, établis en fonction de l'état des connaissances de l'état de santé et de bien-être de cette population ;▪ objectifs visés quant à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du territoire ;▪ services nécessaires pour satisfaire les besoins de la population du territoire ; modes d'organisation et contribution attendue des différents partenaires du réseau. <p>Le projet clinique doit respecter les orientations ministérielles régionales et les standards reconnus en matière de santé et de services sociaux.</p>
Règlement	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé. Inclut les amendements aux règlements adoptés en vertu de la Loi sur les services de santé et des services sociaux par le Conseil exécutif du gouvernement du Québec.
Réseau local de santé et de services sociaux	Réseau mis en place pour assurer de façon continue à la population d'un territoire donné l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.
Unité d'urgence	Unité d'un centre hospitalier où sont offerts, dans un délai approprié et par une équipe interdisciplinaire de professionnels, des services comprenant l'accueil, le triage, l'évaluation, la stabilisation, les examens, le traitement, puis, le cas échéant, l'orientation de la personne vers des ressources plus aptes à assurer la continuité des soins et le suivi.

¹ MÉNARD, C. « Ordonnances collectives : quoi de neuf ? », *Le Collège*, vol. XLIV, n° 2, printemps 2004, p. 18.

LISTE DES COMITÉS

■ LISTE DES COMITÉS DE TRAVAIL ■

PREMIÈRE VERSION DU GUIDE DE GESTION DE L'UNITÉ D'URGENCE (PUBLIÉE EN 2000)

GRUPE DE TRAVAIL RESPONSABLE DE LA COORDINATION DES TRAVAUX¹

D ^r Marc Afilalo	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis Président du comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences
M ^{me} Sylvie Berger	Infirmière–chef de l'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
M ^{me} Michelle Desaulniers	Directrice des services généraux à la clientèle et responsable des soins infirmiers, CLSC–CHSLD Pointe-aux-Trembles–Montréal Est Membre désigné de l'Association des CLSC–CHSLD du Québec
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ Médecin-conseil, CCNU
D ^r Bernard Jean	Directeur des services professionnels Centre hospitalier Beauce-Etchemin Membre désigné de l'AHQ
D ^r Jean Mirreault	Adjoint au vice-président exécutif affaires clinico-administratives, AHQ
M ^{me} Johanne Roy	Directrice des soins infirmiers Hôpital Charles-LeMoine

GRUPE DE RÉDACTION

D ^r Marc Afilalo	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis Président du comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences
M ^{me} Sylvie Berger	Infirmière–chef Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ Coordonnatrice-adjointe, CCNU, MSSS
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ Médecin-conseil, CCNU
D ^r Bernard Jean	Directeur des services professionnels Centre hospitalier Beauce-Etchemin Membre désigné de l'AHQ

¹ Veuillez noter que les titres, fonctions ou employeurs des personnes apparaissant ici, ainsi que dans les listes suivantes sont ceux qui prévalaient au moment de la rédaction du document et ont pu changer par la suite.

COLLABORATION SPÉCIALE

D ^r Claude Farah-Lajoie	Médecin-conseil Coordonnateur des soins et services cliniques, AHQ
D ^r Jacques Morin	Médecin gériatre Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHA
D ^r Julien Poitras	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôtel-Dieu de Lévis, membre de l'AMUQ
M. Gaétan Prévost	Gestionnaire infirmier Hôtel-Dieu de Lévis, membre de l'AGIUQ
D ^r Stephen Rosenthal	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

INDIVIDUS

D ^r Marc Béique	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital Royal-Victoria
D ^r Richard Belley	Médecin d'urgence Hôtel-Dieu de Lévis
D ^{re} Sylvie Bernier	Directrice de la Direction de l'excellence de la main-d'œuvre et des services médicaux, MSSS
D ^r Yves Bolduc	Directeur des services professionnels Centre Le Jeannois, pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma
D ^r Raymond Bourdages	Médecin gastroentérologue, président du CMDP Hôtel-Dieu de Lévis
M ^{me} Gertrude Bourdon	Coordonnatrice des services cliniques Direction des services cliniques et hospitaliers Centre hospitalier universitaire de Québec
M. Jean Bragagnolo	Directeur général Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
D ^r Jacques Brunet	Médecin-conseil CECCNU, MSSS
D ^r Raoul Daoust	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
D ^{re} Michèle Drouin	Radiologiste, chef du Département de radiologie Centre hospitalier Angrignon, pavillon Verdun
D ^{re} Yolaine Galarneau	Directrice des services professionnels Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs
M ^{me} Colette De Grandpré	Directrice des services cliniques et hospitaliers Centre hospitalier universitaire de Québec
D ^r François Delisle	Directeur adjoint des services professionnels Centre hospitalier universitaire du Québec
D ^r Michel Garner	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D ^{re} Marie Girard	Directrice des services professionnels Hôtel-Dieu de Lévis
D ^r Willis Grad	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
D ^r Denis Laberge	Représentant Collège des médecins du Québec
M ^{me} Louise Laflamme	Directrice générale adjointe Centre hospitalier universitaire de Québec
D ^r Pierre Laliberté	Directeur des services professionnels Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHA
M ^{me} Sylvie Lamothe	Infirmière Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
D ^r Jean Lapointe	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôtel-Dieu de Lévis
M ^{me} Marlyne Lettre	Infirmière Centre hospitalier Piedmont
M ^{me} Maria Menna	Assistante administrative Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
M ^{me} Louise Montreuil	Directrice Direction de la santé physique, MSSS
M ^{me} Sylvie Montreuil	Agente de recherche Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS
D ^r André Munger	Médecin d'urgence et praticien en médecine familiale CUSE et CLSC de la région de Sherbrooke
M ^{me} Marie-Claude Ouellet	Directrice adjointe Direction de la santé physique, MSSS
D ^r Claude Poirier	Médecin Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS
D ^r Marcel Provost	Médecin Représentant du Collège des médecins du Québec
D ^r Pierre Savard	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
D ^r Errol Stern	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
D ^r Alain Tanguay	Médecin d'urgence Hôtel-Dieu de Lévis
M ^{me} Diane Therrien	Coordonnatrice régionale Direction du soutien au réseau, MSSS
D ^r Bernard Unger	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
D ^r Julien Veilleux	Directeur Direction de l'organisation des services médicaux spécialisés, MSSS

DEUXIÈME VERSION DU GUIDE DE GESTION DE L'URGENCE

GRUPE DE TRAVAIL RESPONSABLE DE LA COORDINATION DES TRAVAUX¹

M ^{me} Sylvie Berger	Coordonnatrice CCNU, MSSS
M ^{me} Gertrude Bourdon	Coordonnatrice CCNU, MSSS
M ^{me} Geneviève Bouthillier	Agente de recherche CCNU, MSSS
D ^r Jacques Brunet	Médecin-conseil CCNU, MSSS
D ^r Claude Farah-Lajoie	Médecin-conseil Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
M ^{me} Sylvie Lamothe	Infirmière Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
M ^{me} Denise Trudel	Infirmière-conseil CCNU, MSSS

COMITÉ DE TRAVAIL : CLIENTÈLE DE PÉDIATRIE

Présidente du comité :

D ^{re} Sylvie Bergeron	Chef du Département de l'urgence Hôpital Sainte-Justine
---------------------------------	--

Membres du comité :

M ^{me} Sylvie Berger	Coordonnatrice CCNU, MSSS
M ^{me} Monique Blondin	Gestionnaire clinico-administrative Hôpital Sainte-Justine
M ^{me} France Choquette	Infirmière clinicienne Hôpital Sainte-Justine
M ^{me} Johanne Dupont	Infirmière–chef Hôpital Sainte-Justine
M ^{me} Nadia Eldaoud	Infirmière–chef par intérim Hôpital pour enfants de Montréal
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

¹ Veuillez noter que les titres, fonctions ou employeurs des personnes apparaissant ici, ainsi que dans les listes suivantes sont ceux qui prévalaient au moment de la rédaction du document et ont pu changer par la suite.

