

# *Informatisation d'un département d'urgence*

---

Alain Chamoun, M.D.

Bruno Bernardin, M.D.  
FRCPC

Julien Poitras, M.D.  
CCMF(MU)

Alain Vadeboncoeur,  
M.D. CCMF CSPQ(MU)

---

**PRISE DE POSITION  
ADOPTÉE PAR LE  
CONSEIL  
D'ADMINISTRATION  
DE L'ASSOCIATION  
DES MÉDECINS  
D'URGENCE  
DU QUÉBEC  
LE 15 MAI 2000**

## **Introduction**

Les technologies de l'information (TI), constamment en évolution ainsi que la puissance toujours croissante du matériel informatique, permettent d'accroître considérablement la productivité, l'efficacité et l'efficience, tout en minimisant le risque d'erreur dans le traitement et la diffusion d'informations. Il est certainement réaliste d'affirmer qu'en ce qui concerne le milieu hospitalier québécois et en particulier les urgences, un certain retard se manifeste quant à l'intégration de ces instruments puissants de travail qui font partie du fonctionnement normal de plusieurs entreprises de différents secteurs. Parallèlement, il ne faut pas se surprendre de constater que la très grande majorité des entreprises spécialisées dans les TI médicales soient américaines et que les SIGDU en langue française soient pratiquement inexistantes.

Dans cette perspective, il est fort compréhensible qu'un mouvement d'informatisation des urgences soit à se précipiter sans même qu'on ait à tergiverser sur sa pertinence. En effet, la gestion informatisée des départements d'urgence (DU) en Amérique du Nord devient rapidement le standard de pratique. Dans le cas des urgences lourdes et à haut volume d'activités, l'informatisation devient essentielle car, sans SIGDU, nous égarons de l'information, des dossiers, des patients.

Un point d'importance capitale et qui mérite toute l'attention concerne le niveau et le type d'informatisation désirés pour les DU. Les possibilités sont potentiellement illimitées, mais il y a certainement une limite quant aux montants que l'on doit investir dans de tels systèmes. Il s'agit donc de déterminer quelles fonctions doivent faire nécessairement partie du SIGDU et quantifier les ressources financières et techniques nécessaires à leur déploiement.

## **Types de programmes**

On peut décrire trois différentes catégories de programmes qui peuvent être utiles au déroulement des activités quotidiennes d'un DU :

- **Programme de « tracking »** : ces programmes permettent au personnel de l'urgence de suivre en temps réel le déroulement des activités. Il permet d'avoir une vue d'ensemble sur le débit et la dispensation des soins. Ces programmes sont similaires à ceux retrouvés en restauration rapide, une industrie qui a découvert que ces outils étaient essentiels à un service efficace. C'est aussi la plus développée de ces catégories, car initialement ce fut la première fonctionnalité demandée par les gestionnaires et les dispensateurs de soins, il y a de cela une dizaine d'années.
- **Dossier informatisé** : ce module est le prolongement naturel du programme de « tracking ». Ce type de module améliore significativement la documentation des soins prodigués aux patients, la continuité des soins et en même temps favorise l'efficacité et la clarté des notes médicales. Dans cette lignée, la saisie de données par dictée avec reconnaissance vocale deviendra sans doute incontournable avec le progrès que connaissent les logiciels de reconnaissance de la voix.
- **Logiciels de références** : ces logiciels constituent une sorte de bibliothèque électronique. Emergindex, est devenu l'étalon d'or parmi les logiciels de références médicales en médecine d'urgence et en est l'exemple le plus patent. Il en existe plusieurs autres. Ces logiciels sont souvent coûteux mais représentent une plus-value indéniable à tout SIGDU.

Il existe également ce qu'on nomme registre de patients : il s'agit d'une version « primitive » du système de tracking; il s'agit d'un fichier électronique contenant des informations simples sur les patients présents dans un DU. Habituellement, un registre se limite au recueil de données socio-démographiques, à une raison de consultation ou un diagnostic, ainsi qu'à une liste d'interventions ou données simples (mode d'arrivée, demande de consultations, d'exams, congé ou admission, etc.). Plusieurs centres hospitaliers ou DU possèdent déjà un tel système qui a surtout une utilité « post hoc » pour l'analyse purement « administratives » des données. Ces registres n'aident pas à la gestion des activités quotidiennes jour du DU.

