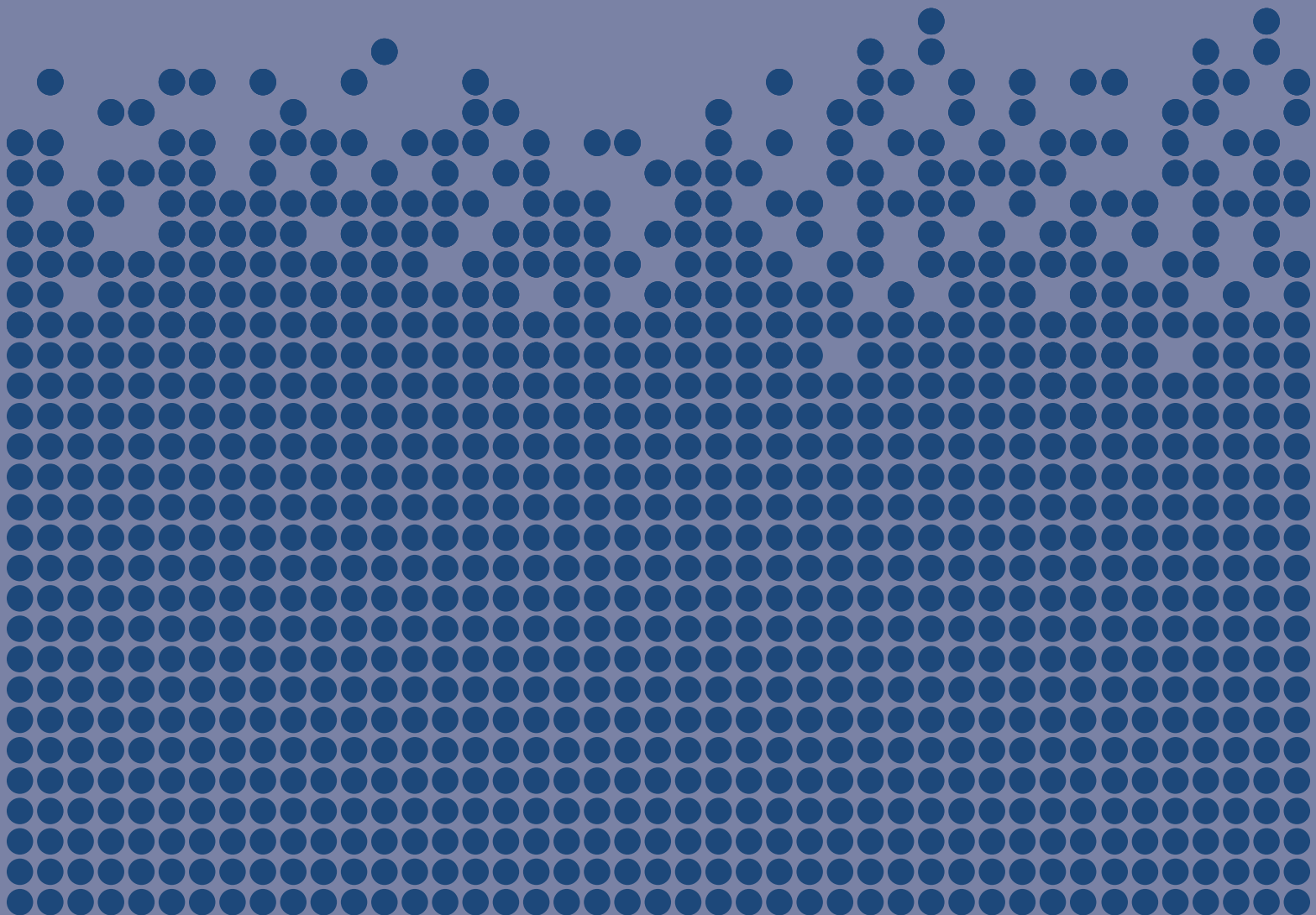
COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

APPRENDRE DES MEILLEURS : ÉTUDE COMPARATIVE DES URGENCES DU QUÉBEC

Québec



COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

APPRENDRE DES MEILLEURS : ÉTUDE COMPARATIVE DES URGENCES DU QUÉBEC

Québec

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être
Robert Salois

Directrice générale
Anne Robitaille

Commissaire adjointe à l'éthique
et à l'appréciation
Ghislaine Cleret de Langavant

Commissaire adjointe aux analyses et politiques
de santé et de bien-être
Véronique Déry

Coordination
Olivier Sossa

Analyse et rédaction
Mike Benigeri

Avec la collaboration de
Louise Delagrave

Graphisme
Concept de la couverture
Côté Fleuve

Grille intérieure et infographie
Pouliot Guay graphistes

Révision linguistique
Elizabeth Collin
Anne-Marie Labbé

Édition
Anne-Marie Labbé

Le présent document est disponible dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec, 2016

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

ISBN : 978-2-550-75734-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-75735-1 (PDF)

REMERCIEMENTS

Nous remercions le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui nous a fourni les données brutes que nous avons utilisées dans ce rapport et qui nous a conseillés judicieusement à propos des limites de ces données.

Nous tenons également à remercier les experts de notre comité consultatif, qui nous ont accompagnés tout au long de ce projet. Grâce à leurs commentaires et suggestions, ils nous ont grandement aidés à mieux comprendre la portée des résultats de nos analyses et à améliorer le contenu de ce rapport. Voici les membres de ce comité :

- Dr Marc Afilalo — Chef du Service d'urgence, Hôpital général juif
- Dre Geneviève Bécotte — Médecin d'urgence, CHU de Québec – Université Laval
- Mme Johanne Méthot — Directrice générale adjointe aux programmes de santé physique généraux et spécialisés et directrice des soins infirmiers, CISSS de la Gaspésie
- M. Marcel Rheault — Président de l'Association des Gestionnaires Infirmiers d'Urgence du Québec, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
- Mme Denise Trudel — Directrice des soins urgents, de traumatologie et du continuum clinique, ministère de la Santé et des Services sociaux
- Dr Alain Vadeboncoeur — Chef du service de médecine d'urgence, Institut de cardiologie de Montréal

Nous remercions aussi très sincèrement les personnes qui ont eu la gentillesse de nous recevoir dans leur urgence afin de partager leurs expériences et les projets novateurs qu'elles ont mis en place afin d'améliorer la performance de leur installation.

Hôpital Sainte-Croix, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

- Dr François Champagne — Chef médical Drummondville
- Mme Nathalie Boisvert — Directrice adjointe urgences et soins critiques
- Mme Mélanie Côté — Chef de service de l'urgence de l'Hôpital Ste-Croix

Hôtel-Dieu de Lévis, CISSS de Chaudière-Appalaches

- Dr Eric Legendre — Chef du service de médecine d'urgence
- Mme Sandra Grenier — Chef d'unité de l'urgence
- Mme Liliane Bernier — Directrice adjointe, volet gestion des opérations en santé physique
- Mme Denise Hébert — Chef de service et coordonnatrice de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU)

Hôpital de La Baie, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

- M. Martin Therrien — Infirmier-chef des services ambulatoires

Hôpital général juif, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

- Dr Lawrence Rosenberg — Président-directeur général
- Dr Marc Afilalo — Chef du Service d'urgence

Centre Paul-Gilbert – Centre d'hébergement de Charny, CISSS de Chaudière-Appalaches

- Mme Liliane Bernier — Directrice adjointe, volet gestion des opérations en santé physique
- Dr Jean Lapointe — Chef du département de médecine d'urgence par intérim du CISSS de Chaudière-Appalaches
- Dre Julie Carrier — Chef du Service Médical d'Urgence du Centre Paul-Gilbert
- M. Sylvain Fortier — Chef de service, Urgence ambulatoire du Centre Paul-Gilbert, consultations externes de médecine et chirurgie et Centre interdisciplinaire en gestion de la douleur

Nous tenons également à remercier tous les responsables d'urgences qui ont répondu au questionnaire sur l'organisation et les pratiques dans les urgences du Québec ainsi que les personnes suivantes, qui nous ont apporté leur aide à l'une ou l'autre des étapes de ce projet :

- M. Jean-Pierre Bluteau — CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- M. Marc Bourguignon — CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Dr Gérald Désaulniers — CISSS de la Montérégie-Est
- M. Michel Prévost — CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Enfin, nous tenons à remercier les membres de notre Forum de consultation, qui nous ont fait part de leurs préoccupations, de leurs valeurs, de leurs besoins et de leurs attentes à l'égard des services d'urgence. Ils ont aussi enrichi notre réflexion grâce à leur savoir et à leurs diverses expériences.

SOMMAIRE

Depuis plus de 20 ans, les urgences du Québec font régulièrement la une des journaux, soit parce qu'elles sont encombrées, soit parce que les délais d'attente pour être traité sont longs. Plusieurs des raisons à la base de ces problèmes ont déjà été documentées : manque d'accès à la première ligne médicale et au plateau technique en dehors de l'hôpital, manque de prise en charge par la première ligne des patients vulnérables, occupation des lits dans les hôpitaux par des patients en attente d'hébergement ou de réadaptation, etc. Toutefois, tous ces facteurs sont externes à l'urgence et n'expliquent pas entièrement les différences de performance que l'on observe entre les différentes urgences du Québec.

Le présent rapport du Commissaire a pour objectif, d'une part, de documenter la performance des urgences du Québec et, d'autre part, de lier cette performance aux pratiques et aux processus mis en place dans les urgences. Grâce à ce rapport, il est possible d'apprendre des meilleurs, des milieux les plus performants, afin de déterminer des pratiques exemplaires pouvant constituer des pistes d'amélioration pour les urgences moins performantes. Enfin, ce rapport vise également à mettre de l'avant, par ses recommandations, les jalons incontournables d'une optimisation de la performance des urgences du Québec.

Le Commissaire a réalisé une étude comportant quatre phases : une analyse des données des urgences du Québec pour évaluer leur performance, un questionnaire envoyé aux urgences pour déterminer leurs pratiques et leurs processus, des entrevues avec des représentants d'urgences ayant des performances élevées et des pratiques exemplaires, ce qui a permis d'apprendre des meilleurs et, enfin, une séance de délibération avec le Forum de consultation du Commissaire. Lors de cette séance, les membres du Forum ont été invités à partager leurs propres expériences des services d'urgence et à se prononcer sur les grands domaines de préoccupations que le Commissaire entendait aborder dans le cadre du présent rapport. Le compte rendu de leurs délibérations est présenté à l'annexe I.

Afin de pouvoir comparer adéquatement les urgences[1], celles-ci ont été catégorisées dans sept groupes en fonction du volume de patients et de leur mission (urgences sans hospitalisation, primaires, secondaires ou tertiaires). De plus, le Commissaire a ajusté les données selon l'âge des patients et leur niveau de priorité au triage afin de tenir compte de la gravité des cas dans les comparaisons.

1. Certaines visites ont été exclues des analyses pour pouvoir comparer adéquatement les établissements : celles dans les établissements à mission consacrée (santé mentale, pédiatrie et cardiologie), celles pour cause de santé mentale, de grossesse ou de nouveau-né et celles des patients de moins de 18 ans.

Le Québec compte 124 salles d'urgence, qui reçoivent environ 3,4 millions de visites annuellement. Le Commissaire a analysé les données de 113 urgences selon les critères d'admissibilité fixés afin d'apprécier leur performance. Il a examiné les renseignements provenant de 111 urgences quant à leurs pratiques et à leurs processus, en plus de visiter 5 urgences, choisies sur la base de leur performance et sur la documentation de pratiques exemplaires qui y ont été mises en place.

Pour tous les indicateurs calculés afin d'établir le portrait de la performance des urgences, des variations très importantes sont observées, même entre urgences comparables. Certaines urgences présentent des résultats remarquables, alors que d'autres ont des résultats très préoccupants. Par exemple, parmi les urgences tertiaires (les urgences les plus spécialisées), la proportion des patients qui ont quitté l'urgence sans avoir vu un médecin varie de 2 % à 17 %. De même, dans certaines urgences tertiaires, il faut, en moyenne, juste un peu plus d'une heure (68 minutes) pour voir un médecin, alors que dans d'autres urgences tertiaires, l'attente moyenne est de 3 heures. Finalement, toujours parmi les urgences tertiaires, la proportion des patients qui sont hospitalisés à la suite d'une visite à l'urgence varie de 11 % à 22 %. Ces importantes variations sont constatées, peu importe la mission des urgences (urgences sans hospitalisation, primaires, secondaires et tertiaires), ce qui montre bien que les processus et les pratiques à l'intérieur même des urgences ont un impact majeur sur leur performance.

D'ailleurs, les résultats du questionnaire envoyé aux urgences ont permis de mettre en lumière certaines des variations dans les pratiques et les processus. Ainsi, si la grande majorité des urgences (90 %) peut ajuster le nombre d'infirmières en cas d'encombrement, seulement le quart (25 %) d'entre elles peut ajuster le nombre de médecins. Dans le contexte actuel, comme pratiquement tous les patients doivent voir un médecin, une augmentation du volume des patients qui se présentent à l'urgence entraîne obligatoirement un allongement des délais. On note également que les délais pour passer certains examens varient fortement d'une urgence à l'autre. Par exemple, dans près des deux tiers des urgences (64 %), le délai moyen pour obtenir la consultation d'un spécialiste est supérieur à 4 heures, alors que dans 11 % des urgences, ce délai est inférieur à 2 heures.

Finalement, les entrevues réalisées auprès des équipes (médecins, infirmières, gestionnaires) de 5 urgences classées parmi les plus performantes ont révélé des similarités entre les modes de pratique et entre la philosophie de soins. On note dans ces urgences un fort leadership administratif et médical, qui assure un fonctionnement optimal et performant de l'urgence; une culture bien établie de la mesure de la performance; une collaboration exemplaire entre médecins, infirmières et gestionnaires; un soutien continu des autres départements de l'hôpital; un lien solide entre l'urgence et les services de première ligne à l'extérieur de l'hôpital.

Ainsi, comme le montrent les résultats de certains hôpitaux, l'encombrement dans les urgences n'est pas une fatalité. Un changement de philosophie et de pratiques, basé sur ce qui est observé dans les urgences performantes du Québec, peut améliorer considérablement l'expérience des patients à l'urgence. Associé à une meilleure accessibilité et à une meilleure prise en charge des patients en première ligne, un tel changement permettra sans aucun doute d'en finir une fois pour toutes avec les délais déraisonnables et l'encombrement observé dans plusieurs urgences. Pour y arriver, le Commissaire énonce une série de recommandations pour la mise en place de solutions durables. Ces recommandations mettent à contribution les principaux acteurs des urgences québécoises :

- améliorer l'accès au médecin de famille et la continuité des soins pour éviter que les patients aillent à l'urgence de façon inappropriée;
- permettre aux patients qui en ont besoin d'obtenir un diagnostic rapide sans passer par l'urgence;
- assurer l'adéquation entre les ressources médicales et le volume de visites à l'urgence;
- accroître les responsabilités des infirmières à l'urgence;
- assurer la disponibilité des lits sur les étages lors d'un débordement à l'urgence;
- définir des cibles prédéterminées pour améliorer la performance à l'urgence et suivre de manière continue leur atteinte;
- permettre aux médecins de se comparer et d'améliorer leur pratique;
- soutenir la performance dans les urgences par un financement adapté;
- rendre compte à la population, de façon transparente, de la performance des urgences et favoriser ainsi une culture de l'excellence.

Les recommandations du Commissaire, inspirées des meilleures pratiques documentées dans les urgences du Québec, pourront outiller les décideurs pour faire les changements nécessaires afin d'améliorer, comme il se doit, la performance québécoise avec l'engagement de tous les acteurs.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations et des sigles XI
Liste des tableaux XII
Liste des figures XIII
Mot du commissaire XIV
Introduction **1**
Situation des urgences **3**
Portrait sommaire des urgences du Québec **5**
Facteurs associés à la performance des urgences **7**
Parcours du patient à l'urgence 7
Disponibilité des lits dans l'hôpital 8
Tests et consultations 9
Configuration physique des urgences 10
Voie rapide pour les patients ayant des problèmes mineurs 10
Surutilisation des urgences 11
Lien entre l'urgence et les services dans la communauté 11
Incitatifs 12
Mode de rémunération des médecins à l'urgence 13
Leadership 15
Informatisation et mesures de performance 15
Méthodologie **17**
Analyse de la performance des urgences 17
Sondage sur l'organisation et les pratiques dans les urgences 19
Étude de cas 20
Portrait de la performance des urgences **21**
Volume de visites 21
Urgence et première ligne médicale 22
Attente à l'urgence 26
Pertinence des soins à l'urgence 32

Portrait de l'organisation et des pratiques dans les urgences 35
Capacité des urgences 35
Délais pour les tests diagnostiques et la consultation d'un spécialiste 37
Réorientation des patients de l'urgence 39
Gestion des lits dans l'hôpital 40
Sondage et indicateurs 41
Causes de l'encombrement à l'urgence 42

Étude de cas 45
Hôpital Sainte-Croix 45
Hôtel-Dieu de Lévis 47
Hôpital de La Baie 49
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis 50
Centre Paul-Gilbert – Centre d'hébergement de Charny 52
Caractéristiques communes des urgences performantes 54

Constats et recommandations 55
Améliorer l'accès à la première ligne 57
Améliorer l'accès au médecin de famille et la continuité des soins pour éviter que les patients aillent à l'urgence de façon inappropriée 58
Permettre aux patients qui en ont besoin d'obtenir un diagnostic rapide sans passer par l'urgence 60
Optimiser les ressources et les processus au sein de l'urgence et de l'hôpital . . 61
Assurer l'adéquation entre les ressources médicales et le volume de visites à l'urgence 61
Accroître les responsabilités des infirmières à l'urgence 62
Assurer la disponibilité des lits sur les étages lors d'un débordement à l'urgence 63
Définir des cibles prédéterminées pour améliorer la performance à l'urgence et suivre de manière continue leur atteinte 65
Permettre aux médecins de se comparer et d'améliorer leur pratique 67
Soutenir la performance dans les urgences par un financement adapté 69
Rendre compte à la population, de façon transparente, de la performance des urgences et favoriser ainsi une culture de l'excellence 70

Conclusion 73

Annexes 75

Annexe I
Délibération de conclusion des membres du Forum de consultation 76

Annexe II
Codes utilisés pour les exclusions 78

Annexe III
Définition des groupes. 81

Annexe IV
Questionnaire envoyé aux urgences pour déterminer leurs pratiques et leurs processus 83

Annexe V
Grille d'entrevue 96

Annexe VI
Résultats de l'analyse quantitative pour chacune des urgences 98

Bibliographie 106

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

BDCU	Banque de données commune des urgences
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DMS	Durée moyenne de séjour
DRMG	Département régional de médecine générale
GMF	Groupe de médecine de famille
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
P4	Niveau de priorité 4
P5	Niveau de priorité 5
PDG	Président-directeur général
RAMD	Réseau d'accessibilité médicale Drummond
UCCSPU	Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1
Répartition des urgences du Québec selon les groupes 18

Tableau 2
Répartition des visites ambulatoires et sur civière selon les groupes 22

Tableau 3
Délai moyen, en minutes, entre l'arrivée du patient à l'urgence et la prise en charge médicale selon les niveaux de priorité et les groupes 27

Tableau 4
Décomposition du séjour moyen, en heures, selon le type de visites, pour l'ensemble des groupes 29

Tableau 5
Nombre moyen de civières et de salles d'examen, selon les groupes 36

Tableau 6
Proportion des urgences pouvant ajuster le nombre de médecins ou d'infirmières en cas d'encombrement, selon les groupes 37

Tableau 7
Liste des codes pour les exclusions des visites liées à un problème de santé mentale 78

Tableau 8
Liste des codes pour les exclusions des visites pour grossesse ou nouveau-né . . . 79

Tableau 9
Nombre d'urgences dans chacun des groupes 82

Tableau 10
Indicateurs de performance pour chacune des urgences du groupe 1 : urgence sans hospitalisation et moins de 20 000 visites annuelles 99

Tableau 11
Indicateurs de performance pour chacune des urgences du groupe 2 : urgence sans hospitalisation et plus de 20 000 visites annuelles 100

Tableau 12
Indicateurs de performance pour chacune des urgences du groupe 3 : urgence primaire avec moins de 20 000 visites annuelles 101

Tableau 13
Indicateurs de performance pour chacune des urgences du groupe 4 : urgence primaire avec plus de 20 000 visites annuelles 102

Tableau 14
Indicateurs de performance pour chacune des urgences du groupe 5 : urgence secondaire de type A 103

Tableau 15
Indicateurs de performance pour chacune des urgences du groupe 6 : urgence secondaire de type B 104

Tableau 16
Indicateurs de performance pour chacune des urgences du groupe 7 : urgence tertiaire 105

LISTE DES FIGURES

Figure 1
Proportion des visites à l'urgence dont le niveau de priorité est 4 ou 5 (P4 ou P5), selon les groupes 23

Figure 2
Proportion des patients qui ont fait 3 visites ou plus dans la même urgence, selon les groupes 24

Figure 3
Proportion des patients qui ont quitté l'urgence sans avoir eu de prise en charge médicale, selon les groupes 25

Figure 4
Délai moyen, en minutes, entre l'arrivée du patient et sa prise en charge médicale pour l'ensemble des niveaux de priorité, selon les groupes 28

Figure 5
Séjour moyen, en heures, pour les différents types de visites à l'urgence, selon les groupes 30

Figure 6
Séjour moyen, en heures, pour les visites sur civière avec hospitalisation, selon les groupes 31

Figure 7
Proportion des visites à l'urgence avec la consultation d'un spécialiste, selon les groupes 32

Figure 8
Proportion des visites suivies d'une hospitalisation, selon les groupes 33

Figure 9
Délai moyen pour obtenir les résultats de tests ou la consultation d'un spécialiste à l'urgence 38

Figure 10
Répartition des urgences selon la disponibilité d'une équipe ou d'un comité spécialisé dans la gestion des lits dans l'hôpital 40

Figure 11
Proportion des urgences qui réalisent des sondages sur la satisfaction des patients et fournissent aux médecins des indicateurs sur leur rendement 41

Figure 12
Proportion des urgences qui indiquent que certains événements sont très ou assez fréquents 42

MOT DU COMMISSAIRE

L'engorgement et les longs délais d'attente pour être traité dans les urgences des hôpitaux du Québec représentent une situation bien connue. Symptôme des problèmes d'accès au système de santé et de services sociaux, dont elle est en quelque sorte la vitrine, l'urgence fait la manchette régulièrement. Les nombreuses expériences négatives qui y sont vécues et rapportées sont à même d'inquiéter la population.

Cette situation n'est toutefois pas une fatalité. De nombreux pays ont en effet réglé les problèmes de leurs urgences, comme en témoignent notamment les résultats des enquêtes internationales du Commonwealth Fund, auxquelles le Commissaire à la santé et au bien-être contribue chaque année.

Au Québec même, il existe des urgences particulièrement performantes. C'est pourquoi, en complémentarité avec un premier rapport qui traitait de ce sujet, *Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013*, j'ai souhaité que nous puissions déterminer les facteurs associés à la performance des urgences. Pour « apprendre des meilleurs », nous sommes donc allés à la rencontre de ceux et celles qui ont développé des pratiques exemplaires afin que leur urgence soit performante. Dans ces établissements, nous avons pu observer une grande importance accordée à l'urgence par les hautes instances, un fort leadership médical, une collaboration exemplaire entre médecins et infirmières, une approche basée sur l'amélioration de la qualité et l'expérience des soins des patients ainsi qu'une culture bien établie de la mesure de la performance.

Nous disposons maintenant de données fiables et de qualité pour évaluer la performance des urgences, et des solutions concrètes sont connues pour régler les problèmes d'encombrement et de délai. Nos recommandations visent à améliorer l'accès à la première ligne et à optimiser les ressources et les processus au sein de l'urgence et de l'hôpital, et ce, afin que les patients puissent être traités dans les meilleurs délais et à l'endroit le plus approprié pour leur condition.

La présente étude n'aurait pas pu se faire sans que les PDG des établissements de santé et de services sociaux du Québec aient appuyé notre démarche. Je salue leur engagement et leur volonté d'améliorer en toute transparence cet important service à la population que représente l'urgence. Je remercie tous ceux et celles qui ont répondu à nos questions ou nous ont accueillis dans leur milieu de travail pour leur grande générosité et pour avoir partagé leurs façons de faire et leur passion. J'en profite d'ailleurs pour saluer le travail exceptionnel de ces milliers d'intervenants qui œuvrent au quotidien dans nos urgences et qui demeurent passionnés et engagés malgré le contexte difficile. Je remercie particulièrement les experts de notre comité consultatif pour leurs précieux conseils tout au long de nos travaux sur les urgences. Finalement, je remercie les membres de notre Forum de consultation qui, par la richesse de leurs délibérations sur le sujet, apportent une plus grande légitimité à nos recommandations.

En partageant les résultats de notre analyse et en formulant des recommandations qui tiennent compte du contexte québécois, je souhaite que nous puissions contribuer à l'amélioration de la situation dans les urgences du Québec, et ce, au bénéfice de l'ensemble des citoyens.

Le commissaire à la santé et au bien-être,

Robert Salois

Introduction

En 2014, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a publié le rapport *Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013*. Cette étude a démontré que le volume global des visites aux urgences était resté relativement stable durant cette période, malgré une augmentation significative de la population (8 %). Toutefois, on a assisté à un vieillissement important de la clientèle qui visite les urgences et à une augmentation des durées de séjour tant pour les patients couchés sur civière que pour les patients en milieu ambulatoire.

Les analyses de cette première étude, en 2014, montrent également des différences très importantes dans les durées des séjours à l'urgence entre les hôpitaux du Québec : celles-ci peuvent aller du simple au double pour des urgences comparables. Des experts consultés durant ce projet ont souligné le rôle prépondérant de l'hôpital pour diminuer l'encombrement et les délais à l'urgence. Pour plusieurs, l'encombrement et les longs délais qu'on trouve dans les urgences sont liés non seulement à des facteurs externes à l'urgence, mais également à des facteurs internes à l'hôpital, qui peuvent être corrigés en modifiant les pratiques et l'organisation des services.

C'est pourquoi le Commissaire a décidé de poursuivre ses travaux en réalisant une étude approfondie comprenant un volet quantitatif reposant sur toutes les urgences de la province et un volet qualitatif basé sur des hôpitaux qui se classent parmi les plus performants ou qui ont connu une amélioration significative de la performance de leur urgence dans la dernière année. L'objectif de la présente étude est de mettre en lumière les meilleures pratiques des urgences du Québec et de les diffuser afin de soutenir l'amélioration de la performance de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Situation des urgences

Depuis plusieurs années, le système de santé tente de s'adapter aux transformations démographiques, sociales, épidémiologiques et technologiques. C'est particulièrement le cas dans les services d'urgences, où le vieillissement de la population a un impact direct sur la demande et l'utilisation des services de soins et de santé.

Ainsi, dans les dernières années, plusieurs pays industrialisés ont connu une augmentation de l'encombrement dans leurs urgences et de la durée des séjours des patients. Toutefois, la situation reste très variable d'un pays à l'autre. Les enquêtes du Commonwealth Fund, qui sont réalisées auprès des populations d'une dizaine de pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), montrent que la proportion de la population qui attend plus de 5 heures à l'urgence varie de moins de 5 % dans certains pays (Pays-Bas, Suisse et Royaume-Uni) à près de 20 % au Canada. Dans cette étude, le Canada est le pays où les délais d'attente à l'urgence sont les plus longs (CSBE, 2014a).

Pour remédier à l'engorgement des urgences et aux longs délais d'attente pour les patients, plusieurs pays ont développé des stratégies nationales. Par exemple, aux États-Unis, le George Washington University Medical Center a mis en place, dans les années 2000, le programme Urgent Matters, dont l'objectif était de trouver des solutions aux problèmes d'engorgement dans les urgences et de diffuser les meilleures pratiques dans les hôpitaux américains. L'expérience de ce programme dans 10 hôpitaux montre qu'il est possible d'améliorer de façon notable le taux de roulement des patients à l'urgence et d'y réduire l'engorgement, sans nécessairement augmenter significativement les dépenses de l'hôpital. Cependant, pour atteindre cet objectif, il est indispensable de reconnaître que l'engorgement est un problème présent dans l'ensemble de l'hôpital (et non seulement à l'urgence) afin que cela devienne une priorité pour l'organisation et que l'on agisse à tous les niveaux dans l'hôpital (Wilson et Nguyen, 2004).

L'expérience du Royaume-Uni, effectuée également dans les années 2000, montre aussi qu'il est possible d'améliorer significativement la performance des urgences en relativement peu de temps. En effet, en 2001, le Royaume-Uni a mis en place une stratégie nationale pour réformer les soins d'urgence. Cette stratégie multifactorielle a permis de faire passer la proportion des patients qui attendent plus de 4 heures à l'urgence de 28 % en 2002-2003 à moins de 1 % en 2007-2008 (Banerjee, Mbamalu et Hinchley, 2008). Elle comportait des incitatifs financiers, des mesures de reddition de comptes, une amélioration de l'accès en dehors des urgences, une collaboration active des ordres professionnels ainsi que la mise en place d'un service spécifique de la National Health Service Modernisation Agency : le Emergency Services Collaboratives. Ce service a aidé chacun des centres hospitaliers à implanter les changements nécessaires et à partager les innovations dans le domaine des urgences (Banerjee, Mbamalu et Hinchley, 2008).