M ^{me} Denise Kudirka	Infirmière Hôpital pour enfants de Montréal
D ^r David McGillivray	Chef médical à l'urgence Hôpital pour enfants de Montréal
M ^{me} Louise Murray	Infirmière–chef Hôpital pour enfants de Montréal
M ^{me} Guylaine Proulx	Infirmière Cité de la santé de Laval
M ^{me} Carole St-Denis	Infirmière, responsable de la formation à l'urgence Cité de la santé de Laval

COMITÉ DE TRAVAIL : CLIENTÈLE DE SANTÉ MENTALE

Président du comité :

D ^r Jacques Brunet	Médecin-conseil CCNU, MSSS
-------------------------------	-------------------------------

Membres du comité :

M ^{me} Sylvie Berger	Coordonnatrice CCNU, MSSS
M ^{me} Madeleine Breton	Chef de service par intérim du Service de santé mentale MSSS
M ^{me} Danielle Dion	Coordonnatrice des services ambulatoires Programme en santé mentale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
M. Mario Fortier	Assistant infirmier–chef Hôpital Douglas
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
D ^{re} Édith Labonté	Chef des départements de psychiatrie CHA et centre hospitalier Robert-Giffard
D ^r Édouard Naltchayan	Chef du Département de psychiatrie Hôpital Ste-Mary
M ^{me} Edwidge Rouleau	Services de santé mentale ADRLSSSS de Montréal-Centre
D ^r Jean-Bernard Trudeau	Directeur des services professionnels Centre Pierre-Janet

Les personnes suivantes ont émis des commentaires :

M ^{me} Linda Bourgeois	Membre du groupe de travail sur la qualité des services de santé mentale dans la communauté
M ^{me} Chantale Couture	Infirmière Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
M ^{me} Christiane Gosselin	Infirmière, pavillon Bowen CHUS

M ^{me} Lorraine Guay	Membre du groupe de travail sur la qualité des services de santé mentale dans la communauté
M. Guy Mercier	Responsable du comité sur la clientèle avec problème de santé mentale à l'urgence, MSSS
M. Jean-Luc Pinard	Représentant CSMQ
M ^{me} Lourdes Rodriguez	Présidente du groupe de travail sur la qualité des services de santé mentale dans la communauté Professeure adjointe, Université de Montréal
M ^{me} Geneviève Ross	Infirmière Pavillon Bowen, CHUS

COMITÉ DE TRAVAIL : CLIENTÈLE DE GÉRIATRIE

Président du comité :

D ^r Jacques Brunet	Médecin-conseil CCNU, MSSS
-------------------------------	-------------------------------

Membres du comité :

M ^{me} Jocelyne Champagne	Conseillère en soins spécialisés Hôpital Charles-LeMoine
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
M ^{me} Hélène Larocque	Coordonnatrice, direction des soins infirmiers Centre hospitalier Fleury
D ^{re} Judith Latour	Géiatre Hôpital Saint-Luc, CHUM
M. Vital Simard	Chef du Service des personnes âgées Direction générale des services à la population, MSSS
M ^{me} Diane Therrien	Représentante de la Direction du soutien au réseau MSSS
M. Jean-Guy Trottier	Directeur général CLSC Orléans
D ^{re} Sylvia Windholz	Médecin omnipraticien Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

COMITÉ DE TRAVAIL : PLAN DE GESTION DU DÉBORDEMENT DE L'URGENCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Président du comité :

D^r Pierre Hamel Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

Membres du comité :

D^r Marc Afilalo Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Président du comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences

D^{re} Christiane Arbour Directrice des services professionnels
Hôpital Saint-Eustache

D^r Bruno Baril Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital Charles-LeMoine

M^{me} Sylvie Berger Coordinatrice
CCNU, MSSS

M. Jean Bragagnolo Directeur général
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

D^r Jacques Brunet Médecin-conseil
CCNU, MSSS

M^{me} Claudine Giguère Agente de recherche
CCNU, MSSS

D^r Christian Hobden Médecin d'urgence
Cité de la santé de Laval

D^r Pierre Laliberté Directeur des services professionnels
Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHA

D^r Claude Poirier Coordinateur
CCNU, MSSS

M. Gaétan Prévost Infirmier–chef à l'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis

M^{me} Angèle St-Jacques Directrice des soins infirmiers
Centre hospitalier Anna-Laberge

M^{me} Diane Therrien Représentante
Direction du soutien au réseau, MSSS

COMITÉ DE TRAVAIL : GESTION DE LA CLIENTÈLE DE CARDIOLOGIE À L'UNITÉ D'URGENCE
Président du comité :

D^r Pierre Hamel Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

Membres du comité :

D^r Jacques Bachand Coordonnateur médical
CCNU, MSSS

M. Émilien Bouffard Coordonnateur adjoint
CCNU, MSSS

M^{me} Geneviève Bouthillier Agente de recherche
CCNU, MSSS

D^r Jacques Brunet Médecin-conseil
CCNU, MSSS

D^r Michel Camirand Chef du Département de médecine générale
Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins

M^{me} Lucie Cyr Adjointe clinico-administrative à la DSI
Centre hospitalier Fleury

D^r Mark Garand Cardiologue
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

M^{me} France Gendron Coordonnatrice infirmière à la gestion des hospitalisations
Centre hospitalier Anna-Laberge

M^{me} Margo Ménard Représentante du réseau québécois de cardiologie tertiaire
MSSS

M^{me} Laurence Rivet Représentante
Direction générale des services de santé et médecine
universitaire, MSSS

D^r Claude Sauvé Cardiologue
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^r Alain Vadeboncoeur Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Institut de cardiologie de Montréal

COMITÉ DE TRAVAIL : MONITORAGE À L'UNITÉ D'URGENCE

Président du comité :

D^r Alain Vadeboncoeur Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Institut de cardiologie de Montréal

Membres du comité :

M. Paul Boivin Ingénieur
Direction générale des services de santé et médecine
universitaire, MSSS

D^r Pierre Hamel Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

D^{re} Rose-Marie Mécarbané Médecin d'urgence
Hôpital Pierre-Boucher

M^{me} Danielle Perreault Infirmière–chef
Institut de cardiologie de Montréal

COMITÉ DE TRAVAIL : ÉQUIPEMENT À L'UNITÉ D'URGENCE

Président du comité :

D^r Pierre Hamel Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

Membres du comité :

D^r Pierre Baril Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

M^{me} Sylvie Berger Coordinatrice
CCNU, MSSS

M. Paul Boivin Ingénieur
Direction générale des services de santé et médecine
universitaire, MSSS

D^r David Laflamme Médecin d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis

M^{me} Suzanne Ruel Infirmière–chef de l'urgence
Hôpital Sainte-Croix de Drummondville

COMITÉ DE TRAVAIL : ORGANISATION MÉDICALE EN RÉGION RURALE**Président du comité :**

D^r Pierre Hamel Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

Membres du comité :

D^r Marc Afilalo Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Président du comité d'experts du Centre de coordination nationale
des urgences

M^{me} Sylvie Berger Coordinatrice
CCNU, MSSS

M^{me} Geneviève Bouthillier Agente de recherche
CCNU, MSSS

D^r Jacques Brunet Médecin-conseil
CCNU, MSSS

M. Camil Dion Directeur général
Réseau de santé Témiscouata

D^r Claude Farah-Lajoie Médecin-conseil
Association des hôpitaux du Québec

D^r Louis Gagnon Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital de Chicoutimi

D^{re} Yolaine Galarneau Directrice, Direction de l'accessibilité aux services médicaux
MSSS

D^r Hervé Genest Représentant de la Direction de l'organisation des services
médicaux et de l'excellence clinique, MSSS

M^{me} Claudine Giguère Agente de recherche
CCNU, MSSS

D^r Pierre Lapointe Représentant du groupe-conseil en traumatologie
MSSS

D^r Daniel Lefrançois Directeur médical national des services préhospitaliers
MSSS

D^r Keith MacLellan Médecin omnipraticien
Hôpital de Shawville

M^{me} Manon Paquin Coordinatrice
Centre national médecins-Québec, MSSS

D^r Jacques Pelletier Médecin omnipraticien
Centre hospitalier de Baie-des-Chaleurs

M. Jean-Guy Proulx Conseiller aux services préhospitaliers d'urgence
ADRLSSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Sylvie Tousignant Infirmière-chef
Carrefour Santé du Granit

D^r Paul Benoit Tremblay Représentant du groupe-conseil en traumatologie
MSSS

COMITÉ DE TRAVAIL : CATÉGORISATION DES UNITÉS D'URGENCE

Président du comité :

D^r Marc Afilalo Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Président du comité d'experts du Centre de coordination nationale
des urgences

Membres du comité :

M^{me} Sylvie Berger Coordonnatrice
CCNU, MSSS

D^r Yves Bolduc Directeur des services professionnels
Hôtel-Dieu d'Alma, centre Le Jeannois

D^r Jacques Brunet Médecin-conseil
CCNU, MSSS

M^{me} Francine Cadotte Représentante
Direction des professionnels de la santé, MSSS

M^{me} Christiane Charest Infirmière
Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins

D^r Claude Farah-Lajoie Médecin-conseil
Association des hôpitaux du Québec

D^r Pierre Fréchette Adjoint au directeur des services professionnels
Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHA

D^{re} Yolaine Galarneau Directrice
Direction de l'accessibilité aux services médicaux, MSSS