## Éléments de base d'un système informatisé de gestion clinico-administratif pour l'urgence

Voici ce qui constituerait un SIGDU complet en 2000 :

- Une interface qui permet d'importer les données du fichier index-patient de l'hôpital, aussi appelée ADT (Admission, Départ, Transfert).
- Un module de **triage** via lequel l'infirmière consigne les signes vitaux, les éléments pertinents de l'histoire et de l'examen qui permettent de déterminer le niveau d'urgence selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité. À la fin de cette étape, l'infirmière du triage assigne le patient à la meilleure aire de traitement disponible en fonction de sa pathologie : une civière, un cubicule ou la salle d'attente, le tout par l'intermédiaire de l'ordinateur. Ce module peut être une « aide décisionnelle » i.e. le programme reconnaissant certains mots clés peut attribuer automatiquement, sur une base algorithmique, un niveau de triage au patient.
- Un module **nursing** dans lequel l'infirmière peut inscrire toutes les données et notes d'évolution pertinentes. Ces modules peuvent contenir une variété d'éléments très détaillés et s'appuient sur le concept du bureau sans papier. Toutes les données ainsi recueillies peuvent être imprimées et constituer alors le dossier papier du patient. C'est aussi dans ce module que l'on retrouvera le cardex nursing, sorte de feuille de route qui contient toute l'information relative à l'ensemble des soins dispensés au patient.
- Un écran **tableau de bord** où tous les patients en attente d'être vu, en observation ou en attente d'un lit sont inscrits. Cet écran permet de gérer l'affluence, diminue la « perte de patients » ou de dossiers et permet en tout temps de connaître l'état exact de la situation. Cet écran affiche toute l'information sur le cheminement du patient : son score de triage, l'heure d'arrivée et/ou d'admission, la durée d'attente, l'infirmière et le médecin traitant, les examens de laboratoires et radiologiques, la médication à recevoir et les consultations en attente. L'écran signale par des effets de clignotement et/ou de couleur toute

---

modification au statut du patient tel que l'arrivée de résultats de laboratoire, qu'il est temps d'aller vérifier les signes vitaux ou qu'une médication est à administrer. Ces écrans doivent être facile à personnaliser avec quelques clics de souris. Le tableau de bord peut-être affiché sur plusieurs écrans disposés à des endroits stratégiques, ou disponible sur un ordinateur portable avec communication sans fil que les intervenants stratégiques du DU peuvent amener lors de leurs déplacements. Ces tableaux de bord permettent d'avoir une image précise de la situation et de la quantité de soins à dispenser, permettant alors d'affecter les ressources nécessaires au déroulement sécuritaire des activités. Ainsi, infirmières, techniciens et médecins peuvent être automatiquement avertis par le système lorsque l'ordinateur détecte une tâche non accomplie, plutôt que d'obliger une autre personne à effectuer ce rappel, ou pire, que la tâche soit simplement oubliée.

- Un module de **prescription**, où peuvent être demandés les examens de laboratoires, électrocardiogrammes, examens d'imagerie médicale, médicaments, consultations nécessaires au fonctionnement du DU. Ces ordonnances sont ensuite transmises électroniquement et instantanément aux laboratoires, département de radiologie ou à la pharmacie. Certains systèmes peuvent signaler par télé-avertisseur inhalothérapeutes, techniciens, consultants. Certains programmes permettent d'uniformiser les ordonnances en suggérant certaines options plus appropriées ou moins coûteuses. Les systèmes peuvent servir de « chiens de garde » et diminuer les erreurs et les oublis, en plus d'assurer que le management du patient réponde à des lignes de conduite reconnues. Un tel module peut également générer le cardex électronique prenant la forme d'un écran de tâches pour l'infirmière assignée à un patient donné. Cette fonction permet de libérer le personnel soignant qui peut ainsi accorder beaucoup plus de temps à la dispensation des soins qu'à la gestion du papier. De plus, une telle fonction permet de réduire les erreurs de transcriptions pouvant entraîner de fâcheux incidents.
- Un module **dossier**, dans lequel le médecin peut consigner l'histoire de la maladie actuelle, l'examen physique, le diagnostic et le plan de traitement. Ce module permet également de consigner les notes d'évolution.

