

Déclaration de position conjointe sur l'encombrement des urgences

Association canadienne des médecins d'urgence et la National Emergency Nurses Affiliation

Introduction

L'encombrement des urgences est un problème national devenu chronique dans bien des départements. On peut définir l'encombrement comme suit : «Une situation où la demande de services dépasse la capacité à offrir des soins dans un délai raisonnable, rendant impossible l'administration de soins de qualité par les médecins et les infirmières.»

Bien que l'épidémie hivernale de maladies respiratoires retienne davantage l'attention de la population, l'encombrement des urgences ne reflète pas uniquement une augmentation temporaire du volume des visites pendant la saison de la grippe, mais plutôt des problèmes complexes au sein du système de santé. L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) et la National Emergency Nurses Affiliation (NENA) aimeraient passer brièvement en revue certains des facteurs responsables du problème.

Causes de l'encombrement

1. Pénurie de lits pour les patients nécessitant une hospitalisation

Des délais de plus en plus longs avant le transfert vers un lit d'hôpital sont devenus la principale cause d'encombrement des urgences. Au cours des cinq dernières années, le nombre de lits d'hôpitaux au Canada a été réduit de presque 40 %. Bien que certaines ressources aient été dirigées vers les soins à domicile et de longue durée, les hôpitaux ont de plus en plus de difficulté à hospitaliser des patients à partir de l'urgence dans des délais raisonnables.

2. Manque d'accès aux soins de première ligne, de médecins spécialistes et d'infirmières cliniciennes

Au Canada, il y a une pénurie d'omnipraticiens, d'infirmières cliniciennes et de spécialistes dans plusieurs domaines. De plus, de nombreux médecins de première ligne ne sont pas disponibles pour leurs patients après les heures normales de bureau. Les ressources des soins

infirmiers communautaires sont limitées dans la plupart des régions canadiennes et on s'attend à ce que cette situation empire au cours des cinq prochaines années. Les patients se rendent à l'urgence s'ils n'ont pas de médecin de famille, s'ils ne peuvent pas voir leur médecin dans un délai raisonnable ou si le délai pour voir leur spécialiste, subir un test ou une intervention est trop long. Si leur état se détériore ou si la frustration ou l'inquiétude s'emparent d'eux, ils se rendent à l'urgence parce qu'ils savent qu'ils y trouveront un «spécialiste» de garde et que la technologie diagnostique de pointe sera disponible. Les départements d'urgence sont devenus le «filet de sécurité» du système, mais ils commencent à fléchir sous le fardeau grandissant.

3. Pénurie d'infirmières et de médecins

Des études de la main-d'œuvre révèlent qu'il y a déjà une pénurie de médecins d'urgence qualifiés et que nos programmes de résidence ne produiront pas suffisamment de diplômés pour répondre aux besoins à venir au Canada. Un personnel infirmier expérimenté et dévoué constitue le pilier des soins à l'urgence, mais les projections indiquent une forte probabilité de pénurie d'infirmières dans les années à venir. Présentement, de nombreux hôpitaux canadiens n'arrivent pas à attirer suffisamment d'infirmières pour leurs départements d'urgence. Ce problème est attribuable en partie à une pénurie d'infirmières qualifiées et en partie au fait que l'encombrement des urgences en a fait un environnement de travail démoralisant. De plus en plus, les ressources limitées empêchent les médecins d'urgence d'offrir les soins dont les patients ont besoin. Des patients malades qui doivent être hospitalisés languissent sur des civières à l'urgence tandis que d'autres qui sont en douleur et nécessitent des soins d'urgence attendent dans les corridors et les salles d'attente. Nous réussissons de moins en moins souvent à offrir les soins que méritent nos patients; de plus en plus, nous devons nous excuser de la piètre qualité des soins qu'ils reçoivent.

4. Accroissement de la complexité et de la gravité des cas reçus à l'urgence

Avec le vieillissement de la population, un nombre croissant de patients atteints de problèmes chroniques comme l'emphysème, le diabète et les maladies cardiovasculaires nécessitent des soins d'urgence. Souvent, ces patients doivent subir des évaluations complexes au moyen d'outils diagnostiques de pointe afin de déterminer le besoin d'hospitaliser ou de prendre d'autres mesures thérapeutiques. Le personnel à l'urgence a souvent la responsabilité d'établir des plans de suivi et de prise en charge en consultation externe pour ces patients victimes d'exacerbation aiguë de leur atteinte chronique.