Portrait sommaire des urgences du Québec

Le Québec compte 124 salles d'urgence, qui reçoivent environ 3,4 millions de visites annuellement. Les volumes annuels de visites varient fortement d'un établissement à l'autre, allant de 3 000 dans les plus petites urgences à plus de 80 000 dans les plus grandes. En moyenne, les cas les plus urgents (niveaux de priorité 1, 2 et 3) représentent environ 40 % des visites à l'urgence, alors que les cas les moins urgents (niveaux de priorité 4 et 5), qui pourraient être traités ailleurs dans la majorité des cas, représentent environ 60 % des visites (CSBE, 2014b).

De 2003-2004 à 2012-2013, le nombre annuel de visites aux urgences est resté relativement stable, malgré une augmentation de la population du Québec. Par contre, les caractéristiques des usagers de l'urgence ont fortement changé, particulièrement en lien avec le vieillissement de la population. Ainsi, le nombre de visites à l'urgence chez les personnes de 75 ans et plus a augmenté de 30 % de 2003-2004 à 2012-2013, alors qu'il a diminué chez les personnes de moins de 65 ans. Les urgences reçoivent donc aujourd'hui des patients sensiblement plus âgés. Le rapport du Commissaire sur l'évolution des urgences indique qu'en 2003-2004, une visite sur civière sur cinq était faite par une personne de 75 ans et plus, alors qu'en 2012-2013, c'était le cas d'une visite sur quatre. Ce rapport prévoit également qu'en 2021-2022, ce sera le cas d'une visite sur trois (CSBE, 2014b).

À la suite d'une augmentation importante dans les années 2000, le séjour moyen dans les urgences du Québec s'est stabilisé à partir de 2010-2011. En 2014-2015, il était de 4,5 heures pour les visites ambulatoires, de 13,1 heures pour les visites sur civière sans hospitalisation et de 25,3 heures pour les visites sur civière avec hospitalisation. Ce sont de très longs séjours qui, dans la majorité des cas, ne respectent pas les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). En effet, près de 60 % des séjours des patients sur civière sont hors-norme (un séjour est hors-norme quand il dure plus de 8 h pour les patients non hospitalisés sans demande de consultation et plus de 12 h pour les patients hospitalisés) (CSBE, 2014b).

Enfin, lorsqu'on compare la situation des urgences du Québec avec celle d'autres États, les résultats sont très défavorables. L'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013, réalisée auprès des adultes de 18 ans et plus, indique que 38 % des Québécois ont eu recours aux urgences au cours des deux dernières années et, parmi elles, plus d'une personne sur trois (35 %) a passé 5 heures ou plus à l'urgence (contre seulement 15 % en Ontario et 3 % au Royaume-Uni). De plus, près de la moitié (44 %) des personnes qui ont été à l'urgence l'ont fait pour une affection pouvant être traitée par un médecin de famille (CSBE, 2014a). Ce portrait est confirmé par les expériences rapportées par plusieurs membres du Forum de consultation :

> « […] si quelques membres ont reconnu avoir vécu des expériences relativement positives compte tenu des circonstances, la plupart ont rapporté des expériences pénibles, parfois horribles, toujours frustrantes et souvent marquées par de longs délais d'attente inexpliqués et le sentiment de ne pas savoir où se diriger, d'avoir été mal aiguillés lors du triage et de perdre un temps précieux, tout cela venant s'ajouter à la souffrance, à l'inquiétude et à l'inconfort […] on se présente à l'urgence avec un problème donné, pas forcément grave, faute d'avoir accès à un service de première ligne qui nous semblerait pourtant plus approprié à ce problème, ou alors parce que le problème est grave, et la souffrance très grande. […] L'accueil est parfois mitigé : personne ne vient à notre rencontre, les sièges sont inconfortables, on doit se débrouiller soi-même pour trouver un fauteuil roulant… Et l'attente commence. D'abord, pour passer au triage et ensuite, durant de longues heures, pour voir le médecin, subir des examens et voir un spécialiste si des soins spécialisés sont requis, comme un plâtre ou une orthèse. […] »
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Facteurs associés à la performance des urgences

Comme pour les autres secteurs de la santé, la performance des urgences se mesure selon différentes dimensions, telles que l'accès, la qualité, la sécurité, l'efficience et les résultats de santé. Toutefois, les mesures les plus utilisées pour évaluer la performance des urgences sont reliées à l'encombrement et aux délais (Sørup, Jacobsen et Forberg, 2013). En effet, les délais de séjour à l'urgence ont non seulement un impact sur la satisfaction des patients, mais aussi sur leur santé. Plusieurs études ont ainsi montré que l'encombrement des urgences a des effets directs sur les processus de soins et les résultats de santé des patients, incluant la mortalité (Schull et collab., 2015). Une étude récente sur l'ensemble des hôpitaux ontariens indique que les patients qui ont été vus à l'urgence lors d'une période d'encombrement et qui retournent à domicile ont près de deux fois plus de risques d'hospitalisation et de mortalité à court terme, par rapport aux patients qui ont été vus à l'urgence lors d'une période sans encombrement (Guttmann et collab., 2011). Dans cette section sont exposés brièvement les principaux facteurs qui sont associés dans la littérature à la performance des urgences et, en particulier, à l'encombrement et aux délais.

Parcours du patient à l'urgence

Depuis son arrivée à l'hôpital jusqu'à son départ de la salle d'urgence (congé ou hospitalisation), un patient de l'urgence passe par plusieurs processus (triage, investigation, examen diagnostique, traitement, etc.). Dans chaque hôpital, ce parcours peut être plus ou moins bien organisé et adapté aux différents types de patients. La littérature montre clairement qu'une organisation efficace à l'urgence permet de maximiser le nombre de patients que l'on traite en minimisant les délais à chacun des points de service, tout en maintenant la qualité des soins (Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System, 2007).

Pour analyser et optimiser les parcours de soins à l'urgence, il existe de nombreux outils mis à la disposition des gestionnaires (Lean, Six Sigma, etc.). Ces outils, qui sont de plus en plus utilisés, ont montré un potentiel de changement et d'amélioration important (Holden, 2011). De plus, des théories sur la modélisation des files d'attente, qui sont utilisées dans différentes industries, sont maintenant reconnues comme des modèles très utiles pour gérer les flux de patients dans les salles d'urgence. Ces outils permettent, entre autres, de mieux prévoir les périodes de pointe à l'urgence afin d'organiser les ressources en conséquence. Certains hôpitaux ont, par exemple, utilisé ces modèles afin d'ajuster les horaires des chirurgies électives afin qu'elles ne soient pas en conflit avec les pics prévisibles à l'urgence, ou encore pour ajuster la capacité des ressources humaines à l'urgence (Green et collab., 2006).

Disponibilité des lits dans l'hôpital

L'un des éléments souvent rapportés pour expliquer l'encombrement et les délais dans les urgences est le manque de disponibilité des lits dans les différentes unités de l'hôpital pour admettre les patients en provenance de l'urgence. En effet, ce problème entraîne des débordements à l'urgence : des patients sont placés sur une civière dans un corridor ou un autre espace non adéquat en attendant que des lits dans l'hôpital se libèrent.

Au Québec, l'une des principales causes de la non-disponibilité des lits dans les hôpitaux est la proportion élevée des lits qui sont occupés par des patients en attente de services à l'extérieur de l'hôpital (soutien à domicile, réadaptation ou hébergement). Ces patients attendent donc à l'hôpital qu'une place se libère pour eux dans la communauté, alors que d'autres patients attendent à l'urgence qu'un lit de l'hôpital se libère.

Par ailleurs, la disponibilité des lits pour les patients en provenance de l'urgence est souvent restreinte, car ces patients sont en « compétition » avec les patients électifs pour lesquels une chirurgie a été programmée. Les hôpitaux ont en effet beaucoup de pression pour augmenter le volume de certaines chirurgies pour lesquelles ils sont payés à l'acte. Il est à noter qu'au Québec, le paiement des hôpitaux à l'acte n'est instauré que pour certaines chirurgies (hanches et genou, par exemple).

Devant ce manque de disponibilité des lits pour les patients en provenance de l'urgence, plusieurs solutions ont été expérimentées, telles que les unités de débordement, la gestion proactive des lits ou encore la planification précoce des congés des patients. Ainsi, pour éviter de placer des patients dans des corridors, plusieurs hôpitaux ont mis en place des unités de débordement ou de court séjour, spécifiquement pour les patients de l'urgence ayant besoin d'un lit dans l'une des unités de l'hôpital, sans y avoir accès (Schull et collab., 2012). En plus de désengorger les urgences, ces unités de débordement améliorent la qualité des soins donnés aux patients. Des unités de courte durée sont également utilisées pour mettre en observation des patients pour lesquels on doit encore décider si une hospitalisation dans l'une des unités de l'hôpital est nécessaire ou non.

Plusieurs hôpitaux ont également mis en place des équipes spécialisées dans la gestion proactive des lits de l'hôpital. Ces équipes ont accès en temps réel aux informations sur tous les lits de l'hôpital et peuvent, en cas de besoin, prendre des décisions pour libérer des lits, réaliser des transferts ou annuler des chirurgies électives. En étroite collaboration avec les urgences, ces équipes évaluent les besoins des patients en attente et font le lien avec les lits qui pourraient être disponibles dans l'hôpital (Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System, 2007).

Enfin, l'une des actions les plus efficaces pour améliorer la disponibilité des lits est de bien planifier le congé des patients. En effet, une planification précoce des congés facilite la sortie des patients et diminue les délais de préparation des lits, ce qui améliore le roulement et permet d'aligner les besoins des patients de l'urgence sur la disponibilité des lits dans l'hôpital.

Tests et consultations

Pour les médecins comme pour les patients, un accès rapide et prévisible aux résultats de laboratoire, aux tests diagnostiques et à l'imagerie est essentiel à la qualité des soins. L'accès rapide à ces technologies est particulièrement nécessaire aux urgences, où le volume de patients est élevé et le roulement, important. Une réponse inadéquate ou tardive aux requêtes de laboratoire, de tests et d'imagerie pour les médecins de l'urgence entraîne invariablement une augmentation indue des délais de séjour à l'urgence (Blick, 2013).

Le problème est similaire pour les demandes de consultation auprès des médecins spécialistes pour les patients de l'urgence. Un manque de disponibilité des spécialistes pour répondre en temps opportun à ces demandes a souvent un impact majeur sur les délais et la qualité des soins.

Finalement, alors que les autres secteurs de l'hôpital sont organisés pour fonctionner de façon optimale durant la journée (de 8 h à 16 h, du lundi au vendredi), la plupart des urgences fonctionnent 24 heures sur 24. Cela a indéniablement un impact sur les délais de traitement des patients, en particulier lorsque l'accès aux plateaux techniques et aux spécialistes est limité durant certaines périodes.

Configuration physique des urgences

Peu d'hôpitaux ont revu l'organisation et l'ergonomie des salles d'urgence afin de mieux répondre aux besoins des patients, au travail des intervenants et à la fluidité des processus et des parcours. Souvent, les espaces aux urgences sont insuffisants et ils ne sont pas optimisés.

Un exemple classique est l'emplacement du département d'imagerie, qui est parfois éloigné des urgences, ce qui oblige les patients à faire de longs déplacements. Il existe pourtant de nombreux exemples dans le monde d'organisations très efficientes de la configuration physique des salles d'urgence. Cette problématique est particulièrement présente dans les hôpitaux plus anciens dont les urgences n'ont pas été rénovées.

Voie rapide pour les patients ayant des problèmes mineurs

Devant l'importance du volume de patients qui se présentent aux urgences pour un problème mineur, plusieurs hôpitaux ont expérimenté, avec succès, la mise en place de voies rapides (*fast-track*) (White et collab., 2012; Sanchez et collab., 2006). Avec ce type d'organisation, les patients dont les problèmes de santé sont mineurs sont dirigés vers une unité spécifique ayant des ressources plus légères, ce qui permet de les traiter plus rapidement et de libérer les ressources plus spécialisées pour les patients dont les problèmes de santé sont plus importants. Certaines expériences aux États-Unis montrent qu'environ 30% des patients peuvent être dirigés vers une voie rapide et que cette méthode permet de réduire significativement le temps d'attente à l'urgence (Wilson et Nguyen, 2004).

Dans les années 2000, les urgences du Royaume-Uni se sont réorganisées en mettant en place un système de voies rapides (*fast-track*) pour les patients avec des problèmes mineurs et en élargissant considérablement le rôle des infirmières. En grande partie, les patients ayant des problèmes mineurs sont maintenant vus et traités par des infirmières, ce qui libère les médecins pour les cas plus lourds. De plus, les infirmières ont également la possibilité de lancer les investigations initiales (tests sanguins, radiographies, etc.) afin d'accélérer les processus pour les cas plus lourds (Banerjee, Mbamalu et Hinchley, 2008).

Surutilisation des urgences

La disponibilité aux urgences d'un plateau technique complet et de l'ensemble des spécialités pour réaliser les tests nécessaires et évaluer les patients peut entraîner une surutilisation des urgences, en particulier lorsque ces outils sont peu disponibles dans la communauté. En effet, lorsque les délais sont trop importants dans la communauté, certains patients vont utiliser les urgences pour obtenir des services diagnostiques. Même les médecins de famille envoient parfois leurs patients à l'urgence afin qu'ils puissent obtenir rapidement certains tests ou être évalués par un spécialiste. Or, on sait qu'au Québec, les délais peuvent être très importants pour obtenir certains tests diagnostiques dans le secteur public (imagerie par résonance magnétique [IRM], par exemple), alors que ces tests peuvent être réalisés rapidement lors d'une visite à l'urgence.

Lien entre l'urgence et les services dans la communauté

Si l'encombrement et les délais à l'urgence sont principalement causés par des problèmes internes à l'hôpital, plusieurs services dans la communauté peuvent aussi contribuer à l'amélioration (ou à la détérioration) de la situation aux urgences. Ainsi, le suivi adéquat des personnes vulnérables par la première ligne, l'accès aux omnipraticiens et aux plateaux techniques ainsi que la disponibilité des services de soutien à domicile, de réadaptation et d'hébergement dans la communauté ont des impacts non négligeables sur les urgences.

De plus, il est souvent difficile de coordonner l'urgence avec les services de première ligne et le réseau dans la communauté, car les liens formels et informels entre l'hôpital et la première ligne sont peu développés, et le partage des informations cliniques et des résultats de tests entre ces différents milieux est encore assez rare. Par exemple, seulement 9 % des médecins de famille du Québec reçoivent systématiquement un avis lorsqu'un de leurs patients a été vu à l'urgence (CSBE, 2016). C'est d'ailleurs ce que mettent en évidence les nombreuses expériences négatives partagées par plusieurs membres du Forum :

> « […] l'incapacité de la première ligne à répondre aux besoins de la population, et ce problème n'est pas spécifique aux régions éloignées, ou encore fortement achalandées […] les membres s'entendent tous sur le besoin d'une première ligne accessible et efficiente pour répondre aux cas moins urgents – ce qui, souvent, fait totalement défaut, notamment pour les gens qui n'ont pas de médecin de famille. »
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Pourtant, l'accessibilité en première ligne – de même que la coordination entre les urgences et les services dans la communauté – est particulièrement importante, puisque la moitié des patients aux urgences pourraient être traités en première ligne (Dowd et collab., 2014). C'est ce qu'ont fait valoir plusieurs membres du Forum de consultation :

> « […] le système semble bien prendre en charge, en général, les cas de priorité 1, 2 et 3 et […] ce sont surtout les cas jugés moins urgents – de priorité 4 et 5 – qui posent problème sauf que, derrière chaque cas de priorité 4 ou 5, il y a *aussi* un être humain qui souffre et dont le problème n'est pas banal du seul fait qu'il n'est pas jugé urgent […] Renforcer et diversifier les services de première ligne, et améliorer l'accessibilité de ces services, bref rendre disponibles au bon moment et au bon endroit les soins et services diversifiés de première ligne dont la population a besoin, constitue donc […] une priorité. »
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Incitatifs

L'expérience montre qu'il est difficile de faire des changements majeurs dans les systèmes de santé sans que soient mis en place des incitatifs à ces changements. C'est aussi vrai pour les urgences, où il peut y avoir des incitatifs « positifs », par exemple des primes financières pour récompenser les hôpitaux qui assurent une organisation adéquate des flux de patients à l'urgence et réduisent ainsi l'encombrement et les délais. Des incitatifs « négatifs » peuvent également exister, ce qui peut nuire au bon fonctionnement de l'urgence. Par exemple, le financement à l'acte de certaines chirurgies électives (alors que les hospitalisations en provenance de l'urgence n'ont pas ce type de financement) entraîne invariablement une pression sur l'hôpital pour augmenter la disponibilité des lits pour les cas électifs et donc une diminution des lits disponibles pour l'urgence. Il faut toutefois être prudent dans ce domaine, car les études montrent que les incitatifs financiers ont des résultats assez mitigés (Cheng et Sutherland, 2013; Van Herck et collab., 2010).

Enfin, certains hôpitaux peuvent décider de conserver un certain niveau d'encombrement à l'urgence afin de préserver une certaine stabilité dans les autres unités de l'hôpital. Il est certain que le niveau d'encombrement souvent trouvé à l'urgence ne serait jamais toléré dans les autres unités de l'hôpital, ce que les membres du Forum n'ont pas manqué de souligner :

> « [Ces] délais d'attente […] ne seraient tolérés nulle part ailleurs dans la société […] lorsqu'on se présente à l'urgence, ce n'est pas pour le plaisir de la chose; […] qu'on fasse subir de tels délais d'attente à des gens souffrants est inacceptable. »
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Par ailleurs, au Québec, dans les dernières années, le MSSS a souvent injecté des montants supplémentaires pour soutenir les urgences les plus engorgées. Dans ces cas, l'incitatif va dans le sens contraire de la performance.

Mode de rémunération des médecins à l'urgence

Plusieurs des rapports du Commissaire rappellent que le mode de rémunération des médecins a un impact important sur l'organisation des soins (CSBE, 2009). En première ligne, par exemple, il est largement documenté que la rémunération des médecins uniquement à l'acte ne favorise pas une prise en charge et un suivi adéquat des patients, en particulier pour ceux aux prises avec des maladies chroniques. Cela peut entraîner une surutilisation des urgences.

On peut également se questionner sur la pertinence de la rémunération des médecins à l'acte dans les urgences. En effet, ce type de rémunération peut entraîner un déploiement minimal des effectifs médicaux à l'urgence afin d'assurer une rémunération suffisante aux médecins. Cela peut entraîner une diminution de la capacité de réponse des urgences en période de pointe. D'ailleurs, plusieurs études démontrent que l'encombrement et les délais aux urgences sont souvent associés à un manque d'effectifs ou à une planification déficiente des effectifs en fonction des besoins (Hoot et Aronsky, 2008).

Certains membres du Forum ont souligné cette réalité :

> «[…] pour s'avérer rentable pour les médecins qui y pratiquent, une urgence doit toujours fonctionner à plein régime, comme un entonnoir : si on y ajoutait des médecins pour accélérer le service, ceux-ci réaliseraient moins d'actes et seraient, de ce fait, moins rémunérés. […] la prestation de services s'ajuste non pas aux besoins de la population, mais à ceux des prestataires de services […]»
>
> «[…] si plusieurs membres croient effectivement que le mode de rémunération des médecins doit être revu pour mieux servir les intérêts du système et de la population québécoise, ils ajoutent qu'un tel changement, comme tout autre de même envergure, doit faire l'objet d'une vision globale et d'une analyse approfondie qui tiendra compte des risques de dommages collatéraux […]»
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Enfin, le paiement à l'acte des médecins aux urgences peut entraîner également une sous-utilisation des autres professionnels de la santé. En effet, pour être rémunérés, les médecins doivent voir les patients. Or, de nombreux patients à l'urgence ayant des problèmes mineurs pourraient être vus uniquement par une infirmière, autre postulat appuyé par les propos des membres du Forum de consultation à propos des infirmières :

> «[…] on les aurait souvent souhaitées mieux outillées, au triage notamment, pour orienter les patients vers les bonnes trajectoires de soins et aux bons endroits, et aussi pour bien répondre à leurs questions, voire à leurs inquiétudes. Certains membres ont souligné la compétence sous-exploitée de ces ressources, parfois plus aptes que des médecins à bien reconnaître les symptômes d'une maladie infantile courante, par exemple, et ils croient que l'organisation des services d'urgence au Québec bénéficierait grandement d'une plus grande autonomie des infirmières dans leurs fonctions. »
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Leadership

L'exercice d'un grand leadership est primordial pour mettre en place les changements requis pour désengorger les urgences. Étant donné les intérêts divergents des différents secteurs de l'hôpital et des différents groupes d'intérêts, tout changement important exige qu'une volonté ferme des plus hautes autorités décisionnelles de l'établissement d'améliorer la situation à l'urgence soit exprimée. Un tel changement nécessite également un leadership fort et un engagement proactif d'un petit nombre de personnes ayant des postes clés dans l'hôpital (en particulier les médecins-chefs et les responsables de l'urgence), qui décident de faire de la lutte à l'encombrement une priorité (Wilson et Nguyen, 2004).

Informatisation et mesures de performance

Il n'est pas prouvé que l'utilisation d'un dossier clinique informatisé améliore la performance des urgences en matière de délais ou d'encombrement (Ward et collab., 2014). On note même que, durant l'implantation de ces technologies, certains hôpitaux ont vu leurs résultats se détériorer (O'Dowd, 2014; Mohan, Bishop et Mallows, 2013). Cela s'explique, entre autres, par la complexité de mettre en place ce genre de technologie dans les hôpitaux.

Toutefois, l'utilisation des technologies de l'information pour mesurer la performance et diffuser les résultats aux décideurs et aux médecins a un impact très positif sur la performance des urgences (Horng et collab., 2013). Ainsi, c'est seulement en mesurant la performance des services offerts à l'urgence que l'on peut identifier et mettre en place les stratégies appropriées pour modifier les pratiques dans le but d'améliorer les services.

Il existe de nombreux indicateurs pour suivre la performance des urgences. Cela va de la mesure des différents délais (pour le triage, pour voir un médecin, pour obtenir son congé ou pour être hospitalisé) à celle de la qualité (incidents, réadmissions, décès, etc.), en passant par la satisfaction des patients (Sibbritt, Isbister et Walker, 2006). Toutes les stratégies pour améliorer la performance des urgences nécessitent la collecte de ce type d'indicateurs, non seulement pour bien comprendre la situation, mais aussi pour faire le suivi des changements attendus.

Méthodologie

Cette étude a comporté plusieurs phases. Tout d'abord, une analyse des délais aux urgences a été réalisée à partir des données médico-administratives. Puis, un questionnaire en ligne a été envoyé à toutes les urgences du Québec afin d'établir un portrait provincial de l'organisation de ces services. Une étude de cas a également été réalisée auprès de cinq urgences jugées performantes qui ont mis en place des projets novateurs. Enfin, le Commissaire a organisé une séance de délibération avec son Forum de consultation.

Les 4 phases de l'étude

- Analyse quantitative : 113 urgences dont les données ont été analysées
- Sondage : 111 urgences ayant répondu au questionnaire
- Étude de cas : 5 urgences ont été visitées (13 répondants clés rencontrés)
- Forum de consultation du Commissaire : une séance de délibération

Analyse de la performance des urgences

L'analyse quantitative de la performance des urgences au Québec a été réalisée à partir de la Banque de données commune des urgences (BDCU) du MSSS. Les analyses portent sur les données de l'année financière 2014-2015.

Comme certains patients ont des durées moyennes de séjour systématiquement plus courtes ou plus longues, certains cas ont été exclus des analyses afin de pouvoir comparer adéquatement les établissements.

Les cas exclus sont les suivants[1] :

- Les visites dans les établissements ayant une mission spécifique (santé mentale, pédiatrie et cardiologie)
- Les visites pour cause de problème de santé mentale
- Les visites pour cause de grossesse ou de nouveau-né
- Les visites de patients de moins de 18 ans

Pour l'ensemble du Québec, ces exclusions représentent 24 % des visites à l'urgence.

Par la suite, les urgences ont été catégorisées selon la classification du MSSS, qui prend en compte la mission de l'urgence, le volume de visites à l'urgence et le nombre de lits de courte durée de l'hôpital. Comme ces différents facteurs sont fortement associés à la performance (Pines, Decker et Hu, 2012; Welch et collab., 2012), toutes les analyses du rapport sont présentées en fonction de ces groupes, afin de comparer des urgences ayant sensiblement les mêmes missions et les mêmes capacités. Le tableau 1 présente les 7 groupes dans lesquels ont été placées les 113[2] salles d'urgence du Québec considérées dans cette étude. Une définition détaillée de chacun des groupes est présentée à l'annexe III.

TABLEAU 1.
RÉPARTITION DES URGENCES DU QUÉBEC SELON LES GROUPES

Groupe	Description	Nombre d'urgences
1. Sans hospitalisation A	Urgence sans hospitalisation et moins de 20 000 visites annuelles	16
2. Sans hospitalisation B	Urgence sans hospitalisation et plus de 20 000 visites annuelles	9
3. Primaire A	Urgence primaire avec moins de 20 000 visites annuelles	16
4. Primaire B	Urgence primaire avec plus de 20 000 visites annuelles	15
5. Secondaire A	Urgence secondaire de type A (moins de 20 civières au permis)	21
6. Secondaire B	Urgence secondaire de type B (plus de 20 civières au permis)	19
7. Tertiaire	Urgence tertiaire	17

1. Voir la liste et les codes d'exclusion à l'annexe II.
2. Comme il est indiqué dans la méthodologie, certaines urgences ont été exclues de l'étude.

Afin de comparer les établissements dans chacun des groupes, les 10 indicateurs suivants ont été calculés pour chacun des hôpitaux, ainsi que pour les groupes et pour l'ensemble du Québec. Ces indicateurs sont les suivants :

- Proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5
- Proportion des patients ayant fait 3 visites ou plus dans l'année
- Proportion des visites sans prise en charge médicale
- Délai moyen de prise en charge médicale
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés
- Proportion des visites avec la consultation d'un spécialiste
- Délai moyen pour la consultation d'un spécialiste
- Proportion des visites suivies d'une hospitalisation

Finalement, pour contrôler la lourdeur des clientèles dans les différents hôpitaux, les données ont été ajustées selon l'âge et le niveau de priorité des patients.

Sondage sur l'organisation et les pratiques dans les urgences

Afin de recueillir de l'information sur le mode d'organisation des urgences, le Commissaire a élaboré un sondage pour les responsables des départements d'urgence du Québec visés par l'étude. En préparation de ce sondage, le Commissaire a contacté tous les présidents-directeurs généraux (PDG) des établissements de santé concernés afin de leur exposer les objectifs du projet et d'obtenir leur appui, ainsi que celui des responsables des urgences dans leur établissement.

Le questionnaire en ligne envoyé à l'ensemble des responsables d'urgences de la province a été conçu spécifiquement pour cette étude dans l'objectif d'obtenir un portrait provincial de certaines pratiques liées à la performance des urgences. Les questions ont été formulées à partir de la revue de la documentation scientifique sur la performance dans les urgences en s'inspirant de deux questionnaires déjà existants : l'un utilisé au Canada (Bond et collab., 2007) et l'autre, au Québec (Borges Da Silva et collab., 2012).

Le questionnaire de l'étude, présenté à l'annexe IV, comporte 40 questions et couvre les domaines suivants :

- Capacité matérielle de l'urgence
- Ressources humaines
- Parcours du patient
- Rôle des infirmières
- Gestion des lits
- Sondage et indicateurs
- Rémunération et incitatifs
- Causes de l'encombrement
- Interventions pour réduire l'encombrement

Le taux de réponse au questionnaire a été de 94 % (111 questionnaires remplis sur un total de 118 envoyés).

Étude de cas

Cinq hôpitaux ont été retenus pour l'étude de cas. Ces hôpitaux ont été sélectionnés à la suite de l'analyse des délais et des résultats du questionnaire en ligne, avec l'aide d'experts du domaine. Au départ, une liste d'urgences a été établie à partir des hôpitaux ayant indiqué, dans le questionnaire, avoir mis en place plus de 50 % des mesures reconnues pour diminuer l'encombrement des urgences et ayant une performance supérieure d'au moins 10 % à la moyenne de leur groupe (performance calculée à partir des données de la BDCU). Cette liste, qui contenait 14 hôpitaux, a été soumise aux experts du comité consultatif du projet. Chaque expert a sélectionné les 5 hôpitaux qui, selon lui, devaient être visités afin de documenter la mise en place des meilleures pratiques. Les urgences finalement retenues pour l'étude de cas sont celles ayant été les plus citées par les experts. Ce sont les urgences des hôpitaux suivants :

- Hôpital Sainte-Croix, CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Hôtel-Dieu de Lévis, CISSS de Chaudière-Appalaches
- Hôpital de La Baie, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean
- Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis,
  CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Centre Paul-Gilbert – Centre d'hébergement de Charny,
  CISSS de Chaudière-Appalaches

La grille d'entrevue, présentée à l'annexe V, a été construite à partir de la revue de la documentation scientifique. Elle contient une section générale sur les principaux facteurs organisationnels associés à la performance des urgences (parcours du patient, disponibilité des lits, configuration physique, mode de rémunération, etc.) et une section sur les projets d'optimisation de l'hôpital qui ont eu un impact notable sur la performance à l'urgence. Les entrevues ont été réalisées au cours du mois de février 2016 auprès de 13 répondants clés.

