



Énoncé de position	Engorgement des services d'urgence (Énoncé de position commun — ACMU et NENA)
Nombre de pages	9
Date d'approbation	Mai 2013
Dates des révisions précédentes	2000, 2003
Date de la prochaine révision	Novembre 2016



L'Association canadienne des médecins d'urgence et l'Affiliation nationale des infirmières et infirmiers ont établi l'énoncé de position suivant concernant l'engorgement dans les hôpitaux canadiens.

Accès aux soins d'urgence

Les services d'urgence canadiens doivent être en mesure d'offrir un accès à une évaluation et à des traitements adéquats dans les délais raisonnables précisés par l'*échelle canadienne de triage et de gravité* (ÉTG). Pour une évaluation et des traitements adéquats, il faut, au minimum, une civière disponible, une infirmière ou un infirmier qualifié et l'équipement et les fournitures nécessaires à la prise en charge d'un patient nécessitant une intervention urgente ou d'extrême urgence.

Accès aux soins hospitaliers

Les services d'urgence sont des lieux bruyants et très éclairés où les patients, couchés sur des civières dures, sont privés de leur intimité et de leur dignité, ont un accès médiocre aux toilettes et très peu de chances de dormir. Ce ne sont pas là des conditions raisonnables, sécuritaires et humaines pour des personnes malades. Les patients qui doivent être hospitalisés ne devraient pas être gardés au service d'urgence, dans un corridor ou dans une salle d'attente, pendant plus de six heures.

Amélioration de l'accès aux soins actifs

Les établissements qui ne peuvent offrir ces niveaux d'accès aux soins d'urgence et hospitaliers doivent mettre en place des stratégies qui visent le transfert des patients hospitalisés vers leur lit d'hôpital dans un délai de six heures. Les stratégies destinées à faire sortir les cas non urgents du service d'urgence n'auront pas de répercussions importantes sur l'engorgement et l'accès aux soins.

Faire correspondre le niveau de soins aux besoins

Afin d'offrir les meilleurs soins possibles au sein de notre système de soins actifs débordé, il est essentiel de faire correspondre le niveau de soins aux besoins des patients. Priver des patients blessés ou malades d'un accès à des soins urgents ou hospitaliers parce que les lits de soins actifs sont occupés par des patients nécessitant un autre niveau de soins est une façon de faire inefficace, coûteuse et dangereuse. Les hôpitaux devraient modifier leurs politiques et procédures afin de veiller à ce que les lits de soins actifs soient donnés en priorité aux patients qui en ont le plus besoin. Les autorités gouvernementales et sanitaires doivent offrir suffisamment de ressources communautaires et de lits d'autres niveaux de soins pour prendre en charge les patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés dans une unité de soins actifs. Les ressources communautaires devraient être accordées en priorité aux patients qui en ont le plus besoin.

Introduction

Souvent, les services d'urgence canadiens doivent prendre en charge plus de patients malades qu'il n'y a de civières dotées en personnel pour les accueillir. Les personnes surnuméraires souffrant d'une affection aiguë sont reléguées dans les corridors et les salles d'attente, des ambulances sont détournées d'un hôpital à un autre à la recherche d'un service d'urgence qui peut accepter leur patient et, une fois sur les lieux, il arrive souvent que les ambulanciers ne puissent pas installer leur patient sur une civière du service d'urgence. Les patients malades endurent des attentes prolongées dans les salles d'attente des services d'urgence et sont victimes de retards inacceptables en matière de soins. Cela fait plus de vingt ans que l'engorgement des services d'urgence est décrit, défini et étudié¹⁻⁸. Malgré une série d'initiatives et de stratégies de gestion, la situation empire et demeure le problème le plus grave des services d'urgence au Canada. La conséquence ultime de l'engorgement est le manque d'accès à des soins appropriés en temps opportun pour les patients les plus malades de notre système — ceux qui correspondent aux niveaux I, II et III de l'*échelle canadienne de triage et de gravité* (ÉTG). Le présent document étudie l'engorgement des services d'urgence et formule des recommandations visant à résoudre cet enjeu crucial des soins aux patients.