5. Un nombre important de patients dont les problèmes sont non urgents qui pourraient être évalués et traités ailleurs

Bien des gens croient que les cas non urgents constituent un problème majeur à l'urgence. En fait, ces patients utilisent une faible proportion des ressources de l'urgence et ne contribuent que très peu à son encombrement. Des efforts concertés afin d'orienter ces patients vers d'autres établissements ne régleront pas le problème, augmenteront les coûts ailleurs dans le système de santé et dévieront l'attention des vrais problèmes.

6. Pénurie d'outils diagnostiques perfectionnés et d'installations

Le manque de disponibilité d'outils diagnostiques perfectionnés au sein de la communauté cause des problèmes pour la plupart des départements d'urgence. Dans bien des communautés, les listes d'attente pour des épreuves comme la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont très longues. Par conséquent, les patients se rendent à l'urgence dans l'espoir de subir ces épreuves plus rapidement. De plus, le manque de disponibilité des tests 24 heures sur 24 à l'urgence oblige souvent les médecins à garder les patients jusqu'au lendemain pour obtenir ces tests.

La disponibilité restreinte du temps opératoire et les délais pour l'accès aux services chirurgicaux augmentent le temps d'attente tant pour les patients hospitalisés que pour les patients de consultation externe, conduisant à une utilisation inefficace des lits d'hôpitaux et à des visites répétées à l'urgence par les patients en attente de traitement.

Effets de l'encombrement

L'encombrement des urgences a plusieurs effets.

1. Soins inadéquats aux patients

Les médecins et les infirmières étant pressés et débordés, le risque d'erreur augmente et ces erreurs peuvent avoir un impact négatif sur le devenir des patients. Bien qu'elles soient en grande partie anecdotiques, des constatations récentes suggèrent que l'encombrement peut mener à des erreurs médicales.

2. Délais prolongés du traitement de la douleur et de la souffrance

Les temps d'attente étant de plus en plus longs, un grand nombre de patients sont gardés sur des civières alors qu'ils devraient être alités ou sont assis sur des chaises alors qu'ils devraient être sur des civières. Le soulagement de la douleur et l'amélioration du bien-être physique, psychologique et émotionnel sont retardés au-delà des limites acceptables.

3. Attentes prolongées et mécontentement des patients

Les temps d'attente se prolongeant, un grand nombre de patients quittent l'urgence sans avoir été vus par un dispensateur de soins approprié. Les délais de traitement peuvent mettre la vie des patients en danger.

4. Détournement des ambulances

Le détournement des ambulances et la déviation des cas urgents sont devenus un problème de plus en plus courant dans la plupart des centres urbains au Canada. Plusieurs incidents hautement médiatisés font présentement l'objet d'enquêtes.

L'accès rapide et direct aux soins d'urgence pour la population constitue l'une des grandes forces de notre système de santé et on ne devrait jamais refuser l'accès à l'urgence aux ambulances pour un cas urgent ou potentiellement urgent.

5. Insatisfaction grandissante des médecins/infirmières

De plus en plus, les médecins d'urgence et les infirmières se sentent responsables des soins qui devraient être disponibles à l'hôpital ou en consultation externe. Cette situation aggrave l'encombrement et a un effet négatif sur la productivité et le moral. Par conséquent, le recrutement et la rétention d'un personnel d'urgence expérimenté et dévoué est un problème de plus en plus répandu au Canada.

6. Effet négatif sur l'enseignement et la recherche

Dans des départements d'urgence encombrés, le personnel dispose de moins de temps et d'occasions d'enseigner et de faire des recherches. Les départements

d'urgence doivent assumer un rôle d'enseignement important qui a été compromis par l'encombrement. L'éducation des patients à l'urgence et les recommandations lors du congé sont également affectées par les conditions d'encombrement.

Solutions à l'encombrement des urgences

La première étape essentielle est de reconnaître que les patients qui nécessitent une hospitalisation ne reçoivent pas les soins adéquats sur des civières à l'urgence et que les patients reçus à l'urgence pour des problèmes médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques aigus méritent d'avoir un accès adéquat aux soins à l'urgence. La collectivité et le gouvernement doivent identifier l'encombrement des urgences comme une préoccupation de santé de première

importance et reconnaître que des séjours prolongés à l'urgence pour des patients qui doivent être hospitalisés sont tout à fait inacceptables.

La deuxième étape est de reconnaître que la cause de l'encombrement des urgences réside généralement à l'extérieur de l'urgence. Des efforts pour maximiser l'efficacité à l'urgence sont importants, mais l'encombrement des urgences est un symptôme de l'échec du système et les solutions devront résider dans un plus grand nombre d'options de soins pour les personnes âgées et les malades chroniques, un meilleur accès aux services diagnostiques, chirurgicaux et de soins actifs ainsi qu'une plus grande efficacité dans le milieu hospitalier.