M. Vital Gaudet Représentant
Regroupement Cloutier-Du Rivage

D^r Pierre Hamel Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

D^r Pierre Lapointe Représentant du groupe-conseil en traumatologie
MSSS

D^r Daniel Lefrançois Directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence
MSSS

M^{me} Manon Paquin Représentante
Direction de l'accessibilité aux services médicaux, MSSS

D^r Jacques Pelletier Médecin omnipraticien
Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs

D^r Claude Poirier Coordonnateur
CCNU, MSSS

D^r Pierre Racette Représentant
Collège des médecins du Québec

M^{me} Diane Therrien Représentante
Direction du soutien au réseau, MSSS

M^{me} Ann Watters Représentante
ADRLSSSS de l'Outaouais

COMITÉ DE TRAVAIL : ORGANISATION DU TRAVAIL À L'UNITÉ D'URGENCE

Coprésidentes du comité :

M ^{me} Sylvie Lamothe	Infirmière Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
M ^{me} Denise Trudel	Infirmière–chef de l'urgence Cité de la santé de Laval

Membres du comité :

M ^{me} Julie Berger	Intervenante sociale Centre hospitalier de Verdun
D ^r Pierre Desaulniers	Médecin spécialiste en médecine d'urgence CHUM
M ^{me} Manon Gariépy	Infirmière Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M. Michel Legros	Représentant du Service à la planification et mobilité régionale des personnes salariées du réseau, ADRLSSSS de Montréal
M ^{me} Suzanne Lépine	Pharmacienne Hôpital Notre-Dame, CHUM
M ^{me} Louise Potvin	Directrice des soins infirmiers Hôpital Maisonneuve-Rosemont
M. Gaétan Prévost	Infirmier–chef Hôtel-Dieu de Lévis
M ^{me} Christiane Rouleau	Coordonnatrice du Service à la planification et mobilité régionale des personnes salariées du réseau, ADRLSSSS de Montréal
M ^{me} Ginette Samson-Desrochers	Infirmière–chef de l'urgence et des services ambulatoires Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur
M ^{me} Micheline Ulrich	Conseillère-cadre Direction générale des politiques de main-d'œuvre, MSSS
M. Marlon Wilson	Commis Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Les personnes suivantes ont participé à des groupes de discussion ainsi qu'à des séances de consultation :

M. Normand Bégin	Préposé Centre hospitalier de Verdun
M. Daniel Bellemare	Infirmier–chef de l'urgence Hôpital Santa Cabrini
M ^{me} Manon Bourassa	Infirmière–chef de l'urgence Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
M ^{me} Francine Carbonneau	Infirmière–chef de l'urgence Hôpital Pierre-Boucher
M ^{me} Nicole Cyr	Infirmière clinicienne CHUM

M ^{me} Renée Descôteaux	Coordonnatrice clinique de l'urgence et unité de débordement Cité de la santé de Laval
M ^{me} Sonia Enright	Inhalothérapeute Hôpital Santa Cabrini
M ^{me} Chantal Henquet	Conseillère à la coordination clinique à l'occupation des lits Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M. Richard Lanthier	Infirmier–chef de l'urgence Centre hospitalier régional de Lanaudière
M ^{me} Suzanne L. Michaud	Conseillère en soins infirmiers Association des hôpitaux du Québec
M ^{me} Danielle Perreault	Infirmière–chef Institut de cardiologie de Montréal
D ^r Dany Potvin	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital Maisonneuve-Rosemont
D ^{re} Kathleen Pouliot	Médecin d'urgence Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M ^{me} Francine Raymond	Infirmière Hôpital Charles-LeMoine
D ^r Claude Rivard	Médecin d'urgence Hôpital Pierre-Boucher
M ^{me} Marie Simard	Infirmière–chef de l'urgence Hôpital Laval
M ^{me} Nancy Turner	Infirmière clinicienne en soins critiques Centre universitaire de santé McGill

COMITÉ DE TRAVAIL : LIENS ENTRE L'URGENCE ET LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

Président du comité :

D ^r Louis Couture	Directeur des services professionnels Hôpital Charles-LeMoine
------------------------------	--

Membres du comité :

M ^{me} Sylvie Aubry	Infirmière–chef de l'urgence Hôpital du Haut-Richelieu
D ^r Yves Bastien	Représentant Association des spécialistes en médecine interne du Québec
M ^{me} Sylvie Berger	Coordonnatrice CCNU, MSSS
D ^r André Bianki	Directeur des services professionnels Hôtel-Dieu de Sorel
D ^{re} Michèle Drouin	Radiologiste Centre hospitalier Angrignon
D ^r Claude Farah-Lajoie	Représentant Association des hôpitaux du Québec

D ^r Pierre-Yves Garneau	Représentant Association des chirurgiens généraux du Québec
D ^r Michel Garner	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M ^{me} Claudine Giguère	Agente de recherche Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
D ^r Gilles Jobin	Représentant Association des gastroentérologues du Québec
D ^{re} Manon Labrecque	Représentante Association des pneumologues du Québec
D ^r Claude Sauvé	Représentant Association des cardiologues du Québec

COMITÉ DE TRAVAIL : PERTINENCE DE LA GESTION DES LITS

Président du comité :

D ^r Jacques Brunet	Médecin-conseil CCNU, MSSS
-------------------------------	-------------------------------

Membres du comité :

D ^r Marc Afilalo	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis Président du comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences
M ^{me} Claire Beaudin	Infirmière Hôtel-Dieu de Montréal, CHUM
M. Régis Blais	Professeur en administration de la santé Université de Montréal
D ^r Laurent Boisvert	Représentant Association des hôpitaux du Québec
D ^r Yves Bolduc	Directeur des services professionnels Hôtel-Dieu d'Alma, centre Le Jeannois
M ^{me} Geneviève Bouthillier	Agente de recherche CCNU, MSSS
D ^{re} Louise Clément	Directrice adjointe Direction des services professionnels, CHUM
D ^r Louis Couture	Directeur des services professionnels Hôpital Charles-LeMoine
M. Yves Desjardins	Agent de recherche Hôpital Charles-LeMoine
M ^{me} Claudine Giguère	Agente de recherche Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
M ^{me} Danièle Hubert	Infirmière Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec
D ^r Norman Kalant	Recherche Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
M. Daniel Labbé	Représentant Direction de la planification stratégique, MSSS
D ^r Guy Legros	Directeur des services professionnels par intérim Hôpital Maisonneuve-Rosemont
D ^r Pierre Masson	Représentant Agence de Montréal
D ^r Jacques Morin	Gériatre Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA
D ^r Conrad Pelletier	Représentant Agence de Montréal
D ^{re} Ewa Sidorowicz	Directrice des services professionnels Hôpital Royal-Victoria

COMITÉ DE TRAVAIL : PATIENTS PÉDIATRIQUES DE L'UNITÉ D'URGENCE SOUFFRANT D'UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Président du comité :

D ^r Jacques Brunet	Médecin-conseil CCNU, MSSS
-------------------------------	-------------------------------

Membres du comité :

M ^{me} Louise Arès	Psychologue Hôpital Charles-LeMoyne
M ^{me} Sylvie Berger	Coordonnatrice CCNU, MSSS
D ^r Claude Bergeron	Pédopsychiatre Hôtel-Dieu, CHUS
M ^{me} Suzanne Bouchard	Représentante Direction de la santé mentale, MSSS
M ^{me} Geneviève Bouthillier	Agente de recherche CCNU, MSSS
M. Daniel Corbeil	Coordonnateur Département de psychiatrie Hôpital du Haut-Richelieu
D ^r Paul-André Desmarais	Pédopsychiatre Hôtel-Dieu de Lévis
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
M ^{me} Michèle Paquette	Infirmière Hôpital de Montréal pour enfants

M ^{me} Maryse Ste-Onge	Psychologue Hôpital Sainte-Justine
M ^{me} Denise Trudel	Infirmière-conseil CCNU, MSSS
M. Alain Turner	Directeur de la protection de la jeunesse adjoint Centres jeunesse de Lanaudière

COMITÉ DE TRAVAIL : PROBLÉMATIQUE LIÉE À L'OBSERVATION À L'URGENCE

Président du comité :

D ^r Jacques Brunet	Médecin-conseil CCNU, MSSS
-------------------------------	-------------------------------

Membres du comité :