Portrait de la performance des urgences

Cette section présente les résultats de l'analyse quantitative de la performance des urgences. Les résultats sont présentés selon les 7 groupes d'urgences. L'annexe VI présente les données de chacune des urgences pour les 10 indicateurs calculés.

Volume de visites

Sur une période d'un an, soit du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, il y a eu 2,78 millions de visites dans les urgences du Québec (à l'exclusion des visites pour les patients de moins de 18 ans, les grossesses, les nouveau-nés et les problèmes de santé mentale).

Pour l'ensemble du Québec, un tiers (33 %) des visites à l'urgence sont des visites sur civière. La proportion des visites sur civière augmente de façon importante avec la taille des urgences. Dans les urgences sans hospitalisation (groupes 1 et 2), de 10 % à 12 % des visites sont des visites sur civière, contre 46 % dans les urgences tertiaires (groupe 7).

Ainsi, les profils et la réalité des urgences à travers le Québec sont très différents, ce qui a un impact sur leurs pratiques, leur organisation et même leur performance. C'est pourquoi, tout au long de ce rapport, les résultats des analyses sont toujours présentés en fonction de ces 7 groupes. Le tableau 2 présente le nombre de visites dans chacun des groupes ainsi que les proportions des visites ambulatoires et sur civière.

TABLEAU 2.
RÉPARTITION DES VISITES AMBULATOIRES ET SUR CIVIÈRE SELON LES GROUPES

Groupe	Visite ambulatoire		Visite sur civière		Toutes les visites
	N	%	N	%	
1. Sans hospit. A (< 20 000 visites)	131 880	90 %	14 374	10 %	146 254
2. Sans hospit. B (> 20 000 visites)	164 829	88 %	23 032	12 %	187 861
3. Primaire A (< 20 000 visites)	164 319	80 %	40 165	20 %	204 484
4. Primaire B (> 20 000 visites)	220 301	79 %	60 033	21 %	280 334
5. Secondaire A	358 552	70 %	152 420	30 %	510 972
6. Secondaire B	440 338	60 %	290 799	40 %	731 137
7. Tertiaire	389 630	54 %	326 981	46 %	716 611
Ensemble du Québec	**1 869 849**	**67 %**	**907 804**	**33 %**	**2 777 653**

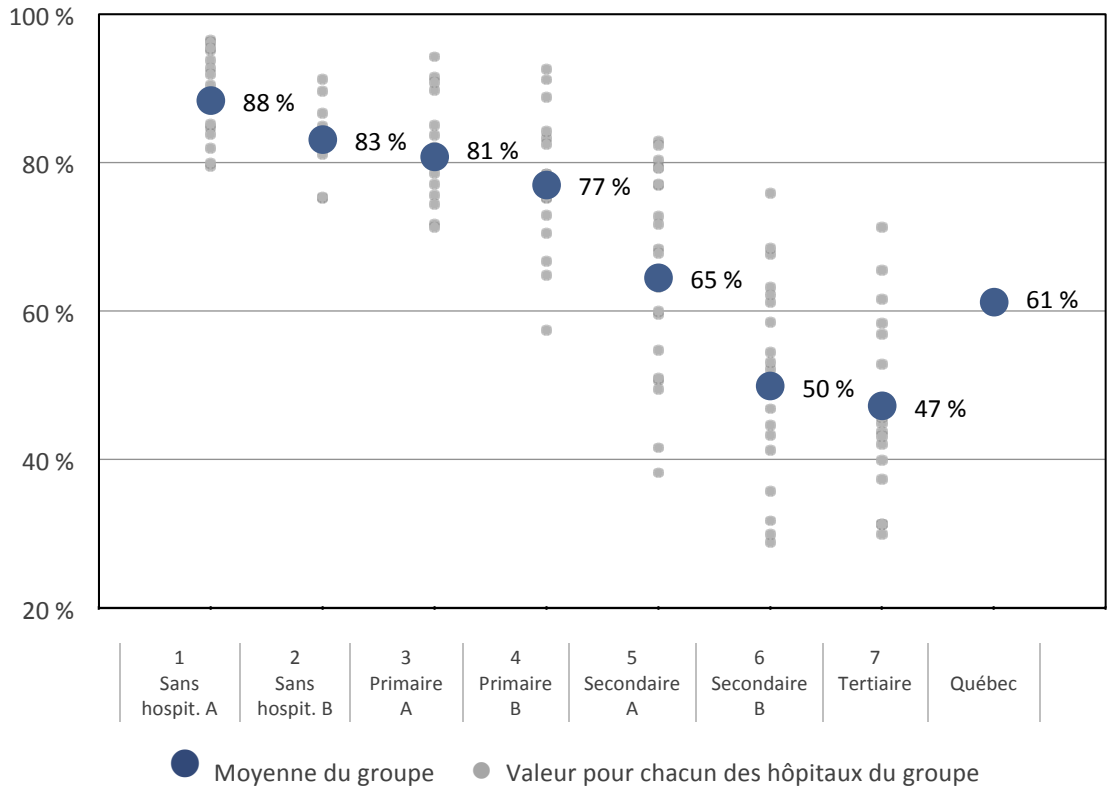
Urgence et première ligne médicale

Une première ligne médicale efficace est un prérequis nécessaire au fonctionnement adéquat des urgences. Or, plusieurs des indicateurs aux urgences montrent que la première ligne ne joue pas toujours son rôle et que cela a des répercussions importantes sur les urgences.

Ainsi, pour l'ensemble du Québec, 6 patients sur 10 (61 %) qui se présentent à l'urgence sont des patients dont le niveau de priorité est 4 ou 5 (P4 ou P5)[3]. Ce sont des patients qui, dans la majorité des cas, pourraient être traités en première ligne plutôt qu'à l'urgence. La figure 1 présente la proportion des visites à l'urgence dont le niveau de priorité est 4 ou 5 selon les groupes, ainsi que les valeurs pour cet indicateur dans les hôpitaux de chacun des groupes.

3. L'échelle de priorité au triage à l'urgence classe les patients en 5 catégories : P1 est la catégorie la plus urgente et P5, la moins urgente.

FIGURE 1.
PROPORTION DES VISITES À L'URGENCE DONT LE NIVEAU DE PRIORITÉ EST 4 OU 5 (P4 OU P5), SELON LES GROUPES

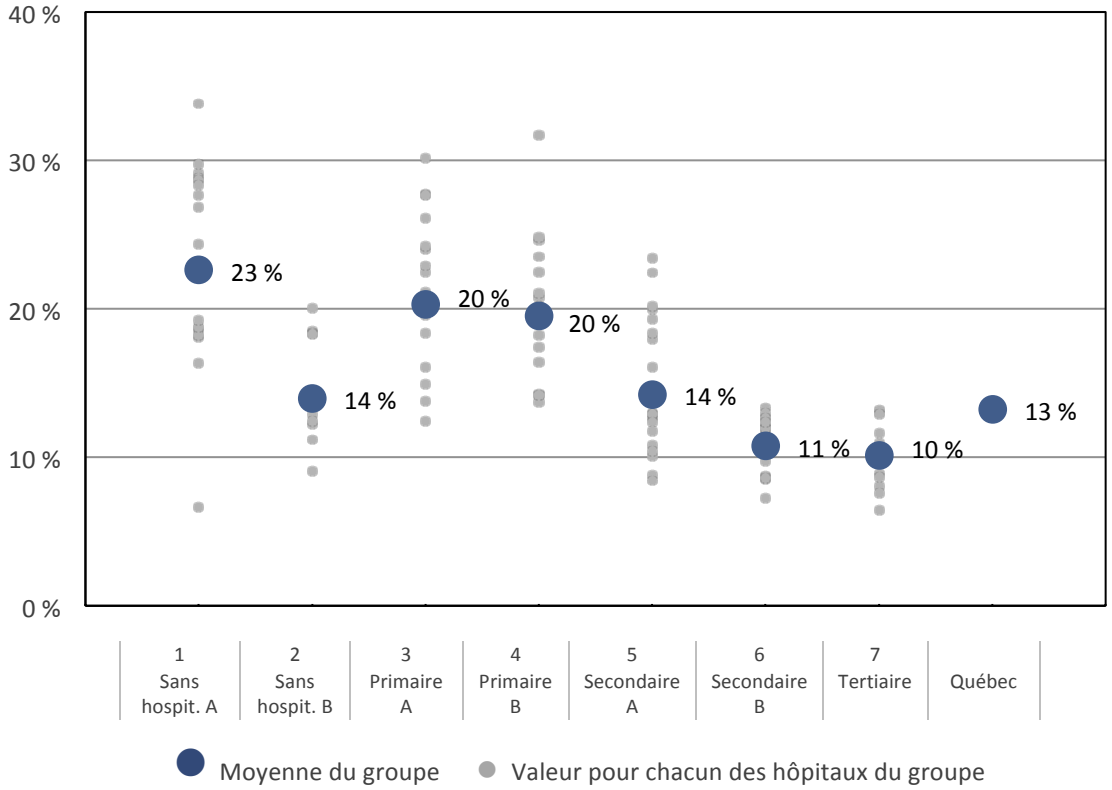


Dans les hôpitaux sans hospitalisation, la proportion des visites à l'urgence dont le niveau de priorité est 4 ou 5 dépasse les 80 %, ce qui indique que les « petites » urgences, parfois situées en région éloignée, jouent en partie le rôle de clinique de première ligne. On note que, dans ce groupe, la variation entre les hôpitaux est assez faible (de 75 % à 97 % des patients de priorité 4 ou 5).

Dans les urgences tertiaires, souvent situées dans des hôpitaux universitaires, la proportion des patients de priorité 4 ou 5, bien qu'elle soit moins élevée, représente tout de même près de la moitié des visites aux urgences. On note ici que les écarts entre les hôpitaux d'un même groupe sont importants. Par exemple, parmi les urgences tertiaires, la proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5 varie de 30 % à 71 % selon l'hôpital.

Le fait que les patients retournent souvent à l'urgence est également révélateur d'un manque de prise en charge adéquate de la population en première ligne. Au Québec, 13 % des patients ont fait trois visites ou plus dans la même urgence au cours de l'année (figure 2).

FIGURE 2.
PROPORTION DES PATIENTS QUI ONT FAIT 3 VISITES OU PLUS DANS LA MÊME URGENCE, SELON LES GROUPES



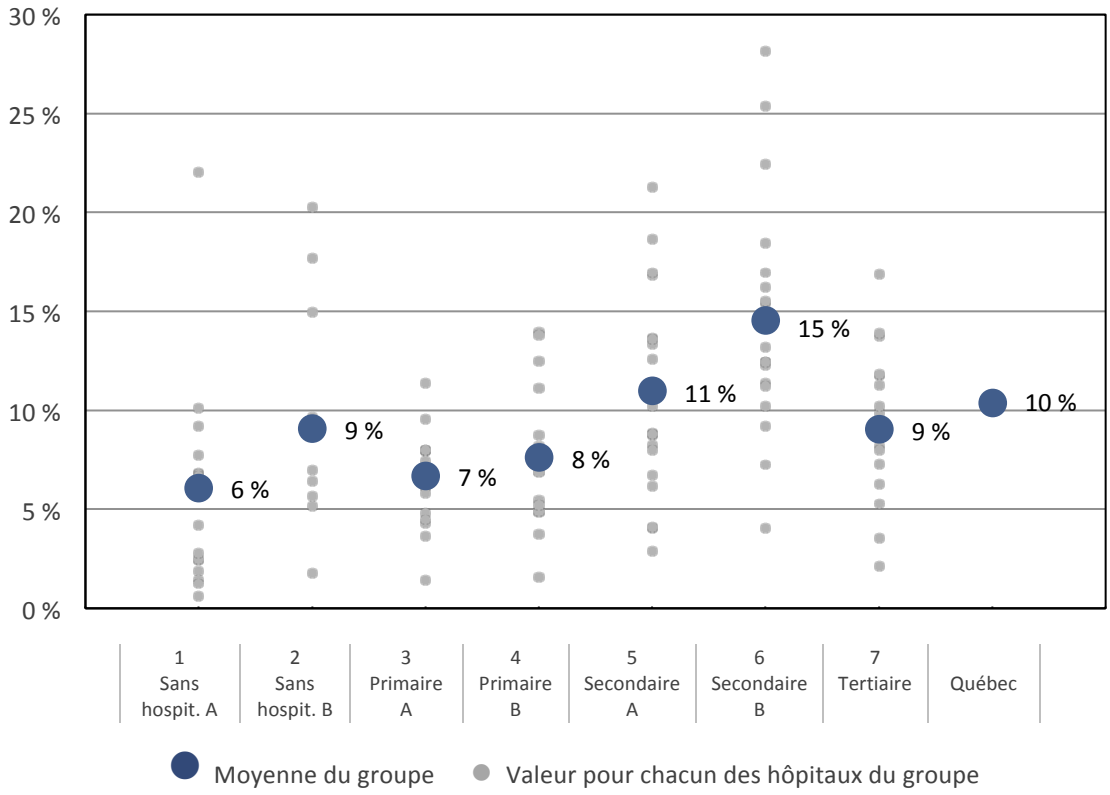
Ce pourcentage varie fortement selon la taille des urgences. Dans les plus petites urgences, environ un patient sur 5 a fait 3 visites ou plus dans l'année, alors que dans les plus grosses urgences, c'est le cas d'un patient sur 10. Cela montre encore une fois que le rôle des petites urgences se rapproche beaucoup de celui des cliniques de première ligne.

La variation de la proportion des patients qui ont fait 3 visites ou plus est importante dans tous les groupes. Pour l'ensemble du Québec, cette proportion varie de 6 % à 34 %. Cela dénote des pratiques différentes, même au sein des hôpitaux d'un même groupe. On peut penser, par exemple, à certaines urgences qui pratiquent de la « relance à l'urgence » lorsqu'un patient doit être revu, alors que d'autres vont diriger leurs patients vers des cliniques externes ou de première ligne.

Par ailleurs, une proportion importante de patients quittent l'urgence sans avoir eu de prise en charge médicale (c'est-à-dire sans avoir vu un médecin). Même si ce sont, la plupart du temps, des patients ayant des problèmes mineurs, cela dénote un manque de réponse adéquate aux besoins de la population, tant en première ligne qu'à l'urgence.

Dans l'ensemble du Québec, 1 patient sur 10 qui se présentent à l'urgence repart sans avoir eu de prise en charge médicale. On note que ce phénomène n'est pas associé à la taille de l'urgence. En effet, dans les petites urgences comme dans les grosses, la proportion moyenne des patients qui n'ont pas eu de prise en charge médicale varie de 6 % à 11 % (à l'exception des urgences du groupe « secondaire B »). Par contre, à l'intérieur d'un même groupe, les variations entre les hôpitaux sont très importantes. Par exemple, dans les plus petites urgences (sans hospitalisation), cette proportion varie de 1 % à 22 % et, dans les urgences plus spécialisées (secondaires B et tertiaires), la proportion varie de 2 % à 28 % (figure 3).

FIGURE 3.
PROPORTION DES PATIENTS QUI ONT QUITTÉ L'URGENCE SANS AVOIR EU DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE, SELON LES GROUPES



Ainsi, ce phénomène semble beaucoup plus associé à l'organisation interne de chacune des urgences qu'à leur taille. On note d'ailleurs un lien entre le délai pour voir un médecin et le pourcentage de patients qui quittent l'urgence sans prise en charge médicale. En général, plus l'urgence a de longs délais, plus la proportion des patients qui quittent l'urgence sans voir un médecin est élevée.

Attente à l'urgence

Les délais d'attente dans les urgences du Québec sont un problème récurrent depuis de nombreuses années. Les longs délais ont un impact non seulement sur la qualité des soins, mais également sur la satisfaction des patients.

Délai de prise en charge

Le délai entre l'arrivée du patient et la prise en charge médicale est particulièrement important. Le *Guide de gestion de l'urgence* du MSSS indique d'ailleurs le délai maximum de prise en charge médicale à respecter selon le niveau de priorité accordé aux patients lors du triage (MSSS, 2006). Ce niveau de priorité est indiqué dans l'échelle de triage et de gravité de la salle d'urgence (allant du niveau 1 [très urgent] au niveau 5 [non urgent]) :

- Priorité 1 : Aucun délai
- Priorité 2 : 15 minutes
- Priorité 3 : 30 minutes
- Priorité 4 : 60 minutes
- Priorité 5 : 120 minutes

Le tableau 3 indique le délai de prise en charge médicale selon les niveaux de priorité pour chacun des groupes d'hôpitaux. Les données pour les niveaux de priorité 1 et 2 ne sont pas présentées dans le tableau, car elles ne semblent pas valides. En effet, plusieurs urgences n'ont pas de système informatique permettant de mesurer précisément les délais pour les cas très urgents (ces patients sont vus presque immédiatement).

Pour l'ensemble du Québec, le délai de prise en charge médicale est de 132 minutes pour les cas de priorité 3, de 201 minutes pour les cas de priorité 4 et de 154 minutes pour les cas de priorité 5. Tous niveaux de priorité confondus, les patients dans les urgences du Québec doivent attendre en moyenne plus de deux heures et demie (154 minutes) avant d'obtenir une prise en charge médicale.

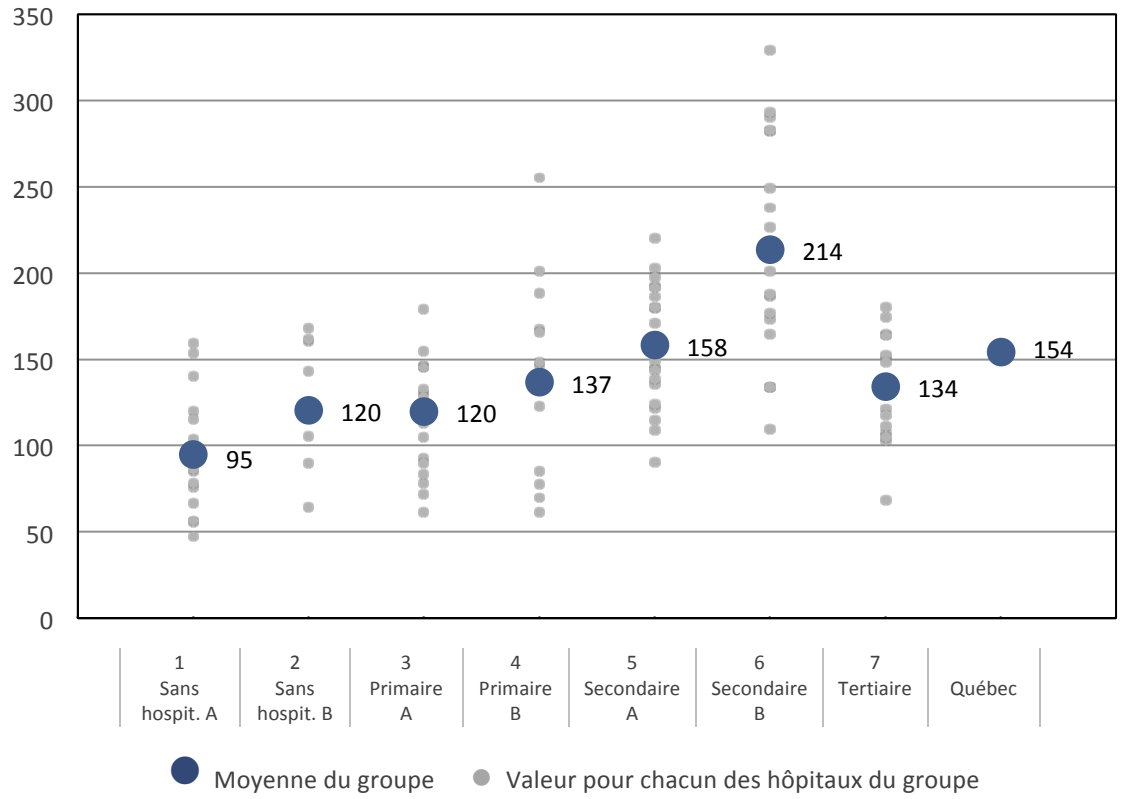
TABLEAU 3.
DÉLAI MOYEN, EN MINUTES, ENTRE L'ARRIVÉE DU PATIENT À L'URGENCE ET LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE SELON LES NIVEAUX DE PRIORITÉ ET LES GROUPES

Groupe	Délai entre l'arrivée et la prise en charge médicale (min.)					Toutes les visites
	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Priorité 4	Priorité 5	
1. Sans hospit. A (< 20 000 visites)	–	–	78	109	114	95
2. Sans hospit. B (> 20 000 visites)	–	–	82	164	136	120
3. Primaire A (< 20 000 visites)	–	–	94	146	145	120
4. Primaire B (> 20 000 visites)	–	–	113	173	149	137
5. Secondaire A	–	–	129	212	161	158
6. Secondaire B	–	–	193	287	201	214
7. Tertiaire	–	–	119	175	124	134
Ensemble du Québec	–	–	**132**	**201**	**154**	**154**

La figure 4 montre qu'à l'exception des urgences tertiaires, le délai moyen de prise en charge augmente avec la taille des urgences. Il passe de 95 minutes pour les urgences sans hospitalisation avec moins de 20 000 visites à 214 minutes pour les urgences secondaires de type B. Un fait est notable : alors que le délai de prise en charge augmente avec la taille et la mission de l'urgence, il est relativement faible (134 minutes) dans les urgences tertiaires.

Néanmoins, comme le montre cette même figure, les écarts à l'intérieur d'un même groupe sont extrêmement importants. Par exemple, pour les urgences primaires de type B, le délai moyen de prise en charge peut être 4 fois plus élevé d'un hôpital à l'autre (62 à 256 minutes).

FIGURE 4.
DÉLAI MOYEN, EN MINUTES, ENTRE L'ARRIVÉE DU PATIENT ET SA PRISE EN CHARGE MÉDICALE POUR L'ENSEMBLE DES NIVEAUX DE PRIORITÉ, SELON LES GROUPES



Séjour moyen à l'urgence

Un patient qui arrive à l'urgence passe par plusieurs étapes. Il est tout d'abord vu par une infirmière au triage, qui lui attribue un niveau de priorité. Il est ensuite pris en charge par un médecin, puis il reçoit les traitements ou les examens requis avant d'obtenir son congé. Pour les patients qui sont hospitalisés s'ajoutent la demande d'hospitalisation, puis l'hospitalisation dans l'un des départements de l'hôpital.

Le tableau 4 présente les délais entre ces différentes étapes selon les types de visites (ambulatoires et sur civière avec ou sans hospitalisation). Dans l'ensemble du Québec, le séjour moyen à l'urgence est de 4,5 heures pour les visites ambulatoires, de 12,5 heures pour les visites sur civière sans hospitalisation et de 23,9 heures pour les visites sur civière avec hospitalisation. Il est à noter que le *Guide de gestion de l'urgence* du MSSS prévoit un maximum de 8 heures pour les visites sur civière sans hospitalisation et de 12 heures pour les visites sur civière avec hospitalisation (MSSS, 2006). La moyenne du Québec est donc relativement éloignée des standards, en particulier pour les visites sur civière avec hospitalisation.

Pour les visites sur civière, le délai moyen entre la prise en charge médicale et le congé de l'urgence ou la demande d'hospitalisation dépasse les 10 heures. De plus, les patients qui doivent être hospitalisés doivent encore attendre en moyenne près de 12 heures de plus à l'urgence avant d'être admis dans l'un des départements de l'hôpital.

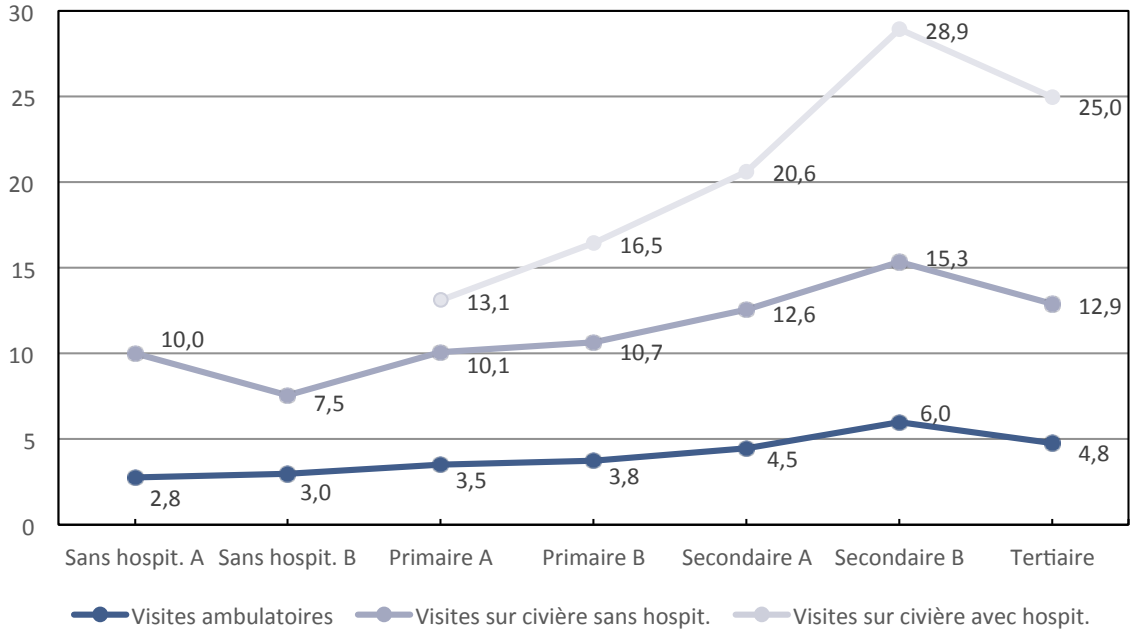
TABLEAU 4.
DÉCOMPOSITION DU SÉJOUR MOYEN, EN HEURES, SELON LE TYPE DE VISITES, POUR L'ENSEMBLE DES GROUPES

	Délais entre les différentes étapes de la visite à l'urgence			
	Arrivée et triage	Triage et prise en charge	Prise en charge et congé	Total
Visites ambulatoires	0,15 h	2,85 h	1,49 h	4,5 h
Visites sur civière sans hospitalisation	0,14 h	1,66 h	10,7 h	12,5 h

	Arrivée et triage	Triage et prise en charge	Prise en charge et demande d'admission	Demande d'admission et admission	Total
Visites sur civière avec hospitalisation	0,13 h	1,68 h	10,5 h	11,6 h	23,9 h

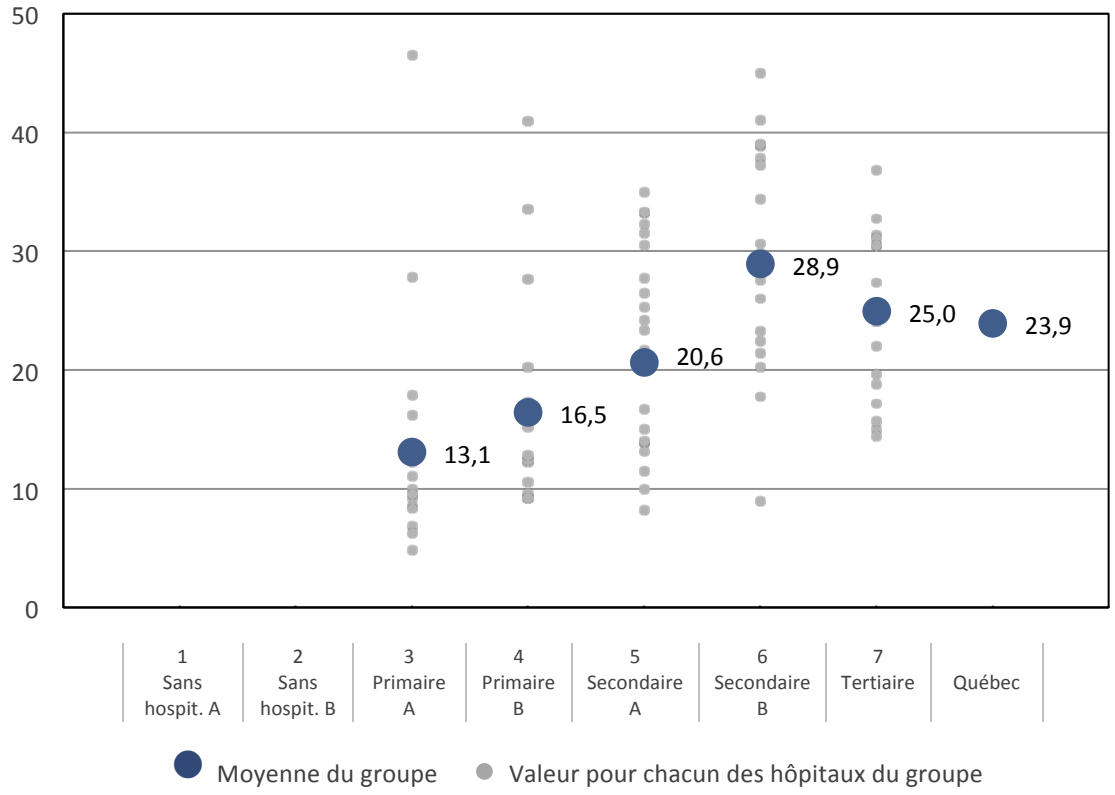
La figure 5 présente le séjour moyen à l'urgence pour les différents types de visites, selon les groupes. Globalement, on observe que les séjours moyens augmentent selon la taille des urgences, et ce, tant pour les visites ambulatoires que pour les visites sur civière. Ainsi, le séjour moyen pour les visites ambulatoires passe de 2,8 à 6,0 heures, celui des visites sur civière sans hospitalisation passe de 7,5 à 15,3 heures et, enfin, celui des visites sur civière avec hospitalisation passe de 13,1 à 28,9 heures. On note toutefois que l'augmentation de la durée des séjours à l'urgence s'arrête avec les urgences secondaires de type B, qui ont des séjours moyens plus élevés que ceux des urgences tertiaires.