- Un module **résultats**, où les résultats de laboratoires et rapports radiologiques sont acheminés via l'ordinateur. Le médecin ou l'infirmière peut avoir accès aux résultats sans devoir attendre l'impression d'un document. Dans un milieu où la radiologie est digitalisée, le médecin peut alors consulter à l'écran les radiographies simples dès leur disponibilité. Ce module doit pouvoir signaler la disponibilité de tout nouveau résultat.
- Un module **congé** devrait permettre de rédiger un rapport sommaire de la visite à l'urgence pouvant être transmis au médecin traitant par fax, courrier terrestre ou électronique. Une des fonctions d'un tel module consiste en la possibilité de remettre des fiches-conseils au patient qui reçoit son congé afin d'assurer un suivi de qualité. Des rappels automatiques aux patients peuvent être également générés par le système et acheminés aux patients via courrier électronique ou autre dans les jours qui suivent afin de s'assurer que celui-ci reverra son médecin ou fera enlever ses sutures à tel ou tel moment.
- Un module de **gestion** qui permet de produire une variété de rapports ou un registre selon les besoins internes ou du Ministère.
- Un outil de **recherche, d'extraction et d'exportation** de données qui permet, à partir d'un terminal hors de l'urgence, d'accéder à la base de donnée et de générer des rapports ou d'accomplir d'autres fonctions.

### Fonctionnalités du système

Les systèmes existants se distinguent par la facilité qu'on a à y naviguer, leur maturité, l'historique des entreprises qui les conçoivent ainsi que leur degré de développement. Plusieurs compagnies ont conçu des fonctions dossier-patient informatisé. Évidemment, la plupart des logiciels sont en évolution constante. Certains programmes utilisent la programmation dite « Web-based », c'est-à-dire qu'ils s'utilisent et qu'on y navigue de la même façon que sur Internet.

Il importe que le SIGDU fasse preuve d'une grande souplesse permettant la personnalisation des fonctions, les mises à niveaux tant des logiciels que du matériel informatique. Il doit également supporter facilement l'ajout de fonctions nouvelles ou la mise en réseau, autant à l'interne qu'à l'externe. Il doit permettre la communication entre les différents établissements de santé et avec les cabinets privés. Les ur-

---

gences doivent pouvoir s'échanger de l'information, mais aussi pouvoir se "mesurer" à l'échelle régionale, provinciale, nationale et même internationale. De plus, les bases de données entre urgences doivent être compatibles et permettre de mener des études épidémiologiques à grande échelle. À cette fin, les systèmes d'information doivent respecter les standards internationaux reconnus tels que le « Health Level 7 » (HL7) et les « Data Elements for Emergency Departments » (DEEDS). Pour tout cela, il est essentiel que tant les logiciels que les entreprises qui les conçoivent et les vendent manifestent une grande et rapide capacité d'adaptation.

Peu importe le système, la saisie de données doit se faire de la façon la plus simple possible. Cette saisie faite à l'aide d'un écran tactile et l'usage du clavier laissé au strict minimum permet d'accélérer le travail. Chaque entrée de données doit permettre la saisie de texte en mode libre. De plus, certaines informations n'ont pas à être saisies « manuellement ». Par exemple, les systèmes de « tracking » modernes fonctionnent avec un réseau d'antennes et des badges émettrices portées par les patients, le personnel ou divers appareils. Ces systèmes permettent de saisir les déplacements des patients (ou autres) sans que quelqu'un ne doive les entrer manuellement dans le système.