D ^r Jacques Bachand	Coordonnateur médical CCNU, MSSS
M ^{me} Sylvie Berger	Coordonnatrice CCNU, MSSS
D ^r Hervé Genest	Représentant Direction de l'organisation des services médicaux et de l'excellence clinique, MSSS
M ^{me} Claudine Giguère	Agente de recherche CCNU, MSSS
D ^r Pierre Hamel	Médecin spécialiste en médecine d'urgence Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ
D ^r Christian Hobden	Médecin d'urgence Cité de la santé de Laval
M ^{me} Louise Montreuil	Représentante Direction générale de la coordination ministérielle et des liens avec le réseau, MSSS
D ^r Jacques Pelletier	Omnipraticien Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs
D ^{re} Ewa Sidorowicz	Directrice des services professionnels Hôpital Maisonneuve-Rosemont
M ^{me} Denise Trudel	Infirmière-chef Cité de la santé de Laval

COMITÉ DE TRAVAIL : RÉDUCTION DES DÉLAIS D'ATTENTE À L'URGENCE

Présidente du comité :

M^{me} Sylvie Berger Coordonnatrice
CCNU, MSSS

Membres du comité :

M^{me} Sylvie Allard Infirmière
GMF

D^{re} Marie-Claire Baby Médecin d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis

D^r Jacques Bachand Coordonnateur médical
CCNU, MSSS

D^r Guy Bolduc Médecin de première ligne
Région de Québec

M^{me} Gertrude Bourdon Coordonnatrice
CCNU, MSSS

M^{me} Geneviève Bouthillier Agente de recherche
CCNU, MSSS

D^r Jacques Brunet Médecin-conseil
CCNU, MSSS

D^{re} Louise Clément Directrice adjointe
Direction des services professionnels CHUM

M^{me} Lucie Cyr Infirmière
Représentante de l'OIIQ

M. Blaise Desrosiers Directeur des soins infirmiers
Représentant de l'AHQ

M^{me} Line Dumas Infirmière
Représentante de l'AIUQ

M^{me} France Gendron Coordonnatrice à la durée des séjours
Représentante de l'AGIUQ

M^{me} Lucie Labbé Représentante de l'AHQ

D^r Claude Ménard Représentant
Collège des médecins

M^{me} Denise Trudel Infirmière-conseil
CCNU, MSSS

COMITÉ DE TRAVAIL : COMITÉ DES UTILISATEURS DU PROJET SIGDU**Présidente du comité :**

M^{me} Sylvie Berger Coordonnatrice
CCNU, MSSS

Membres du comité :

D^{re} Marie-Claire Baby Représentante
AMUQ

M. Daniel Bellemare Infirmier-conseil
CCNU, MSSS

M^{me} Marlène Bergeron Représentante
Agence de la Capitale nationale

M^{me} Julie Boucher Représentante
Agence de Montréal

M^{me} Gertrude Bourdon Représentante
AHQ

D^{re} Louise Clément Directrice adjointe
Direction des services professionnels CHUM

M. Alain Couillard Informaticien
CCNU, MSSS

M. Yves Desjardins Adjoint au directeur général
Hôpital Jean-Talon

M^{me} Gisèle Drapeau Pilote d'orientation du registre
MSSS

M^{me} Joanne Gaumont Représentante de la RAMQ
MSSS

M. Yves-Alain Hémon Chef de projet
CCNU, MSSS

M^{me} Diane-Maude Martel Représentante
Agence de la Capitale-Nationale

M^{me} Sylvie Montreuil Représentante
Direction de la planification stratégique, MSSS

M. Dominic Pagé Représentant de la CSST
MSSS

M. Gaétan Prévost Représentant
AGIIUQ

M^{me} Guylaine Rioux Représentante
CSST, MSSS

M^{me} Monique Roy Représentante
RAMQ, MSSS

M^{me} Claire Sarrazin Archiviste médicale
Centre hospitalier régional de Lanaudière

**COMITÉ DE TRAVAIL : ANALYSE DES PROJETS D'AGRANDISSEMENT ET DE RÉNO-
VATION DE L'URGENCE**

Présidente du comité :

M^{me} Diane-Maude Martel Coordonnatrice adjointe, CCNU, MSSS

Membres du comité :

M. Paul Boivin Représentant
Service du développement et de l'évaluation des technologies,
MSSS

M. Émilien Bouffard Coordonnateur adjoint
CCNU, MSSS

M^{me} Gertrude Bourdon Coordonnatrice
CCNU, MSSS

M^{me} Céline Drolet Architecte
Corporation d'hébergement du Québec

D^r Pierre Hamel Médecin spécialiste en médecine d'urgence
Centre hospitalier de l'Université Laval, CHUQ

D^r Christian Hobden Médecin d'urgence
Cité de la santé de Laval

M. Gaétan Prévost Infirmier–chef
Hôtel-Dieu de Lévis

D^r Bernard Unger Spécialiste en médecine d'urgence
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

■ BIBLIOGRAPHIE ■

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- AFILALO, M. (1999). *Les marqueurs de la performance à l'urgence*, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, publication interne.
- BEVERIDGE, R. *et al.* (1999). « Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) », *Journal de l'Association des médecins d'urgence du Québec*, supplément, 19 p.
- CHINNIS, A. (2000). « Mission-based Management : Implication for Emergency Medicine », *Academic Emergency Medicine*, vol. 7, n° 4, p. 377–379
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1998). *Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services médicaux*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 20 p.
- EMERGENCY SERVICES WORKING GROUP (1998). *OHA region 3 Emergency Services Working Group*, Toronto, Ontario Hospital Association.
- GROUPE TACTIQUE D'INTERVENTION – ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC (1998). *Les urgences au Québec 1990–1997 : bilan, perspectives et normes*, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 53 p.
- HAMEL, P., L. LA RUE, J. POITRAS (hiver 1998). « Pour une utilisation rationnelle de la salle de stabilisation », *Journal de l'Association des médecins d'urgence du Québec*, n° 7, p. 43–45.
- HENRY, G.L. (1997). *Emergency Medicine Risk Management*, 2^e édition, Dallas, American College of Emergency Physicians, 592 p.
- KRISTAL, S.L. *et al.* (1999). « 1998–1999 SAEM Emergency Medicine Faculty Salary and Benefits Survey », *Academic Emergency Medicine*, vol. 6, n° 12, p. 1261–1271.
- MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS et du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC. « *Médecins d'urgence. La départementalisation d'un service d'urgence* ».
- MEISLIN, H. *et al.* (1992). « Meeting the Goals of Academia : Characteristics of Emergency Medicine Faculty Academic WorkStyles », *Academic Emergency Medicine*, vol. 21, n° 3, p. 298–302.
- MICHAUD, D. (2000). *Le travail du pharmacien à l'urgence*, Hôtel-Dieu de Lévis, publication interne.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (novembre 1999). *Relever ensemble le défi des urgences. Plan d'action issu du forum sur la situation dans les urgences tenu à Montréal les 4 et 5 octobre 1999*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (novembre 2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 61 p.

NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL (1997). *Data Elements for Emergency Department Systems*, Atlanta, Georgia.

ROSEN, P. *et al.* (1998). *Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice*, 4^e édition, St-Louis, Mosby, 2930 p.

ROSEN, R.A. (1998). *Managing to Get it Right*, Dallas, American College of Emergency Physicians, 314 p.

SANDERS, A.B. *et al.* (1998). « Allocation of Time in Three Academic Specialties », *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 6, p. 435–437.

SEROUR, S. *et al.* (1999). « Pharmacist Needed in the ER », *stat JGPH*, vol. 52, n° 6, p. 387–392.

VADEBONCOEUR, A. *et al.* (1999). *Projet urgence 2000. De paratonnerre à plaque tournante*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 101 p.

VILLENEUVE, J. (2000). « Revoir l'urgence du CH Le Gardeur : expérience exigeante, mais nécessaire ! », *Objectif prévention*, vol. 23, n° 3, p. 9–12.

WILLIAMS, R.M. (1996). « The Costs of Visits to Emergency Departments », *New England Journal of Medicine*, n° 334, p. 642–646.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE À LA CLIENTÈLE DE PÉDIATRIE

AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS COMMITTEE ON DRUGS (June 1992). « Guidelines for Monitoring and Management of Paediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures (RE9252) », *Pediatrics*, vol. 89, n° 6, Part 1, p. 1110–1115.

AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS COMMITTEE ON PAEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE (August 1993). « Consent for Medical Services for Children and Adolescents (RE9309) », *Pediatrics*, vol. 92, n° 2, p. 290–291.

AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS COMMITTEE ON PAEDIATRICS EMERGENCY MEDICINE (1995). « Guidelines for Paediatric Care Facilities », *Pediatrics*, vol. 96, n° 3, p. 526–537.

AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS COMMITTEE ON PAEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE (September 1995). « Guidelines for Paediatric Emergency Care Facilities (RE9536), Policy Statement », *Pediatrics*, vol. 96, n° 3, p. 526–537.

- AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS, COMMITTEE ON PAEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE, AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE, SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (January 2000). « Consensus Report for Regionalization of Services for Critically Ill or Injured Children », *Pediatrics*, vol. 105, n° 1, p. 152–155.
- AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS. COMMITTEE ON PAEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE (March 2000). « Access to Paediatric Emergency Medical Care », *Pediatrics*, vol. 105, n° 3, p. 647–649.
- AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS, COMMITTEE ON PAEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE, and AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, (April 2001). « Care of Children in the Emergency Department : Guidelines for Preparedness, Paediatric Committee », *Pediatrics*, vol. 107, n° 4, p. 777–781.
- AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS (2002). « Paediatric Emergency Medical Services Act. Policy Statement. A Bill to Establish Guidelines for Developing a Comprehensive Emergency Medical Services System for Children », *Paediatric Policy Reference Guide*, Model Legislation.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (June 1995). « Policy Statements : Emergency Department Observation Units », *Annals of Emergency Medicine*, n° 25, p. 863–864.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (April 1997). « Policy Statements. Emergency Care guidelines », *Annals of Emergency Medicine*, n° 29, p. 564–571.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS AND THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1998). *The Paediatric Emergency Medicine Course*, 3rd Edition, Marion Gausche.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (September 2000). *Care of Children in the Emergency Department : Guidelines for Preparedness*, Dallas, American College of Emergency Physicians.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COMMISSION ON EMERGENCY MEDICAL SERVICES (May 1990). « Paediatric Emergencies », *Pediatrics*, vol. 85, n° 5, p. 879–887.
- ATHEY, J. *et al.* (June 2001). « Ability of Hospitals to Care for Paediatric Emergency Patients », *Paediatric Emergency Care*, vol. 17, n° 3, p. 170–174.
- CODE CIVIL DU QUÉBEC, L.R.Q. 1991, c. 64, art. 13, 14, 16, 17, 18.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (décembre 1998). *Guide d'exercice. Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*, Montréal, Collège des médecins, 16 p.
- DUHAMEL, F. (1995). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers*, Montréal et Paris, Gaétan Morin Éditeur, 286 p.
- INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON PAEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE SERVICES (1993). *Emergency Medical Services for Children*, Washington (DC), National Academy Press, 416 p.

- ECKLE, N., S.L. MACLEAN (June 2001). « Assessment of Family Centered Care Policies and Practices for Pediatric Patients in Nine US Emergency Departments », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 3, n° 27, p. 238–245.
- EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (1995). *Standards of Emergency Nursing Practice*, 3rd Edition, St. Louis, Mosby, 101 p.
- HALLER, J.A. (July 1990). « Toward a Comprehensive Emergency Medical System for Children », *Pediatrics*, vol. 86, n° 1, p. 120–122.
- HALLER, J.A. *et al.* (1983). « Organization and Function of a Regional Pediatric Trauma Center : Does a System of Management Improve Outcome ? », *The Journal of Trauma*, vol. 23, n° 8, p. 691–696.
- HAZINSKI, M.F. (1992). *Nursing Care of the Critically Ill Child*, 2nd Edition. St. Louis, Mosby, 1147 p.
- HOLDER, AR. (1987). « Minors' Rights to Consent to Medical Care », *JAMA*, vol. 257, n° 24, p. 3400–3402.
- HOSPITAL FOR SICK CHILDREN (2002). *Patient Transfer Guidelines – Method of Transportation*, (Personnel Correspondence), Toronto (Ontario).
- KANPP, J. (1995). « A call to Action : the Institute of Medicine Report on Emergency Medical Services for Children », *Pediatrics*, n° 96, p. 173–210.
- KISSOON, N., M. WALIA (1989). « The Critically Ill Child in the Paediatric Emergency Department », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 18, n° 1, p. 30–33.
- LUDWIG, S., S.M. SELBST (1990). « A Child Oriented Emergency Medical Services System », *Current Problems in Pediatrics*, vol. 20, n° 3, p. 15–18.
- LUDWIG, S. (1992). *Emergency Medical Services for Children : the Role of the Primary Care Provider*, Elke Grove Village, American Academy of Pediatrics, 266 p.
- LUTEN, R., G. FOLTIN (1993). *Paediatric Resources for Prehospital Care*, 3rd Edition, Arlington, National Centre for Education in Maternal and Child Health.
- MOLCZAN, KA. (2001). « Paediatric up Date. Triaging Pediatric Orthopedic Injuries », *Journal of Emergency Nursing*, vol. 27, n° 3, p. 297–300, 313–318.
- NATIONAL EMERGENCY MEDICAL SERVICES FOR CHILDREN RESOURCE ALLIANCE (1998). « Guidelines for Paediatric Equipment and Supplies for Emergency Departments », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 31, n° 1, p. 54–57.
- POLLACK, M.M. *et al.* (1991). « Improved Outcomes from Tertiary Center Paediatric Intensive Care : a Statewide Comparison of Tertiary and Nontertiary Care Facilities », *Critical Care Medicine*, vol. 19, n° 2, p. 150–159.
- POLLACK, M.M. *et al.* (September 28, 1994). « Impact of Quality-of-Care Factors on Paediatric Intensive Care Unit Mortality », *JAMA*, vol. 272, n° 12, p. 941–946.
- RAMENOFKY, M.L. *et al.* (1984). « Maximum Survival in Paediatric Trauma : the Ideal System », *The Journal of Trauma*, vol. 24, n° 9, p. 818–823.

- SEIDEL, J.S. *et al.* (June 1984). « Emergency Medical Services and the Paediatric Patient : Are the Needs Being Met ? », *Pediatrics*, vol. 73, n° 6, p. 769–772.
- TRELOAR, D.J. *et al.* (March 1991). « Use of Emergency Services by Unaccompanied Minors », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 20, n° 3, p. 297–310.
- WARREN, D.J.A., L. LEBLANC (2001) « ÉTG pédiatrique : Échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité. Guide d'implantation pour les départements d'urgence », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, (suppl.), vol. 3, n° 4, p. 2–23.
- WEINGERG, J. *et al.* *Committee on Paediatric Emergency Medicine*, 1994–1995.
- WHEELER, D.S. (September 1999). « Emergency Medical Services for Children : a General Pediatrician's Perspective », *Problems in Pediatrics*, vol. 29, n° 8, p. 221–248.
- WOODWARD, G., B. KING (2000). *Transport Medicine Textbooks of Paediatric Emergency Medicine*, 4th Edition, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, Chapter 7, p. 103–128.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE À LA SANTÉ MENTALE

- ALLEN, M.H. (December 1999). « Level 1 psychiatric emergency services. The Tools of the Crisis Sectors », *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 22, n° 4, p. 713–734.
- BRESLOW, E.R., B.J. ERICKSON, K.C. CAVANAUGH (2000). « The Psychiatric Emergency Service : Where We've Been and Where We're Going », *Psychiatric Quarterly*, vol. 71, n° 2, p. 101–121.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1997). *Rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 20 p.
- FOURNIER, L. *et al.* (1999). *Santé mentale. Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels* Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal–Centre, 30 p.
- LALONDE, P. *et al.* (1999). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*, tome 1, Introduction et syndromes cliniques, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 832 p.
- LALONDE, P. *et al.* (2001). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*, tome 2, Spécialités, traitements sciences fondamentales et sujets d'intérêt, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 832–2091.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, document de consultation, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 51 p.
- SHEA SHAWN, C. (1999). *The Practical Art of Suicide Assessment. A guide for Mental Health and Substance Abuse Counselors*, New Jersey, John Wiley and Sons, 254 p.

TRUDEAU, J.-B. *et al.* (2003). *Formation et modalités d'intervention dans le cadre de la Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (document produit dans le cadre du Programme régional de formation en santé mentale de l'Outaouais), 103 p.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE À LA GÉRIATRIE

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2000). *Cadre de référence. Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 65 p.

BERGMAN, T.L. *et al.* (1997). « *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)* (rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 157 p.

GOLD, S., H. BERGMAN (1997). « A Geriatric Consultation Team in the Emergency Department », *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 45, n° 6, p. 764–767.

HÉBERT, R. *et al.* (2001). « Les réseaux intégrés de service aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité des services », *Le médecin du Québec*, vol. 36, n° 8, p. 77–84.

McCUSKER, J. *et al.* (1999). « Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit ; The ISAR Screening Tool », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 47, n° 10, p. 1229–1237.

McCUSKER, J. *et al.* (2000). « Return to the Emergency Department Among Elders : Patterns and Predictors », *Academic Emergency Medicine*, vol. 7, n° 3, p. 249–259.

