Temps d'attente inacceptables à l'urgence

Cal Gutkin MD CCMF(MU) FCMF, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET CHEF DE LA DIRECTION

Il a fallu du temps mais, enfin, un rapport a été présenté par une autorité publique qui comprend la situation d'engorgement des urgences au pays. Félicitations au vérificateur général de l'Ontario, Jim McCarter, qui a posé le diagnostic dans son rapport annuel[1].

McCarter met en évidence 3 domaines qui ne répondent ni aux exigences du système ni aux besoins des patients: accès à d'autres niveaux de soins (ANS) par les patients prêts à leur congé des soins aigus; soins à domicile et temps d'attente à l'urgence par les patients gravement malades. Évidemment, les problèmes à l'urgence sont inextricablement liés à l'absence de solution apportée à ceux dans les 2 autres domaines.

> Les membres du public soupçonnent que les principales causes sous-jacentes [de l'engorgement] sont l'utilisation inappropriée des urgences par les patients qui s'y rendent par leurs propres moyens pour des malaises bénins…[Nos] recherches indiquent que le manque de lits d'hospitalisation qui oblige à garder à l'urgence les patients admis à l'hôpital pourrait fort bien avoir un impact encore plus important…[et pourrait être influencé par] le fait que des lits soient occupés par des patients qui attendent de recevoir des soins alternatifs dans un établissement communautaire[1].

McCarter a signalé qu'en 1 an, plus de 50 000 patients en Ontario sont restés hospitalisés plus longtemps que nécessaire - et les patients «admis» devaient rester plusieurs jours à l'urgence, occupant l'espace de traitement nécessaire aux arrivants. De plus, les délais d'attente étaient inacceptables pour les patients gravement malades, tandis que ceux présentant des problèmes moins urgents étaient traités selon les normes fixées en Ontario. Dans le rapport, on concluait qu'il fallait en priorité réduire les délais pour les patients sérieusement malades à l'urgence en améliorant l'accès aux lits d'hôpitaux et aux autres niveaux de soins. D'autres, par ailleurs, comme le Conseil canadien de la santé dans son analyse de l'étude du Fonds du Commonwealth[2-4], disent que la principale cause de l'engorgement vient des patients ayant des malaises bénins dont le MF n'est pas disponible. Ils recommandent que les MF travaillent plus d'heures à leur cabinet[2,3].

Plusieurs raisons expliquent pourquoi les patients vont à l'urgence pour des problèmes mineurs, y compris, sans s'y limiter, l'accessibilité à leur MF. Cependant, le nombre de tels patients n'a pas baissé en dépit des cliniques sans rendez-vous et des heures prolongées de bureau offertes par de nombreux MF. Des recherches plus approfondies que celle du Fonds du Commonwealth sont nécessaires pour mieux comprendre le problème.

Les récentes pénuries de MF ont rendu difficile de se trouver un MF et d'avoir un rendez-vous en temps opportun. Mais en moyenne, les MF canadiens travaillent plus de 50 heures par semaine en cabinet; 70% d'entre eux accordent 20 heures de plus par semaine à des services additionnels, notamment à l'urgence[5]. Le Conseil canadien de la santé et d'autres suggèrent-ils que ces médecins devraient travailler plus d'heures ou abandonner l'urgence? Suivre ces conseils est la recette parfaite de l'épuisement total d'un effectif de MF déjà surchargé, et une excellente stratégie pour décimer le personnel des urgences et exacerber la crise.

Ce n'est pas d'hier qu'on tente d'expliquer au gouvernement que les principaux défis à l'urgence concernent la capacité de soigner les patients gravement malades. Les recommandations de commissions[6,7] d'améliorer les soins à domicile et ANS ont été ignorées ou implantées aléatoirement, d'où des stratégies isolées plutôt qu'une approche globale. Les responsables doivent reconnaître l'évidence et régler l'éventail complet des problèmes à l'urgence.

Il faut un effectif suffisant d'infirmières et de médecins compétents dans les hôpitaux de soins aigus et à l'urgence pour faire face au volume quotidien et aux augmentations subites. Les hôpitaux doivent revoir leurs politiques à l'égard des MF marginalisés pour utiliser et reconnaître de manière appropriée ces précieux médecins. Les gouvernements doivent régler les pénuries de lits en ANS, s'assurer que les centres et le personnel des ANS soient prêts à offrir les soins nécessaires, et libérer ainsi sans délai les lits d'hôpitaux. Il faut plus de travailleurs qualifiés pour les soins prolongés et à domicile afin de réduire le nombre de personnes envoyées à l'urgence.

Les MF doivent offrir des rendez-vous en temps opportun et un ensemble complet de services, travailler en équipe avec d'autres professionnels de la santé, et inclure les soins à l'urgence et à l'hôpital pour assurer la continuité des soins. Les pratiques devraient se servir des dossiers médicaux électroniques et de l'accès rapide aux rendez-vous, et se partager entre membres de l'équipe des heures de service prolongées. Les programmes de résidence en médecine familiale doivent inculquer aux diplômés les connaissances et les habiletés voulues pour offrir les soins requis par les communautés rurales et urbaines.

Bien des facteurs contribuent à l'engorgement des urgences, mais le nombre de cas moins graves n'est pas le plus grand problème. Tant que l'accès aux ANS et aux soins à domicile ne sera pas amélioré, les délais à l'urgence resteront inacceptables.

This article is also in English on **page 256.**

Références

1. Bureau du vérificateur général de l'Ontario. *Rapport annuel 2010.* Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2010.
2. Conseil canadien de la santé. *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? Résultats du 2010 Commonwealth Fund international health policy survey.* Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2010.
3. Overcrowded ERs: how to fix the problem. *Toronto Star* 25 nov. 2010.
4. Fonds du Commonwealth. *2010 Commonwealth Fund international health policy survey.* New York, NY: Fonds du Commonwealth; 2010.
5. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *2007 National Physician Survey.* Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2008.
6. Commission de restructuration des services de santé. *Looking back, looking forward. Seven points for action.* Toronto, ON: Commission de restructuration des services de santé; 2000.
7. Romanow RJ. *Building on values: the future of health care in Canada.* Saskatoon, SK: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.