FIGURE 5.
SÉJOUR MOYEN, EN HEURES, POUR LES DIFFÉRENTS TYPES DE VISITES À L'URGENCE, SELON LES GROUPES



Ces écarts importants de séjours moyens à l'urgence entre les groupes sont présents également au sein de chacun d'eux, ce qui suggère qu'en plus des caractéristiques de l'urgence, les pratiques internes de chaque hôpital jouent un rôle déterminant sur les durées de séjour à l'urgence. Par exemple, le séjour moyen pour les visites sur civière avec hospitalisation dans les hôpitaux du groupe tertiaire passe de 14,5 à 36,8 heures selon l'hôpital, et cet écart est encore plus marqué dans les autres groupes (figure 6).

FIGURE 6.
SÉJOUR MOYEN, EN HEURES, POUR LES VISITES SUR CIVIÈRE AVEC HOSPITALISATION, SELON LES GROUPES



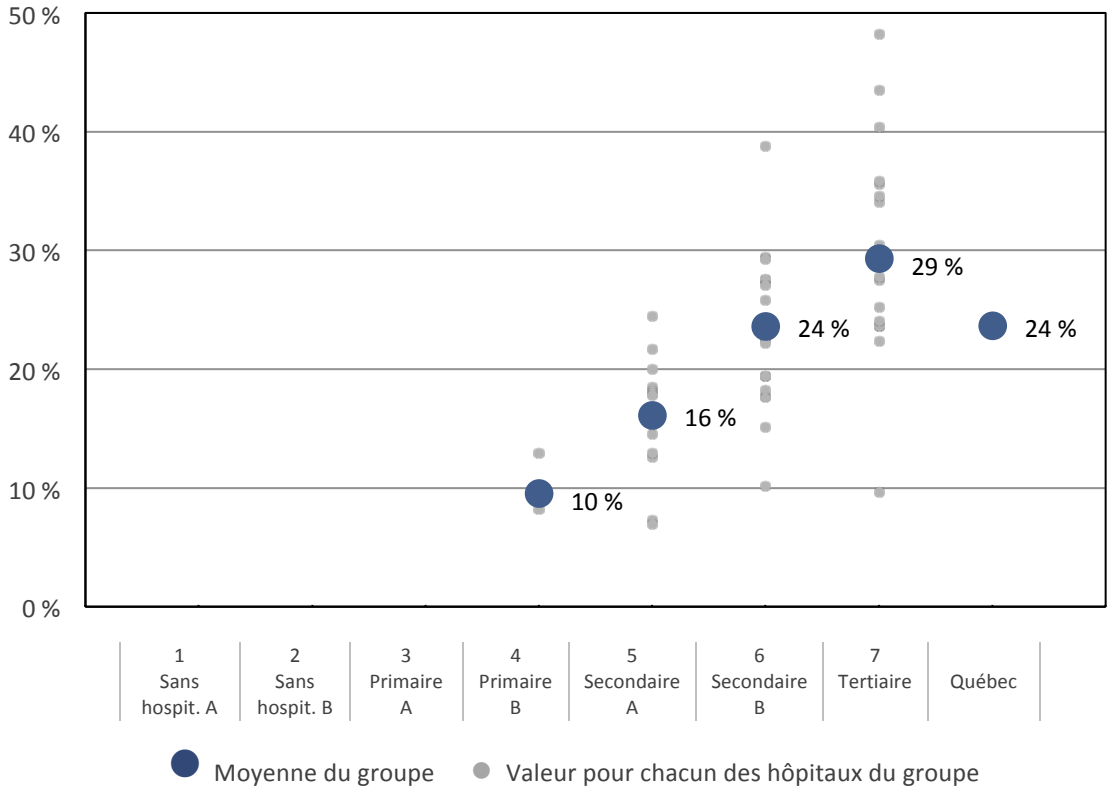
Pertinence des soins à l'urgence

Cette section présente deux indicateurs associés à la pertinence des soins aux urgences. Il s'agit de la proportion des visites à l'urgence où une demande de consultation d'un spécialiste a été faite et de la proportion des visites à l'urgence qui sont suivies d'une hospitalisation.

Afin d'optimiser les séjours à l'urgence des patients, il est important que les consultations de spécialistes, tout comme les tests diagnostiques, soient faites uniquement lorsque cela est pertinent. Dans le cas contraire, cela peut allonger indûment le séjour à l'urgence des patients. Par ailleurs, comme les lits d'hôpitaux sont une ressource rare et que les coûts associés aux hospitalisations sont élevés, il est nécessaire, pour améliorer l'efficience d'un hôpital, de réduire autant que possible les hospitalisations évitables.

La figure 7 présente la proportion des visites à l'urgence ayant fait l'objet d'une consultation auprès d'un spécialiste. Pour l'ensemble du Québec, une visite sur quatre (24 %) a fait l'objet d'une telle consultation.

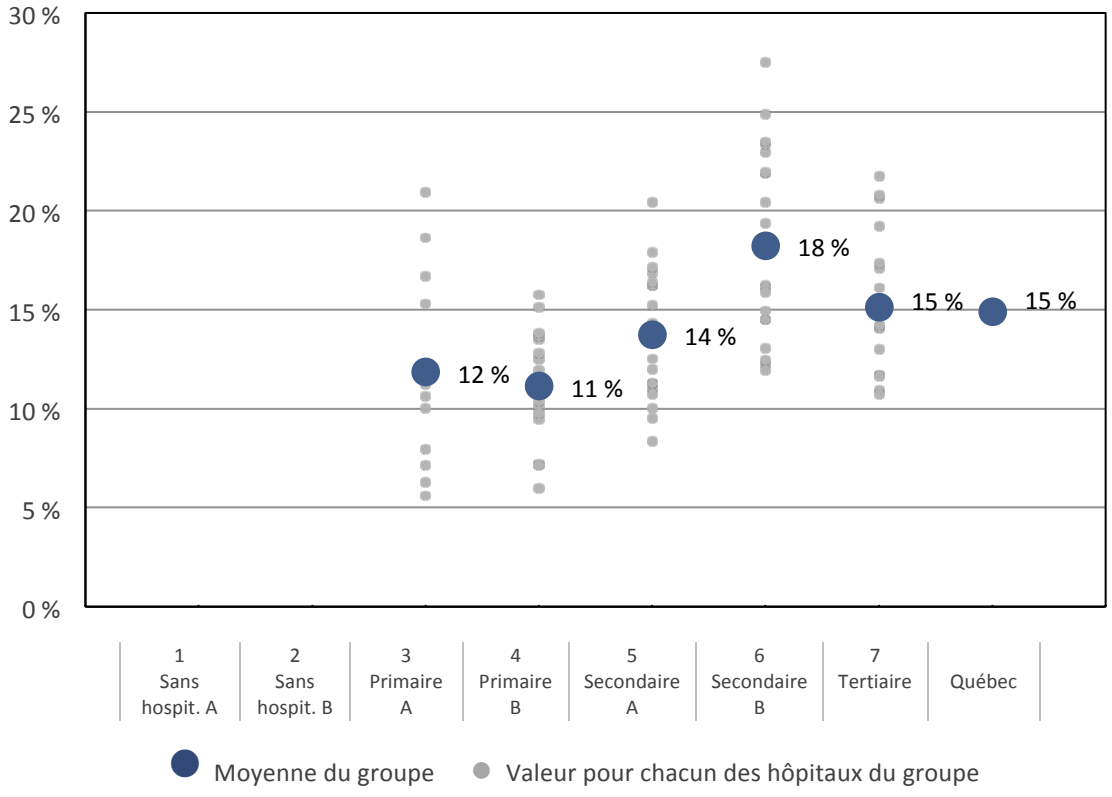
FIGURE 7.
PROPORTION DES VISITES À L'URGENCE AVEC LA CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE, SELON LES GROUPES



Cette proportion augmente selon le type d'urgence, passant de 10 % pour les urgences primaires de type B à 29 % pour les urgences tertiaires. Cela s'explique en partie par les caractéristiques et les fonctions des différentes catégories d'urgences. Toutefois, les variations importantes entre les urgences d'un même groupe résultent davantage des différences de pratiques que des différences dans les besoins des patients. Par exemple, dans les urgences tertiaires, la proportion des visites avec la consultation d'un spécialiste passe de 10 % à 48 %, selon l'hôpital.

Concernant les hospitalisations à la suite d'une visite à l'urgence, on note que les variations entre les groupes sont moins importantes que celles pour les consultations de spécialistes. En effet, la proportion des visites suivies d'une hospitalisation varie de 11 % à 18 % selon les groupes, avec une moyenne de 15 % pour l'ensemble du Québec (figure 8). Par contre, on observe encore des variations importantes au sein d'un même groupe. Par exemple, dans les hôpitaux secondaires de type B, la proportion des visites suivies d'une hospitalisation varie de 12 % à 28 %. Cette variation ne peut s'expliquer uniquement par les besoins des patients, car les données sont ajustées pour l'âge et le niveau de priorité. Il appert donc que certains hôpitaux ont un meilleur contrôle des hospitalisations évitables que d'autres.

FIGURE 8.
PROPORTION DES VISITES SUIVIES D'UNE HOSPITALISATION, SELON LES GROUPES



Portrait de l'organisation et des pratiques dans les urgences

Dans le cadre de cette étude, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des hôpitaux de la province (annexe IV). Ce questionnaire a permis de dresser un portrait de l'organisation et des pratiques dans les urgences du Québec, en plus d'évaluer l'impact de certains éléments sur l'encombrement des urgences. Cette section du rapport présente les principaux résultats de ce sondage.

Capacité des urgences

Les urgences du Québec comptent en moyenne 16,8 civières pour leur fonctionnement régulier (civières dites « au permis »). Ce nombre moyen est de 3,3 civières pour les plus petites urgences et il grimpe à 40,2 civières pour les urgences tertiaires. En plus de ces civières au permis, les urgences comptent également, en moyenne, 16,0 emplacements disponibles pour des civières supplémentaires en cas de débordement (tableau 5).

Dans la plupart des groupes, le nombre moyen de civières supplémentaires est légèrement inférieur au nombre de civières au permis. Toutefois, les urgences secondaires (A et B) ont en moyenne plus de civières supplémentaires que de civières au permis. Cela témoigne du fait que les problèmes d'encombrement sont plus prégnants dans ces urgences qui, comme il a été indiqué précédemment dans le rapport, présentent des séjours à l'urgence plus longs que ceux des autres groupes.

Finalement, les urgences du Québec comptent en moyenne 5,8 salles d'examen pour les patients ambulatoires. Ce nombre varie de 2,7 à 9,6 selon les groupes.

TABLEAU 5.
NOMBRE MOYEN DE CIVIÈRES ET DE SALLES D'EXAMEN, SELON LES GROUPES

Groupe	Civière au permis	Civière de débordement	Salle d'examen
1. Sans hospit. A (< 20 000 visites)	3,3	2,4	2,8
2. Sans hospit. B (> 20 000 visites)	5,4	4,7	3,7
3. Primaire A (< 20 000 visites)	6,1	5,7	4,0
4. Primaire B (> 20 000 visites)	8,3	6,7	4,6
5. Secondaire A	15,0	18,5	5,9
6. Secondaire B	30,0	35,9	8,1
7. Tertiaire	40,2	25,3	9,6
Ensemble du Québec	**16,8**	**16,0**	**5,8**

Comme pour les espaces de traitement, le nombre de médecins et d'infirmières varie selon la taille des urgences et le nombre de patients qu'elles reçoivent. Comme le volume de patients peut varier fortement selon les périodes, il est important de pouvoir ajuster le volume du personnel soignant en cas d'encombrement. Dans ce sondage, 90 % des urgences indiquent qu'il leur est possible d'ajuster le nombre d'infirmières à l'urgence en cas de besoin. Par contre, pour les médecins, l'ajustement est possible seulement dans le quart (25 %) des urgences (tableau 6). Or, l'ajustement du nombre de médecins par rapport au volume de patients qui se présentent à l'urgence est un facteur prépondérant pour éviter l'encombrement et les longs délais à l'urgence. On note encore une fois que les urgences secondaires de type A et B qui ont les séjours moyens à l'urgence les plus longs sont également celles qui ont le moins souvent la capacité d'ajuster le nombre de médecins en cas d'encombrement (en moyenne, seulement 6 % et 15 % de ces urgences indiquent pouvoir faire ce type d'ajustement).

TABLEAU 6.
PROPORTION DES URGENCES POUVANT AJUSTER LE NOMBRE DE MÉDECINS OU D'INFIRMIÈRES EN CAS D'ENCOMBREMENT, SELON LES GROUPES

Groupe	Ajustement possible en cas d'encombrement	
	Médecins	Infirmières
1. Sans hospit. A (< 20 000 visites)	23 %	77 %
2. Sans hospit. B (> 20 000 visites)	44 %	89 %
3. Primaire A (< 20 000 visites)	36 %	86 %
4. Primaire B (> 20 000 visites)	40 %	80 %
5. Secondaire A	15 %	100 %
6. Secondaire B	6 %	94 %
7. Tertiaire	29 %	100 %
Ensemble du Québec	**25 %**	**90 %**

Délais pour les tests diagnostiques et la consultation d'un spécialiste

Les patients qui arrivent à l'urgence passent par plusieurs étapes : triage, prise en charge médicale, tests diagnostiques, consultation d'un spécialiste, etc. Certaines phases, telles que la réalisation de tests et la consultation d'un spécialiste, peuvent entraîner des délais plus ou moins longs selon l'adéquation de la réponse des autres départements de l'hôpital aux besoins de l'urgence.

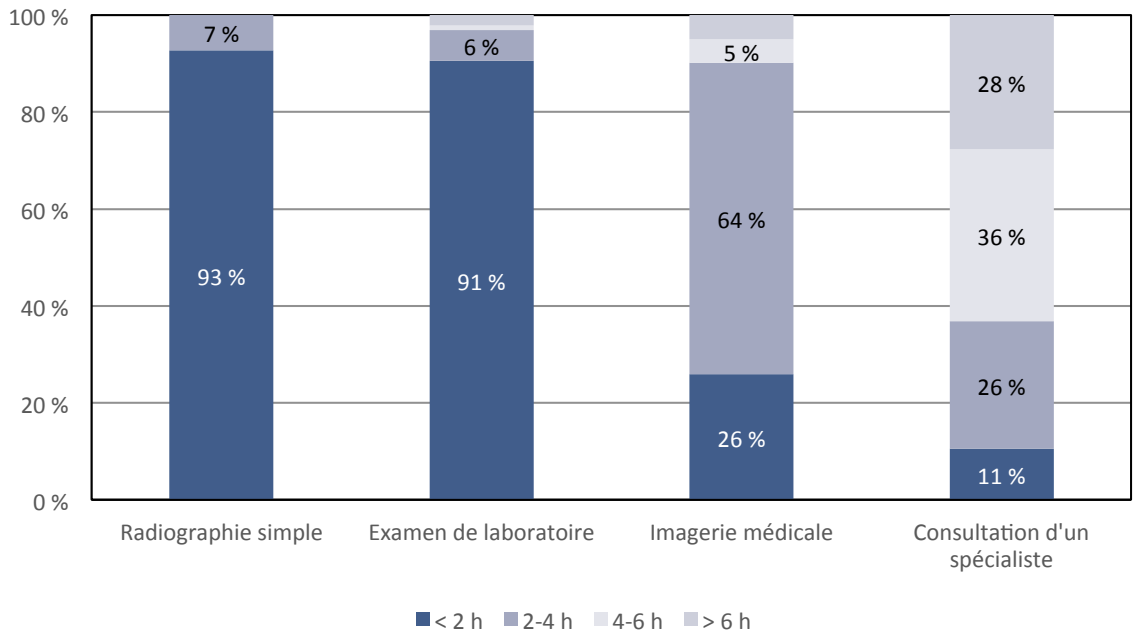
La figure 9 présente les délais moyens pour obtenir les résultats de tests ou la consultation d'un spécialiste pour un patient de l'urgence, pour des demandes faites durant la journée et la semaine. Il est à noter que ces délais ne tiennent pas compte des cas très urgents (niveaux de priorité 1 et 2).

Dans plus de 90 % des urgences, les délais moyens pour obtenir les résultats de radiographies simples ou d'examens de laboratoire sont inférieurs à 2 heures. Pour les radiographies simples, dont les résultats sont souvent lus par des médecins de l'urgence, les délais sont même très souvent inférieurs à 1 heure (dans 66 % des cas). Il semble donc y avoir peu de délais indus pour ce type d'examen dans les urgences.

Par contre, pour obtenir les résultats d'un examen d'imagerie médicale spécialisé (échographie, IRM, etc.), les délais sont beaucoup plus longs. En effet, seulement le quart (26 %) des urgences ont des délais inférieurs à 2 heures et 64 % des urgences ont des délais variant de 2 à 4 heures.

Finalement, les demandes pour la consultation d'un spécialiste sont les évènements qui occasionnent les plus longs délais aux urgences. En effet, dans près des deux tiers des hôpitaux (64 %), le délai moyen de réponse des spécialistes à une demande de consultation est supérieur à 4 heures. Contrairement aux autres types d'examen, on note une très grande variation entre les urgences quant aux délais pour les consultations de spécialistes. En effet, alors que 11 % des urgences arrivent à offrir une consultation avec un spécialiste dans de courts délais (moins de 2 heures en moyenne), 28 % des urgences ont un délai moyen supérieur à 6 heures. Malgré ces délais importants, seulement le quart (27 %) des urgences ont adopté une politique fixant un délai maximum aux spécialistes pour répondre à une demande de consultation pour un patient de l'urgence.

FIGURE 9.
DÉLAI MOYEN POUR OBTENIR LES RÉSULTATS DE TESTS OU LA CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE À L'URGENCE



Délai moyen pour les demandes durant la journée, la semaine, sans tenir compte des niveaux de priorité 1 et 2.

Réorientation des patients de l'urgence

Afin de limiter l'encombrement, certaines urgences proposent aux patients des rendez-vous dans les 48 heures, en dehors de l'urgence. Ainsi, la moitié des salles d'urgence (50 %) ont accès à des plages de rendez-vous en clinique externe auprès de spécialistes, et 78 % ont accès à des plages de rendez-vous pour les examens d'imagerie réservées aux usagers de l'urgence (c'est-à-dire que le patient peut quitter l'urgence avec un rendez-vous dans les 48 h, déjà fixé).

De plus, un peu plus de la moitié des urgences (53 %) ont des ententes avec des cliniques médicales dans la communauté (groupes de médecine de famille [GMF], cliniques réseau, etc.) pour orienter, dans la même journée ou le lendemain, des patients ayant des problèmes mineurs qui se présentent à l'urgence (c'est-à-dire que le patient est vu à la clinique plutôt qu'à l'urgence).

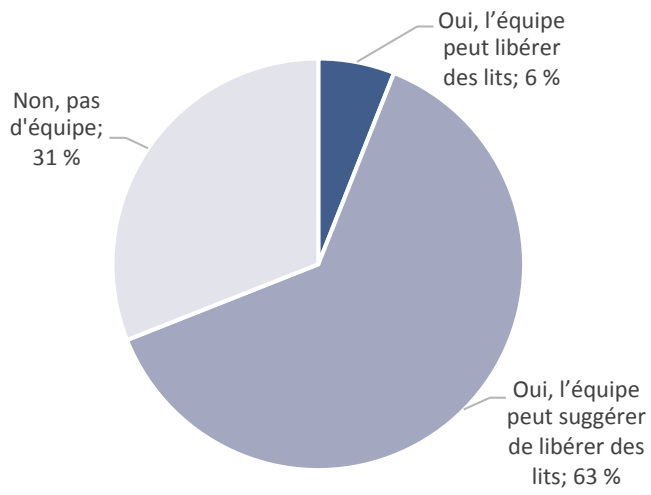
Finalement, tous les hôpitaux utilisent des ordonnances collectives pour les infirmières de l'urgence. Dans pratiquement toutes les urgences (86 %), les infirmières peuvent commencer certaines investigations (tests sanguins, radiographies, etc.) avant la consultation du médecin afin d'accélérer les processus. Par contre, moins de la moitié des urgences (47 %) permettent aux infirmières de voir des patients ayant des problèmes mineurs et de les réorienter vers d'autres ressources sans que le médecin voie le patient.

Gestion des lits dans l'hôpital

L'un des problèmes souvent associés au débordement des urgences est la disponibilité des lits dans les différents départements de l'hôpital pour admettre des patients en provenance de l'urgence.

La figure 10 montre qu'environ 70 % des hôpitaux ont mis en place une équipe ou un comité spécialisé dans la gestion des lits afin d'en faire libérer dans les autres départements de l'hôpital lorsqu'il y a un débordement à l'urgence. On note toutefois que, dans la grande majorité des cas, cette équipe n'a pas de pouvoir décisionnel et elle peut seulement suggérer la libération de certains lits. Ainsi, quand on interroge les urgences sur le niveau de difficulté pour faire libérer des lits, près de 60 % d'entre elles indiquent qu'il est très difficile ou assez difficile de faire libérer des lits dans les différents départements de l'hôpital lorsqu'il y a un débordement à l'urgence.

FIGURE 10.
RÉPARTITION DES URGENCES SELON LA DISPONIBILITÉ D'UNE ÉQUIPE OU D'UN COMITÉ SPÉCIALISÉ DANS LA GESTION DES LITS DANS L'HÔPITAL

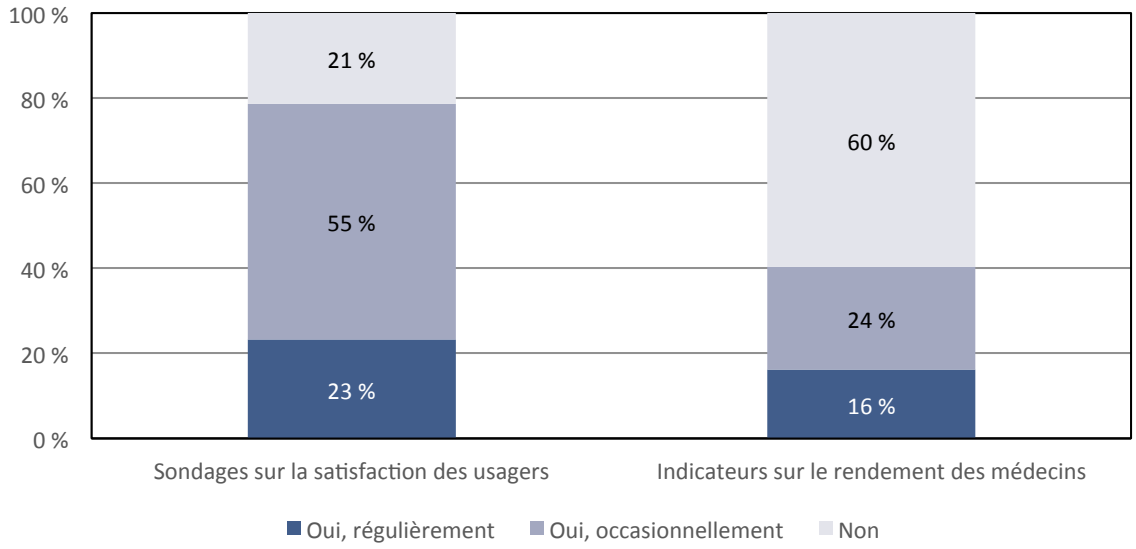


Sondage et indicateurs

Toutes les urgences suivent les indicateurs de base du MSSS, tels que le pourcentage de patients sur civière dont le séjour excède 24 ou 48 heures. Par contre, certains indicateurs sur la satisfaction des patients ou sur le rendement des médecins ne sont pas encore implantés partout.

Selon la figure 11, si la grande majorité des urgences (79 %) réalise des sondages sur la satisfaction de leurs patients, seulement le quart d'entre elles (23 %) le font de façon régulière (au moins une fois par an). Elle montre également que la rétroaction auprès des médecins sur leur pratique est relativement peu courante. En effet, seulement 40 % des urgences fournissent à leurs médecins des indicateurs leur permettant de se comparer entre eux (productivité, performance, qualité, etc.), et à peine 16 % le font régulièrement.

FIGURE 11.
PROPORTION DES URGENCES QUI RÉALISENT DES SONDAGES SUR LA SATISFACTION DES PATIENTS ET FOURNISSENT AUX MÉDECINS DES INDICATEURS SUR LEUR RENDEMENT

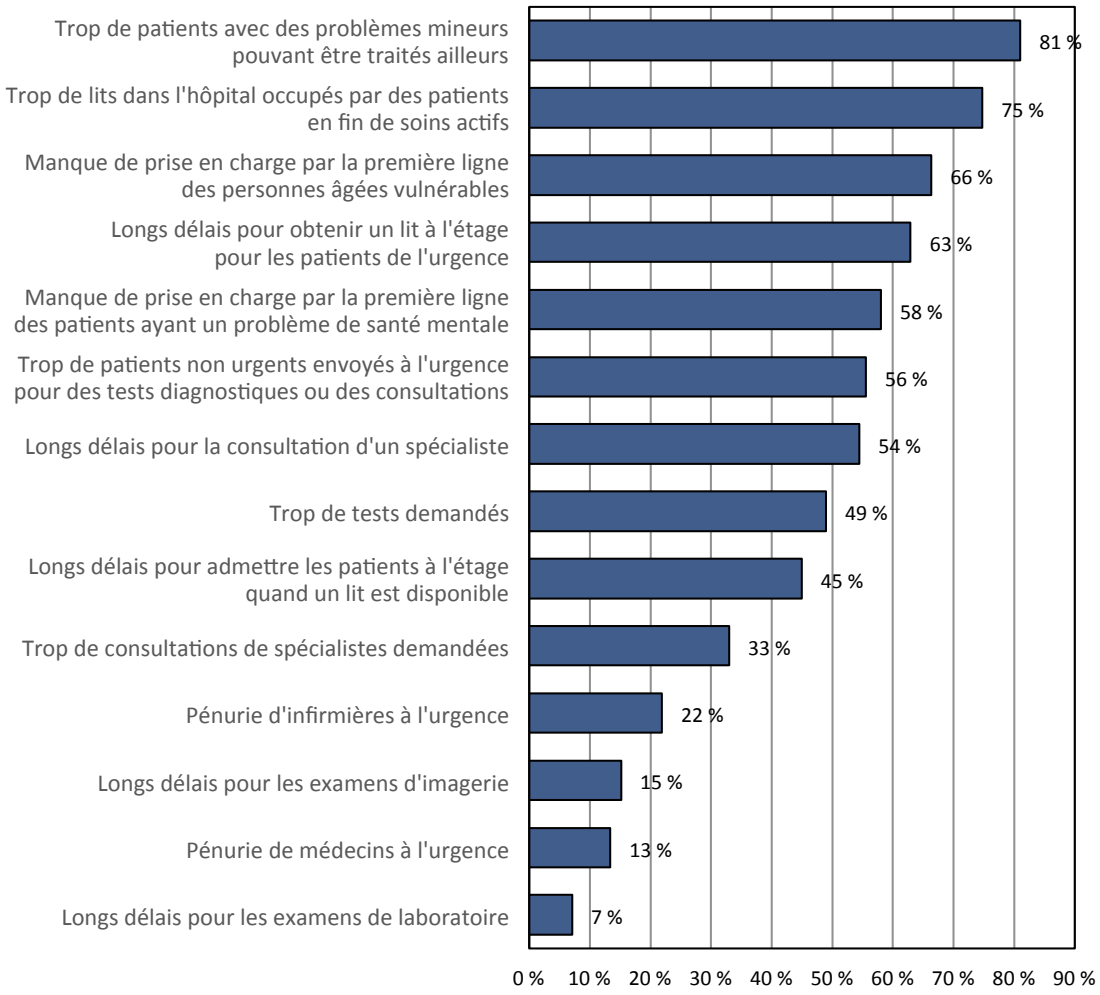


Par ailleurs, seulement 8 % des urgences ont mis en place un processus continu permettant d'évaluer la pertinence des consultations ou des examens demandés. Cette pratique est pourtant reconnue comme un facteur important pour assurer un fonctionnement efficient des urgences.

Causes de l'encombrement à l'urgence

L'une des sections du sondage portait sur la fréquence perçue de certains événements liés à l'encombrement des urgences. La figure 12 présente le pourcentage des urgences qui indiquent que ces événements sont très ou assez fréquents.

FIGURE 12.
PROPORTION DES URGENCES QUI INDIQUENT QUE CERTAINS ÉVÉNEMENTS SONT TRÈS OU ASSEZ FRÉQUENTS



Trois problématiques ressortent très fortement dans ce sondage (plus des deux tiers des urgences rapportent qu'elles surviennent assez ou très fréquemment). Ces problématiques sont les suivantes :

- Il y a trop de patients qui se présentent à l'urgence avec des problèmes mineurs pouvant être traités ailleurs;
- Il y a trop de lits dans l'hôpital qui sont occupés par des patients en fin de soins actifs qui attendent une place dans un autre établissement (réadaptation, hébergement en CHSLD, etc.);
- Il y a un manque de prise en charge des personnes âgées vulnérables par la première ligne médicale.