McCUSKER, J. *et al.* (2001). « Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline : Results of a Multicenter Randomized Trial », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 10, p. 1272–1281.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 47 p.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE AU PLAN DE GESTION DU DÉBORDEMENT DE L'URGENCE

ANONYME (1990). « Measures to Deal with Emergency Department Overcrowding. American College of Emergency Physicians », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 19, n° 8, p. 944–945.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (2002). *Responding to Emergency Department Crowding : A guidebook for Chapters*, Dallas, American College of Emergency Physicians.

- AMINZADEH, F., W.B. DALZIEL (2002). « Older Adults in the Emergency Department : a Systemic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 39, n° 3, p. 238–247.
- APPLEBY, J. (February 4, 2000). « ER Conditions Critical », *USA today. News section A*, p. 1.
- ARIZONA COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (2000). « The Emergency Services Crisis of 2000 : the Arizona Experience ». [http://www.azcep.org/er_crowding/az-exp.pdf].
- ARIZONA EMERGENCY MEDICAL SYSTEMS (May 17th 2000). « Diversion Guidelines 2000–01 ». [http://www.aems.org/diversion_guidelines.htm].
- CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS AND NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION (2001). « Joint Position Statement on Emergency Department Overcrowding (Policy) », *CJEM*, vol.3, n° 2, p. 82–84.
- CENTRE HOSPITALIER DE GRANBY (2001). *Mesures prises afin de limiter l'engorgement de la salle d'urgence au CGH pendant la période des fêtes*, Granby, Centre hospitalier de Granby.
- « Code Help ». [http://azcep.org/er_crowding/best_practices.html].
- DERLET, R., J. RICHARDS (2000). « Overcrowding in the Nation's Emergency Departments : Complex Causes and Disturbing Effects », *Ann Emerg Med.*; 35 (1), pp. 63–68.
- DERLET, R., J. RICHARDS, R. KRAVITZ (2001). « Frequent Overcrowding in U.S. Emergency Departments », *Academic Emergency Medicine*, vol. 8, n° 2, p. 151–155.
- DERLET, R. (2002). « Overcrowding in Emergency Departments : Increased Demand and Decreased Capacity », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 39, n° 4, p. 430–432.
- DERLET, R. *et al.* (September 2000). « Emergency Department Overcrowding. Correspondence », *Journal of American College of Emergency Physicians*.
- EMERGENCY DEMAND COORDINATION GROUP (EDCG) (February 2001). *Emergency Demand Management : a New Approach*, Melbourne, 24 p.
- ESPINOSA, G. *et al.* (2002). « Effects of External and Internal Factors on Emergency Department Overcrowding », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 39, n° 6, p. 693–695.
- FATOVICH, D.M. (2002). « Emergency Medicine », *BMJ*, vol. 321, n° 20, p. 958–962.
- FLORIDA AGENCY FOR HEALTH CARE ADMINISTRATION (December 2001). « Emergency Services Task Force. Principles of Diversion for EMS ». [http://www.azcep.org/er_crowding/fl.pdf].
- GRAFF, L. (1999). « Overcrowding in the ED : an International Symptom of Health Care System Failure », *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 17, n° 2, p. 208–9.
- GRAFF, L., M. RADFORD (1990). « Formula for Emergency Physician Staffing », *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 8, n° 3, p. 194–199.

- LAMBE, S. *et al.* (2002) « Trends in the Use and Capacity of California's Emergency Departments, 1990–1999 », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 39, n° 4, p. 389–396.
- LEE, T.H. *et al.* (1995). « Failure of Information as an Intervention to Modify Clinical Management », *Annals of Internal Medicine*, vol. 122, n° 6, p. 434–437.
- LYNN, S.G. *et al.* (1991). « Critical Decision Making : Managing the Emergency Department in an Overcrowded Hospital », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 20, n° 3, p. 287–292.
- LYNN, S.G. *et al.* (1991). Managing the Emergency Department Overload with Inpatient and ICU Boarders, in *Comprehensive Guide to Effective Practice Management*, 2th Edition, Dallas.
- MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH (December 11, 2000). « Measures that Hospital Should Take Regarding Ambulance Diversions ». [http://www.azcep.org/er_crowding/ma.pdf].
- McCUSKER, J. (2000). « Return to the Emergency Department Among Elders : Patterns and Predictors », *Academic Emergency Medicine*, vol. 7, n° 3, p. 249–259.
- NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH (December 11, 2000). « Statement of Hospital Obligations and Responsibilities for Overcrowding and Diversions ». [http://www.azcep.org/er_crowding/ny.pdf].
- OLSON, C.M. (1991). « Hospital Admission Through the Emergency Department : the Obstructed Pathway », *Journal of American Medical Association*, vol. 266, n° 16, p. 2274.
- RICHARDS, J.R. *et al.* (2000). « Survey of Directors of Emergency Departments in California on Overcrowding », *Western Journal of Medicine*, vol. 172, n° 6, p. 385–388.
- SAUNDERS, C.E. *et al.* (1989). « Modeling Emergency Department Operations Using Advanced Computer Stimulation Systems », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 18, p. 134–140.
- SCHNEIDER, S. *et al.* (2001). « Rochester, New York : a Decade of Emergency Overcrowding », *Academic Emergency Medicine*, vol. 8, n° 11, p. 1022–1023.
- SCHULL, M. *et al.* (2002). « Urban Emergency Department Overcrowding : Defining the Problem and Eliminating Misconceptions », *Canadian journal of medical care*, vol. 4, n° 2, p. 76–83.
- SOUTHALL, A., V. HARRIS (1999). « Patient ED Turnaround Times : a Comparative Review », *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 17, n° 2, p. 151–153.
- SPAITE, D.W. *et al.* (2002) « Rapid Process Redesign in a University-Based Emergency Department : Decreasing Waiting Time Intervals and Improving Patient Satisfaction », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 39, n° 2, p. 168–177.

- STERN, R.S. *et al.* (1991). « The Emergency Department as Pathway to Admission for Poor and High-Cost Patients », *Journal of American Medical Association*, vol. 266, n° 16, p. 2238–2243.
- THE AUDIT COMMISSION (October 2001). *Accident and Emergency Guide to Indicators*, Londres, Healthcare Commission.
- VELIANOFF, G.D. (2002). « Overcrowding and Diversion in the Emergency Department : the Health Care Safety Net Unravels », *The Nursing Clinics of North America*, vol. 37, n° 1, p. 59–66.
- VICCELLIO, P. (August 2000). « ED Overcrowding : Right Diagnosis, Wrong Etiology, no Treatment », *Emergency Medical News*, vol. 1000.
- VICCELLIO, P. (2001). « Emergency Department Overcrowding : an Action Plan », *Academic Emergency Medicine*, vol. 8, n° 2, p. 151–155.
- WEINGARTEN, S.R. *et al.* (1994). « Practice Guidelines and Reminders to Reduce Duration of Hospital Stay for Patients with Chest Pain », *Annals of Internal Medicine*, vol. 120, p. 257–263.
- WILLIAMS, M. « Ten High Leverage Strategies for Improving ED Flow and Capacity. The Abaris Group ». [<http://www.emedhome.com/archives-data.cfm?ID=news102300&Type=news>].

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE À LA GESTION DES PATIENTS DE CARDIOLOGIE À L'URGENCE

- ANONYME (2000). « Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (2000). Part 7 : the Era of Reperfusion : Section 1 : Acute Coronary Syndrome (Acute Myocardial Infarction) », *Circulation*, vol. 102, n° 22, p. I-175 — I-176.
- BURGESS, C.D. (1998). « Are Short-Stay Admissions to an Acute General Medical Unit Appropriate ? Wellington Hospital Experience », *New Zealand Medicine Journal*, vol. 111, n° 1072, p. 314–315.
- HADDEN, D.S., C.H. DEARDEN, L.G. ROCKE (1996). « Short Stay Observation Patients : General Wards are Inappropriate, » *Journal of Accident and Emergency Medicine*, vol. 13, n° 3 p. 163–165.
- KEELEY, E., J.A. BOURA, C.L. GRINES (January 4th 2003). « Primary Angioplasty versus Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute Myocardial Infarction : a Quantitative Review of 23 Randomised Trials », *Lancet*, vol.361, n° 9351, p. 13–20.
- KUDENCHUK, P.J. *et al.* (1998). « Utility of the Prehospital Electrocardiogram in Diagnosing Acute Coronary Syndromes : the Myocardial Infarction Triage and Intervention (MITI) Project », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 32, n° 1, p. 17–27.

MONTALESCOT, G. et al. (2004). « Recommendations on Percutaneous Coronary Intervention for the Reperfusion of Acute ST Elevation Myocardial Infarction », *Heart*, vol. 90, n° 6, p. 37.

PANCHEON, D. et al. (1995). *Emergency Care Handbook*, London, NHS.