Définition de l'engorgement

Plusieurs critères ont servi à la définition de l'engorgement, notamment : le détournement des ambulances, la dotation, la disponibilité des lits et les volumes des services d'urgence¹⁻⁴. Toutefois, l'engorgement ne devrait pas être défini en fonction du nombre de patients dans un service, mais plutôt en fonction de la capacité de donner les soins nécessaires aux patients. Par conséquent, l'*engorgement du service d'urgence* est mieux défini comme une situation dans laquelle la demande de services d'urgence excède la capacité d'un service de donner des soins de qualité dans des délais acceptables*.

Selon cette définition, il est évident que les volumes du service d'urgence ne sont pas un principal déterminant principal de l'engorgement. En fait, l'engorgement est une forme de « blocage de l'accès ». Il faut préciser que les patients « non urgents » ne contribuent pas sensiblement à l'engorgement⁵. Bien qu'ils représentent une proportion importante des patients qui fréquentent les services d'urgence, ces patients n'occupent pas les civières de soins actifs, ils ne nécessitent que peu de soins infirmiers, voire pas du tout, et leur temps de traitement est généralement court. Ces patients « non urgents » consomment une petite fraction des ressources d'un service d'urgence, ils entraînent des coûts supplémentaires minimaux⁶ et ne délogent pas les malades qui ont besoin de soins d'urgence. Le rapport de l'American College of Emergency Physicians sur l'engorgement⁷ énonce : [traduction] « L'utilisation du service d'urgence pour des cas non urgents ne donne lieu qu'à l'engorgement de la salle d'attente, et pas à l'engorgement des zones de traitement du service d'urgence. »

* Les délais reposent généralement sur l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG).

Histoire

L'engorgement des services d'urgence a été décrit au début des années 1980. À l'époque, de nombreux facteurs étiologiques ont été cernés, notamment le vieillissement de la population, la hausse des taux de maladies infectieuses (en particulier l'épidémie du SIDA), la toxicomanie, les maladies psychiatriques, les effets de la pauvreté sur la santé et le manque de lits d'hôpital et de personnel^{3,8,9}. Au début des

ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE (NENA)

années 1990, des stratégies ont été élaborées pour lutter contre l'engorgement^{1,9-12}, mais la plupart des hôpitaux ont peu agi ou n'ont rien fait. Lorsque le nombre de patients dépassait le nombre de lits d'hôpital nécessaires pour les accueillir, il était plus économique et plus facile de loger les patients surnuméraires au service d'urgence que de concevoir des solutions d'hospitalisation appropriées. Ainsi, cette façon de faire est devenue une pratique acceptée dans presque tous les établissements de soins de santé au Canada. Malheureusement, l'expression « patient de corridor » s'est inscrite dans le lexique médical, et l'engorgement est devenu le problème du service d'urgence plutôt que le problème de l'établissement.

La seconde partie de la décennie 1990 a été marquée par l'apogée de la restructuration et la régionalisation des soins de santé au Canada. Les pressions économiques et une nouvelle philosophie, qui abandonnait les soins actifs, ont donné lieu à la désaffectation de lits d'hôpital et à un nombre croissant de patients gardés dans les services d'urgence. L'Ontario, par exemple, a connu une diminution de 22 % de ses lits de soins actifs, et une hausse du taux d'occupation, qui est passé de 85,6 % en 1994-1995 à 93 % en 1999-2000¹³. Avec le vieillissement de la population, un plus faible nombre de lits d'hôpital et la fermeture de certains services d'urgence, les autres services d'urgence ont dû faire avec une croissance des volumes de patients et de l'acuité de leurs afflictions. Du milieu à fin des années 1990, l'engorgement était devenu le problème le plus important des fournisseurs de soins d'urgence. Plusieurs organismes ont tenté de gérer ce problème, notamment l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU)¹⁴, l'American College of Emergency Physicians (ACEP)⁷, et la section Urgence de l'Ontario Medical Association¹⁵.

