

Les salles d'urgence, l'an II

À L'AUTOMNE 1999, la ministre de la Santé et des Services sociaux convoquait un forum sur les urgences et annonçait aux nombreux participants sa ferme volonté de régler les problèmes de congestion chronique de nos salles d'urgence. Des crédits de 20 millions ont alors été annoncés, et de multiples mesures devaient être implantées par les « différents partenaires ». Jamais un ministre de la Santé ne s'était montré aussi déterminé à mettre fin à la situation. Les salles d'urgence entraient dans une ère nouvelle après plus de 25 années de ténèbres. Ce premier forum fut suivi de la création de nombreux comités, plus d'une trentaine, de nouvelles sommes d'argent ont été allouées, et deux autres forums, de moindre envergure, ont été tenus en l'an 2000. La mission de l'urgence fut précisée, adoptée par les conseils d'administration des hôpitaux et affichée sur les murs. Plus récemment, un guide de gestion des salles d'urgence a été rendu public. Bref, de nombreux travaux ont été faits pour régler cet épineux problème. Et pourtant, sur le terrain, on constatait bien peu de résultats concrets. Le taux d'occupation des civières avoisine toujours les 175 %, la durée d'attente demeure interminable si l'état du patient ne requiert pas une attention immédiate, et le bien-être des malades en observation est toujours, au mieux, à la limite de l'acceptable. L'essoufflement du personnel de l'urgence est important. Le recrutement de médecins demeure difficile, leur nombre étant le plus souvent inférieur au plan d'effectifs. Une épidémie de grippe, et les salles d'urgence revivront la situation des années antérieures. Que se passe-t-il donc ?

L'urgence cristallise les problèmes du réseau

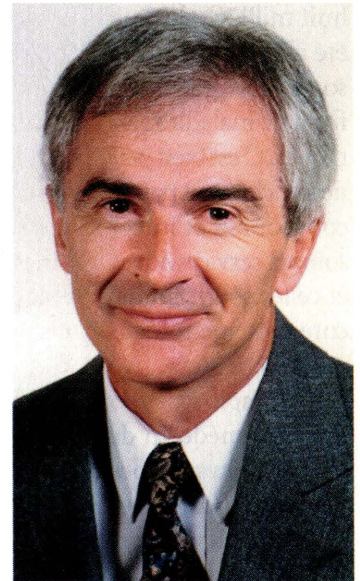
Un simple questionnaire à la clientèle qui se rend à l'urgence nous en apprend autant que les nombreux comités sur les causes des problèmes qui affligent nos salles d'urgence. Ces causes sont le plus souvent extérieures au service d'urgence lui-même. Une dame âgée se retrouve un samedi soir à la salle d'urgence parce que les services de maintien à domicile lui ont répondu qu'ils ne pourront évaluer son cas que dans quelques semaines. Son angoisse actuelle est trop forte pour supporter un tel délai. Un jeune schizophrène est amené par sa famille pour réévaluation

de son traitement médicamenteux, son médecin ne pouvant lui donner rendez-vous avant un mois. De nombreux patients attendent sur une civière un lit d'hôpital qui ne sera disponible que dans un jour ou même deux ; les pénuries d'infirmières et des budgets insuffisants ont forcé la fermeture de nombreux lits, le plus souvent dans les périodes de pointe pour les salles d'urgence. Je pourrais citer d'autres exemples.

Tant que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ne se décidera pas à agir véritablement en amont et en aval des salles d'urgence, toutes les mesures internes, si pertinentes soient-elles, ne régleront pas les problèmes de congestion actuels. La situation de nos urgences ne fait que refléter les troubles fonctionnels du système de santé. Trop souvent, les services d'urgence ont servi à pallier les carences des autres secteurs. L'urgence doit servir de filet de sécurité, bien sûr, mais sa mission première n'est pas de suppléer aux ressources qui devraient se trouver ailleurs.