POLLACK, CV., M.T. ROE, E.D. PETERSON, (2003). « 2002 Update to the ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-St-Segment Elevation Myocardial Infarction : Implications for Emergency Department Practice », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 41, n° 3, p. 355–369.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF EDINBURGH (1998). *Acute Medical Admissions and the Future of General Medicine—a Review of Professional Practices in Scotland with Recommendations for Debate and Action*, Edinburgh : RCPE.

TIEFENBRUNN, A.J., B.E. SOBEL (1992). « Timing of Coronary Recanalization. Paradigms, Paradoxes, and Pertinence » *Circulation*, vol. 85, n° 6, p. 2311–2315.

YEUNG, KC., T.W. WONG, R. CHAN et al. (1999). « Evaluation of the Value of an Observation Ward in an Emergency Department », *European Journal of Emergency Medicine* », n° 6, p. 49–53.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE AUX PROBLÈMES LIÉS À L'OBSERVATION À L'URGENCE

ANONYMOUS (1996). *Confronting the Challenge : Seven Tactics for Managing the Rise in Emergency Admissions*, London, The adversary Board Company, 116 p.

BOND, G.R., C.B. WIEGAND (1997). « Estimated Use of a Paediatric Emergency Department Observation Unit », *Annals of Emergency Medicine*, n° 29, n° 6, p. 739–742.

BURGESS, C.D. (1998). « Are Short-Stay Admissions to an Acute General Medical Unit Appropriate ? Wellington Hospital experience », *N Z Med J*, 111, pp. 314–15.

COOKE, M. et al. (2003). « Use of Emergency Observation and Assessment Wards : a Systematic Literature Review », *Emergency Medicine Journal*, vol. 20, n° 2, p. 138–142.

CUNNINGHAM, R., M.G. MIKHAIL (2001). « Management of Patients with Syncope and Cardiac Arrhythmias in an Emergency Department Observation Unit », *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol. 19, n° 1, p. 105–21.

GOODACRE, S.W. (1998). « Role of the Short Stay Observation Ward in Accident and Emergency Departments in the United Kingdom », *Journal of Accident and Emergency Medicine*, vol. 15, n° 1, p. 26–30.

GOODACRE, S.W. et al. (2002). « A Prospective, Observational Study of a Chest Pain Observation Unit in a British Hospital » *Emergency Medicine Journal*, vol. 19, n° 2, p. 117–121.

GOUIN, S. et al. (1997). « Effect of a Paediatric Observation Unit on the Rate of Hospitalization for Asthma », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 29, p. 218–222.

- HAMPTON, J.R., A. GRAY (1998). « The Future of General Medicine : Lessons from an Admissions Ward », *Journal of the Royal College of Physicians*, vol. 32, p. 39–43.
- MAAG, R. *et al.* (1997). « Improving Chest Pain Evaluation within a Multihospital Network by Use of Emergency Department Observation Unit », *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, n° 23, p. 312–320.
- McDERMOTT, M. *et al.* (1997). « A Comparison between Emergency Diagnostic and Treatment Unit and Inpatient Care in the Management of Acute Asthma », *Archives of Internal Medicine*, n° 157, p. 2062–2065.
- McERLAIN–BURNS, T. (1997). « Admitting a Need for Change », *Health Service Journal*, n° 107, p. 33.
- ROBERTS, R., L.G. GRAFF (2001). « Economic Issues in Observation Unit Medicine » *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol. 19, n° 1, p. 19–33.
- RYDMAN, R.J. *et al.* (1999). « Patient Satisfaction with an Emergency Department Asthma Observation Unit », *Academic Emergency Medicine*, n° 6, p. 178–183.
- SAMPALIS, J. *et al.* (August 1997). « Direct Transport to Tertiary Trauma Centers versus Transfer from Lower level Facilities : Impact on Morbidity among Patients with Major Trauma », *Journal of Trauma*, vol. 43, n° 2, p. 288–295.
- SCHULL *et al.* (2004). « Emergency Department Crowding and Thrombolysis Delays in Acute Myocardial Infarction », *Annals of Emergency Medicine*, n° 44, p. 577–585.
- SMITH, H.E. *et al.* (1997). « Appropriateness of Acute Medical Admissions and Length of Stay » *Journal of the Royal College of Physicians*, n° 31, p. 527–532.
- WAKAI, A. *et al.* (2003). « Observation Unit Protocol for Fibrillation, an Emergency Department Observation Unit Protocol for Acute–Onset Atrial Fibrillation is Feasible », *Annals of emergency medicine*, vol. 41, n° 3, p. 421–423.
- WELCH, RD. (2001). « Management of Traumatically Injured Patients in the Emergency Department Observation Unit », *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol. 19, n° 1, p. 137–154.
- YEUNG, KC. *et al.* (1999). « Evaluation of the Value of an Observation Ward in an Emergency Department », *European Journal of Emergency Medicine*, n° 6, p. 49–53.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE À L'ORGANISATION DU TRAVAIL À L'URGENCE

- ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC (2001). *Les infirmières praticiennes à l'urgence*, prise de position de l'AMUQ.
- BONALUMI, N., K. FISHER (Winter 1999). « Health Care Change : Challenge for Nurse Administrators », *Nursing Administration Quarterly*, vol. 23, n° 2, p. 69–73.

- BUCHAN, J. (July 1999). « Still Attractive after all these Years ? Magnet Hospitals in a Changing Health Care Environment », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, p. 100–108.
- COLLÈGE DES MÉDECINS (avril 2001). *L'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 32 p.
- COUGHLIN, C. (March 2001). « Care Centered Organizations, Part 2. The Changing Role of the Nurse Executives », *Journal of Nursing Administration*, vol. 31, n° 3, p.113–120.
- CROWELL, D.M. (Fall 1996). « The Nurse Executive as Integrator : Creating a Field of Health Caring », *Nursing Administration Quarterly*, vol. 21, n° 1, p.35–41.
- DERLET, R.W., J.R. RICHARDS (January 2000). « Overcrowding in the Nation's Emergency Departments : Complex Causes and Disturbing Effects », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 35, n° 1, p.63–68.
- DIONNE, G., S. KÉROUAC (1994). « La gestion partagée : démocratiser la prise de décision », *L'infirmière du Québec*, vol. 2, n° 1, p. 40–45.
- DUMPE, M.L. (May 1996). « Manager as Developer : Facilitating Collaboration », *Nursing Management*, vol. 27, n° 5, p.61–63.
- GARIÉPY, M. (automne 2001). « L'utilisation de l'informatique au triage », *Info Urgence*, vol. 15, n° 2, p.22–25.
- HAGAN, L. (mars–avril 2001). « Affirmer notre savoir-faire : les enjeux et les conditions de réussite », *L'infirmière du Québec*, vol. 8, n° 4, p.10–42.
- HERRMANN, J. (March–April 1995). « Restructuring the Health Care Delivery System », *Health Systems Review*, vol. 28, n° 2, p. 18–20, 22, 24–29.
- HOLLINGSWORTH, J.C. *et al.* (January 1998). « How do Physicians and Nurses Spend their Time in the Emergency Department ? », *Annals of Emergency Medicine Online*, vol. 31, n° 1, p. 87–91.
- JOHNSON, J., M. BILLINGSLEY (November–December 1997). « Reengineering the Corporate Culture of Hospitals », *Nursing and Health Care Perspectives*, vol. 18, n° 6, p. 316–321.
- KILTY, A., W. LEEBOV (December 1998). « A Competency Model Approach to Redesigning the Manager's Role », *Aspens Advisor for Nurse Executives*, vol. 14, n° 3, p. 5–9.
- LEHMANN–SPITZER, R. éd. (1994). *Nursing Management Desk Reference : Concepts, Skill and Strategies*, Philadelphia, Saunders, 742 p.
- MICHAUD, C., L. GAGNÉ, A. BOUDREAU (automne 2001). « TIC-TAC », *Info Urgence*, vol. 2, n° 15, p. 6–10.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Urgence préhospitalière : un système à mettre en place*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 314 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Rapport du forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 157 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 441 p.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (1998). *Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé*, Montréal, L'Ordre, 55 p.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (1999). *Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen terme au Québec*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 47 p.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC (2001). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec : mémoire de l'OIIQ*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 151 p.
- PASTERNAK, E.L., M.A. TOPIONKA (2000). « Blood Cultures in Pyelonephritis : do Results Change Therapy ? » *Academic of Emergency Medicine*, vol. 7, n° 10, p. 1170.
- RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL–CENTRE (mars 2001). *Plan d'action à la suite du colloque Agir pour soigner ensemble sur la planification de main-d'œuvre* organisé par la région régionale de Montréal–Centre.
- RICHARD–SEARS, R.J., C. AQUINO–RUSSELL (juin 2000). « L'équipe auto-dirigée », *L'infirmière canadienne*, vol. 1, n° 1, p. 6–11.
- SOCHALSKI, J., L.H. AIKEN, C.M. FAGIN (October 1997). « Hospital Restructuring in the United States, Canada, and Western Europe : an outcomes research agenda », *Medical Care*, vol. 35, n° 10, p. OS13–25.
- STATING, S., C. TAYLOR (December 1997). « A Guide to Managing Workforce Transitions », *Nursing Management*, vol. 28, n° 12, p. 31–32.
- STIELL, I.G. (1992). « A Study to Develop Clinical Decision Rules for the Use of Radiology in Acute Ankle Injury », *Annals of Emergency Medicine*, n° 21, p. 384–390.
- TACCETTA–CHAPNICK, M. (Fall 1996). « Transformational Leadership », *Nursing Administration Quarterly*, vol. 21, n° 1, p. 60–66.
- TALAN, D.A. (1999). « New Conception in Antimicrobial Therapy for ED Infections », *Annals of Emergency Medicine*, n° 34, p. 503–516.
- THANASSI, M. (1997). « Utility of Urine and Blood Culture in Pyelonephritis », *Academic Emergency Medicine*, n° 4, p. 797–800.
- THE CHANGE FOUNDATION et LA FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 81 p.