Engorgement et qualité des soins

Deux poids deux mesures

Quand un hôpital a plus de patients malades qu'il n'a de lits pour les accueillir, une solution possible est de répartir les patients surnuméraires entre le service d'urgence et les zones de soins appropriées pour les patients hospitalisés. Ainsi, toutes les ressources de l'établissement portent le poids de l'engorgement et les unités de soins infirmiers de l'ensemble de l'hôpital se partagent la charge des soins aux patients et participe aux soins de « triage » des patients pour déterminer lesquels en ont le plus besoin. Cependant, la position par défaut des hôpitaux canadiens est de construire un pare-feu pour confiner au service d'urgence la plupart ou la totalité des patients surnuméraires admis. Seules les ressources du service d'urgence supportent la charge et le « blocage de l'accès » est beaucoup plus grave qu'il ne devrait l'être.

Cette pratique est possible seulement si on applique « deux poids deux mesures ». Par exemple, la plupart des administrateurs estiment qu'il est dangereux de gérer même un ou deux « patients de corridor » dans les unités d'hospitalisation, tout en acceptant la pratique qui consiste à gérer 10 à 20 patients dans les corridors des urgences. Ils croient que l'ajout d'un ou deux patients surnuméraires (une augmentation de 5 % à 10 % de la charge de travail) dans un service d'hospitalisation impose un stress inacceptable au personnel hospitalier, mais que l'ajout de 10 ou 20 de tels patients (une augmentation de 50 % à 100 % de la charge de travail) au service d'urgence est sans effet⁹. Aucun administrateur d'hôpital ne permettrait que 20 patients médicaux sans service d'attache soient admis dans une unité chirurgicale de 20 lits, ni que des patients stables occupent *tous* des lits de soins intensifs de l'hôpital; pourtant, il est de pratique courante de remplir toutes les civières de soins actifs d'un service d'urgence avec des patients admis sans service d'attache. Le résultat ultime de cette philosophie du « deux poids deux mesures » est que les unités d'hospitalisation sont *relativement* protégées contre le stress causé par l'engorgement, que le service d'urgence supporte un fardeau disproportionné et que les normes de soins pour les patients au service d'urgence sont largement inférieures à celles qui prévalent ailleurs dans l'hôpital. Pour changer

cela, les hôpitaux doivent adopter une philosophie de partage égal de la responsabilité des soins aux patients. Jusqu'à ce que les décideurs considèrent le service d'urgence comme un véritable service, accordent au personnel du service d'urgence les mêmes considérations qu'au personnel des soins hospitaliers, et octroient aux patients du service d'urgence les mêmes droits qu'aux autres patients, il sera impossible de régler la crise de l'accès et de la qualité des soins au service d'urgence.

Perversion de l'affectation des ressources de soins actifs

Lorsque la majorité ou l'ensemble des civières et des infirmières et infirmiers d'un service sont détournés vers la prise en charge des patients admis, les infirmières et infirmier d'urgence et les urgentologues trouvent difficile, voire impossible, de s'acquitter de leur mission première, à savoir donner des soins urgents et d'extrême urgence à leur collectivité. Les nouveaux patients ne peuvent pas être installés dans des zones de traitement (déjà pleines); les ambulanciers ne peuvent pas transférer leur patient et répondre aux situations d'urgence dans la collectivité¹⁶; et les patients qui doivent être évalués et traités sont « bloqués » dans les salles d'attente. Par conséquent, peu de services d'urgence canadiens sont en mesure d'atteindre les objectifs de délai d'évaluation infirmière et médicale prévus aux lignes directrices de l'ÉTG.

Les retards dans la prestation de soins infirmiers et médicaux entraînent des retards dans le diagnostic, le traitement et la décision quant aux dispositions à prendre. Ces retards ont été associés à des effets indésirables et à des décès dans de nombreux services d'urgence canadiens^{2,17}. L'accumulation de personnes non diagnostiquées et non traitées dans les salles d'attente augmente la charge de travail des infirmières et infirmiers de triage, qui doivent constamment refaire le triage des patients en attente pour détecter les détériorations critiques et veiller à ce que les patients les plus malades reçoivent le premier espace de traitement disponible. Le temps passé à refaire le triage nuit aux tâches principales et favorise un environnement qui est en soi un obstacle à des soins sécuritaires aux patients. Le stress du fournisseur de soins conduit à l'épuisement et à la perte de personnes qualifiées. L'insatisfaction des patients conduit à la violence verbale et physique. Malheureusement, il y a déjà eu un décès dans un service d'urgence canadien en lien direct avec la frustration d'un membre de la famille à l'égard de l'accès aux soins. La situation chaotique dans les services d'urgence au Canada est une bombe à retardement qui risque de produire des erreurs médicales.