L'urgence de réorganiser les soins et services de première ligne

Agir en amont et en aval de la salle d'urgence, c'est avant tout consolider le réseau de soins et de services de première ligne. À cet égard, bien des paroles ont été dites, mais il y a eu peu de gestes concrets. La FMOQ ne perçoit pas encore au niveau du Ministère une réelle volonté politique de passer à l'action. La nouvelle entente fédérale-provinciale prévoit notamment que des ressources seront affectées aux services de maintien à domicile et au réseau des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Ces sommes d'argent, quoique annoncées par la ministre, M^{me} Pauline Marois, se font encore attendre. Des crédits,



Le Dr Renald Dutil.

huit millions de dollars pour l'ensemble des régions, ont été alloués pour la mise en place de réseaux intégrés de soins pour certaines clientèles vulnérables, soit celles souffrant de maladies cardiovasculaires ou pulmonaires chroniques. C'est bien peu et peu efficient si de tels programmes ne s'enchâssent pas dans un réseau global de services mieux coordonnés et intégrés. Les ressources requises pour les soins et services aux personnes en perte grave d'autonomie et celles souffrant de troubles mentaux majeurs sont encore nettement insuffisantes pour répondre aux besoins qui s'accroissent.

Au chapitre des soins médicaux généraux, l'accessibilité à un médecin de famille responsable de la prise en charge et du suivi des clientèles les plus vulnérables est de plus en plus compromise, même dans les régions urbaines. À Montréal, plus du tiers de la population se cherche un médecin de famille... et que dire des autres régions ! Il est trop facile d'en imputer la cause aux omnipraticiens eux-mêmes. Les médecins de famille, en nombre insuffisant, doivent s'occuper de patients de plus en plus malades, sans le soutien ni les moyens requis pour le faire, surtout s'ils œuvrent dans des cabinets privés, là où consultent la majorité de ces personnes. Leur rémunération ne tient pas compte de l'ensemble des responsabilités et des interventions qu'ils doivent assumer. Le MSSS n'a pas montré, jusqu'à ce jour, suffisamment de sensibilité aux problèmes auxquels se heurtent ces médecins. Il ne faut pas s'étonner que plusieurs d'entre eux se découragent et réorientent leur pratique. Tous ces problèmes ont des répercussions directes sur les salles d'urgence, qui deviennent ainsi le refuge où s'adresser en l'absence d'un service qui devrait pourtant se trouver ailleurs.

Le gouvernement ontarien, dans le cadre de la réorganisation des soins de première ligne, se prépare à injecter plus de 250 millions dans ce secteur de son réseau de la santé. Le gouvernement du Québec, quant à lui, réfléchit à de nouvelles mesures législatives contraignantes à l'encontre des médecins pour résoudre certains problèmes. Cette approche autoritaire est vouée à l'échec.

Réorienter les actions entreprises

Loin de moi l'idée de prétendre que les travaux réalisés à ce jour pour améliorer la situation ont été inutiles, et je reconnais les grands efforts fournis. Mais il faut recentrer l'essentiel des actions sur les causes véritables du problème. Trop de temps et d'énergie ont été dispersés dans de trop

nombreux comités, au risque de bureaucratiser à outrance le problème et de démotiver ceux qui ont cru que cette fois-ci, les résultats seraient au bout du tunnel. Certes, bien du travail reste à faire, à l'intérieur de l'hôpital et à l'urgence même. Il faut donner priorité à la mission de l'urgence ; l'accueil des clientèles et les conditions d'exercice du personnel de l'urgence, y inclus celles des médecins, devront être améliorées. Mais il faut, sans délai, accroître l'accessibilité de notre réseau de soins et de services de première ligne au sein de la communauté. Une meilleure intégration est nécessaire, mais elle ne suffira pas ; des ressources additionnelles devront être allouées.

Pour assainir l'urgence à l'hôpital, il faut d'abord améliorer l'urgence en ville.

Renald Dutil, m.d.
Président de la FMOQ

Le 5 janvier 2001.

La FMOQ
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

accueil boîte à outils contact

NOUVEAU

Ce site est optimisé pour une définition d'écran de 1024x768 pixels.

Faites-nous part de vos commentaires...

Vous pouvez nous faire part de vos commentaires, suggestions, de vos questions ou de vos plaintes en utilisant la boîte aux lettres ci-contre en envoyant un courriel à webmestre@fmoq.org

Nouveautés du 12 janvier 2001 (mise à jour)

Cabinet du président : Montréal, le 15 janvier 2001

Les salles d'urgence, l'an II
Version [française](#)