Le système doit comporter suffisamment d'éléments de sécurité pour permettre de protéger la confidentialité. Plusieurs options allant du mot de passe à la carte magnétique sont disponibles, cependant, l'option actuellement la plus intéressante de l'avis de nombreux experts est le lecteur d'empreinte digitale qui permet d'identifier l'utilisateur et de lui conférer automatiquement un niveau d'accès au système.

Le système doit être opérationnel dans les différentes sections de travail de l'urgence : triage, enregistrement, salle d'attente, aires de traitement, salles de réanimation, corridors, postes de travail des infirmières/médecins/secrétaires. Le système devrait être relié minimalement à la radiologie, aux laboratoires, aux archives médicales, à la pharmacie et au système téléphonique, mais également, à la comptabilité, aux autres départements, au préhospitalier, aux CLSC et aux bureaux des médecins de famille du territoire, aux pharmacies du territoire, aux autres urgences et établissements de santé, à la Régie régionale et au ministère. Tout ceci demande une interface entre les divers systèmes qui utilisent souvent des langages informatiques différents. Ces interfaces devraient être développées et installées par l'entreprise qui offre le SIGDU.

---

Le système choisi devra permettre de suivre (et automatiquement consigner dans une banque de données) toutes les informations pertinentes reliées aux patients et événements; la saisie de données doit se faire en notant automatiquement la date et l'heure (DH) de chaque information entrée ou relevée. Un système de correction des données doit être disponible, mais celui-ci doit permettre de conserver en mémoire, pour des considérations médico-légales, les données qui ont été modifiées. L'activation de la visite du patient doit se faire à partir du triage. La création du dossier complet du patient se fera à partir de l'enregistrement. L'identité du patient, les données démographiques pertinentes y seront colligées et le lien se fera automatiquement avec les archives médicales, ce qui activera le dossier antérieur et présent du patient; ceci donnera à tout le moins accès au personnel de l'urgence aux résumés de dossier du patient. Une fois une information entrée, il est important qu'elle suive toujours le patient et qu'il ne soit plus jamais nécessaire de l'entrer à nouveau, à moins que ce ne soit pour la corriger ou clarifier. Un bon exemple serait celui des allergies ou de l'histoire médicale antérieure. Ceci permettrait d'éviter la duplication de saisie de données à travers la même visite ou à travers des visites subséquentes.

L'allocation de lits à l'urgence doit être centralisée. Idéalement, une personne en sera responsable. La seule exception est l'infirmière du triage, qui doit être capable d'attribuer un lit à partir de son poste. Le programme informatique devrait permettre une visualisation du département globalement et par aires de traitement, avec un répertoire des civières et salles, occupés ou non.

Comme il a déjà été mentionné, la notification des déplacements des patients en observation ou admis peut être automatisée. À défaut d'un tel système de détection par radio-émetteur, la notification des déplacements de patients à l'intérieur ou à l'extérieur du département doit se faire manuellement. À cette fin, la personne responsable (infirmière en charge ou secrétaire) pourrait le faire en déplaçant une icône représentant le patient sur l'écran.

### **Implantation**

Une des données d'une importance vitale dans l'implantation d'un SIGDU est la participation précoce du personnel d'un milieu au processus d'implantation. De plus, le produit doit être adapté au mode de fonctionnement d'une urgence et non pas le contraire. À cet effet, les SIGDU doivent démontrer une certaine flexibilité, puisqu'aucun milieu d'urgence n'est tout à fait identique. Chacun a ses particularités, lesquelles doivent être prises en considération lors de

---

chaque projet d'implantation. Des échecs majeurs ont été vécus parce que le personnel n'avait pas été consulté, les processus n'avaient pas été analysés, et des milieux se sont retrouvés avec des SIGDU auquel le personnel était rébarbatif. Certaines urgences aux États-Unis ont des systèmes d'information qui ont coûté des millions et qui ne sont pas utilisés parce les utilisateurs n'ont pas été pris en considération et intégrés au processus.