Certains délais apparaissent aussi comme des problèmes très ou assez fréquents pour plus de la moitié des urgences. Il en est ainsi des délais pour qu'un patient de l'urgence puisse obtenir un lit à l'étage ou une consultation d'un spécialiste. Plus de la moitié des urgences soulignent également le manque de prise en charge par la première ligne des patients ayant des problèmes de santé mentale, ainsi que le nombre trop élevé de patients envoyés à l'urgence pour passer des tests.

Inversement, relativement peu d'urgences (moins de 25 %) rapportent que les pénuries de médecins ou d'infirmières sont très ou assez fréquentes dans leur établissement, ou encore que les longs délais pour les examens d'imagerie ou de laboratoire sont très ou assez fréquents.

Enfin, certaines questions du sondage portaient sur diverses caractéristiques fonctionnelles qui peuvent être problématiques pour le bon fonctionnement de l'urgence. Dans près de la moitié des cas, les répondants indiquent que l'organisation physique de l'urgence est déficiente (46 %) et que le système informatique de l'urgence ne fonctionne pas de façon optimale (48 %). De plus, 40 % des urgences mentionnent que le nombre de lits dans l'hôpital est trop petit et 27 %, que le nombre de civières à l'urgence est trop petit par rapport au volume de patients à l'urgence.

Étude de cas

Cette section présente les résumés des entrevues réalisées dans cinq hôpitaux où l'urgence est performante. Plusieurs des façons de faire ou des projets novateurs mis en place dans ces urgences sont mis en avant.

Hôpital Sainte-Croix

L'Hôpital Sainte-Croix est situé à Drummondville. Cette installation fait partie du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. L'urgence de cet hôpital est une urgence secondaire de type B, qui a reçu plus de 43 000 visites en 2014-2015. Cette urgence présente des performances plus élevées que la moyenne de son groupe de comparaison, en particulier pour les délais. Par exemple, le séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés est d'environ 18 heures, alors que la moyenne des urgences de son groupe est de 29 heures. Ainsi, même si ce séjour moyen est plus élevé que la cible du MSSS (12 heures), il est quand même inférieur de 38 % (11 heures de moins) à la moyenne des urgences comparables.

La performance de l'urgence de l'Hôpital Sainte-Croix est le résultat d'un travail de longue haleine débuté il y a plusieurs années. Ce travail s'est concentré sur deux axes principaux : la mise en place de solutions pour que les patients soient vus au bon endroit (au lieu de tous se retrouver à l'urgence); la collaboration étroite entre les médecins des différents secteurs de l'hôpital (urgence, hospitalisation, etc.), les médecins de première ligne (GMF) et les gestionnaires de l'établissement. Cette collaboration a permis de mettre en place plusieurs pratiques novatrices.

Ainsi, pour éviter aux patients d'attendre longtemps ou même de passer la nuit à l'urgence pour obtenir les tests, les examens ou les consultations nécessaires, l'hôpital a mis en place un accès rapide et facile au plateau technique la journée même ou le lendemain. Des plages horaires sont donc disponibles pour les patients de l'urgence afin qu'ils puissent voir un spécialiste en clinique externe (ou obtenir un scan ou une échographie) sans être obligés d'attendre à l'urgence. Un rendez-vous peut être fixé le lendemain, ce qui permet au patient de passer la nuit à la maison et de revenir le lendemain pour passer

ses tests. Sans cette pratique, un patient arrivant à l'urgence en fin de journée devrait y passer la nuit pour obtenir ses tests le lendemain, alors que son état de santé ne le nécessite pas.

Finalement, il existe une collaboration très étroite à l'intérieur même de l'hôpital entre médecins et gestionnaires des différents secteurs. L'urgence est très bien intégrée aux autres départements de l'hôpital, et son bon fonctionnement est le résultat du bon fonctionnement des autres secteurs (laboratoire, clinique externe, hospitalisation, etc.). Un exemple de cette collaboration est la mise en place d'un comité sur la durée moyenne de séjour (DMS). Celui-ci est composé de l'ensemble des équipes médicales et des gestionnaires des différents services. Il se réunit une fois par semaine afin de trouver des solutions aux situations problématiques et de faciliter la sortie des patients hospitalisés en fin de soins actifs.

Une collaboration exemplaire avec les cliniques de première ligne de la région

Le partenariat entre les médecins de première ligne de la région et les urgentologues de l'hôpital est exemplaire. En effet, une entente a été établie entre l'hôpital et les cliniques médicales de la région afin que l'urgence puisse diriger les patients pour un suivi avec leur médecin traitant. L'urgentologue envoie par fax au médecin traitant un rapport de visite à l'urgence contenant les notes médicales et lui demandant de voir le patient dans un court délai. Cela est rendu possible grâce à la mise en place de l'accès adapté dans la majorité des cliniques de la région.

De plus, un réseau de cliniques, le Réseau d'accessibilité médicale Drummond (RAMD), a été mis sur pied afin d'offrir aux patients de la région des heures d'ouverture étendues en clinique, en particulier le soir et la fin de semaine (plages horaires défavorables). Grâce à ce réseau, les cliniques se répartissent les plages horaires défavorables dans la semaine, à tour de rôle. En parallèle, les urgentologues de l'hôpital assurent le fonctionnement d'une clinique sans rendez-vous qui est ouverte 5 jours par semaine et qui reçoit, entre autres, les patients orphelins (sans médecin de famille). Ce réseau permet à l'urgence de réorienter environ 5 000 patients par année.

Ce réseau est toutefois menacé, car cette façon de fonctionner ne respecte pas les paramètres du cadre de référence du MSSS pour les GMF. Si ce cadre de référence est intéressant, il ne faudrait pas que son application mur à mur nuise aux initiatives locales qui fonctionnent.

Hôtel-Dieu de Lévis

L'Hôtel-Dieu de Lévis est un hôpital associé universitaire, intégré dans le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches. Son urgence est l'une des urgences tertiaires les plus achalandées du Québec avec plus de 62 000 visites annuelles. Cette urgence a été complètement reconstruite en 2013.

La performance de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis est remarquable avec des délais bien en deçà de la moyenne de son groupe de comparaison. Par exemple, le temps d'attente moyen pour voir un médecin est de seulement 68 minutes, contre plus de 2 heures dans les urgences comparables. De plus, seulement 2 % des patients quittent l'urgence sans avoir vu un médecin (contre 9 % en moyenne dans les urgence comparables).

La grande force de cette urgence vient de l'engagement de l'équipe dans l'amélioration continue de la qualité des services. Il y a actuellement 31 médecins entièrement consacrés à l'urgence. La grande majorité des médecins de l'urgence sont en poste depuis plus de 10 ans, tout comme la plupart des infirmières. Les soignants sont donc très expérimentés et habitués à l'environnement physique de l'urgence. Ils ont une relation de confiance avec les médecins spécialistes, qui fait en sorte que ces derniers vont rapidement venir en aide à l'urgence lorsque celle-ci est encombrée.

Fait intéressant, la performance de l'urgence était déjà excellente avant la mise en place de la nouvelle urgence en 2013. Cette nouvelle urgence est pourtant bien plus fonctionnelle et agréable, tant pour les patients que pour les soignants. C'est donc l'équipe et les façons de faire qui déterminent la performance de l'urgence plutôt que l'environnement.

L'une des caractéristiques de l'urgence est que les différents délais (radiologie, laboratoire, consultation, etc.) sont monitorés de façon régulière. Les délais maximums sont connus par le personnel, qui essaie de les respecter. Par exemple, lors d'une demande d'admission à partir de l'urgence, il y a un délai de 2 h afin de trouver un lit pour le patient dans l'hôpital. Pour aider au suivi des délais, un écran présente chacun des patients sur civière avec une couleur différente, qui indique où en sont les soins des patients et ce qui provoque l'attente. On peut donc voir en temps réel les patients en attente d'un lit (et depuis combien de temps), ou encore ceux qui sont en attente d'un résultat d'examen.

On note toutefois que l'urgence est victime de son succès et qu'elle reçoit de nombreux patients avec des niveaux de priorité moins urgents (P4 ou P5). Comme les délais sont courts, les patients préfèrent souvent attendre à l'urgence plutôt que d'être réorientés dans une clinique. De plus, la réorientation en clinique entraîne un problème d'accès au plateau technique, qui est très rapide pour les patients de l'urgence et souvent long pour les patients en clinique.

L'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU)

L'UCCSPU, une unité unique au Québec, permet entre autres le soutien médical à distance des patients transportés en ambulance. Les infirmières cliniciennes et les médecins de cette unité soutiennent ainsi les techniciens-ambulanciers dans leur travail auprès des patients dont l'état de santé est instable ou complexe et qui nécessitent une intervention urgente ou un soutien médical pendant le transport par véhicule ambulancier. Ce soutien médical à distance est réalisé grâce à des équipements de télécommunication et de télémétrie dans les véhicules ambulanciers. L'UCCSPU offre les services suivants :

- Dépistage des infarctus aigus par l'envoi à l'unité des électrocardiogrammes produits au chevet des patients par les techniciens-ambulanciers. Les patients sont alors orientés vers l'établissement de santé le plus approprié pour leur condition;
- Constats de décès à distance, ce qui permet d'éviter le transport, par les services préhospitaliers d'urgence, d'une personne décédée, pour laquelle un personnel qualifié et un équipement de réanimation sont inutiles;
- Soulagement de la douleur, pour des patients souffrants qui répondent à des critères stricts et qui peuvent bénéficier d'une analgésie, par l'administration de fentanyl, un opioïde puissant;
- Soutien médical apporté aux infirmières qui ont à traiter un patient instable dans une installation où il n'y a pas de médecin sur place.

En 2014-2015, le personnel de l'UCCSPU a répondu à plus de 12 000 appels de techniciens-ambulanciers. Au total, 221 patients ont été diagnostiqués pour un infarctus aigu, 1 067 patients ont reçu une prescription médicale de fentanyl pour soulager leur douleur et 1 009 constats de décès à distance ont été réalisés.

Hôpital de La Baie

L'Hôpital de La Baie fait partie du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ce petit hôpital sans médecin spécialiste ne compte que des lits d'hospitalisation en médecine et en réadaptation. L'urgence de l'Hôpital de La Baie est une urgence primaire qui reçoit annuellement près de 22 000 visites et qui compte 7 civières. Il n'y a qu'un seul médecin à l'urgence en tout temps (jour, soir et nuit).

Si la durée des séjours moyens pour les patients ambulatoires de cet établissement est dans la moyenne des urgences du groupe de comparaison (3,7 heures), les séjours des patients sur civière, en particulier pour les patients hospitalisés, sont plus courts (12,4 heures contre 16,5 heures dans le groupe de comparaison).

L'une des particularités de l'hôpital est que ce sont uniquement les médecins de l'urgence qui font l'admission des patients lorsque ceux-ci doivent être hospitalisés. Le fait que les procédures et les documents à remplir pour l'admission sont faits par l'urgentologue permet de gagner du temps, car il n'est pas nécessaire d'attendre que le médecin « à l'étage » se libère pour réaliser l'hospitalisation. De plus, comme les urgentologues sont présents en tout temps, il est possible de faire des admissions tard le soir afin d'éviter que le patient passe la nuit à l'urgence.

Comme plusieurs des urgentologues de l'hôpital travaillent également sur les unités d'hospitalisation, cela leur permet d'avoir une vision des enjeux dans ces deux secteurs. Il y a donc une très bonne compréhension des difficultés vécues dans ces deux secteurs, ce qui permet une excellente collaboration des médecins en cas de débordement à l'urgence.

À cause du petit nombre de civières, le personnel a toujours le souci de les libérer rapidement, car la situation peut changer rapidement et l'urgence peut facilement se retrouver en surcapacité. Ainsi, seuls les patients qui ont vraiment besoin d'être couchés sur civière le sont. Le personnel et les médecins ont également le souci d'éviter autant que possible les hospitalisations non nécessaires. D'ailleurs, le taux d'hospitalisations des patients de l'urgence est sensiblement plus faible que celui des urgences comparables (7 % contre 11 %).

Comme il n'y a pas de médecin spécialiste sur place, les patients qui ont besoin d'une consultation sont envoyés à Chicoutimi. Toutefois, dans plusieurs cas, l'urgentologue contacte le spécialiste de garde par téléphone pour obtenir des conseils et vérifier s'il est bien nécessaire d'envoyer le patient à Chicoutimi. En général, les réponses sont obtenues très rapidement.

Finalement, plusieurs des traitements à l'urgence sont réalisés directement par les infirmières, car il n'y a pas de technicien en électrophysiologie ou en inhalothérapie. Il n'y a pas non plus de système de brancarderie. En cas de besoin, les patients de l'urgence sont transportés par le personnel de l'urgence, puis ramenés à l'urgence par le service concerné (la radiologie, par exemple). Tout cela permet de gagner du temps, car le patient n'attend pas du personnel extérieur à l'urgence.

Collaboration avec les services externes et suivi des grands consommateurs

Afin d'éviter les hospitalisations, l'urgence a établi des liens étroits entre les différents services de l'hôpital et du CIUSSS (unité de médecine de jour, hôpital de jour, soins à domicile, etc.). Cette collaboration permet de diriger rapidement des patients afin qu'ils soient traités « à la bonne place » et qu'un suivi adéquat soit assuré afin d'éviter les hospitalisations et les visites à l'urgence.

De plus, une personne de l'hôpital s'occupe spécifiquement des grands consommateurs qui sont repérés à partir de l'urgence, pour lesquels on établit un plan personnalisé de services. Les interventions auprès de ces grands consommateurs ont permis de réduire d'environ 50 % leur utilisation de l'urgence et le nombre d'hospitalisations.

Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis est intégré au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Avec plus de 80 000 visites par année, l'urgence de l'Hôpital général juif est la plus achalandée du Québec. Malgré cela, c'est l'urgence la plus performante de son groupe de comparaison (urgences tertiaires). On note en particulier que la proportion des visites sans prise en charge médicale est très faible (4 % contre 9 % dans le groupe de comparaison) et que le délai moyen pour la consultation d'un spécialiste est de 3,5 heures (contre 5,9 heures dans le groupe de comparaison).

Parmi les facteurs déterminants du succès de l'urgence de l'Hôpital général juif, on trouve le soutien du PDG de l'établissement ainsi que son leadership pour accompagner les changements nécessaires à l'amélioration de la performance et obtenir la collaboration de tous les médecins, tant à l'urgence que dans les autres secteurs. Pour cela, le PDG a établi des orientations précises qui sont soutenues et implantées par le médecin-chef de l'urgence. D'abord et avant tout, les soins doivent être centrés sur le patient et non conditionnel aux différentes façons de travailler des intervenants. Ensuite, les changements à mettre en place ne sont pas optionnels et ils sont fortement appuyés non seulement par le PDG, mais aussi par le comité d'administration, et même par le doyen de la faculté de médecine. De plus, ces changements sont accompagnés d'une politique d'admission et de consultation ainsi que de normes de qualité et de performance ambitieuses, qui sont connues de tous et mesurées régulièrement.

Cette vision du PDG a pu s'opérationnaliser sur le terrain grâce aux efforts continus de son médecin-chef pour implanter ces changements ainsi qu'à son leadership pour convaincre les équipes, tant à l'urgence que dans les autres départements de l'hôpital, de mettre en place les processus nécessaires au bon fonctionnement de l'urgence. Ce travail du médecin-chef de l'urgence de l'Hôpital général juif est d'ailleurs reconnu internationalement et c'est une source d'inspiration pour de nombreuses urgences.

Une culture Lean au sein de l'hôpital

Pour implanter de tels changements, l'hôpital a mis en place, depuis 4-5 ans, une gestion Lean dans tout l'hôpital. Cette méthode est devenue une culture dans l'établissement qui engage tout le personnel, y compris les médecins. Cette culture permet de remettre en question continuellement les pratiques et les nombreux processus afin d'améliorer les soins donnés aux patients. On s'assure que l'urgence est un modèle pour les autres départements afin que ces derniers fassent aussi les efforts nécessaires à l'amélioration de la performance de l'urgence. En effet, pourquoi presser un consultant à venir voir rapidement un patient si on perd ensuite plusieurs heures à l'urgence avec lui pour réaliser d'autres procédures? La méthode Lean est donc maintenant bien implantée dans l'hôpital avec 3 personnes qui sont « ceintures noires » et plus de 150 personnes certifiées (ceintures vertes et jaunes). Cette expertise est maintenant en voie d'être exportée dans l'ensemble des installations du CIUSSS.

Par ailleurs, l'urgence mise beaucoup sur l'interdisciplinarité. Chaque professionnel a un rôle important à jouer. Ainsi, le duo médecin-infirmière fonctionne parfaitement et on table beaucoup sur le personnel administratif pour réaliser toutes les tâches qui peuvent décharger le personnel soignant. Le personnel administratif se charge également de l'entrée de toutes les données permettant d'évaluer en continu la performance de l'urgence.

Ces données sont essentielles à la culture de mesure dans l'hôpital. Non seulement on mesure tous les éléments importants à suivre, mais on diffuse ces informations à tous les intervenants, dont le PDG, qui suit quotidiennement les indicateurs de l'urgence. Ainsi, chaque médecin reçoit régulièrement un bulletin de performance (*Emergency department physician performance scorecard*), qui contient 15 marqueurs de performance clinique et de processus. Ce bulletin n'est pas anonyme afin de valoriser une culture de transparence et de performance qui permet à chaque médecin de s'améliorer et de chercher conseil auprès des meilleurs. C'est un incitatif très fort à l'amélioration des pratiques et de la performance des médecins.

En ce qui concerne la rémunération, les médecins de l'urgence fonctionnent avec un plan de pratique, où 15 % de tous les revenus sont mis en commun afin de payer le temps protégé des médecins qui s'occupent, avec les gestionnaires, du bon fonctionnement de l'urgence et de l'amélioration des processus. Cela a permis, par exemple, à un médecin de l'urgence de passer une grande partie de son temps et de son énergie pendant près de deux ans à planifier et à organiser le design de la nouvelle urgence. C'est la même chose pour les systèmes d'information et la création des indicateurs de suivi, qui ont nécessité une forte participation de certains médecins de l'urgence.

Le temps protégé de certains médecins leur permet également d'être à l'affût de nouvelles façons de faire ou d'innovations et d'organiser des projets pilotes afin d'évaluer leur efficacité. Par exemple, dans la dernière année, l'urgence a attribué un médecin au triage, qui peut réorienter directement les patients dont le cas est non urgent vers des cliniques dans la communauté. De même, dans les prochains mois, l'urgence va tester le programme Scribe (https://www.scribeamerica.com), qui permet d'associer un étudiant en médecine à un urgentologue afin de l'aider à accomplir certains suivis auprès du patient, de sa famille ou d'un autre professionnel. Toutes ces innovations ne pourraient se déployer sans le leadership de certains médecins (en particulier du médecin-chef) et le temps qu'ils y consacrent.

Centre Paul-Gilbert – Centre d'hébergement de Charny

Le Centre Paul-Gilbert – Centre d'hébergement de Charny fait partie du CISSS de Chaudière-Appalaches. Il possède une urgence sans lits d'hospitalisation, qui est ouverte le jour et le soir, mais non la nuit. L'important volume de visites à l'urgence est en croissance, avec près de 50 000 visites annuelles.

Les résultats de performance du Centre Paul-Gilbert – Centre d'hébergement de Charny sont les meilleurs de sa catégorie, avec des délais à l'urgence deux fois moins longs que la moyenne de son groupe de comparaison. De plus, seulement 2 % des patients quittent l'urgence sans avoir vu un médecin (contre 9 % en moyenne pour le groupe de comparaison).

En 2011, le Centre a entrepris des travaux d'optimisation en implantant un processus Lean à l'urgence. Une analyse très précise des processus a permis de définir une nouvelle façon de fonctionner, basée sur un tandem médecin-infirmière impliquant une collaboration exemplaire. Grâce à ce tandem, le travail peut se faire en cellule avec un médecin, une infirmière et deux salles d'examen. Pendant que le médecin s'occupe d'un patient dans une salle, l'infirmière s'occupe d'un autre patient dans la deuxième salle. Le médecin et l'infirmière peuvent alors s'échanger les informations pertinentes sur les deux patients afin que chacun puisse réaliser les tâches requises.

Une synergie bénéfique entre les urgences d'un même CISSS

La fusion du Centre Paul-Gilbert avec l'Hôtel-Dieu de Lévis a eu des impacts très positifs sur l'urgence. En effet, cela a permis l'importation d'une culture de performance et d'excellence, qui existait depuis longtemps à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Cela a également permis d'harmoniser les pratiques, les processus et le matériel entre les deux urgences. De plus, les médecins de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis peuvent être appelés en renfort lorsque l'urgence du centre est surchargée. Enfin, cette culture d'excellence fait en sorte qu'on peut recruter les « meilleurs », car de nombreux médecins veulent travailler dans ces milieux.

Ce partenariat avec l'Hôtel-Dieu de Lévis permet également une utilisation directe du plateau technique de cet hôpital par les patients du Centre. En effet, celui-ci peut envoyer un patient passer des tests directement à l'Hôtel-Dieu, sans que le patient ait besoin de repasser par l'urgence de cet hôpital. Les résultats sont envoyés directement au médecin du Centre, qui peut décider de traiter lui-même le patient ou, si le traitement n'est pas disponible au Centre, de demander à un collègue de l'Hôtel-Dieu de prendre en charge le patient.

La collaboration des médecins, des infirmières et des gestionnaires du Centre Paul-Gilbert est particulièrement importante pour le bon fonctionnement de l'urgence. Elle découle de la fierté de travailler dans un milieu performant de qualité, où le patient est au centre des préoccupations. Ainsi, la médecin-chef de l'urgence connaît l'ensemble des intervenants dans les différents secteurs (accueil, laboratoire, entretien, etc.), ce qui lui permet de bien comprendre le fonctionnement du Centre et de régler rapidement les différents problèmes qui peuvent survenir.

Les contrecoups de la performance

Lorsqu'une urgence fonctionne bien et que les délais d'attente sont raisonnables, cette information circule vite dans la population, ce qui entraîne une augmentation du nombre de visites. Ce phénomène est observé depuis quelques années au Centre Paul-Gilbert.

Cependant, l'augmentation du volume est rarement associée à une augmentation des ressources. En effet, les services d'urgence ne sont pas financés d'après le volume de visites. Ainsi, une urgence performante qui attire plus de patients verra à terme un impact négatif sur sa performance, puisque les ressources disponibles ne seront pas ajustées selon l'augmentation du nombre de visites.

Caractéristiques communes des urgences performantes

Les entrevues réalisées dans cinq urgences classées parmi les plus performantes du Québec ont révélé plusieurs similarités, tant dans la philosophie de soins des équipes que dans les processus et les pratiques de travail.

Tout d'abord, la vision de ce que doit être l'urgence et la place qu'on lui accorde dans l'hôpital sont souvent portées par les plus hautes instances de l'établissement, à savoir le PDG et le comité d'administration, pour qui l'urgence est une fonction essentielle de l'hôpital. De plus, on note un fort leadership médical à l'urgence. Les médecins, en particulier le médecin-chef, travaillent de concert avec les gestionnaires de l'hôpital afin d'assurer un fonctionnement optimal de ce département.

Ensuite, les urgences performantes ont toutes une culture bien établie de la mesure de la performance. Ces installations ont mis en place non seulement les outils pour recueillir les données nécessaires au suivi et à l'évaluation de la performance, mais aussi les processus pour suivre les indicateurs pertinents, informer les différents acteurs de leur performance et instaurer les mesures correctives lorsque les données soulignent des problèmes. Cette culture se trouve également dans le fonctionnement Lean de ces urgences, qui mesurent et analysent en permanence leurs processus dans un souci d'amélioration continue.

La collaboration est aussi une caractéristique commune à ces urgences performantes. Il y a tout d'abord une collaboration exemplaire entre médecins, infirmières et gestionnaires, où chaque professionnel est employé au meilleur de ses compétences et où la complémentarité des expertises est mise en valeur. De plus, la collaboration entre l'urgence et les autres départements de l'hôpital permet d'améliorer la performance et d'éviter les débordements, car tous se sentent concernés par les problématiques pouvant survenir à l'urgence. Ainsi, que ce soit les médecins spécialistes, les services diagnostiques ou les responsables de la gestion des lits, tous mettent en œuvre, à leur niveau, les procédures nécessaires pour soutenir le fonctionnement optimal de l'urgence.

Finalement, toutes ces urgences performantes travaillent étroitement avec les cliniques de première ligne de leur territoire, plus particulièrement avec les GMF. Ainsi, on s'assure que les patients puissent avoir d'autres options que l'urgence lorsqu'ils ont un problème peu urgent et que les médecins de famille puissent avoir un accès adéquat au plateau technique sans être obligés d'envoyer leurs patients à l'urgence.

Constats et recommandations

L'encombrement et les longs délais dans les urgences du Québec sont devenus un phénomène chronique, socialement inacceptable, qui dure depuis trop longtemps. Les délais dépassent largement les normes du MSSS, ce qui entraîne non seulement une grande frustration chez les patients, mais également des risques pour leur santé. Pourtant, l'encombrement et les longs délais dans les urgences ne sont pas une fatalité. Plusieurs États à travers le monde ayant eu la même problématique ont réussi à y remédier. Au Québec même, plusieurs hôpitaux ont réussi à diminuer de façon importante l'encombrement et les délais, et certaines salles d'urgence ont des performances tout à fait remarquables.

Plusieurs phénomènes expliquent la piètre performance des urgences du Québec. Tout d'abord, les lacunes liées à l'organisation de la première ligne médicale font en sorte que les salles d'urgence du Québec dispensent des services qui pourraient être en grande partie donnés ailleurs qu'à l'urgence, en particulier dans les GMF ou les centres locaux de services communautaires (CLSC), ce qui a comme conséquence d'encombrer inutilement les urgences. Ensuite, dans bien des cas, il manque dans les urgences du Québec une gestion proactive et serrée des flux de patients et de leurs besoins en soins et services, ainsi qu'une coordination adéquate avec les autres départements de l'hôpital. À cet égard, le manque de leadership et de volonté de prioriser l'urgence, de la part des hautes autorités des établissements et des médecins, est l'une des causes principales du manque de performance à l'urgence. Une autre barrière importante est une répartition inadéquate des responsabilités entre médecins et infirmières. Finalement, la culture de la mesure et de l'évaluation, qui est à la base de la performance, n'est pas suffisamment implantée dans les salles d'urgence québécoises, et ce, malgré le fait que les systèmes d'information et les données permettant de suivre et d'évaluer la performance existent dans pratiquement toutes les urgences.

Ainsi, les solutions pour éviter l'encombrement et les longs délais dans les urgences sont connues, mais elles sont difficiles à mettre en place en l'absence de volonté ferme de l'ensemble des acteurs, tant à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital qu'à l'extérieur. Pour réussir, il est donc nécessaire que le MSSS, les hautes autorités des établissements, les gestionnaires et tous les professionnels, en particulier les médecins, collaborent dans le but d'améliorer la qualité des soins et l'expérience de soins des patients à l'urgence.

Cela est d'autant plus nécessaire que le vieillissement de la population risque d'entraîner une pression accrue sur les urgences dans les prochaines années. Les membres du Forum de consultation abondent en ce sens :

> «[…] on devrait travailler à favoriser un véritable leadership au sein de toute la direction, en partant du sommet, avec les pouvoirs décisionnels requis, car ce sont tous les services qu'il faut repenser, dans tous les secteurs des établissements et non uniquement aux urgences […]»
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Les recommandations du Commissaire visent à améliorer l'accès à la première ligne médicale relativement à l'urgence, à optimiser les processus au sein de l'urgence et de l'hôpital et, enfin, à rendre compte à la population, de façon transparente, de la performance des urgences. Elles sont basées sur les pratiques observables dans les urgences les plus performantes de la province. Elles pourraient donc être rapidement appliquées à une plus grande échelle dans le contexte québécois.

L'impact des super-cliniques

Le récent plan du MSSS de développer 50 GMF réseau (super-cliniques) à travers la province, d'ici 2018, a pour objectif d'augmenter l'accès en première ligne et d'éviter les visites à l'urgence. Si ce plan s'actualise comme prévu (heures d'ouverture élargies, rendez-vous le jour même, accès au plateau technique, etc.), cela pourrait sensiblement augmenter l'accès des patients à la première ligne. Toutefois, plusieurs questions restent en suspens. En effet, puisque le patient sera vu dans les super-cliniques par un autre médecin que le sien, le même problème qu'à l'urgence surviendra, c'est-à-dire un bris dans la continuité des soins. De plus, on ne sait pas si les patients attendront plus ou moins longtemps pour voir un médecin dans ces cliniques, comparativement à l'urgence. Enfin, il faudra déterminer si les résultats obtenus par ce programme sont à la hauteur des investissements consentis et si ces cliniques entraîneront comme prévu une diminution du volume de visites à l'urgence. Comme pour l'ensemble des réformes mises en place dans les deux dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux, il sera important d'évaluer de façon indépendante les impacts de ces transformations. Si les conditions précédentes ne sont pas mises en place, les citoyens continueront de fréquenter les urgences, dont la performance globale appelle à être améliorée substantiellement.

Améliorer l'accès à la première ligne

L'accès à la première ligne est relativement difficile au Québec et il doit être amélioré, non seulement pour réduire la pression sur les urgences, mais surtout pour améliorer la prise en charge des patients, qui devraient être vus par leur médecin de famille plutôt que de se rendre à l'urgence. À cet effet, il faut rappeler que plus de 60 % des patients qui se présentent dans les urgences du Québec sont des patients dont l'état n'est pas critique ou ne nécessite pas de soins urgents (P4 ou P5). Souvent, ces patients pourraient être traités par leur médecin de famille. D'ailleurs, dans l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013, 44 % des répondants du Québec indiquent être allés aux urgences pour une affection pouvant être traitée par leur médecin de famille (CSBE, 2014a).