- THOMASSION, G., M. LAFRANCE, J. GAGNON (26 septembre 2001). « Dossier spécial : pratique infirmière avancée », *Info Soins, le bulletin des soins infirmiers du CHU*.
- TREMBLAY-LAVOIE, M., C. Viens (2001). « Les éléments d'une intégration réussie », *L'infirmière du Québec*, vol. 8, n° 6, p. 32–36.
- VILLENEUVE, J. (2000). « Objectif prévention. Revoir l'urgence du Centre hospitalier Le Gardeur : expérience exigeante mais nécessaire », *Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales (ASSTSAS)*, vol. 23, n° 3, p. 9–12.
- WILLMOT, M. (August 1998). « The New Ward Manager : an Evaluation of the Changing Role of the Charge Nurse », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 28, n° 2, p. 419–427.
- WISE, Y. (1995). « The Role of the Nurse Manager » in *Leading and Managing in Nursing* », St-Louis, Mosby Year Book, p. 23–35.
- WONG, F. (November 1998). « The Nurse Manager as a Professional-Managerial Class : a Case Study », *Journal of Nursing Management*, vol. 6, n° 6, p. 343–350.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE À L'ORGANISATION D'UNE UNITÉ D'URGENCE EN RÉGION RURALE

- ASSOCIATION CANADIENNE DES MÉDECINS D'URGENCE (1997). *Recommendations for the Management of Rural, Remote and Isolated Emergency Health Care Facilities in Canada*, Ottawa, Canadian Association of Emergency Physicians, 43 p.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES MÉDECINS D'URGENCE (2002). « L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG) : énoncé sur l'implantation en milieu rural », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 7, n° 4, p. 271–274.
- BLUNT, E. (1998). « Role and Productivity of Nurse Practitioners in One Urban Emergency Department », *Journal of Emergency Nurse*, n° 24, p. 234–239.
- BULLOCK, K. *et al.* (1999). « Advanced Practice Family Physicians as the Foundation for Rural Emergency Medicine Services (part 1), Advanced Practice Family Physicians », *Texas Journal of Rural Health* 15, p. 34–44.
- BURGIN, WS. *et al.* (2001). « Acute Stroke Care in Non-Urban Emergency Departments », *Neurology*, vol. 57, n° 11, p. 2006–2012.
- CHANG, E. *et al.* (1999). « An Evaluation of the Nurse Practitioner Role in a Major Rural Emergency Department », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, p. 260–268.
- CODE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC (L.R.Q., c. C-26, art. 87 ; 2001, c. 78, art. 6, art. 32.
- COMITÉ PARITAIRE FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC – MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Mécanisme de dépannage : guide à l'intention des omnipraticiens dépanneurs*, Québec, Comité paritaire Fédération des médecins omnipraticiens du Québec– Ministère de la santé et des services sociaux, 13 p.

- CONNER, R., S. HILLSON, J. KRALEWSKI (1994). « Association Between Rural Hospitals' Residencies, Recruitment and Retention of Physicians », *Academic Emergency Medicine*, n° 69, p. 483–484.
- DRUMMOND, A.J. (1998). « A Critique of the Scott Report », *Journal Canadien de Médecine Rurale*, vol. 3, n° 1, p. 27–30.
- HASKINS, R.J., K.J. KALLAIL (1994). « Staffing in Small Rural Hospital Emergency Rooms : Dependence on Community Family Physicians », *Family Practice Research Journal.*, n° 14, p. 67–75.
- HILL, D., I. MARTIN, P. FARRY (September 13th 2002). « What Would Attract General Practice Trainees into Rural Practice in New Zealand », *The New Zealand Medical Journal*, vol. 115, n° 1161, p. 1–9.
- HUTTEN–CZAPSKI, P. (1998). « Rural incentive programs : a failing report card », *Journal Canadien de la Médecine Rurale*, vol. 3, n° 4, p. 242–47.
- IGLESIAS, S. *et al.* (1998). « Le Groupe de travail mixte de la Société de la médecine rurale du Canada, du Comité sur les soins maternels du Collège des médecins de famille du Canada, et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Soins maternels en milieu rural. Déclaration conjointe de principes », *Can Family Physician*, n° 44, p. 837–843.
- LEDUC, E., B. CRESTON (1998). « Physician on-Call Frequency : Society of Rural Physicians of Canada », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 3, n° 3, p. 139–141.
- McGIRR, J., J. WILLIMAS, J. PRESCOTT (1998). « Physicians in Rural West Virginia Emergency Departments : Residency Training and Board Certification Status », *Academic Emergency Medicine*, n° 5, p. 333–336.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Mécanisme de dépannage : guide à l'intention des établissements*, Comité paritaire Fédération des médecins omnipraticiens du Québec– Ministère de la santé et des services sociaux, 16 p.
- MOORHEAD, J.C. *et al.* (1998). « A Study of the Workforce in Emergency Medicine », *Annals of Emergency Medicine*, n° 31, p. 595–607.
- PICHÉ, J. DMOM de la DGAMU du MSSS, *notes personnelles*.
- PONG, R.W. (2002). *Fonds pour l'adaptation des services de santé : la santé rurale et la télésanté*, (série de rapports de synthèse), Ottawa, le Fonds, 33 p.
- RODRIGUE, J., I. SAVARD (2002). « Les médecins omnipraticiens dans les salles d'urgence au Québec », *Le médecin du Québec*, n° 37, p. 12.
- SAVARD, I., L. RODRIGUE (1999). « Les premières années de pratique des omnipraticiens : étude de cohortes de 1989 à 1997 », *Le médecin du Québec*, vol. 34, n° 2, p. 105–114.
- SAVARD, I., L. RODRIGUE (2001). « La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada », *Le médecin du Québec*, vol. 36, n° 11, p. 103–108.

- SCHRECK, D. *et al.* (1998). « Emergency Department Length of Stay and Patient Volume Relationships : Effect of Physician Assistant on System Performance {abstract} », *Annals of Emergency Medicine*, n° 32, p. S25.
- SKLAR, D. *et al.* (2002). « Demographic Analysis and Needs Assessment of Rural Emergency Departments in New Mexico (DANARED–NM) », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 39, n° 4, p. 456–7.
- STEEL, M. *et al.* (1998). « Emergency Medicine Resident Choice of Practice Location », *Annals of Emergency Medicine*, n° 31, p. 351–357.
- THOMPSON, J., K. MacLELLAN, T. O'Neill (1995). *Rural Critical care*, S. L, Society of Rural Physicians of Canada. Accessible en ligne. [www.srpc.ca/rcc.htm].
- THOMPSON, J. (1997). *Remunerating Rural Physicians in Rural Emergency Health Care Facilities*, (document de travail préparé pour la conférence annuelle de l'ACMU de mai 1997), Halifax, Rural Committee of the Canadian Association of Emergency Physicians. Accessible en ligne. [www.ruralnet.ab.ca/astm/library/general/edremun.net].
- WAKEFIELD, D., R. TRACY, M. MYER *et al.* (1994). « Contracting for Emergency Room Coverage by Rural Hospitals », *Journal of Rural Health*, n° 10, p. 31–37.
- WILLIAMS, J.M., P.F. EHRLICH, J.E. PRESCOTT (2001). « Emergency Medical Care in Rural America » *Annals of Emergency Medicine*, vol. 38, n° 3, p. 323–327.