Ces solutions nécessiteront un soutien philosophique et financier au niveau gouvernemental, communautaire et des régions régionales.

L'ACMU et NENA recommandent l'adoption des stratégies suivantes

Solution principale

Les ministères provinciaux de la santé devraient assujettir le financement des hôpitaux à leur rapidité à hospitaliser les patients reçus à l'urgence. On doit mettre sur pied et faire respecter des normes provinciales de temps d'attente pour les patients hospitalisés à partir de l'urgence. Les hôpitaux devront peut-être ouvrir des «lits tampons» ou augmenter leur parc de lits afin de répondre aux normes de temps d'attente. Aucune des autres solutions secondaires proposées n'aura un impact important si on ne met pas en place des mesures efficaces pour sortir de l'urgence les patients qui nécessitent une hospitalisation, des épreuves diagnostiques ou une observation, une fois leur évaluation initiale et leur traitement complétés.

Solutions secondaires

1. Implanter l'Échelle de triage et de gravité (ETG) dans tous les départements d'urgence canadiens. Des structures de compte-rendu à l'échelle locale, provinciale et nationale doivent être établies afin de vérifier les données et effectuer les changements nécessaires pour l'administration de soins optimaux.
2. Implanter des bases de données informatisées permettant aux gestionnaires des départements d'urgence d'analyser les volumes de clientèle, les profils de gravité,

ité, les taux d'hospitalisation, les temps d'attente et les durées de séjours. Implanter des systèmes d'information en temps réel sur la situation des urgences (EDIS) permettant aux infirmières et aux médecins d'utiliser les données informatisées pour rendre le séjour des patients à l'urgence plus efficace. Plusieurs projets pilotes sont présentement en cours afin d'établir les paramètres d'un tel système. Celui-ci permettra une surveillance minutieuse de l'encombrement et mesurera l'effet des modifications du système sur le débit des patients.

3. Faire le parallèle entre les efforts actuels de réforme des soins de première ligne avec l'encombrement des urgences. Les délais à l'urgence devraient être un indicateur du succès d'une initiative de réforme des soins de première ligne. Les registres des médecins sur la réforme des soins de première ligne devraient indiquer les mesures de la gravité et de la complexité de l'état des patients. Le système actuel encourage les médecins de famille à orienter les cas complexes vers les départements d'urgence.
4. Mettre sur pied de projets pilotes axés sur des soins innovateurs à l'urgence, notamment : unités diagnostiques rapides, recours à une infirmière clinicienne, inscription et épreuves au chevet du malade, et liens avec les CLSC.
5. Améliorer l'accès aux épreuves diagnostiques immédi-

ates (p. ex. examen Doppler, scintigraphie pulmonaire, tomодensitométrie, échographie) afin d'améliorer le débit des patients.

6. Augmenter le nombre d'établissements de soins de longue durée afin de réduire le nombre de patients en attente d'hébergement.
7. Créer de nouveaux modèles de soins à domicile permettant de donner leur congé aux patients de l'urgence et de l'hôpital en toute sécurité.
8. Améliorer les programmes de formation et d'enseignement s'adressant aux médecins d'urgence et aux infirmières.
9. Créer de possibilités de financement de la recherche pour les médecins d'urgence et les infirmières afin

qu'ils étudient la question de l'encombrement de façon scientifiquement valide et dans des délais raisonnables. L'objectif de cette recherche serait de définir toute variation régionale quant aux temps d'attente à l'urgence et de mesurer l'effet de l'implantation de la technologie d'information au département d'urgence.

10. Mettre sur pied des programmes d'information au sujet du système de soins de santé actuel à l'intention de la population, afin qu'elle comprenne quels sont les services auxquels elle peut raisonnablement s'attendre d'un département d'urgence.

Correspondance : Siège social de l'Association canadienne des médecins d'urgence, 1785, prom. Alta Vista, Bureau 104, Ottawa ON K1G 3Y6; 613 523-3343; fax 613 523-0190; admin@caep.ca

Canadian Journal of Emergency Medicine
Journal canadien de la médecine d'urgence

CJEM  **JCMU**

SUBSCRIPTION ORDER FORM

Mail to: Canadian Association of Emergency Physicians
1785 Alta Vista Dr., Ste. 104
Ottawa ON K1G 3Y6

Fax to: 613 523-0190

Name _____

Address _____

Address _____

City, Province _____

Postal Code _____

Phone _____

Fax _____

Price: Canada \$50 per year (four issues). United States and elsewhere, US\$50.

Method of payment:

Cheque enclosed ()

Visa card no: _____

Expiry date _____

MasterCard no: _____

Expiry date _____

Please send me information on CAEP membership ()