Dans un processus optimal, à terme, on s'attendra à une dispensation de soins grandement améliorée tant au niveau de l'efficacité que de la qualité. Par ailleurs, une meilleure connaissance du profil général d'un DU donné permettra, sans aucun doute, une allocation des ressources humaines plus rationnelles.

Il faut certainement prévoir que, selon niveau de raffinement du SIGDU choisi, des modifications devront être effectuées au niveau de l'organisation et des habitudes de travail.

### **Systemes d'opération, quincaillerie et périphériques**

La plupart des programmes sont écrits en langage C++ et fonctionnent sur serveurs Windows NT. Les postes de travail fonctionnent sur Windows 95 ou 98. Plusieurs vendeurs transfèrent leur programmation en « Web-based ». Les systèmes « Web-based » sont des systèmes d'opération indépendants parce que les données peuvent être visualisées via n'importe quel navigateur ou fureteur tels Microsoft Explorer or Netscape Navigator. La plupart des vendeurs ont tendance à concevoir des programmes compatibles avec les produits de Microsoft Office tel que Access, Excel et Word permettant de traiter les données générées par l'extracteur de données.

Les programmes Windows supportent généralement n'importe quel périphérique supportés par Windows, incluant claviers, souris, écrans tactiles, microphone, senseurs infrarouges ou à ondes radio, imprimantes ou autres.

### **Liens avec les systèmes existants de l'hôpital**

Les systèmes de gestion moderne de DU sont conçus dans une perspective de solution d'entreprise. Cela signifie la création d'interfaces permettant de faire communiquer entre eux différents systèmes informatiques. Par exemple, avec une interface entre le système des laboratoires et celui de l'urgence, il n'est plus nécessaire pour un technicien de laboratoire d'entrer manuellement dans un ordinateur les demandes transmises par l'urgence. Ceci démontre comment les interfaces entre le système informatique du DU et

---

les autres systèmes de l'hôpital peut permettre d'automatiser une bonne partie du travail effectué par d'autres services pour le DU.

Plusieurs développeurs de systèmes de gestion sont maintenant expérimentés dans la création d'interfaces pour une variété de systèmes et logiciels informatiques. Il est plus facile pour eux d'interfacer les systèmes plus modernes. Les systèmes plus anciens peuvent également être interfacés de manière bidirectionnelle, c'est à dire de l'urgence vers le système central et vice versa. Certains systèmes ne peuvent cependant pas s'interfacer.

### **Bénéfices de l'informatisation d'un DU**

Sans élaborer trop longuement, l'expérience de l'informatisation de DU ayant un volume d'activité significatif a démontré des économies substantielles, a accru l'efficacité des DU et a amélioré dramatiquement les conditions de travail, diminuant les durées de séjours, réduisant les pertes de dossiers ou de résultats d'examen, améliorant la qualité des soins. L'informatisation a également permis d'intégrer d'autres secteurs de l'hôpital.

### **Caractéristiques d'un système approprié**

Nous croyons que toutes les urgences nécessitent certainement un système de gestion clinico-administratif digne de ce nom. Les éléments appropriés d'un tel système sont :

- interface avec le fichier-maître de l'hôpital. L'hôpital peut continuer de recueillir des données avec ses propres logiciels. Le SIGDU peut alors extraire les données nécessaires et les traiter;
- triage informatisé;
- un tableau de bord électronique avec alertes et visionnement configurable;
- module nursing pour la rédaction des informations nursing;
- cardex informatisé intégré au module nursing;
- module médical pour la rédaction des notes, avec éventuellement la dictée vocale;
- module d'ordonnances avec lien avec les laboratoires, la radiologie et système de communication interne;
- module résultats en lien avec les laboratoires, la radiologie et les archives médicales;
- module de congé incluant le résumé de visite et des fonctions de communication avec le médecin traitant. La version électronique du résumé de visite peut être conservée sur le serveur et être disponible lors d'une visite subséquente;
- module de gestion permettant de générer les rap-

- 
- ports requis par le ministère;
  - interface avec les bases de données du SIGDU permettant de produire des rapports et des analyses personnalisées à des fins de gestion ou de recherche administrative, épidémiologique et/ou clinique.