Dans les dernières années, le Commissaire s'est intéressé de près aux soins et services dispensés en première ligne. Il a émis plusieurs recommandations pour améliorer la performance de la première ligne de manière générale. Certaines de ces recommandations concernent les professionnels de la santé non médecins (infirmières, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux, etc.), qui devraient jouer un rôle beaucoup plus important qu'actuellement dans la prise en charge des patients, en particulier ceux atteints de maladies chroniques. Cela améliorerait le suivi de ces patients, en plus de permettre aux médecins de libérer une partie de leur temps afin qu'ils puissent voir plus rapidement les cas complexes ou urgents. Le cas des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en première ligne est particulièrement révélateur du retard du Québec à l'égard du rôle en première ligne des professionnels non médecins. En effet, le Québec compte dix fois moins d'IPS que l'Ontario. Lors de leurs délibérations, les membres du Forum de consultation ont également appuyé le renforcement du rôle des infirmières :

> « Les membres croient […] nécessaire d'améliorer la synergie entre les différents intervenants, en amont et en aval de l'urgence, et de faire la lutte aux nombreuses chasses gardées corporatives, et cela notamment dans le souci d'améliorer le sort des cas de priorité 4 et 5, pour qui la solution se trouve souvent ailleurs que dans une salle d'urgence. Au sein même de l'urgence, plusieurs membres croient qu'il serait pertinent de développer une pratique plus autonome pour les infirmières […] et de capitaliser sur les services de proximité […] »
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

En continuité avec ces travaux antérieurs, les recommandations suivantes visent plus précisément la complémentarité entre la première ligne et l'urgence afin que les patients puissent être traités dans les meilleurs délais à l'endroit le plus adéquat pour leur condition.

Améliorer l'accès au médecin de famille et la continuité des soins pour éviter que les patients aillent à l'urgence de façon inappropriée

L'une des solutions pour permettre aux patients de voir rapidement leur médecin de famille en cas de besoin, et ainsi leur éviter d'aller à l'urgence, est de réorganiser les horaires de rendez-vous des médecins de famille en implantant « l'accès adapté » dans leur clinique. En effet, ce mode de fonctionnement des cliniques permet de réserver chaque jour des plages horaires pour les patients qui ont un problème urgent. Ainsi, selon l'urgence du problème, le patient peut être vu le jour même, le lendemain ou dans un court délai (moins de deux semaines). Ce mode de fonctionnement en accès adapté diffère du système habituel, où le patient doit souvent attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour obtenir un rendez-vous avec son médecin, dont le carnet de rendez-vous est plein souvent longtemps à l'avance. C'est pourquoi, dans bien des cas, pour voir un médecin rapidement, le patient doit se diriger vers les urgences ou vers une clinique sans rendez-vous, où il rencontrera un autre médecin que le sien, ce qui a comme conséquence un bris dans la continuité des soins.

Accès adapté en première ligne

L'accès adapté est un mode d'organisation du travail en première ligne qui permet au patient de voir son médecin au moment où il en a besoin. Pour cela, la clinique ne donne plus automatiquement aux patients des rendez-vous de suivi (tous les ans ou tous les six mois, par exemple), sauf pour les patients dont la condition clinique l'exige. En contrepartie, des plages horaires sont réservées chaque jour pour les cas urgents ou semi-urgents. Lorsque le patient téléphone pour un besoin de santé, il peut donc obtenir un rendez-vous à plus ou moins court terme selon l'urgence de la situation (le même jour, le lendemain ou dans les deux semaines). Lors de la visite, le médecin peut alors traiter l'urgence, mais aussi faire les suivis qui sont nécessaires. L'accès adapté fonctionne d'autant mieux si les suivis des patients, en particulier ceux ayant des maladies chroniques, sont réalisés par des infirmières et d'autres professionnels non médecins.

En plus de changer le mode d'organisation des rendez-vous, la mise en place de l'accès adapté dans les cliniques de première ligne implique d'accroître le rôle des professionnels de la santé non médecins et de favoriser le travail interdisciplinaire. Ainsi, la plupart des suivis périodiques (par exemple, les suivis des patients atteints de maladies chroniques) dans les cliniques ayant adopté l'accès adapté sont faits par des infirmières afin de libérer le médecin pour qu'il s'occupe des problèmes complexes ou urgents. Ce mode d'organisation des cliniques en accès adapté est largement répandu dans certaines provinces du Canada, particulièrement en Alberta et en Ontario. Des impacts très positifs ont été démontrés, tant pour l'accès que pour la satisfaction des patients.

Dans les dernières années, avec le soutien du MSSS et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, plusieurs cliniques ont mis en place un accès adapté pour leurs patients. Il est maintenant nécessaire que cette pratique soit généralisée à l'ensemble des cliniques de la province, en particulier aux GMF.

Par ailleurs, pour éviter que les patients se rendent inutilement à l'urgence, les cliniques de première ligne doivent offrir à leurs patients certaines disponibilités le soir et la fin de semaine. C'est déjà le cas pour les GMF qui, selon leur contrat, doivent ouvrir certaines heures le soir et la fin de semaine. Il est toutefois important que le MSSS s'assure que les cliniques offrent bien les services inclus à leur contrat pour que les personnes puissent être suivies par leur propre médecin. De même, il est essentiel que le MSSS s'assure que la couverture des heures le soir et la fin de semaine de chaque clinique ainsi que le nombre de médecins disponibles soient suffisants pour répondre aux besoins de la plupart de leurs patients.

Finalement, les cliniques d'un territoire doivent établir des partenariats entre elles afin de se partager des « tours de garde » pour proposer à leurs patients une solution de rechange à l'urgence lorsque leur clinique est fermée. Il est à souligner qu'au Québec, seulement 37 % des médecins de famille indiquent avoir mis en place des mesures d'accès pour leurs patients lorsque la clinique est fermée, contre 67 % en Ontario (CSBE, 2016).

Recommandation 1

Afin d'améliorer l'accès au médecin de famille, de même que la continuité des soins, et d'éviter que les patients aillent à l'urgence pour des conditions pouvant être traitées en première ligne, le Commissaire formule les recommandations suivantes :

Que le MSSS intègre dans les contrats établis avec les GMF les obligations suivantes :

- **mettre en place systématiquement l'accès adapté dans tous les GMF;**
- **assurer une couverture médicale les soirs et les fins de semaine, en fonction du volume des patients inscrits;**
- **organiser un système de garde partagée entre les cliniques d'un même territoire afin d'assurer une couverture complète des « heures défavorables ».**

Que le MSSS s'assure que la population soit bien informée des nouvelles mesures d'accès en première ligne, incluant l'accès adapté auprès de son propre médecin, au fur et à mesure de leur implantation.

Permettre aux patients qui en ont besoin d'obtenir un diagnostic rapide sans passer par l'urgence

L'une des raisons de l'affluence des patients à l'urgence est le besoin d'obtenir rapidement des tests diagnostiques ou une consultation d'un spécialiste. Dans certains cas, les médecins de famille eux-mêmes se voient contraints d'envoyer leurs patients à l'urgence pour obtenir rapidement des résultats de test ou l'avis d'un spécialiste. Il faut donc instaurer des mécanismes pouvant répondre à ce besoin d'accès rapide sans que le patient soit obligé de passer par l'urgence.

Par exemple, l'« Accueil clinique » est un service mis en place par certains hôpitaux pour que les médecins de première ligne puissent diriger des patients présentant certaines conditions cliniques selon des protocoles préétablis. Ainsi, pour un certain nombre de conditions préétablies, un patient peut être dirigé par son médecin à l'« Accueil clinique » de l'hôpital, où une infirmière prend en charge son dossier et organise les rendez-vous nécessaires. Le patient est vu rapidement, car certaines plages horaires sont réservées pour ces cas. Ces derniers bénéficient alors d'un accès privilégié aux plateaux techniques et diagnostiques de l'hôpital ainsi qu'aux consultations auprès de médecins spécialistes, et ce, sans passer par l'urgence.

Comme le documente cette étude sur les urgences, plusieurs hôpitaux de la province ont déjà mis en place un « Accueil clinique » avec des résultats très concluants, tant pour l'amélioration de l'accès que pour la satisfaction des patients et des médecins de famille. Il est donc recommandé de généraliser cette pratique afin d'offrir ce service à l'ensemble des médecins de famille et de leurs patients.

Recommandation 2

Afin de permettre aux patients qui en ont besoin d'obtenir un diagnostic rapide sans passer par l'urgence, le Commissaire formule la recommandation suivante :

Que les PDG des établissements de santé détenant le plateau technique et les spécialistes requis mettent en place des modalités d'« Accueil clinique » et que le MSSS fasse le suivi de cette implantation.

Optimiser les ressources et les processus au sein de l'urgence et de l'hôpital

Les travaux du Commissaire ont mis en perspective des différences importantes entre les hôpitaux dans l'organisation de l'urgence et les processus qui y ont cours. Ces différences se traduisent par un écart de performance significatif, même entre des urgences de même type ayant des clientèles comparables. Certaines des pratiques documentées qui assurent un fonctionnement optimal et performant des urgences étudiées ressortent également des écrits scientifiques. Il s'agit de pratiques qui exigent une grande collaboration entre les différents départements de l'hôpital et l'urgence et elles ne peuvent pas se faire sans le soutien absolu de la haute direction de l'établissement et un fort leadership médical à l'urgence.

Assurer l'adéquation entre les ressources médicales et le volume de visites à l'urgence

Comme pratiquement tous les patients de l'urgence doivent voir un médecin, l'encombrement de l'urgence est étroitement lié au niveau d'adéquation entre le volume de patients d'une urgence et le nombre de médecins qui y travaillent. Or, il n'est pas rare d'observer un débalancement entre le nombre de médecins et le nombre de patients, en particulier dans certaines urgences qui ont connu dans les dernières années une augmentation du volume de patients sans ajout de ressources médicales.

De plus, s'il est relativement facile d'augmenter le nombre d'infirmières dans la majorité des urgences lors des périodes d'encombrement, c'est rarement le cas pour les médecins, dont le nombre reste sensiblement le même, quelles que soient les fluctuations du volume de patients à traiter. Dans certaines urgences, cette situation a provoqué l'ajout d'un « médecin-pompier » de l'externe, qui aide les autres médecins de l'urgence pour les quarts de travail les plus achalandés. D'autres urgences font appel aux médecins des autres départements de l'hôpital qui, en période d'encombrement, viennent soutenir leurs collègues de l'urgence en effectuant certaines tâches (par exemple, l'hospitalisation des patients).

Pour éviter les débordements, il est donc nécessaire de s'assurer que le nombre de médecins à l'urgence soit adapté aux besoins dans chacun des hôpitaux, entre autres par rapport au volume de patients. Il est également nécessaire de mettre en place des mécanismes pour ajuster le nombre de médecins en période de débordement. Or, lors des consultations effectuées dans les urgences, plusieurs intervenants ont rapporté la difficulté récente de recruter de nouveaux médecins en raison des nouvelles orientations du MSSS, qui privilégient l'attribution de postes en première ligne plutôt qu'à l'urgence.

Recommandation 3

Afin d'assurer l'adéquation entre les ressources médicales et le volume de visites à l'urgence, le Commissaire formule la recommandation suivante :

Que les PDG des établissements de santé et les médecins-chefs de l'urgence s'assurent que leurs urgences disposent du nombre de médecins requis par rapport au volume de visites, ainsi que d'un mécanisme permettant d'ajuster le nombre de médecins lorsque l'achalandage est élevé, en collaboration avec le MSSS, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et les départements régionaux de médecine générale (DRMG).

Accroître les responsabilités des infirmières à l'urgence

Avec plus de 60 % des patients qui se présentent aux urgences pour un problème mineur (P4 ou P5), un grand nombre d'entre eux pourraient être vus uniquement par une infirmière (en particulier, une IPS) ou être dirigés vers une autre ressource à l'extérieur de l'hôpital. Cependant, le fonctionnement actuel des urgences ne permet pas un tel fonctionnement, et ce, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les infirmières à l'urgence ne sont pas utilisées à leur plein potentiel. En effet, dans la plupart des urgences, pratiquement tous les patients doivent voir un médecin, même ceux ayant un problème mineur. Or, dans certains pays, comme au Royaume-Uni, les urgences ont mis en place un système de voies rapides (*fast-track*) pour les patients ayant des problèmes mineurs. Ces derniers sont ainsi vus et traités par des infirmières, ce qui permet de libérer les médecins afin qu'ils puissent traiter plus rapidement les cas les plus complexes.

De plus, sauf exception, il n'y a pratiquement aucune IPS dans les urgences du Québec. Ce dernier se prive donc d'une ressource spécialisée qui pourrait avoir un rôle important dans le traitement des patients ayant des problèmes mineurs à l'urgence. Par ailleurs, même si les ordonnances collectives qui permettent aux infirmières de réaliser certains actes existent dans la plupart des urgences, elles restent relativement limitées par rapport à l'ensemble des actes qui pourraient être faits par les infirmières pour décharger le travail des médecins.

Finalement, le paiement à l'acte des médecins aux urgences peut entraîner une sous-utilisation des autres professionnels de la santé, car les médecins doivent obligatoirement voir le patient pour être rémunérés, même si cela n'est pas toujours nécessaire.

Le Commissaire juge donc qu'il est important de renforcer le rôle des infirmières dans les urgences afin qu'elles puissent prendre en charge plus systématiquement les patients ayant des problèmes mineurs. Cela permettrait, d'une part, de diminuer les délais de séjour à l'urgence pour ces patients et, d'autre part, de laisser aux médecins plus de temps à consacrer au traitement des cas plus complexes.

Recommandation 4

Afin d'accroître les responsabilités des infirmières à l'urgence, le Commissaire formule la recommandation suivante :

Que le MSSS mette en place les modalités et les conditions nécessaires pour actualiser ce rôle accru, en collaboration avec les ordres professionnels concernés, entre autres par les actions suivantes :

- **rehausser le rôle des infirmières dans le traitement des patients ayant des problèmes mineurs;**
- **introduire des infirmières praticiennes spécialisées (IPS);**
- **ajouter des actes dans les ordonnances collectives;**
- **actualiser le mode de rémunération des médecins pour favoriser le partage des responsabilités entre médecins et infirmières.**

Assurer la disponibilité des lits sur les étages lors d'un débordement à l'urgence

Trop souvent, le débordement à l'urgence est considéré comme le problème spécifique de l'urgence. Or, comme il a été constaté dans les urgences performantes, le bon fonctionnement d'une urgence dépend fortement du bon fonctionnement des autres départements de l'hôpital. Ainsi, un débordement à l'urgence devrait être considéré comme une situation relevant de la responsabilité de l'ensemble de l'hôpital et tous les départements devraient avoir un rôle à jouer pour résoudre la situation.

Quelques hôpitaux ont expérimenté avec succès certaines stratégies pour libérer des lits afin d'éviter ou de limiter les débordements à l'urgence. Par exemple, au lieu d'attendre à l'urgence l'obtention d'un lit, certains patients sont transférés dans un autre département de l'hôpital, même s'il n'y a pas encore de lits disponibles. Cela permet de répartir le débordement dans l'ensemble de l'hôpital plutôt que de le concentrer seulement à l'urgence. Une autre stratégie est de remplacer le traditionnel flux poussé (*push system*), où l'urgence essaie de trouver un lit pour ses patients, par un flux tiré (*pull system*), dans lequel les autres départements de l'hôpital ont un rôle actif pour aller chercher les patients en provenance de l'urgence.

Certains hôpitaux ont également mis en place des procédures pour réduire les durées de séjour des patients hospitalisés afin d'augmenter la disponibilité des lits pour les patients de l'urgence. Ces procédures sont possibles grâce au suivi quotidien de la disponibilité des lits dans l'établissement, à l'évaluation de la pertinence des demandes d'hospitalisation ou encore à la planification adéquate des interventions prévues lors de l'hospitalisation des patients afin de minimiser leur durée de séjour. Ces actions ne peuvent être mises en place que si l'hôpital dispose d'une structure responsable et imputable de la gestion efficiente des lits, à laquelle participent les différents départements de l'hôpital. Cette structure doit aussi avoir l'autorité pour prendre les mesures nécessaires dans l'ensemble de l'hôpital, y compris celle de libérer des lits lorsque l'urgence est encombrée.

Finalement, pratiquement tous les hôpitaux du Québec ont en permanence de nombreux lits occupés par des patients en fin de soins actifs, qui attendent une place à l'extérieur de l'hôpital, souvent en soins à domicile, en hébergement ou en réadaptation. Ce phénomène réduit la capacité des hôpitaux à hospitaliser rapidement les patients en provenance de l'urgence. La création des CISSS et des CIUSSS – qui a permis l'intégration dans un même établissement des lits de courte durée, d'hébergement et de réadaptation d'un territoire – pourrait aider à optimiser l'utilisation de ces différentes ressources. Toutefois, au 31 mars 2015, près de 8 000 personnes étaient en attente dans le système d'information pour la coordination régionale des admissions. Ce nombre important de patients en attente d'une place d'hébergement au Québec témoigne d'un besoin urgent de libérer des places dans la communauté afin, par ricochet, de libérer les lits de l'hôpital, non seulement pour les patients de l'urgence, mais aussi pour les patients en attente d'une chirurgie élective.

Recommandation 5

Afin d'assurer la disponibilité des lits sur les étages lors d'un débordement à l'urgence, le Commissaire formule la recommandation suivante :

Que les PDG des établissements de santé mettent en place des mesures de suivi systématique et de gestion proactive des lits sur les étages et qu'ils en rendent imputables les responsables de l'ensemble des départements de l'hôpital ainsi que les responsables des autres installations du CISSS ou du CIUSSS.

Cette recommandation implique les actions suivantes :

- **s'assurer qu'un comité de gestion des lits a toute autorité pour demander aux départements de l'hôpital et aux différents secteurs du CISSS (hébergement, réadaptation, soutien à domicile, etc.) de mettre en place les actions nécessaires au désengorgement de l'urgence;**
- **planifier les interventions prévues lors du séjour des patients hospitalisés depuis l'urgence lors de la demande d'admission afin de réduire les durées de séjour;**
- **se doter, avec le soutien du ministre, des ressources nécessaires en soins à domicile, en réadaptation et en hébergement dans les établissements, et ce, afin d'éviter que des patients soient en attente de ces services dans un lit d'hôpital.**

Définir des cibles prédéterminées pour améliorer la performance à l'urgence et suivre de manière continue leur atteinte

Le *Guide de gestion de l'urgence* du MSSS prescrit certains délais maximums pour les patients de l'urgence. Par exemple, un patient sur civière ne doit pas séjourner plus de 8 h ou 12 h à l'urgence, selon qu'il est ou non hospitalisé. De même, les radiographies simples et les examens de laboratoire doivent être effectués dans un délai de moins d'une heure. Quant à la consultation d'un spécialiste ou à l'obtention d'un examen d'imagerie médicale avancée (tomodensitométrie, échographie, doppler, résonance magnétique ou médecine nucléaire), elles devraient se faire dans un délai de moins de 2 heures. Or, dans bien des urgences au Québec, ces délais ne sont pas respectés, ce qui allonge les séjours des patients à l'urgence. Il est à souligner que le séjour moyen à l'urgence des patients hospitalisés est 2 fois plus élevé que la norme ministérielle (près de 24 h au lieu de 12 h).

Le Commissaire estime donc qu'il est important que les hôpitaux mettent en place des processus adéquats et rigoureux qui ont démontré leur efficacité afin de respecter les délais maximums prescrits à l'urgence. Ces délais devraient faire partie des politiques de l'hôpital, être connus de tous et être surveillés en continu. Le dépassement de ces délais devrait être l'exception et non la règle, comme c'est trop souvent le cas dans certains milieux. Pour ce faire, les urgences doivent mettre en place les processus pour recueillir l'information nécessaire pour suivre les opérations et évaluer la performance. En effet, il est reconnu qu'une information de qualité obtenue en temps opportun permet d'établir un processus d'amélioration continue des services et de procéder aux adaptations requises.

Il est à noter que les urgences performantes du Québec suivent en continu les différents délais, que ce soit pour voir un médecin, pour passer des tests, pour consulter un spécialiste ou encore pour obtenir un lit pour un patient de l'urgence, ce qui leur permet de vérifier le respect des délais prescrits, de mettre en lumière les problèmes et de les corriger, le cas échéant.

Recommandation 6

Afin que des cibles de performance fondées sur les meilleures pratiques internationales soient définies dans les urgences et que leur atteinte soit suivie, le Commissaire formule les recommandations suivantes :

- **Que le PDG de l'hôpital détermine les cibles de performance devant être respectées par tous au sein de l'hôpital, en concertation avec les responsables de l'urgence;**
- **Que les responsables de l'urgence, en collaboration avec leurs équipes, mettent en place les processus et les outils pour mesurer les cibles, suivre leur atteinte, diffuser les résultats et apporter les corrections nécessaires en continu;**
- **Que le MSSS mette à jour le *Guide de gestion de l'urgence* selon les meilleures pratiques internationales, comprenant entre autres des cibles de performance (notamment les délais de prise en charge, de consultation d'un spécialiste, d'accès aux examens de laboratoire et d'imagerie médicale ou d'accès à un lit sur les étages).**

Permettre aux médecins de se comparer et d'améliorer leur pratique

Une partie des écarts de performance observés lors de la réalisation de cette étude sur les urgences est liée aux pratiques des médecins, qui peuvent varier d'un individu à l'autre ou entre établissements. Par exemple, des variations importantes existent dans les taux de demande de consultation ou d'hospitalisation, même entre urgences du même type ayant des clientèles similaires. L'un des exemples les plus flagrants de ces variations est le délai pour consulter un spécialiste, qui passe de 2,4 h à 8,9 h dans les urgences universitaires. L'importance de cet écart entre urgences indique que ces délais dépendent surtout de l'organisation des services et des pratiques des médecins spécialistes.

En plus du suivi des délais, il est important de mesurer la pertinence des différentes procédures à l'urgence (pertinence des tests, des consultations de spécialistes, de l'utilisation des civières, des hospitalisations à partir de l'urgence, etc.) afin d'éviter autant que possible certaines procédures qui sont moins utiles ou qui ne sont pas nécessaires. En effet, comme il a été montré précédemment, il existe souvent des écarts importants dans l'utilisation de certaines procédures à l'urgence, qui ne sont pas toujours liés aux besoins des patients, mais plutôt aux modes d'organisation et aux façons de faire. Par exemple, les écarts dans les taux d'hospitalisation des patients en provenance de l'urgence montrent qu'un meilleur suivi de la pertinence des hospitalisations permettrait de diminuer le taux d'hospitalisations évitables dans plusieurs urgences.

Une solution possible pour améliorer la pertinence clinique et la performance des médecins à l'urgence est d'harmoniser les pratiques des médecins en se basant sur les pratiques et les résultats des médecins les plus performants. Pour harmoniser ces pratiques, certaines des urgences du Québec ont mis en place un système d'information permettant de suivre de façon régulière les activités et les pratiques de leurs médecins. Grâce à ce système, chacun des médecins reçoit un « bulletin » lui permettant de comparer la pertinence des soins qu'il dispense – ainsi que sa performance – avec celle des autres médecins travaillant dans la même urgence. Ce type de comparaison est un puissant incitatif pour améliorer la qualité et la performance dans les urgences, comme l'ont d'ailleurs souligné certains membres du Forum de consultation :

> « […] la publication de plus de données pertinentes sur le rendement des établissements, en matière de services d'urgence, notamment, ne peut qu'avoir un effet bénéfique et stimuler la saine compétition, sachant qu'aucun directeur d'établissement n'aimerait faire piètre figure devant ses semblables […] cela vaut non seulement pour les dirigeants d'établissement, mais aussi pour les médecins eux-mêmes, qui devraient également être sensibilisés à leur propre responsabilité administrative, et ce, afin d'agir en plus grande synergie avec les autres intervenants dans le système. »
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Malheureusement, ce type de pratique est très peu développé au Québec, comparativement à l'Ontario et à la plupart des pays de l'OCDE (CSBE, 2016). Le Commissaire juge donc que cette pratique, qui a fait ses preuves au Québec comme à l'international, devrait être implantée dans l'ensemble des urgences de la province.

Recommandation 7

Afin de permettre aux médecins de se comparer et d'améliorer leur pratique, le Commissaire formule la recommandation suivante :

Que le médecin-chef de l'urgence assure le suivi de la pertinence clinique et de la performance des médecins de l'urgence, en collaboration avec les médecins de son département, le directeur des services professionnels et le CMDP de l'établissement.

Cette recommandation implique l'action suivante :

- **mettre en place des processus et des outils pour mesurer la pertinence clinique et la performance des médecins et diffuser régulièrement ces informations auprès de chacun des médecins.**

Soutenir la performance dans les urgences par un financement adapté

Étant donné le mode de financement actuel des hôpitaux, déterminé largement de manière historique, plusieurs urgences performantes sont victimes de leur succès. En effet, lorsqu'un département d'urgence traite rapidement ses patients, le volume de visites augmente, car non seulement les patients du territoire, mais aussi les patients des territoires avoisinants, décident en plus grand nombre de venir dans cette urgence pour se faire soigner. Or, si les ressources financières et humaines de l'urgence ne sont pas ajustées quand son volume de visites augmente, les délais augmenteront et ainsi la performance de l'urgence diminuera. La performance d'une urgence peut donc, dans certaines circonstances, être contreproductive. Certains membres du Forum n'ont pas hésité à se prononcer à ce sujet :

> « Quelques membres ont réagi en apprenant […] que certaines urgences québécoises particulièrement encombrées ont bénéficié d'un soutien financier de l'État et ont eu l'impression qu'il s'agissait là d'une sorte de prime à la performance, pas nécessairement méritée selon eux. Cela leur a fait dire qu'on devrait peut-être plutôt leur imposer des pénalités. D'autres, cependant, ont rappelé que l'encombrement d'une urgence ne résulte pas nécessairement d'une mauvaise performance et peut plutôt découler de circonstances ou de besoins particuliers […] Mais ces réactions ont soulevé chez les membres une préoccupation quant à l'incitation réelle à la performance qui devrait, selon eux, faire l'objet de mesures plus concrètes, telles qu'un financement au volume ou à l'efficience, par exemple. Des membres ont aussi souligné que, dans certaines régions, la rareté des lieux de dispensation des soins garde les clientèles captives et place les établissements concernés dans une situation de quasi-monopole. Cela présente […] des enjeux particuliers en matière de compétition et d'amélioration de la performance, alors que souvent, dans ces régions, l'absence de compétition fait en sorte que seule la population a un certain pouvoir – qui demeure somme toute bien limité – de mettre un peu de pression sur ces établissements pour obtenir de meilleurs soins et services. »
>
> Compte rendu des délibérations du Forum de consultation, séance de février 2016.

Pour pallier ce problème, le Commissaire estime qu'il est nécessaire de reconnaître la performance dans les urgences afin de créer une culture de l'excellence. Pour ce faire, il faut, d'une part, définir des cibles de performance adaptées à chaque type d'urgence et, d'autre part, instaurer des incitatifs à l'atteinte de ces cibles. Comme les systèmes d'informations permettant le suivi des activités sont bien implantés dans l'ensemble des urgences du Québec, les départements d'urgence sont un milieu idéal pour expérimenter ce genre de mesure.

Recommandation 8

Afin de soutenir une culture de performance dans les urgences, le Commissaire formule la recommandation suivante :

Que le MSSS inclut, dans ses travaux de révision relatifs au financement des établissements axé sur le patient, une adaptation du mode de financement des activités dans les urgences. Ce financement doit tenir compte de leur performance, tant pour les activités que pour l'accès et la qualité des soins.

Rendre compte à la population, de façon transparente, de la performance des urgences et favoriser ainsi une culture de l'excellence

Les urgences représentent le baromètre du système de santé et de services sociaux, le reflet de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas. C'est ce qui, jour après jour, attire l'attention des médias et de la population. Un manque de performance aux urgences résulte de problèmes au sein même de l'urgence, mais aussi de problèmes qui peuvent exister en première ligne (dont le manque d'accès aux soins ou de continuité des soins), dans les autres départements de l'hôpital (délais pour les tests et les consultations, manque de lits pour les patients de l'urgence, etc.) ainsi que dans les services à l'extérieur de l'hôpital (tels les soins à domicile, l'hébergement et la réadaptation). Inversement, une urgence performante est souvent associée à un fonctionnement adéquat des services de santé sur son territoire de desserte.

Ainsi, pour la population, les urgences sont une vitrine du système de santé et de services sociaux. Une piètre performance de ces services, tels les très longs délais d'attente rapportés par les médias, entraîne inévitablement une diminution de la confiance de la population envers le système. C'est d'ailleurs ce qui est constaté au Québec. En effet, les dernières enquêtes sur les politiques de santé du Commonwealth Fund, tant en regard de la population que des médecins de première ligne, montrent qu'à peine le quart des répondants indiquent que le système de santé fonctionne assez bien. C'est bien moins qu'en Ontario (de 40 % à 50 %) ainsi que dans la plupart des pays de l'OCDE (CSBE, 2016 et 2014a).