Ces facteurs ont donné lieu à la situation ironique et dangereuse qui existe aujourd'hui, dans laquelle les patients les plus malades dans le système — ceux qui n'ont pas encore été évalués ou stabilisés — sont laissés sur des chaises de la salle d'attente et sur des civières d'ambulance dans les corridors, tandis que les patients les plus stables — ceux qui ont déjà reçu un diagnostic et des traitements, et ceux qui sont en attente d'un placement dans la collectivité — ont accès à des soins de qualité dans des lits d'hospitalisation dotés en personnel. Bien que la logique suggère que les patients ayant le plus besoin d'interventions de soins actifs devraient avoir le droit d'être les premiers à bénéficier des ressources hospitalières, les établissements semblent avoir accepté un système où c'est exactement le contraire qui se produit. Cette perversion de l'affectation des ressources de soins actifs a été décrite comme [traduction] « la normalisation d'un comportement déviant ».

Soins inadéquats pour les patients admis

L'engorgement réduit l'accès à l'évaluation et aux traitements d'urgence, mais un aspect souvent négligé du problème est la prise en charge inhumaine et inadéquate des patients qui nécessitent une hospitalisation. Les services d'urgence ont été conçus pour donner des soins immédiats de secours, ainsi que pour l'évaluation, le diagnostic et le traitement des urgences et des extrêmes urgences médicales et

chirurgicales. Ils n'ont jamais été destinés à fonctionner comme des unités de soins aux patients hospitalisés. Au service d'urgence, les patients sont couchés sur des civières dures, pas dans un lit. Ils sont gardés dans de grandes salles ouvertes où les lumières ne sont jamais éteintes, où le bruit est incessant et où il est impossible de dormir normalement. En règle générale, ils sont à la vue du personnel médical, des autres patients et, dans de nombreux cas, du public. Il arrive qu'il n'y ait qu'une seule salle de bain pour 20 à 30 patients. Le confort, la dignité, la vie privée et la confidentialité sont des notions étrangères au service d'urgence — surtout lorsque d'autres patients sont entassés dans les salles d'attente, les corridors et entre les civières.

Pourquoi les solutions précédentes ont-elles échoué?

L'arrivée de la maladie et les blessures ne suivent pas un rythme constant ni prévisible. Les pointes et les creux de l'acuité des affections et du volume des patients sont la règle plutôt que l'exception. Lorsqu'un plus grand nombre de patients nécessitent des soins urgents et d'extrême urgence, il incombe au service d'urgence de gérer cette variabilité et de donner les soins nécessaires. Dans la même veine, lorsqu'un plus grand nombre de personnes ont besoin d'être hospitalisées, il incombe à l'hôpital, et non au service d'urgence, de donner ces soins. Bien qu'il soit généralement admis que l'engorgement est un problème du système plutôt qu'un problème de service d'urgence, la plupart des hôpitaux maintiennent des politiques et des procédures qui, dans toute la mesure du possible, confinent l'engorgement au service d'urgence. Ces politiques ne motivent en rien ceux qui ne travaillent pas au service d'urgence à l'égard de la résolution du problème — l'échec est donc garanti. Tant que les « pare-feu politiques » se concentreront artificiellement sur les pressions de l'engorgement au service d'urgence, l'élan nécessaire pour effectuer un changement significatif et systémique, et résoudre ce problème d'accès crucial, n'arrivera pas. Les répercussions négatives de l'engorgement sur les soins aux patients doivent être le facteur intrinsèque qui fera accepter à l'échelle institutionnelle le fait que cette charge doit être partagée.

Stratégies de gestion

Au cours des 15 dernières années, de nombreuses stratégies ciblant l'engorgement des services d'urgence ont été élaborées^{1,4,7,9-12,15}. Ces stratégies ont permis d'atténuer le problème, mais elles ne font rien pour contrer les répercussions de la désaffectation de lits d'hôpitaux, du vieillissement de la population et de la complexité croissante des problèmes rencontrés au service d'urgence. L'annexe 1 ([voir page 86](#)) énumère plusieurs stratégies qui permettront d'améliorer l'accès aux soins, d'optimiser la qualité des soins et de préserver la dignité du patient.