## Conclusion

L'AMUQ considère qu'il est essentiel de doter les urgences de systèmes d'informations adéquats. Nous croyons que ces systèmes doivent être ouverts sur l'hôpital et sur l'avenir qui est à l'informatisation large des processus. Nous comprenons que les urgences sont actuellement sous équipées en matière de systèmes d'informations adéquats. Un investissement significatif devra être consenti à ce chapitre dans le meilleur intérêt de tous.

En ce qui concerne spécifiquement SIURGE, l'AMUQ reconnaît que le projet initié au début des années 90 était louable mais que celui-ci n'a su se renouveler et traîne loin derrière plusieurs solutions actuellement existantes. Nous reconnaissons toutefois que SIURGE rend un certain nombre de services, mais est-ce suffisant et est-ce le bon choix? SIURGE a d'abord été créé pour produire un registre, ce qu'il fait adéquatement, mais cette fonction initiale semble avoir limité son évolution. Ce n'est pas un outil de soutien aux opérations courantes mais bien un outil administratif qui est destiné avant tout à produire les données du registre. L'AMUQ s'inquiète particulièrement du fait que le déploiement prochain de SIURGE à grande échelle puisse ralentir ou même compromettre les efforts ultérieurs d'informatisation plus élaborée compte tenu des besoins et des réserves exprimées en annexes.

De plus, comme il existe sur le marché au moins un produit de qualité grandement supérieure à des coûts du même ordre que ceux de SIURGE, nous estimons nécessaire une réflexion concernant le choix d'un SIGDU.

Enfin, conscients que nous devons faire le meilleur choix possible pour nos urgences aujourd'hui et pour demain, nous suggérons que le ministère puisse faire un choix éclairé de la manière qui suit :

- 
- Que le ministère puisse entendre les utilisateurs actuels de SIURGE, médecins, infirmières et informaticiens;
  - Que le ministère puisse assister à au moins une présentation d'un SIGDU performant;
  - Que le ministère puisse prendre connaissance des possibilités qu'offrent le marché.

Qu'au terme de ce processus, une décision éclairée soit prise :

- Continuer avec SIURGE tel quel, en étant toutefois pleinement conscient de ses limites;
- Transformer SIURGE en renouvelant son équipe et sa structure de développement et en investissant les sommes nécessaires pour en faire un système qui répond aux besoins d'informatisation des DU;
- Poursuivre avec une nouvelle solution pour les urgences, en réutilisant les investissements en matériel informatique déjà faits.

Compte tenu des éléments mentionnés précédemment et conscient du rôle et de la contribution nécessaire à une définition des besoins en informatisation des urgences, l'AMUQ accordera son soutien au ministère dans un éventuel exercice d'évaluation des besoins et dans le choix, le cas échéant, d'une solution alternative au système SIURGE.

## Remerciements

L'AMUQ tient à remercier les milieux et le personnel qui nous ont reçus, i.e l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Royal-Victoria, l'Hôpital Général Juif et l'Hôpital Sacré-Cœur et l'Hôpital Cité de la Santé à Laval, M. Bruno Paquet et Dr Jim Thompson.

# Collaboration spéciale

---

Bruno Bernardin, M.D.  
FRCP

---

## **EDMONTON ET LE FONCTIONNEMENT DES URGENCES...**

### **... OU L'HISTOIRE DE QUELQUE CHOSE QUI FONCTIONNE**

Suite à une baisse de moral due à notre système de Santé, j'ai effectué un remplacement dans une urgence albertaine, histoire de voir ce qui se fait ailleurs. J'ai travaillé deux semaines dans un centre tertiaire à Edmonton (aussi connu en français sous le nom d'Edmonotone). Après mon périple dans le grand froid albertain, j'ai pensé partager quelques observations avec vous. Je crois que c'est bien beau de voir notre chez-soi dysfonctionnel, mais que ça fait du bien de regarder le succès des autres.

Mon séjour fut très agréable pour bien des raisons... D'abord Brian Holroyd, leur directeur, est un homme remarquable. Un genre Marc Afilalo, si on devait le comparer à nos modèles locaux, plutôt rares. Il a pris en main le département là-bas et a mis les bouchées doubles pour recruter du personnel qualifié, améliorer le standard de pratique de son groupe et surtout se faire reconnaître autant du point de vue hospitalier qu'universitaire. Un vrai leader dont on entendra sûrement parler d'ici quelques années... surtout du côté anglais pour ceux/celles qui se tiennent au courant. Entre autres, Brian H. est entouré de Brian Rowe, un des dieux de la recherche canadienne, Michael Bullard, Terry Sosnowski et Ivan Steiner.

Ils auront une nouvelle urgence réellement prête pour juillet 2000, avec une aire pédiatrique (dont les docs seront des pédiatres-urgentologues (avec le « fellowship ») mélangés avec des FRCP urgentologues qui font de tout). Tous les médecins du département impliqués sérieusement dans les activités non cliniques (enseignement, recherche) ont leur propre bureau et leur ordinateur fourni par l'hôpital.

Les principales différences sont visibles tout de suite : plus d'argent dans le système, ce qui se traduit par des ressources plus accessibles ou plus présentes, et une meilleure organisation et représentation de l'urgence au sein de l'hôpital. Je m'explique : d'abord l'Hôpital Universitaire où j'ai travaillé (que nous appellerons ici le CHU) est un des 5 centres hospitaliers de la ville et a un débit de 61 200 visites par année, rien à voir avec une clinique externe... L'autre gros CH de la ville, le Royal Alexandra a un débit de 85 000... ou un peu plus... Edmonton compte 648 000 habitants. Le CHU fait office de centre de référence du nord de l'Alberta pour la traumatologie, la neuro-chirurgie et est LE centre de pédiatrie de la ville. Donc beaucoup de patients transférés

---

ou simplement référés par leur médecin. Un temps d'attente au-delà de 2 heures pour voir un médecin à l'urgence? Cela est rare. C'est considéré là-bas comme on considérait nos 4 à 5 heures d'attente il y a 4 à 5 ans ici chez nous... Il n'y a pas de pénurie flagrante d'infirmières... La salle de trauma/choc a 6 lits et 4 infirmières... Il y a un inhalothérapeute et un technicien d'orthopédie 24 heures sur 24 dédiés À L'URGENCE MÊME! Le reste des lits est réparti en 10 lits avec moniteur, 7 civières sans moniteur et 4 salles mineures en plus de 3 ou 4 autres emplacements « mineurs » dans le corridor pour des cas simples ne nécessitant pas de déshabillage... Il y a une salle de court séjour (pas considérée comme telle, mais c'est pour les gens en attente d'évaluation ou d'admission) qui comporte environ 10 autres lits...

L'organisation interne est très bien rodée, les docs font du travail de doc, les nurses font du nursing et disent aux docs quand c'est le temps de réévaluer le patient (par exemple si tous les tests sont de retour, si le patient va mieux...), elles ne font pas de travail clérical, et les clerks/secrétaires font le « clérical »... J'ai accès au CT 24 heures sur 24. Il y a un service de radiologie dédié à l'urgence 24 heures sur 24 et le temps d'attente n'est pas beaucoup plus d'une heure pour un film « ordinaire ». Les labos sont de retour en moins d'une heure en général, plus vite si on fait un gaz artériel avec électrolytes et Hb... (fait par l'inhalo et retour en 2 à 3 minutes). Les consultants préfèrent souvent voir les cas semi-urgents ne nécessitant pas d'admission à leur bureau en dedans de 48 heures habituellement (avantage pécunier dû à l'absence de plafond??). Ceci permet de ne pas utiliser l'urgence comme clinique externe; on peut aussi renvoyer plus vite un patient chez lui au lieu de le faire attendre 5 à 6 heures pour être vu par un consultant à l'urgence même. Les patients admis ne passent que quelques heures (deux ou trois) avant de monter à l'étage. Si la cardiologie admet un patient au CCU (soins coronariens) et qu'il n'y a pas de lit, c'est LEUR devoir (pas le mien) de trouver un autre lit de CCU dans la ville et ils transfèrent le patient aussitôt dans l'autre CCU... Tout ça bien avant que je finisse mon quart...

On voit aussi que l'urgence là bas est valorisée. Brian Holroyd est capable d'aller voir les administrateurs du centre hospitalier et de dire : « voici ce dont j'ai besoin pour donner le service », et il l'obtient si c'est raisonnable. Il y a donc minimum de deux docs à l'urgence de 10h00 à 01h00, trois de 14h00 à 23 ou 24h00, et les week ends, 2 docs de nuit...

Il faut aussi regarder l'ensemble du système santé et les liens avec la ville... Il y a une plus grande accessibilité au sens très large. Primo, les généralistes (docs de famille, omnipraticiens) sont beaucoup plus accessibles et fonctionnent là-bas un peu comme nos généralistes font à la « campagne » ici. Ils sont plus accessibles pour les patients. Si je dis à un patient « va voir ton médecin de

---

famille demain », il a 80% de chances de réussir à le voir; pas seulement lui parler au téléphone. J'ai même vu plusieurs patients envoyés par leur médecin de famille à l'urgence pour un problème très spécifique (genre : y a-t-il une thrombophlébite?); au départ le patient me dit : « Donne moi un rapport, il faut que je retourne voir mon doc dès que je sors d'ici ce PM »! Ensuite les médecins de famille sont accessibles pour discuter avec eux du traitement de leurs patients qu'on voit à l'urgence. Tout patient qui vient à l'urgence voit son dossier du jour télécopié à son médecin de famille si on le demande. Le système de soins à domicile n'est pas embourbé par de futiles réunions où on discute de vécu... Les infirmières de soins à domicile viennent parfois aussi à l'urgence voir leurs patients en perte d'autonomie (surtout pour les psychiatriques). Les attentes des patients et des familles sont donc modifiées : le patient et la famille sont beaucoup moins réticents à accepter que l'urgentologue le retourne à la maison, car ils se sentent moins abandonnés... Ce qui fait finalement que je vois à l'urgence peu de cas vraiment mineurs qui auraient pu se traiter aussi efficacement ailleurs; si c'est un cas mineur, il y a 50% de chances pour que le patient s'excuse à profusion au cours de l'examen... Cela rend donc notre vie beaucoup plus plaisante et moins stressante.

Ah, oui, le système préhospitalier : les paramédics sont d'une aide importante. Primo, ils nous donnent une bien meilleure histoire que bien des gars de chez nous. Certainement la formation y est pour quelque chose. Secundo, ils peuvent soulager la douleur des gens en préhospitalier pour des fractures isolées. Ça me fait plaisir de voir une personne avec une dislocation douloureuse qui est déjà plus confortable à son arrivée chez nous. Les protocoles de soins avancés en sont la raison. Je ne veux pas parler des autres protocoles de soins, car je n'ai pas eu trop le temps de m'y attarder. Tertio, ils sont TOUS TRÈS professionnels, ce qui aide beaucoup au travail. L'éthique au travail se retrouve d'ailleurs à tous les niveaux, du gardien de sécurité au chef du département.

Dans le fond, le seul problème de tout ça c'est que c'est en Alberta... à Edmonton (aussi connu sous le nom de Deadmonton en anglais). Mais pour le reste, je ne sais pas si je peux continuer à faire du pseudo-tiers monde au Québec... Il serait temps que nous abandonnions notre mentalité collective de troisième ordre. Ce n'est pas parce que nous avons toujours fait les choses comme ça avant que nous devons continuer. Je ne vois pas comment la réalité du Québec est tellement différente pour justifier des objectifs de système différents. Ou alors si elle l'est, si différente, elle ne me plaît pas du tout. Il faut se donner les moyens de nos ambitions. Malheureusement ici, on a beaucoup d'ambitions, mais on en reste à des solutions locales... du bricolage ou rafistolage. Et la rémunération là-bas est plus adaptée à la réalité de l'urgence. Surprise?