Pour rétablir cette confiance, il est nécessaire non seulement d'améliorer les services dans les urgences, mais également d'informer la population sur les actions prises en vue de cette amélioration et surtout sur les résultats obtenus. Or, les récents changements dans la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux ont réduit sensiblement la contribution des citoyens et des usagers, en particulier dans les conseils d'administration des établissements. Il est donc de plus en plus difficile pour la population d'être informée de façon transparente sur l'état de situation dans le réseau et les urgences. C'est pourquoi le Commissaire estime qu'il est important d'instaurer un mécanisme de reddition de comptes transparent afin d'informer la population sur la performance dans chacune des urgences du Québec ainsi que sur l'évolution de cette performance. Un tel mécanisme serait d'autant plus bénéfique qu'en plus d'informer la population et, le cas échéant, de lui redonner confiance, il favoriserait une culture de l'excellence dans les établissements de santé du Québec, qui pourront se comparer entre eux et apprendre des meilleurs. C'est d'ailleurs ce qui se fait dans de nombreux endroits (Ontario, Angleterre, etc.), où l'on observe une grande transparence dans la communication à la population des résultats sur la performance des urgences.

Recommandation 9

Afin de rendre compte à la population, de façon transparente, de la performance des urgences et ainsi de favoriser une culture de l'excellence, le Commissaire formule la recommandation suivante :

Que le ministre assure l'élaboration d'un rapport annuel d'appréciation de la performance des urgences et son dépôt à l'Assemblée nationale.

Conclusion

Comme plusieurs autres études effectuées antérieurement, cette étude du Commissaire montre que les longs délais et l'encombrement dans les urgences sont des phénomènes récurrents et répandus dans de nombreux établissements de santé au Québec. Les causes de cette problématique sont bien connues. D'une part, un manque d'accès en première ligne oblige de nombreux patients à aller aux urgences pour des problèmes pouvant être traités par leur médecin de famille et, d'autre part, une organisation non optimale des processus et des pratiques au sein de l'urgence et de l'hôpital allonge indûment les délais. Plusieurs exemples sur le plan international indiquent qu'en s'attaquant vigoureusement à ces deux phénomènes, il est possible d'éliminer les longs délais et l'encombrement dans les urgences.

Au Québec même, cette étude du Commissaire a mis en lumière le travail de certaines urgences qui, grâce à la volonté et au leadership des responsables et des équipes en place, ont réussi à changer les choses. En mettant le patient au centre des préoccupations et en réorganisant les services pour répondre avant tout aux besoins de leurs patients, ces urgences ont obtenu des résultats tout à fait remarquables. Elles devraient servir de modèles à l'ensemble du Québec pour mettre fin une fois pour toutes à une situation qui dure depuis bien trop longtemps. Les recommandations du Commissaire contenues dans ce rapport aideront le MSSS, les établissements et les intervenants à atteindre cet objectif.

Annexes

ANNEXE I

Délibération de conclusion des membres du Forum de consultation

Ce texte, cité intégralement du compte rendu des délibérations des membres du Forum de consultation concernant les services d'urgence au Québec, constitue la synthèse de leurs délibérations de la séance des 25-26 février 2016. Le compte rendu de leurs délibérations a été adopté lors de la séance des 26-27 mai 2016.

Les membres du Forum, en tant qu'usagers des services québécois d'urgence, ont témoigné d'expériences diverses, parfois horribles, parfois positives malgré tout, mais souvent caractérisées par de longs délais d'attente, des inquiétudes et de nombreuses frustrations : manque flagrant de communication et d'information pourtant disponible, bureaucratie inutile, rigidité de règles parfois appliquées sans discernement, et même en certains cas de l'inhumanité.

Au-delà des soins médicaux reçus proprement dits, dont ils n'ont pas remis la qualité en question, les membres ont vécu de pénibles questionnements au fil de leurs expériences de soins : pourquoi tant de délais, de temps de souffrance à attendre le médecin de garde, le spécialiste ou des tests diagnostiques? Ils ont, par leurs témoignages, mis en lumière le mauvais arrimage entre les besoins fluctuants de la clientèle et les ressources – surtout les médecins – mises à sa disposition et estiment que certaines forces en présence dans le système de santé et de services sociaux, telles que le mode de rémunération des médecins et certaines chasses gardées professionnelles ou corporatistes, nuisent à la meilleure utilisation des compétences des individus et, par ricochet, à une meilleure prestation de soins et services à l'urgence.

En ce qui a trait aux grandes orientations proposées par le Commissaire concernant l'optimisation du fonctionnement interne des services d'urgence et la prise en charge des cas moins urgents de priorité 4 et 5, les membres, tout en les reconnaissant justes et appropriées, croient qu'elles devraient embrasser de plus larges préoccupations, notamment en matière de leadership, d'imputabilité, de responsabilisation et de sensibilisation. Ils jugent aussi qu'une réflexion de cet ordre à l'égard de la santé, interpellant d'abord les premiers dirigeants de l'État, devrait se situer au-delà de toute considération politique.

Plus particulièrement, les membres estiment qu'on devrait travailler :

- à favoriser un véritable leadership au sein de toute la direction, en partant du sommet, avec les pouvoirs décisionnels requis, car ce sont tous les services qu'il faut repenser, dans tous les secteurs des établissements et non uniquement aux urgences;
- à accroître l'imputabilité de tous les acteurs concernés, dont l'imputabilité financière des médecins;
- à mieux évaluer les performances des urgences et à diffuser largement les résultats atteints, dans une perspective d'émulation;
- à fournir des outils d'évaluation appropriés aux gestionnaires, suffisamment précis;
- à favoriser le travail interdisciplinaire en synergie et, plus particulièrement, à accroître l'autonomie des infirmières afin qu'elles puissent, entre autres, rediriger plus efficacement les patients à l'étape du triage;
- et, pour certains membres, à considérer la possibilité d'un financement à l'activité.

Les membres estiment en outre que plusieurs problèmes affectant le rendement des urgences se situent bien en amont de leur zone d'activité, et certains émettent des réserves quant à la pertinence de limiter l'action à leur seul niveau de responsabilité. Les membres attribuent d'abord l'engorgement des urgences à l'incapacité des services de première ligne de répondre aux besoins de la population, alors qu'elle constitue le lieu privilégié pour la prise en charge des problèmes de santé non urgents : selon eux, les salles d'attente des urgences québécoises ne désempliront pas tant et aussi longtemps qu'on va tolérer le manque de cliniques et d'accès aux médecins de famille. Renforcer et diversifier les services de première ligne, et améliorer l'accessibilité de ces services, bref rendre disponibles au bon moment et au bon endroit les soins et services diversifiés de première ligne dont la population a besoin, constitue donc pour eux une priorité. Ils croient aussi nécessaire de considérer la performance des urgences en reconnaissant la vocation des petites urgences, qui font aussi office de cliniques externes dans les régions moins peuplées, et d'analyser plus en profondeur les écarts de performance apparemment inexplicables entre urgences de même catégorie ou de même type. Les membres croient aussi indiqué d'investir dans la prévention, la sensibilisation et la promotion de l'autosoins, afin que la population apporte sa contribution à une meilleure utilisation des services d'urgence au Québec.

ANNEXE II

Codes utilisés pour les exclusions

Visite liée à un problème de santé mentale

Les visites à l'urgence menant à un diagnostic principal de problème de santé mentale ou dont la raison de la visite est liée à cette réalité sont exclues de l'analyse. Les codes utilisés pour ces exclusions sont présentés dans le tableau 7.

TABLEAU 7.
LISTE DES CODES POUR LES EXCLUSIONS DES VISITES LIÉES À UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Code	DIAGNOSTIC PRINCIPAL (CIM-10)	Code	RAISON DES VISITES
F03	Démence	0600	Dépression/suicidaire/automutilation
F059	Délirium	0680	Idées suicidaires
F072	Syndrome postcommotionnel	0681	Tentative de suicide
F100	Intoxication aiguë à l'alcool	0601	Anxiété/crise situationnelle
F103	Syndrome de sevrage à l'alcool	0602	Hallucinations
F119	Troubles mentaux liés aux opiacés	0603	Insomnie
F139	Troubles mentaux liés aux hypnotiques	0604	Comportement violent/homicidaire
F149	Troubles mentaux liés à la cocaïne	0605	Problème social
F159	Troubles mentaux liés aux amphétamines	0606	Comportement bizarre
F169	Troubles mentaux liés aux hallucinogènes	0607	Inquiétude face à la sécurité du patient
F189	Troubles mentaux liés aux solvants	0630	Trouble de comportement pédiatrique
F199	Troubles mentaux liés aux drogues multiples		
F209	Schizophrénie		
F239	Trouble psychotique aigu		
F319	Trouble affectif bipolaire		
F329	Dépression		
F419	Anxiété		
F489	Trouble névrotique		
F509	Trouble de l'alimentation		
F609	Trouble de la personnalité		
F99	Trouble mental, autre		

Visites pour grossesse ou nouveau-né

Les visites à l'urgence avec un diagnostic principal lié à une grossesse ou à un nouveau-né sont exclues de l'analyse. Les codes utilisés pour ces exclusions sont présentés dans le tableau 8.

TABLEAU 8.
LISTE DES CODES POUR LES EXCLUSIONS DES VISITES POUR GROSSESSE OU NOUVEAU-NÉ

Code	DIAGNOSTIC PRINCIPAL DE GROSSESSE (CIM-10)
O009	Grossesse extra-utérine, sans précision
O021	Rétention d'un fœtus mort in utero
O039	Avortement spontané, complet ou sans précision, sans complications
O089	Complication consécutive à un avortement, ou à une grossesse extra-utérine ou môlaire, sans précision
O15003	Éclampsie au cours de la grossesse, troubles ou complications *antepartum*
O20009	Menace d'avortement, épisode de soins non précisé ou sans objet
O21909	Vomissements lors de la grossesse, sans précision, épisode de soins non précisé ou sans objet
O36999	Soins maternels pour affection du fœtus, sans précision, trimestre non précisé, épisode de soins non précisé ou sans objet
O47903	Faux travail, sans précision, avec troubles ou complications *antepartum*
O60101	Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles *antepartum*
O75909	Complications du travail et de l'accouchement, sans précision, épisode de soins non précisé ou sans objet
O99809	Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, épisode de soins non précisé ou sans objet

Code	DIAGNOSTIC PRINCIPAL LIÉ AUX NOUVEAU-NÉS (CIM-10)
P229	Détresse respiratoire du nouveau-né, sans précision
P369	Sepsie bactérienne du nouveau-né, sans précision
P599	Ictère néonatal, sans précision
P60	Coagulation intravasculaire disséminée chez le fœtus et le nouveau-né
P619	Affection hématologique de la période périnatale, sans précision
P769	Occlusion intestinale du nouveau-né, sans précision
P77	Entérocolite nécrosante du fœtus et du nouveau-né
P789	Affection périnatale de l'appareil digestif, sans précision
P90	Convulsions du nouveau-né
P929	Problème alimentaire du nouveau-né, sans précision
P95	Mort fœtale de cause non précisée

Hôpitaux exclus

Voici la liste des établissements et des installations ayant une mission spécifique (santé mentale, pédiatrie et cardiologie) dont les visites à l'urgence ont été exclues de l'analyse :

- PÉDIATRIE

  Hôpital de Montréal pour enfants
  Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine

- SANTÉ MENTALE

  Institut universitaire en santé mentale de Montréal
  Institut universitaire en santé mentale Douglas
  Pavillon Albert-Prévost (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)

- CARDIOLOGIE

  Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
  Institut de cardiologie de Montréal

ANNEXE III

Définition des groupes

La classification des types d'urgences provient principalement du *Guide de gestion de l'urgence* (tableau 9) (MSSS, 2006).

Urgence sans hospitalisation

Les urgences sans hospitalisation offrent des services médicaux assurés par des médecins omnipraticiens. En général, elles n'ont pas de lits d'hospitalisation. De plus, certaines de ces urgences ne sont ouvertes qu'en journée.

Pour cette étude, les urgences sans hospitalisation ont été divisées en deux groupes, selon que le nombre de visites annuelles à l'urgence est supérieur ou inférieur à 20 000.

Urgence primaire

Les urgences de niveau primaire offrent des services médicaux continus généralement assurés par des médecins omnipraticiens. Ces installations doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique répandue ainsi que des lits d'hospitalisation.

Pour cette étude, les urgences primaires ont été divisées en deux groupes selon que le nombre de visites annuelles à l'urgence est supérieur ou inférieur à 20 000.

Urgence secondaire

Dans les urgences 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.

Sauf exception, les urgences secondaires de type A ont moins de 20 civières au permis, alors que les urgences secondaires de type B ont plus de 20 civières au permis.

Urgence tertiaire

Les urgences 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.

TABLEAU 9
NOMBRE D'URGENCES DANS CHACUN DES GROUPES

Groupe	Description	Nombre d'urgences
1. Sans hospit. A	Urgence sans hospitalisation et moins de 20 000 visites annuelles	16
2. Sans hospit. B	Urgence sans hospitalisation et plus de 20 000 visites annuelles	9
3. Primaire A	Urgence primaire avec moins de 20 000 visites annuelles	16
4. Primaire B	Urgence primaire avec plus de 20 000 visites annuelles	15
5. Secondaire A	Urgence secondaire de type A	21
6. Secondaire B	Urgence secondaire de type B	19
7. Tertiaire	Urgence tertiaire	17

ANNEXE IV

Questionnaire envoyé aux urgences pour déterminer leurs pratiques et leurs processus[4]

Commissaire à la santé et au bien-être
Québec

Questionnaire N° 238

QUESTIONNAIRE SUR LES PRATIQUES ET L'ORGANISATION DES DÉPARTEMENTS D'URGENCE AU QUÉBEC

L'encombrement des urgences est un problème récurrent dans de nombreux hôpitaux du Québec et le vieillissement en cours de la population accroit encore plus la pression sur ces services. C'est pourquoi le Commissaire à la santé et au bien-être a entrepris des travaux afin de documenter les facteurs associés à l'encombrement des urgences et mettre en lumière les solutions porteuses développées à travers la province.

Ce questionnaire est une des composantes importantes de ces travaux. Il nous aidera à brosser un portrait de la situation des urgences, au-delà des indicateurs sur les délais habituellement utilisés. Il nous permettra également de sélectionner certaines urgences pour une étude qualitative sur les projets novateurs aux urgences, que nous réaliserons dans les prochains mois.

Nous vous faisons donc parvenir ce questionnaire, spécifique à votre urgence, à la suite de l'accord de votre président-directeur général.

Vos réponses sont très importantes pour nous et seront traitées de manière anonyme. Dans le rapport qu'il produira au terme de ses travaux, le Commissaire ne publiera que les résultats agrégés pour l'ensemble du Québec. Enfin, le Commissaire prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité des données transmises, dans le respect des dispositions prévues par la Loi sur l'accès à l'information et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

À la suite de cette étude, nous vous ferons parvenir un rapport personnalisé contenant les résultats de votre urgence et ceux de votre groupe de comparaison, tant pour les données de ce sondage que pour les principaux indicateurs à l'urgence.

Merci de prendre quelques minutes de votre temps pour compléter cette enquête. Nous aimerions recevoir vos réponses d'ici le **20 novembre 2015**. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter Mme Élaine Bernier au numéro 418 643-6086.

Robert Salois
Commissaire à la santé et au bien-être

Merci de nous renvoyer ce questionnaire à l'adresse suivante :
Commissaire à la santé et au bien-être
1020, route de l'Église
Bureau 700, 7e étage
Québec (Québec) G1V 3V9

4. Il est à noter que ce questionnaire n'a pas été soumis à la révision linguistique.

1 RÉPONDANT À L'ÉTUDE

1.1 Quelles sont les fonctions des personnes qui participent à fournir des réponses à ce questionnaire (cocher tout ce qui s'applique) ?

- ☐ Responsable administratif de l'urgence (coordonnateur, directeur, etc.)
- ☐ Médecin-chef de l'urgence
- ☐ Infirmière-chef de l'urgence
- ☐ Autre, précisez:

_____

2 CAPACITÉ DE L'URGENCE

2.1 Quel est le nombre de civières au permis dans l'urgence ?

Veuillez écrire votre réponse ici _____

2.2 Quel est le nombre d'espaces maximum pour des civières supplémentaires dans l'urgence en cas de débordement (par exemple des civières dans les corridors) ? (inscrire « 0 » s'il n'y a pas d'autres espaces)

Veuillez écrire votre réponse ici _____

2.3 Combien avez-vous de salles d'examens pour les patients ambulatoires?

Veuillez écrire votre réponse ici _____

2.4 Avez-vous d'autres types d'espace de traitement dans l'urgence (chaises par exemple)?

- ○ Oui, précisez svp _____
- ○ Non

2.5 Avez-vous une unité d'hospitalisation brève ou de débordement associée à l'urgence?

- ○ Oui, cette unité est gérée par l'urgence
- ○ Oui, mais cette unité n'est pas gérée par l'urgence
- ○ Non (*sinon, allez à la section suivante*)
- ○ Autre, précisez svp

_____

2.6 Quel est le nombre maximum de lits dans cette unité?

Veuillez écrire votre réponse ici _____

3 RESSOURCES HUMAINES À L'URGENCE

3.1 En moyenne, un JOUR DE SEMAINE, quel est le nombre de personnes qui travaillent à l'urgence les quarts de jour, de soir et de nuit?

	Quart de JOUR	Quart de SOIR	Quart de NUIT
Médecins			
Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)			
Infirmières			
Infirmières auxiliaires			
Préposés (PAB)			
Agents administratifs			

3.2 En moyenne, la FIN DE SEMAINE, quel est le nombre de personnes qui travaillent à l'urgence les quarts de jour, de soir et de nuit?

	Quart de JOUR	Quart de SOIR	Quart de NUIT
Médecins			
Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)			
Infirmières			
Infirmières auxiliaires			
Préposés (PAB)			
Agents administratifs			

3.3 Quelle est approximativement la proportion des médecins de l'urgence qui travaillent à temps plein?

Veuillez écrire votre réponse ici _____ %

Votre réponse doit être comprise entre 1 et 100

3.4 Quelle est approximativement la proportion des infirmières de l'urgence qui travaillent à temps plein?

Veuillez écrire votre réponse ici _____ %

Votre réponse doit être comprise entre 1 et 100

3.5 Avez-vous un processus en place permettant d'ajuster les ressources humaines à l'urgence en cas d'encombrement?

- ○ Oui, il est possible d'ajuster le nombre de médecins à l'urgence
- ○ Oui, il est possible d'ajuster le nombre d'infirmières à l'urgence
- ○ Oui, il est possible d'ajuster le nombre de médecins et le nombre d'infirmières à l'urgence
- ○ Non

4 PARCOURS DU PATIENT À L'URGENCE

4.1 Existe-t-il un espace réservé dans l'urgence pour l'évaluation et le traitement des patients avec des problèmes mineurs (*fast-track*)?

- ○ Oui
- ○ Non (*sinon, allez à la question 4.3*)

4.2 Quelle est approximativement la proportion des visites à l'urgence qui passent par cette voie rapide (*fast-track*)?

Veuillez écrire votre réponse ici _____ %

Votre réponse doit être comprise entre 1 et 100

4.3 Quel est le délai moyen pour obtenir les résultats de tests pour un patient de l'urgence (indiquer le délai moyen pour les demandes en journée, la semaine. Ne pas tenir compte des niveaux de priorité 1 et 2)?

	< 1h	1-2h	2-4h	4-6h	> 6h	Ne sais pas	Non applicable
Obtention des résultats pour un examen de laboratoire	○	○	○	○	○	○	○
Obtention des résultats pour une radiographie simple	○	○	○	○	○	○	○
Obtention des résultats pour un examen d'imagerie médicale (échographie, scan, IRM, etc.)	○	○	○	○	○	○	○

4.4 Quel est le délai moyen de réponse des spécialistes à une demande de consultation pour un patient de l'urgence (indiquer le délai moyen pour les demandes en journée, la semaine. Ne pas tenir compte des niveaux de priorité 1 et 2)?

	< 2h	2-4h	4-6h	6-10h	> 10h	Ne sais pas	Non applicable
Réponse des spécialistes à une demande de consultation	○	○	○	○	○	○	○

4.5 Est-ce que l'hôpital a adopté une politique fixant un délai maximum aux spécialistes pour répondre à une demande de consultation, pour un patient de l'urgence?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne s'applique pas

4.6 Avez-vous accès à des plages de rendez-vous en clinique externe dans les diverses spécialités, dans un délai de 48 heures, réservées aux usagers de l'urgence (i.e.: le patient peut quitter l'urgence avec un rendez-vous dans les 48 h, déjà fixé)?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne s'applique pas

4.7 Avez-vous accès à des plages de rendez-vous pour les examens d'imagerie, dans un délai de 48 heures, réservées aux usagers de l'urgence (i.e.: le patient peut quitter l'urgence avec un rendez-vous dans les 48 h, déjà fixé)?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne s'applique pas

4.8 Avez-vous des ententes avec des cliniques médicales dans la communauté (GMF, Clinique réseau, etc.) pour orienter, dans la même journée ou le lendemain, des patients avec des problèmes mineurs qui se présentent à l'urgence (le patient est vu à la clinique plutôt qu'à l'urgence)?

- ○ Oui
- ○ Non

5 RÔLE DES INFIRMIÈRES À L'URGENCE

5.1 Est-ce qu'il y a des ordonnances collectives pour les infirmières de l'urgence?

- ○ Oui
- ○ Non (*sinon, allez à la question 5.3*)

5.2 Quels types d'ordonnances collectives sont disponibles (cocher tout ce qui s'applique)?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Mesures diagnostiques (analyses de laboratoire, examens radiologiques, ECG, etc.)
- ☐ Mesures thérapeutiques (soulagement de la douleur, administration ou ajustement de certains médicaments)
- ☐ Orientation de certains patients vers une autre ressource
- ☐ Autre, précisez:

_____

5.3 Est-ce que des infirmières à l'urgence peuvent initier certaines investigations (tests sanguins, radiographie, etc.) avant la consultation du médecin, afin d'accélérer les processus?

- ○ Oui
- ○ Non

5.4 Est-ce que des infirmières à l'urgence peuvent voir des patients avec des problèmes mineurs et les réorienter vers d'autres ressources sans que le médecin voie le patient?

- ○ Oui
- ○ Non

6 GESTION DES LITS

6.1 Avez-vous dans l'hôpital une équipe ou un comité spécialisé dans la gestion des lits, qui peut faire libérer des lits dans les étages lorsqu'il y a un débordement à l'urgence?

- ○ Oui, l'équipe peut décider de libérer des lits dans les étages, en donnant congé au patient
- ○ Oui, l'équipe peut suggérer de libérer des lits dans les étages
- ○ Non
- ○ Ne s'applique pas

6.2 Lorsqu'il y a un débordement à l'urgence, est-il possible d'envoyer des civières sur les étages, même s'il n'y a pas de lits disponibles (débordement sur les étages)?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne s'applique pas

6.3 Est-ce que votre hôpital a une politique écrite, approuvée par la direction de l'hôpital, pour la gestion des débordements à l'urgence?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne s'applique pas

6.4 De votre point de vue, dans quelle mesure est-il facile ou difficile de faire libérer des lits dans les étages lorsqu'il y a un débordement à l'urgence?

- ○ Très difficile
- ○ Assez difficile
- ○ Plus ou moins difficile
- ○ Assez facile
- ○ Très facile
- ○ Ne s'applique pas

7 SONDAGE ET INDICATEURS

7.1 Réalisez-vous des sondages sur la satisfaction des usagers de l'urgence?

- ○ Oui, au moins une fois par année
- ○ Oui, mais pas régulièrement (par exemple pour l'agrément)
- ○ Non

7.2 Est-ce que les médecins de l'urgence reçoivent des indicateurs leur permettant de se comparer entre eux (productivité, performance, qualité, etc.)?

- ○ Oui, régulièrement
- ○ Oui, occasionnellement
- ○ Non

7.3 Est-ce qu'il y a un processus continu permettant d'évaluer la pertinence des consultations ou/et des examens demandés à l'urgence?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Ne s'applique pas

8 RÉMUNÉRATION ET INCITATIFS À L'URGENCE

8.1 Est-ce que les médecins de l'urgence mettent leurs revenus dans un pool pour ensuite les partager?

- ○ Oui, pool intégral
- ○ Oui, pool partiel
- ○ Non

8.2 Existe-t-il des incitatifs financiers pour les médecins visant à réduire l'encombrement à l'urgence?

- ○ Oui
- ○ Non (*sinon, allez à la section suivante*)

8.3 Pourriez-vous décrire brièvement les incitatifs pour les médecins?

Veuillez écrire votre réponse ici :

9 CAUSES DE L'ENCOMBREMENT À L'URGENCE

Les questions suivantes portent sur votre perception des causes possibles de l'encombrement dans votre urgence.

9.1 Veuillez indiquer si, de votre point de vue, les événements suivants arrivent plus ou moins fréquemment dans votre urgence.

	Très fréquent	Assez fréquent	Peu fréquent	Rarement / jamais	Non applicable
Longs délais pour obtenir un lit à l'étage pour les patients de l'urgence	○	○	○	○	○
Longs délais pour admettre les patients à l'étage quand un lit est disponible	○	○	○	○	○
Longs délais pour les examens d'imagerie	○	○	○	○	○
Longs délais pour les examens de laboratoire	○	○	○	○	○
Longs délais pour les consultations des spécialistes	○	○	○	○	○
Trop de consultations de spécialistes demandées	○	○	○	○	○
Trop de tests demandés	○	○	○	○	○
Manque de prise en charge par la première ligne des personnes âgées vulnérables	○	○	○	○	○
Manque de prise en charge par la première ligne des patients ayant un problème de santé mentale	○	○	○	○	○
Trop de patients avec des problèmes mineurs pouvant être traités ailleurs	○	○	○	○	○
Trop de patients non urgents envoyés à l'urgence pour des tests diagnostiques ou des consultations de spécialistes	○	○	○	○	○
Trop de lits dans l'hôpital occupés par des patients en fin de soins actifs (FSA) (en attente de réadaptation, hébergement, etc.)	○	○	○	○	○
Pénurie de médecins à l'urgence	○	○	○	○	○
Pénurie d'infirmières à l'urgence	○	○	○	○	○

9.2 Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les éléments suivants.

	Tout à fait d'accord	Assez d'accord	Peu en accord	Pas du tout d'accord	Non applicable
L'organisation physique de l'urgence est déficiente	○	○	○	○	○
Il y a un problème de circulation des patients de l'urgence dans l'hôpital (manque de fluidité)	○	○	○	○	○
Le nombre de civières à l'urgence est trop petit par rapport au volume de patients à l'urgence	○	○	○	○	○
Le nombre de lits dans l'hôpital est trop petit par rapport au volume de patients à l'urgence	○	○	○	○	○
Le système informatique à l'urgence ne fonctionne pas de façon optimale	○	○	○	○	○
Il n'y a pas assez de priorisation de l'urgence par rapport à la chirurgie (cas électifs)	○	○	○	○	○
Globalement, il n'y a pas assez de priorisation de l'urgence au sein de l'hôpital	○	○	○	○	○

10 INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE L'ENCOMBREMENT À L'URGENCE

10.1 Dans les deux dernières années, avez-vous mis en place des interventions qui ont permis de diminuer significativement les délais et/ou l'encombrement à l'urgence?

- ○ Oui
- ○ Non

10.2 Pourriez-vous décrire brièvement ces interventions?

Veuillez écrire votre réponse ici :

10.3 Accepteriez-vous de participer à une entrevue avec l'équipe du Commissaire à la santé et au bien-être pour discuter des interventions que vous avez mises en place afin de réduire les délais et/ou l'encombrement à l'urgence?

- ○ Oui
- ○ Non

10.4 Si oui, pourriez-vous indiquer votre nom et le numéro de téléphone pour vous contacter?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Ce questionnaire est terminé, nous vous remercions très sincèrement pour votre participation. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter Mme Élaine Bernier au numéro 418 643-6086.

Robert Salois
Commissaire à la santé et au bien-être

ANNEXE V

Grille d'entrevue

1. Parcours du patient à l'urgence

- Comment est organisé le parcours du patient depuis son arrivée à l'hôpital jusqu'à son départ de la salle d'urgence (congé ou hospitalisation)?
- Est-ce que les différents parcours ont fait l'objet d'analyse ou d'optimisation (projets Lean, Six Sigma, etc.)?

2. Patients ayant des problèmes mineurs

- Comment sont organisés les soins aux urgences pour les patients ayant des problèmes mineurs (voie rapide, par exemple)?
- Est-ce qu'il y a une surutilisation importante des urgences (patients qui pourraient être vus en première ligne, patients qui viennent pour des tests plus rapides, etc.)?

3. Tests et consultations

- Comment sont organisés les tests diagnostiques pour les patients à l'urgence?
- Comment sont organisées les consultations avec les spécialistes pour les patients à l'urgence?

4. Personnel et mode de rémunération

- Comment détermine-t-on la composition de l'équipe à l'urgence (nombre de médecins, d'infirmières, etc.)?
- Est-ce qu'il y a des problèmes de recrutement et de rétention des infirmières et des médecins à l'urgence?
- Quel est le rôle des infirmières, des IPS?
- Quel est le mode de rémunération des médecins à l'urgence? Quels sont les avantages et les inconvénients de ce type de rémunération?

5. Lien entre l'urgence et les services dans la communauté

- Est-ce qu'il y a des liens entre l'urgence et les services dans la communauté (GMF, CLSC, etc.)? Si oui, comment cela fonctionne-t-il?