Au sein du service d'urgence, il est important d'optimiser les processus internes, de réduire les admissions évitables et de raccourcir la durée des séjours au service d'urgence. Cependant, étant donné que le cœur du problème est le manque d'accès aux lits d'hospitalisation, les stratégies les plus efficaces seront celles qui amélioreront l'utilisation de l'hospitalisation et qui mettront l'accent sur le transfert du « bon patient » vers le « bon lit » dans un délai raisonnable. Les intervenants doivent absolument participer à la mise en œuvre des stratégies nécessaires, car cette tâche va au-delà des capacités du service d'urgence. La responsabilité d'une mise en œuvre réussie revient en fin de compte aux administrations hospitalières, aux conseils régionaux de la santé et au gouvernement.

Patients nécessitant un autre niveau de soins

La restructuration et la régionalisation des soins de santé ont donné lieu à une diminution considérable du nombre de lits de soins actifs au cours de la dernière décennie, forçant de nombreux hôpitaux à cibler des taux d'occupation irréalistes de plus de 90 %. Une récente étude britannique¹⁸ s'est penchée sur les taux

d'occupation et a démontré que, « à des taux supérieurs à 85 %, les risques sont visibles et, au-dessus de 90 %, le système hospitalier est aux prises avec des crises de lits régulières ».

Les autres niveaux de soins comprennent les soins aux malades chroniques, les soins complexes aux malades chroniques, les soins transitoires, les soins de transition, les soins de répit et les soins palliatifs. Les patients nécessitant un autre niveau de soins ont un effet important sur les taux d'occupation des hôpitaux et bloquent souvent l'accès aux lits de soins actifs. Même s'ils n'ont pas besoin des services spécialisés et des soins de haut niveau donnés dans les établissements de soins actifs, ces patients ne peuvent être renvoyés à la maison et, quand tous les lits communautaires appropriés sont occupés, ils doivent, par défaut, demeurer dans le milieu des soins actifs. Qui plus est, lorsque ces patients se présentent au service d'urgence, il n'y a souvent pas d'autre choix que de les admettre à l'hôpital. En raison de leur nombre et de la durée de leur séjour, ils consomment une quantité disproportionnée de ressources de soins actifs et ont une incidence importante sur la prestation des soins actifs. Si les patients nécessitant un autre niveau de soin pouvaient être transférés dans les milieux communautaires appropriés, le problème de l'encombrement du service d'urgence dans la plupart des hôpitaux de soins actifs serait minime.

La solution à ce problème est de veiller à ce qu'il y ait un nombre suffisant de lits d'autres niveaux de soins à l'extérieur des établissements de soins actifs. Il s'agit là, peut-être, du facteur le plus important du problème de l'engorgement, et il augmentera considérablement au cours de la prochaine décennie, en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de leurs besoins en matière de soins. Par conséquent, les planificateurs de soins de santé doivent accorder une priorité élevée à la quantification et à la résolution de l'ampleur des besoins à l'égard d'autres niveaux de soins dans les collectivités canadiennes.

Bibliographie

1. Lynn S. G., Kellermann A. L., « Critical decision making: managing the emergency department in an overcrowded hospital », *Annals of Emergency Medicine*, 1991;20:287-292 [en anglais seulement].
2. Schull M. J., Slaughter P. M., Redelmeier D. A., « Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, 2002;4(2):76-83 [en anglais seulement].
3. Kollek D., « Overwhelmed in emergency: Examining ER status at Hamilton Civic Hospitals », *Ontario Medical Review*, 1990;57:11-13 [en anglais seulement].
4. Graff L., « Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure », *American Journal of Emergency Medicine*, 1999;17:208-209 [en anglais seulement].
5. Dickinson G., « Emergency department overcrowding » (éditorial), *Journal de l'association médicale canadienne*, 1989;140(2):270-271 [en anglais seulement].
6. Richardson L. D., Hwang U., « Access to care: a review of the emergency medicine literature », *Annals of Emergency Medicine*, 2001;8(11):1030-1036 [en anglais seulement].
7. American College of Emergency Physicians, Crowding Resources Task Force, *Responding to emergency department crowding: A guidebook for chapters*, Dallas (TX), août 2002, consulté le 29 janvier 2003 au <http://www.acep.org/search/index.cfm> [en anglais seulement].

ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE (NENA)

8. Gallagher E. J., Lynn S. G., « The etiology of medical gridlock: causes of emergency department overcrowding in New York City », *Journal of Emergency Medicine*, 1990;8:785-790 [en anglais seulement].
9. Lynn S. G., « Managing the overcrowded emergency department », dans Salluzzo R. F. (rédacteur en chef), *Emergency department management: principles and applications*, Mosby-Yearbook Inc., St. Louis (MO), 1997, pages 173-178 [en anglais seulement].
10. Lynn S. G., Allison E. J., Kellerman A. E., « Hospital overcrowding and emergency department backup », dans Hellstern R. (éd.), *Managing the emergency department: a team approach*, American College of Emergency Physicians, Dallas (TX), 1992, 59-70 [en anglais seulement].
11. American Association of Emergency Physicians, American Hospital Association, *Strategies to alleviate ED overcrowding*, 21 décembre 2001, American College of Emergency Physicians, Dallas (TX), 2002, consulté le 29 janvier 2003 au <http://www.acep.org/1,4774,0.html> [en anglais seulement].
12. Feferman I., Cornell C., « How we solved the overcrowding problem in our emergency department », *Journal de l'association médicale canadienne*, 1989;140(2):273-276 [en anglais seulement].
13. Ontario Hospital Association, *A matter of hospital resources: an emergency care action plan*, Toronto (ON), août 2000.
14. Association canadienne des médecins d'urgence et Affiliation nationale des infirmières d'urgence, « Joint Position Statement on emergency department overcrowding (policy) », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, 2001;3(2):82-84 [en anglais seulement].
15. Drummond A. J., « No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, 2002;4(2):91-97 [en anglais seulement].
16. Schull M. J., Szalai J. P., Schwartz B., Redelmeier D. A., « Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: trends at twenty hospitals over ten years », *Academic Emergency Medicine Journal*, 2001;8:1037-1043 [en anglais seulement].
17. Redelmeier D. A., Blair P. J., Collins W. E., « No place to unload: a preliminary analysis of the prevalence, risk factors, and consequences of ambulance diversion », *Annals of Emergency Medicine*, 1994;20:43-47 [en anglais seulement].
18. Bagust A., Place M., Posnett J. W., « Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model », *British Medical Journal*, 1999;319(2):155-158 [en anglais seulement].
19. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Énoncé de position : Les protocoles relatifs à la surcapacité et la capacité dans le système de santé du Canada*, 2009.

Correspondance : Dr Andrew Affleck; afflecka@shaw.ca.

Annexe 1 – Stratégies potentielles pour gérer l'engorgement au service d'urgence

Contrôler les entrées dans toute la mesure du possible

1. Instaurer une gestion régionale ou provinciale de l'accès aux lits pour veiller à ce que les transferts interhospitaliers soient dirigés vers les hôpitaux qui ont la capacité de prendre en charge le patient transféré.
2. Élaborer des politiques de soins préhospitaliers pour détourner les patients des niveaux II et III vers les hôpitaux voisins appropriés pendant les périodes de fort engorgement.

Éviter les admissions inutiles

1. Appuyer des programmes axés sur le service d'urgence qui réduisent le besoin d'hospitalisation (p. ex., antibiotiques par intraveineuse en consultation externe; anticoagulation pour la thromboembolie veineuse en consultation externe; sédation en vue d'une intervention mineure appropriée au service d'urgence).
2. Former des unités de diagnostic et de traitement rapides, en 12 à 24 heures, consacrées à l'expertise clinique, au traitement et à la mise en congé rapides de patients qui autrefois auraient été admis à l'hôpital. Ces unités peuvent être situées au service d'urgence.
3. Accroître l'accès aux tests diagnostiques du service d'urgence lorsque ces tests excluent la nécessité d'une expertise clinique pour un patient hospitalisé.
4. Affecter un coordonnateur de mise en congé au service d'urgence.
5. Mettre en place des équipes multidisciplinaires d'intervention rapide au service d'urgence pour coordonner les soutiens communautaires et permettre la mise en congé des patients qui ne bénéficieront pas d'une hospitalisation (p. ex., les personnes âgées en perte d'autonomie).
6. Entretenir des relations plus étroites avec les fournisseurs de soins primaires pour faciliter la décision concernant les dispositions à prendre pour le patient.
7. Développer des systèmes d'information pour faciliter le transfert des renseignements sur le patient, des services communautaires au service d'urgence et du service d'urgence aux services communautaires.

Accroître la circulation des patients malades du service d'urgence vers la salle commune

1. Accorder la priorité aux admissions d'urgence.
2. Répartir les patients surnuméraires (les « patients de corridor ») en parts égales entre toutes les salles communes, y compris le service d'urgence.
3. Instaurer des lits à « quota quotidien ». S'il y a une moyenne de 10 admissions par jour, les unités d'hospitalisation devraient veiller à ce que 10 lits à quota quotidien soient disponibles pour accueillir les admissions prévues.
4. Désigner des « lits d'appoint » qui peuvent être utilisés par différents services en fonction des besoins au quotidien.

ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE (NENA)

5. Mettre en place des « unités d'admission » pendant les heures de pointe de jour. Ces unités, séparées physiquement du service d'urgence et dotées en infirmières et infirmiers de salle, accepteraient et garderaient les patients admis au service d'urgence jusqu'à ce que leur lit d'hospitalisation soit prêt. Cela dégagerait le service d'urgence et réduirait la nécessité des admissions sans service si le « bon lit » est disponible plus tard le même jour.
6. Permettre l'admission directe dans une chambre pour les patients stables transférés depuis un autre établissement lorsqu'un lit est disponible.
7. Invoquer une « règle de 30 minutes » pour le transfert à la chambre quand un lit est attribué au patient.
8. Attribuer automatiquement un « lit sans service » aux patients lorsque les seuils définis du service d'urgence sont atteints.
9. Établir des délais de consultation acceptables pour éviter les retards dans la décision sur les dispositions à prendre et le traitement.
10. Recenser électroniquement la durée des processus clés, y compris le délai avant d'obtenir une civière au service d'urgence; le délai avant l'accès à un médecin; le délai avant la décision sur les dispositions à prendre; le délai avant la consultation; la durée du séjour ou le délai entre l'admission et la mise en congé des patients.
11. Recenser et ouvrir des lits supplémentaires lorsque les seuils définis du service d'urgence sont dépassés. Cela pourrait exiger l'ouverture temporaire de lits désaffectés, en utilisant des espaces non traditionnels comme les solariums, les salles de conférence et les auditoriums, ou l'ajout de lits dans les chambres existantes.

Optimiser la durée du séjour des patients hospitalisés pour des soins actifs

1. Affecter un coordonnateur de l'utilisation de l'hôpital.
2. Pour chaque admission, veiller à nommer un principal médecin responsable.
3. Définir des points de référence pour la durée des séjours pour les groupes clés casuistiques, établir des cibles de durée des séjours et mesurer le rendement.
4. Évaluer la durée estimative du séjour de chaque patient au moment de l'admission.
5. Commencer la planification du congé au moment de l'admission, ce qui comprend un processus de notification de mise en congé.
6. Surveiller électroniquement les processus clés de la mise en congé, y compris le délai entre le congé et la disponibilité du lit et le délai entre la disponibilité du lit et le transfert.

Donner d'autres niveaux de soins aux patients nécessitant un autre niveau de soins

1. Militer pour la disponibilité et l'utilisation appropriées des lits de soins communautaires pour les affections subaiguës et d'autres niveaux de soins.
2. Déplacer les patients qui sont « juste en attente » (p. ex., pour des expertises cliniques, pour être reconduits à la maison) à l'extérieur des zones de l'hôpital dotées en personnel de soins actifs.

ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE (NENA)

3. Désigner un lieu de repos pour les personnes ayant reçu leur congé et des zones d'attente appropriées.

Faire correspondre les soins donnés aux soins requis. Ne pas attribuer de lits de soins actifs à des patients qui n'en ont pas besoin. Déplacer les patients nécessitant un autre niveau de soins vers des unités ou des zones d'attente définies où les niveaux de dotation et les ressources de soins correspondent aux besoins du patient.