6. Gestion des lits dans l'hôpital

- Quelle est la situation de la disponibilité des lits dans l'hôpital et dans quelle mesure cette disponibilité a-t-elle un impact sur l'urgence?
- Comment gère-t-on la « compétition » entre les lits pour l'urgence et les lits pour les cas électifs?
- Comment gère-t-on les débordements à l'urgence?
- Quels sont les processus mis en place pour les patients en attente de services à l'extérieur de l'hôpital (réadaptation, hébergement, etc.)?

7. Configuration physique des urgences

- Est-ce que la configuration physique des urgences est optimale?
- Chaque salle est-elle autonome?

8. Informatisation

- Quel est le niveau d'informatisation à l'urgence? Quels sont les systèmes utilisés?
- Quels sont les indicateurs (en particulier de performance) qui sont suivis régulièrement?

9. Leadership

- Quel est le positionnement des urgences dans l'hôpital?
  Est-ce un service prioritaire?
- Est-ce que le leadership des responsables aux urgences permet d'influer sur les décisions de la direction générale, du comité d'administration?

10. Actions les plus porteuses

- Quelles sont les actions/projets qui ont eu le plus d'impact sur l'amélioration globale de la situation aux urgences?
- Quels seraient vos conseils pour les autres hôpitaux du Québec ou pour le MSSS?

ANNEXE VI

Résultats de l'analyse quantitative pour chacune des urgences

Les tableaux suivants présentent les résultats des dix indicateurs pour chacune des urgences. Dans ces tableaux, les urgences sont regroupées selon leur groupe de comparaison. Voici la liste des indicateurs présentés dans les tableaux :

1. Proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5
2. Proportion des patients ayant fait 3 visites ou plus dans l'année
3. Proportion des visites sans prise en charge médicale
4. Délai moyen de prise en charge médicale (en minutes)
5. Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires (en heures)
6. Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés (en heures)
7. Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés (en heures)
8. Proportion des visites avec la consultation d'un spécialiste
9. Délai moyen pour la consultation d'un spécialiste (en heures)
10. Proportion des visites suivies d'une hospitalisation

TABLEAU 10.
INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR CHACUNE DES URGENCES DU GROUPE 1 : URGENCE SANS HOSPITALISATION ET MOINS DE 20 000 VISITES ANNUELLES

Installation	Établissement	Valeur pour les 10 indicateurs									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CLSC et Centre d'hébergement de Saint-Jean-Port-Joli	CISSS de Chaudière-Appalaches	97 %	16 %	2 %	55,9	1,8	2,9	–	–	–	–
Centre d'hébergement Laflèche	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	84 %	7 %	1 %	94,3	2,3	3,1	–	–	–	–
Point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	92 %	28 %	1 %	47,5	3,2	2,1	–	–	–	–
Centre hospitalier Trois-Pistoles	CISSS du Bas-Saint-Laurent	80 %	19 %	3 %	90,0	2,4	5,9	–	–	–	–
CLSC et Centre d'hébergement Petite-Nation	CISSS de l'Outaouais	87 %	19 %	3 %	86,9	3,1	4,5	–	–	–	–
CLSC de Mansfield-et-Pontefract (Fort-Coulonge)	CISSS de l'Outaouais	93 %	27 %	2 %	56,6	2,9	6,2	–	–	–	–
CLSC de Pohénégamook	CISSS du Bas-Saint-Laurent	96 %	34 %	4 %	67,1	1,9	9,8	–	–	–	–
CSSS de la Minganie	CISSS de la Côte-Nord	94 %	30 %	10 %	76,5	2,5	3,4	–	–	–	–
CLSC de Fortierville	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	82 %	18 %	7 %	120,3	2,9	8,4	–	–	–	–
CLSC de Grande-Vallée	CISSS de la Gaspésie	95 %	29 %	22 %	78,8	2,3	8,0	–	–	–	–
Pavillon Forestville	CISSS de la Côte-Nord	95 %	29 %	7 %	85,8	2,4	10,7	–	–	–	–
CLSC de Paspébiac	CISSS de la Gaspésie	85 %	24 %	7 %	115,5	3,2	8,6	–	–	–	–
CLSC de Murdochville	CISSS de la Gaspésie	91 %	29 %	1 %	159,8	4,0	22,5	–	–	–	–
CSSS de l'Hématite	CISSS de la Côte-Nord	85 %	19 %	8 %	140,5	4,2	12,8	–	–	–	–
CSSS de la MRC-de-Coaticook	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke	88 %	18 %	7 %	153,9	3,5	11,4	–	–	–	–
CSSS de Port-Cartier	CISSS de la Côte-Nord	80 %	28 %	9 %	104,0	2,5	26,4	–	–	–	–
	Moyenne du groupe	**88 %**	**23 %**	**6 %**	**94,9**	**2,8**	**10,0**	–	–	–	–

TABLEAU 11.
INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR CHACUNE DES URGENCES DU GROUPE 2 : URGENCE SANS HOSPITALISATION ET PLUS DE 20 000 VISITES ANNUELLES

Installation	Établissement	Valeur pour les 10 indicateurs									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Centre Paul-Gilbert – Centre d'hébergement de Charny	CISSS de Chaudière-Appalaches	81 %	11 %	2 %	64,4	1,7	3,3	–	–	–	–
Hôpital Chauveau	CIUSSS de la Capitale-Nationale	84 %	12 %	6 %	105,7	2,5	3,8	–	–	–	–
Hôpital Jeffery Hale	CIUSSS de la Capitale-Nationale	90 %	9 %	6 %	143,2	3,0	4,3	–	–	–	–
CLSC, Centre d'hébergement et Hôpital Cloutier-du-Rivage	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	75 %	12 %	5 %	160,8	3,8	4,4	–	–	–	–
CLSC Saint-Marc-des-Carrières	CIUSSS de la Capitale-Nationale	91 %	20 %	18 %	90,0	2,5	6,9	–	–	–	–
Centre d'hébergement et Hôpital Christ-Roi	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	83 %	13 %	7 %	162,0	3,8	14,2	–	–	–	–
Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré	CIUSSS de la Capitale-Nationale	85 %	18 %	10 %	124,6	3,6	11,1	–	–	–	–
Hôpital régional de Portneuf et CLSC Saint-Raymond	CIUSSS de la Capitale-Nationale	87 %	19 %	20 %	116,3	3,4	10,1	–	–	–	–
Résidence Avellin-Dalcourt	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	75 %	18 %	15 %	168,4	4,0	12,8	–	–	–	–
	Moyenne du groupe	**83 %**	**14 %**	**9 %**	**120,4**	**3,0**	**7,5**	–	–	–	–

TABLEAU 12.
INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR CHACUNE DES URGENCES DU GROUPE 3 : URGENCE PRIMAIRE AVEC MOINS DE 20 000 VISITES ANNUELLES

Installation	Établissement	Valeur pour les 10 indicateurs									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	CISSS du Bas-Saint-Laurent	85 %	23 %	4 %	61,4	2,0	9,6	9,3	–	–	11 %
Pavillon Escoumins	CISSS de la Côte-Nord	90 %	30 %	6 %	72,4	2,6	8,0	6,8	–	–	6 %
Centre hospitalier d'Amqui	CISSS du Bas-Saint-Laurent	74 %	24 %	7 %	105,5	3,1	4,9	6,3	–	–	12 %
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	CISSS de la Gaspésie	76 %	26 %	7 %	83,4	2,2	8,1	8,3	–	–	12 %
CSSS de la Basse-Côte-Nord	CISSS de la Côte-Nord	94 %	28 %	1 %	78,4	4,5	12,8	4,9	–	–	17 %
Hôtel-Dieu de Gaspé	CISSS de la Gaspésie	92 %	23 %	5 %	93,1	3,1	9,3	8,6	–	–	19 %
Centre de services de Rivière-Rouge	CISSS des Laurentides	81 %	16 %	4 %	146,3	3,6	10,5	17,9	–	–	8 %
Hôpital de Baie-Saint-Paul	CIUSSS de la Capitale-Nationale	91 %	18 %	8 %	90,0	3,0	8,6	12,3	–	–	12 %
Hôpital du Pontiac	CISSS de l'Outaouais	84 %	15 %	5 %	113,6	4,5	14,5	13,4	–	–	12 %
CSSS du Haut-Saint-Maurice	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	77 %	21 %	11 %	130,4	3,4	8,7	10,0	–	–	10 %
CSSS du Granit	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke	72 %	21 %	7 %	179,5	4,3	8,0	11,1	–	–	12 %
Hôpital Barrie Memorial	CISSS de la Montérégie-Ouest	71 %	14 %	8 %	155,2	3,4	13,4	27,9	–	–	7 %
Hôpital Mémorial de Wakefield	CISSS de l'Outaouais	79 %	12 %	10 %	145,2	4,2	19,6	46,6	–	–	6 %
Pavillon Sainte-Famille	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	82 %	28 %	7 %	146,2	4,1	11,3	12,9	–	–	11 %
Hôpital de Chandler	CISSS de la Gaspésie	80 %	24 %	8 %	133,1	3,7	11,0	9,6	–	–	15 %
Hôpital de Maria	CISSS de la Gaspésie	82 %	20 %	6 %	128,4	4,0	14,9	16,2	–	–	21 %
	Moyenne du groupe	**81 %**	**20 %**	**7 %**	**119,9**	**3,5**	**10,1**	**13,1**	–	–	**12 %**

TABLEAU 13.
INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR CHACUNE DES URGENCES DU GROUPE 4 :
URGENCE PRIMAIRE AVEC PLUS DE 20 000 VISITES ANNUELLES

Installation	Établissement	Valeur pour les 10 indicateurs									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hôpital de Montmagny	CISSS de Chaudière-Appalaches	78 %	20 %	2 %	70,0	2,3	10,3	10,6	9 %	4,8	10 %
Hôpital de l'Archipel	CISSS des Îles	93 %	32 %	4 %	61,6	2,0	11,7	12,9	–	–	13 %
Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	CISSS du Bas-Saint-Laurent	84 %	21 %	5 %	85,3	2,8	8,5	9,3	–	–	12 %
Hôpital de La Baie	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	83 %	17 %	5 %	140,1	3,7	8,8	12,4	–	–	7 %
Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement d'Asbestos	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke	91 %	20 %	8 %	140,6	3,5	7,9	12,2	–	–	6 %
Hôpital de Matane	CISSS du Bas-Saint-Laurent	75 %	24 %	7 %	123,1	3,6	7,1	9,3	–	–	12 %
Hôpital de La Malbaie	CIUSSS de la Capitale-Nationale	89 %	22 %	5 %	77,8	2,4	10,7	17,4	–	–	14 %
Centre hospitalier La Sarre	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	79 %	25 %	5 %	147,0	5,9	11,5	9,6	–	–	14 %
CSSS de Memphrémagog	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke	70 %	16 %	14 %	166,0	4,1	9,9	20,3	–	–	7 %
Hôpital et Centre de réadaptation de Jonquière	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	57 %	14 %	13 %	201,3	5,1	9,2	15,2	8 %	7,3	14 %
Hôpital de Mont-Laurier	CISSS des Laurentides	67 %	21 %	9 %	188,9	4,8	9,6	12,4	–	–	10 %
Hôpital de Dolbeau-Mistassini	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	83 %	18 %	7 %	138,3	3,7	10,7	16,0	–	–	16 %
CSSS d'Argenteuil	CISSS des Laurentides	73 %	14 %	11 %	167,6	4,4	15,5	33,6	–	–	10 %
Hôpital de Maniwaki	CISSS de l'Outaouais	75 %	25 %	7 %	148,5	4,1	20,6	41,0	–	–	9 %
Hôpital de Papineau	CISSS de l'Outaouais	65 %	14 %	14 %	255,7	5,6	16,3	27,7	13 %	12,7	15 %
	Moyenne du groupe	**77 %**	**20 %**	**8 %**	**137,0**	**3,8**	**10,7**	**16,5**	**10 %**	**7,9**	**11 %**

TABLEAU 14.
INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR CHACUNE DES URGENCES DU GROUPE 5 : URGENCE SECONDAIRE DE TYPE A

Installation	Établissement	Valeur pour les 10 indicateurs									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	82 %	18 %	3 %	91,0	3,0	10,4	10,0	–	–	14 %
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	68 %	13 %	8 %	145,3	4,0	7,0	11,5	7 %	5,4	20 %
Hôpital d'Alma	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	77 %	13 %	11 %	135,8	3,6	6,7	8,3	–	–	14 %
Hôpital de Thetford Mines	CISSS de Chaudière-Appalaches	79 %	20 %	4 %	109,4	3,4	10,6	14,0	18 %	6,5	13 %
Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	77 %	16 %	4 %	144,1	3,9	9,0	13,9	–	–	18 %
Hôpital du Saint-Sacrement	CHU	60 %	9 %	9 %	115,1	3,4	14,2	30,5	16 %	10,7	8 %
Hôpital et CLSC de Val-d'Or	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	73 %	23 %	6 %	124,1	3,7	11,7	21,7	–	–	11 %
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	CISSS du Bas-Saint-Laurent	80 %	14 %	10 %	121,9	3,8	10,0	13,8	15 %	7,8	17 %
Hôtel-Dieu de Sorel	CISSS de la Montérégie-Est	42 %	18 %	8 %	163,3	4,7	12,7	23,4	16 %	10,8	11 %
Hôpital de Rouyn-Noranda	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	79 %	20 %	9 %	192,7	5,2	10,3	13,2	–	–	15 %
Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Îles	CISSS de la Côte-Nord	63 %	22 %	11 %	191,6	4,2	15,1	31,6	7 %	7,9	11 %
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	55 %	13 %	19 %	179,7	5,1	12,7	15,1	18 %	6,4	16 %
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke	60 %	12 %	13 %	163,3	4,2	12,5	27,8	13 %	10,2	14 %
Hôpital de LaSalle	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	51 %	11 %	14 %	186,4	5,2	15,9	32,3	18 %	8,2	10 %
Hôpital de Saint-Georges	CISSS de Chaudière-Appalaches	51 %	14 %	21 %	171,5	4,8	12,7	16,7	16 %	8,1	17 %
Campus Lachine	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	72 %	12 %	9 %	138,8	3,9	17,6	33,3	22 %	10,3	10 %
Hôpital Le Royer	CISSS de la Côte-Nord	83 %	19 %	7 %	149,5	4,6	13,2	26,5	13 %	10,3	16 %
Hôpital Fleury	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	38 %	10 %	17 %	180,5	5,1	18,1	35,1	20 %	9,8	12 %
Hôpital Jean-Talon	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	50 %	8 %	14 %	198,1	5,8	17,3	33,3	18 %	12,2	11 %
Hôpital Laurentien	CISSS des Laurentides	64 %	10 %	13 %	203,0	5,5	14,9	24,2	15 %	10,1	13 %
Centre hospitalier de Granby	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke	68 %	14 %	17 %	220,7	6,1	15,5	25,3	24 %	10,1	16 %
	Moyenne du groupe	**65 %**	**14 %**	**11 %**	**158,3**	**4,5**	**12,6**	**20,6**	**16 %**	**9,2**	**14 %**

TABLEAU 15.
INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR CHACUNE DES URGENCES DU GROUPE 6 : URGENCE SECONDAIRE DE TYPE B

Installation	Établissement	Valeur pour les 10 indicateurs									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Centre hospitalier de St. Mary	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	61 %	9 %	4 %	109,7	4,1	12,1	20,3	26 %	6,2	12 %
Hôpital régional de Rimouski	CISSS du Bas-Saint-Laurent	76 %	13 %	15 %	134,3	6,7	6,7	9,0	10 %	3,1	22 %
Hôpital Santa Cabrini	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	29 %	10 %	10 %	226,6	5,8	12,5	26,0	18 %	10,3	13 %
Hôpital général du Lakeshore	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	32 %	9 %	12 %	164,6	4,7	16,3	41,1	22 %	7,3	12 %
Hôpital Sainte-Croix	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	53 %	12 %	12 %	188,0	5,1	10,6	17,8	22 %	7,7	20 %
Hôpital de Verdun	CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal	68 %	13 %	7 %	133,8	4,6	14,4	30,6	29 %	10,5	16 %
Hôpital du Haut-Richelieu	CISSS de la Montérégie-Centre	45 %	13 %	11 %	173,7	5,8	10,8	21,4	18 %	11,3	24 %
Hôpital Honoré-Mercier	CISSS de la Montérégie-Est	43 %	11 %	15 %	238,0	5,9	14,4	28,3	18 %	11,0	15 %
Hôpital de la Cité-de-la-Santé	CISSS de Laval	49 %	12 %	12 %	209,5	5,6	16,5	23,3	23 %	8,6	19 %
Centre hospitalier Anna-Laberge	CISSS de la Montérégie-Ouest	55 %	12 %	17 %	329,5	6,1	18,4	34,4	15 %	5,3	15 %
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	52 %	12 %	13 %	186,8	5,4	14,0	22,5	27 %	9,7	23 %
Hôpital du Suroît	CISSS de la Montérégie-Ouest	69 %	13 %	11 %	177,0	5,7	17,9	45,0	19 %	15,2	12 %
Centre hospitalier régional de Lanaudière	CISSS de Lanaudière	59 %	12 %	9 %	213,4	6,0	18,1	39,1	28 %	12,2	15 %
Hôpital Pierre-Boucher	CISSS de la Montérégie-Est	36 %	7 %	16 %	293,3	7,2	19,2	27,6	29 %	10,0	25 %
Hôpital de Hull	CISSS de l'Outaouais	62 %	11 %	18 %	201,3	6,5	15,0	38,9	23 %	9,8	16 %
Hôpital de Gatineau	CISSS de l'Outaouais	63 %	11 %	16 %	249,6	6,9	15,9	37,9	19 %	9,2	16 %
Hôpital de Saint-Eustache	CISSS des Laurentides	30 %	9 %	28 %	283,0	8,5	13,3	29,9	27 %	13,3	22 %
Hôpital régional de Saint-Jérôme	CISSS des Laurentides	47 %	9 %	25 %	290,3	8,1	20,4	37,3	39 %	8,1	23 %
Hôpital Pierre-Le Gardeur	CISSS de Lanaudière	41 %	10 %	22 %	282,8	7,6	21,5	38,9	28 %	12,6	28 %
	Moyenne du groupe	**50 %**	**11 %**	**15 %**	**213,6**	**6,0**	**15,3**	**28,9**	**24 %**	**9,8**	**18 %**

TABLEAU 16.
INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR CHACUNE DES URGENCES DU GROUPE 7 : URGENCE TERTIAIRE

Installation	Établissement	Valeur pour les 10 indicateurs									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	42 %	10 %	4 %	121,5	4,3	8,6	25,3	22 %	3,5	11 %
Hôtel-Dieu de Lévis	CISSS de Chaudière-Appalaches	62 %	13 %	2 %	68,5	2,9	11,0	19,7	24 %	7,3	12 %
Hôpital de Chicoutimi	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	30 %	13 %	7 %	152,6	3,7	10,4	14,5	10 %	9,0	13 %
Centre hospitalier de l'Université Laval	CHU	46 %	9 %	12 %	107,7	4,3	9,8	17,2	40 %	2,4	14 %
Hôtel-Dieu du CHUM	CHUM	40 %	11 %	5 %	111,2	3,7	15,5	31,1	28 %	8,4	11 %
Hôpital Fleurimont	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke	44 %	8 %	9 %	135,2	5,5	11,3	15,0	24 %	5,8	19 %
L'Hôtel-Dieu de Québec	CHU	71 %	13 %	8 %	103,2	3,6	12,9	15,7	36 %	4,9	21 %
Hôpital Royal Victoria	CUSM	46 %	8 %	6 %	105,0	6,0	15,9	27,4	44 %	5,2	16 %
Hôpital général de Montréal	CUSM	45 %	6 %	10 %	136,1	6,4	13,4	24,1	48 %	4,5	15 %
Hôtel-Dieu	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke	66 %	10 %	12 %	151,3	6,0	11,6	18,8	24 %	4,1	21 %
Hôpital de l'Enfant-Jésus	CHU	57 %	11 %	9 %	117,8	4,0	15,0	30,5	30 %	5,7	16 %
Hôpital Notre-Dame du CHUM	CHUM	31 %	10 %	10 %	148,3	5,1	14,8	24,5	35 %	7,2	17 %
Hôpital Charles-LeMoyne	CISSS de la Montérégie-Centre	58 %	11 %	11 %	163,9	5,3	17,8	22,0	25 %	7,3	17 %
Hôpital Saint-François d'Assise	CHU	43 %	12 %	14 %	134,8	4,9	18,9	30,5	30 %	7,8	12 %
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	37 %	10 %	14 %	174,6	5,8	15,8	31,4	27 %	7,2	14 %
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	53 %	9 %	8 %	180,4	5,5	13,3	36,8	34 %	6,3	22 %
Hôpital Saint-Luc du CHUM	CHUM	31 %	11 %	17 %	165,1	5,9	17,2	32,8	36 %	8,3	14 %
	Moyenne du groupe	**47 %**	**10 %**	**9 %**	**134,2**	**4,8**	**12,9**	**25,0**	**29 %**	**5,9**	**15 %**

BIBLIOGRAPHIE

BANERJEE, A., D. MBAMALU et G. HINCHLEY (2008). « The impact of process re-engineering on patient throughput in emergency departments in the UK », *International Journal of Emergency Medicine*, vol. 1, nº 3, p. 189-192.

BLICK, K. E. (2013). « Providing critical laboratory results on time, every time to help reduce emergency department length of stay: how our laboratory achieved a Six Sigma level of performance », *American Journal of Clinical Pathology*, vol. 140, nº 2, août, p. 193-202.

BOND, K., et collab. (2007). « Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey », *Healthcare Quarterly*, vol. 10, nº 4, p. 32-40.

BORGES DA SILVA, R., et collab. (2012). « Classification of emergency departments according to their services for community-dwelling seniors », *Academic Emergency Medicine*, vol. 19, nº 5, mai, p. 552-561.

CHENG, A. H., et J. M. SUTHERLAND (2013). « British Columbia's pay-for-performance experiment : part of the solution to reduce emergency department crowding? », *Health Policy*, vol. 113, nos 1-2, novembre, p. 86-92.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2016). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 22 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2014a). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 153 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2014b). *Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013*, Québec, Gouvernement du Québec, 51 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009 – Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 136 p.

COMMITTEE ON THE FUTURE OF EMERGENCY CARE IN THE UNITED STATES HEALTH SYSTEM (2007). *Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point*, Washington, D.C., Institute of Medecine, The National Academies, 424 p.

DOWD, B., et collab. (2014). « Emergency department utilization as a measure of physician performance », *American Journal of Medical Quality*, vol. 29, nº 2, p. 135-143.

GREEN, L. V., et collab. (2006). « Using queueing theory to increase the effectiveness of emergency department provider staffing », *Academic Emergency Medicine*, vol. 13, nº 1, décembre, p. 61-68.

GUTTMANN, A., et collab. (2011). « Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada », *BMJ*, vol. 342, p. d2983.

HOLDEN, R. J. (2011). « Lean Thinking in emergency departments: a critical review », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 57, nº 3, p. 265-278.

HOOT, N. R., et D. ARONSKY (2008). « Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 52, nº 2, août, p. 126-136.

HORNG, S., et collab. (2013). « Prospective evaluation of daily performance metrics to reduce emergency department length of stay for surgical consults », *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 44, nº 2, février, p. 519-525.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Guide de gestion de l'urgence*, Québec, Gouvernement du Québec, 250 p.

MOHAN, M. K., R. O. BISHOP et J. L. MALLOWS (2013). « Effect of an electronic medical record information system on emergency department performance », *The Medical Journal of Australia*, vol. 198, nº 4, 4 mars, p. 201-204.

O'DOWD, A. (2014). « New e-records system leads to 20% drop in emergency department performance at Addenbrooke's », *BMJ*, vol. 349, p. g7537.

PINES, J. M., S. L. DECKER et T. HU (2012). « Exogenous predictors of national performance measures for emergency department crowding », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 60, nº 3, septembre, p. 293-298.

SANCHEZ, M., et collab. (2006). « Effects of a fast-track area on emergency department performance », *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 31, nº 1, juillet, p. 117-120.

SCHULL, M., et collab. (2015). « Better performance on length-of-stay benchmarks associated with reduced risk following emergency department discharge: an observational cohort study », *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, vol. 17, nº 3, p. 253-262.

SCHULL, M. J., et collab. (2012). « Evaluating the effect of clinical decision units on patient flow in seven Canadian emergency departments », *Academic Emergency Medicine*, vol. 19, nº 7, juillet, p. 828-836.

SIBBRITT, D., G. K. ISBISTER et R. WALKER (2006). « Emergency department performance indicators that encompass the patient journey », *Quality Management in Health Care*, vol. 15, nº 1, p. 27-38.

SØRUP, C. M., P. JACOBSEN et J. L. FORBERG (2013). « Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures, *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol. 21, p. 62.

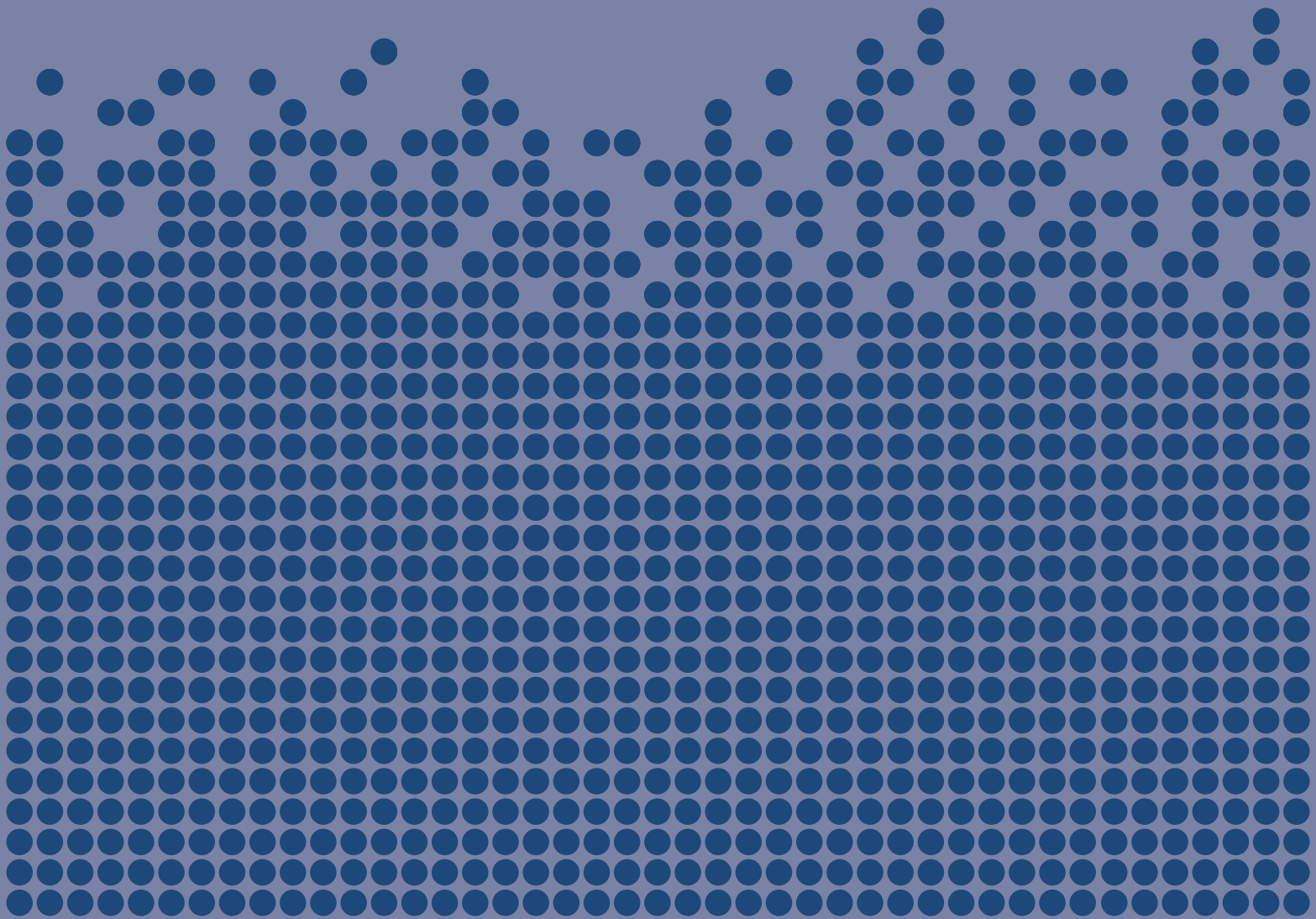
VAN HERCK, P., et collab. (2010). « Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care », *BMC Health Services Research*, vol. 10, p. 247.

WARD, M. J., et collab. (2014). « The effect of electronic health record implementation on community emergency department operational measures of performance », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 63, nº 6, p. 723-730.

WELCH, S. J., et collab. (2012). « Volume-related differences in emergency department performance », *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 38, nº 9, septembre, p. 395-402.

WHITE, B. A., et collab. (2012). « Supplemented Triage and Rapid Treatment (START) improves performance measures in the emergency department », *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 42, nº 3, p. 322-328.

WILSON, M. J., et K. NGUYEN (2004). *Bursting at the Seams. Improving Patient Flow to Help America's Emergency Departments*, The George Washington University Medical Center, School of Public Health and Health Services et Department of Health Policy, 17 p.



Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec