



EM:POWER

L'avenir des soins d'urgence



RÉSUMÉ

MARS 2024



CAEP | ACMU

RÉSUMÉ

Le système de soins d'urgence du Canada est sur le point de s'effondrer. Les infirmières et les médecins présentent des niveaux extrêmes d'épuisement professionnel et démissionnent en nombre alarmant; les retards de déchargement des ambulances explosent et les patients quittent les services d'urgence (SU) sans avoir reçu de soins et avec des recours limités.

Nous tous, les patients comme le personnel soignant, sommes épuisés d'endurer de longs délais d'attente et de leurs conséquences potentiellement désastreuses. Dans le domaine des soins en traumatologie, le concept de « l'heure cruciale » évoque l'importance de traiter rapidement les patients gravement malades. En neurologie et en cardiologie, des expressions comme « le temps, c'est du cerveau » et le « temps de la porte au ballonnet » reflètent respectivement une urgence similaire pour les accidents vasculaires cérébraux et les crises cardiaques. Et pourtant, chaque jour dans les services d'urgence (SU) canadiens, des milliers de patients attendent beaucoup trop longtemps pour obtenir des soins, certains souffrant de problèmes de santé urgents, invisibles au milieu du chaos.

Cette situation a récemment été décrite comme une pandémie cachée de surpeuplement des SU et de mortalité excessive.¹

En plus de leur rôle vital dans la prestation des soins aux patients gravement malades ou blessés, nos services d'urgence jouent de plus en plus le rôle de filet de sécurité pour une grande partie de la population qui ne peut obtenir les soins médicaux nécessaires en temps opportun. À mesure de l'augmentation des dysfonctionnements du système, les services d'urgence ont été touchés de manière disproportionnée, rendant difficile, voire impossible, l'offre de services essentiels pour lesquels ils ont été conçus.

La COVID-19 a encore plus exposé et exacerbé ces problèmes de longue date qui s'étendent à l'ensemble du système de santé. Trop souvent, un patient hospitalisé qui obtient son congé attend un test ou des soins communautaires, tandis qu'un autre patient souffrant d'une crise cardiaque qui n'a pas encore été diagnostiquée croupit dans un couloir des SU.

¹ Editorial CJEM 2023 Sep;25 (9) : 722-723. doi : 10,100 7/s 43678-023-00571-6. Epub 2023 Aug 15. Waiting to die: the hidden pandemic of ED crowding and excess mortality [James Worrall 1](#), [Paul Atkinson 2](#)

En réponse à ces défis, l'ACMU a chargé le groupe de travail EM:POWER de la mission ambitieuse de proposer un nouveau cadre pour l'avenir des soins d'urgence au sein d'un écosystème de soins de santé repensé. Le rapport EM:POWER est le résultat d'un processus de consultation de 18 mois mené auprès de sociétés nationales et internationales de spécialités médicales (et paramédicales), d'experts en politiques de la santé et de chefs de file du domaine des soins d'urgence.

Le besoin urgent d'une refonte fondamentale du système de santé est apparu comme un consensus, mais il ne peut se matérialiser qu'en créant les conditions favorables à l'émergence de solutions innovantes. Les hypothèses et comportements fondamentaux qui perpétuent la détérioration de notre système doivent être remis en question.

Alors que nous nous préparons à un monde post-pandémique, il est clair que l'aggravation des obstacles pour accéder aux soins et la crise de confiance à l'égard de la capacité du système de santé à remplir sa mission signifient que nous ne pouvons pas simplement revenir aux anciens modèles et espérer des résultats différents. Les gouvernements, les dirigeants du domaine de la santé et la communauté médicale ont besoin d'une approche plus intégrée et collaborative pour planifier l'avenir.

Ce projet est un excellent exemple du rôle de la médecine d'urgence dans la politique sanitaire et les affaires publiques. La métaphore des services d'urgence, le canari dans la mine de charbon qui annonce le dysfonctionnement du système de santé, est remise en question et remplacée par un concept conférant plus d'autonomie et dans lequel la médecine d'urgence représente un agent du changement de premier plan.

Avec la médecine d'urgence (ME) au premier plan, le rapport EM:POWER et son acronyme font référence à trois groupes distincts : les patients, les organismes et la main-d'œuvre. Trois éléments essentiels à la refonte de l'écosystème des soins de santé (*ndlr : en anglais, Patients, Organizations, Workforce, healthcare Ecosystem Redesign*).

Il n'existe pas de solution miracle ni de solution simple pour résoudre les problèmes des soins d'urgence; être le fer de lance d'un changement à grande échelle est différent : il s'agit d'un cycle continu de consultations, d'engagements et d'améliorations. Ce changement se construit lentement et de manière itérative au début, à mesure de la formulation des questions fondamentales et de leur recadrage après un engagement répété avec les autres. Au fil du

temps, et s'il réussit, il s'amplifie et puise son élan dans plusieurs sources, à la manière d'une boule de neige qui dévale une pente, avant de devenir une force irrésistible.

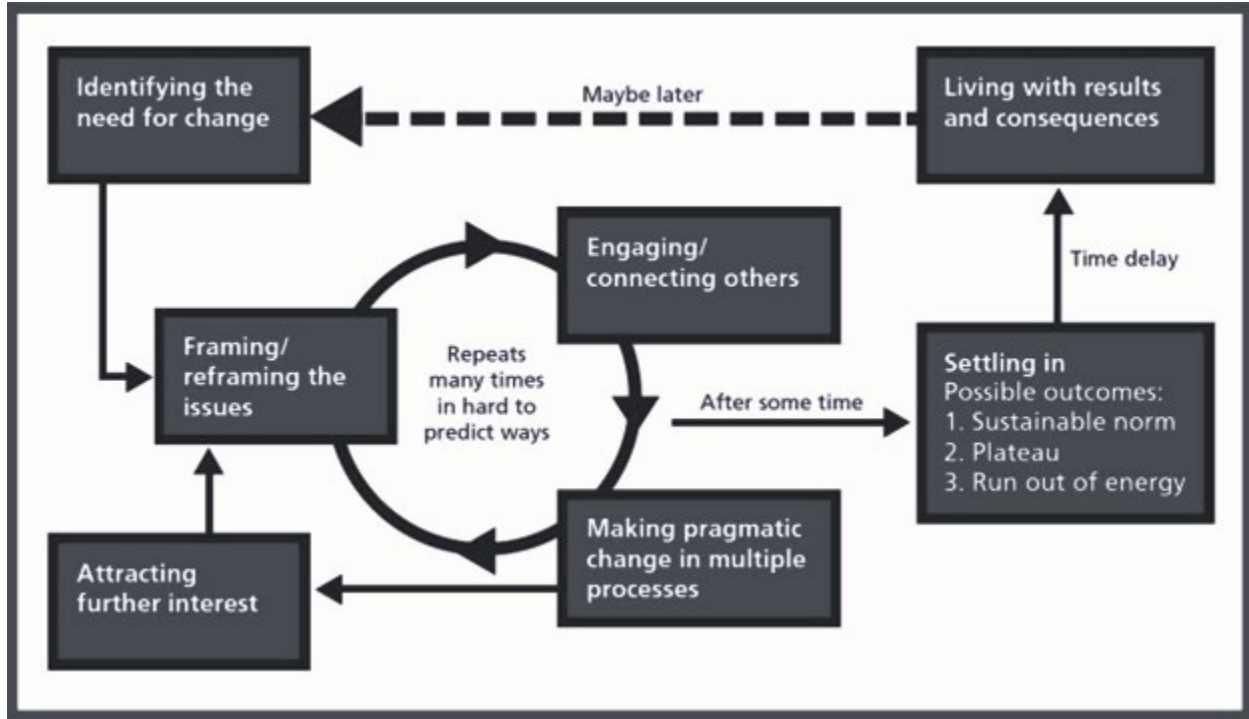


Figure 1. Le modèle de conduite du changement à grande échelle qui a guidé notre travail et devrait influencer les stratégies futures à la fois localement et à grande échelle. (NHS England Sustainable Improvement Team, 2017.)

Le rapport qui suit n'est que le début du processus de changement. Une poignée de neige est entre nos mains et nous sommes au sommet de la colline. Saisissons cette occasion pour imaginer, puis exploiter, l'énorme potentiel d'énergie aux mains de la médecine d'urgence.



Principe directeur : le « Quintuple objectif »

Les recommandations du groupe de travail EM:POWER sont guidées par le « Quintuple objectif ». Celui-ci précise que l'objectif d'un système de santé consiste à améliorer les résultats et l'expérience des patients et des populations de manière équitable et rentable, tout en soutenant et en pérennisant sa main-d'œuvre. Toutes les facettes d'un système repensé doivent être construites, mesurées et améliorées de manière continue sur la base de cet objectif global.

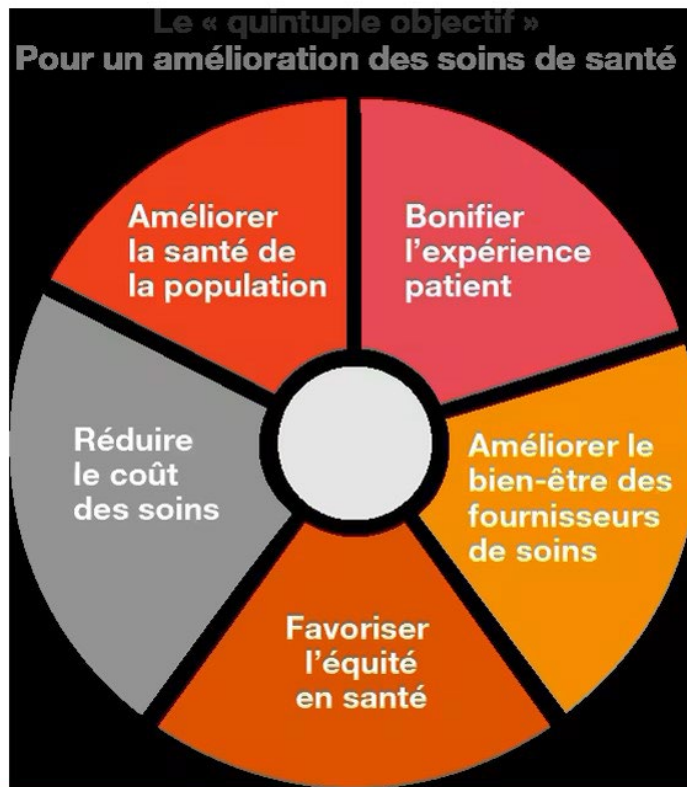


Figure 2. Le quintuple objectif, Institute for Healthcare Improvement

Dans des sections consacrées de ce rapport, nous abordons quatre défis majeurs qui se dressent pour atteindre le quintuple objectif : les fermetures imprévues des SU; le



surpeuplement des SU; les catastrophes d'extrême urgence et chroniques; et les forces perturbatrices dans un monde en évolution rapide.

Conception de ce rapport

Ce résumé présente les cinq sections et les quinze chapitres contenus dans le rapport. Il comprend des feuilles de route qui proposent des solutions aux problèmes que rencontrent nos systèmes de santé, ainsi que 30 recommandations clés pour améliorer le système.

La **section 1** commence par un aperçu de l'état du système de santé d'hier, d'aujourd'hui et de demain du point de vue de la médecine d'urgence. Il fournit le contexte pour les sections suivantes qui se concentrent plus en détail sur les éléments essentiels de la refonte du système. Chaque chapitre se termine par un ensemble de recommandations et une liste consolidée des recommandations du chapitre à la fin du rapport.

Chapitre 1 : Où en sommes-nous? Comment en sommes-nous arrivés là? À quoi faut-il remédier? Qu'est-ce qui nous guidera?

Ce chapitre se penche sur ce qui se passe actuellement dans nos services d'urgence, les causes profondes des problèmes, ainsi que sur les principes directeurs à suivre pour réussir à aller de l'avant. On y présente les concepts clés du blocage de l'accès à l'ensemble du système et les cadres de responsabilisation; ces concepts sont discutés en détail dans les sections suivantes. Enfin, on y présente les valeurs et les principes directeurs d'un système repensé.

Chapitre 2 : Que sont devenus les services d'urgence et que devraient-ils être?

De nombreux Canadiens ne peuvent pas accéder en temps opportun aux services primaires, spécialisés ou de diagnostic. Par conséquent, les SU fournissent de plus en plus de services pour lesquels ils n'ont pas été conçus. Que se passe-t-il dans nos services d'urgence débordés et pourquoi ne sont-ils pas l'endroit indiqué pour de nombreux patients? Nous présentons une meilleure voie à suivre pour aligner les patients et les populations sur les services dont ils ont besoin.

La **section 2** aborde les fermetures non prévues des SU dans le contexte de la planification des services cliniques d'urgence, qui est trop souvent orientée vers des services cloisonnés plutôt que vers les besoins des patients. Elle propose une approche intentionnelle et basée sur les

besoins du nombre, de la répartition, des capacités, des relations et du personnel des points d'accès aux soins d'urgence au sein des systèmes de soins d'urgence.

Chapitre 3 : Catégorisation, qualité et normes des SU.

Ce chapitre porte sur la définition et la catégorisation des services d'urgence (SU) et des centres de soins d'urgence (CSU) au sein d'un réseau et d'une zone géographique. Une fois que les SU et les CSU sont classés en fonction de leur géographie et des populations qu'ils desservent, on peut prendre de meilleures décisions de planification. Ce chapitre aborde également le potentiel de l'impact des soins virtuels entre pairs (P2P) sur la planification des services cliniques. Nous défendons fermement l'idée selon laquelle les SU doivent répondre à des normes de qualité minimales en matière d'installations, de personnel et de parcours de transition des soins. En l'absence de normes, un système soumis à des pressions extrêmes en matière de capacité, de personnel ou financières pourrait être tenté d'atténuer les frontières en matière de qualité au nom de l'accès aux services d'urgence.

Chapitre 4 : Compétences, agrément et travail d'équipe.

Ce chapitre se penche sur la dotation en personnel, l'importance des compétences, le rôle de l'agrément et la façon d'optimiser les champs de pratique pour améliorer les soins. Dans le domaine de la médecine d'urgence, plusieurs voies permettent de s'assurer que les médecins et autres prestataires de soins disposent des connaissances et des compétences requises dans une discipline en évolution rapide. Nous abordons l'approche visant à encourager des équipes multidisciplinaires performantes, en mettant l'accent sur l'importance de la définition d'objectifs et de rôles clairs, des valeurs fondamentales, du leadership et de la pratique simulée. Enfin, ce chapitre traite du concept des « communautés de pratique » et de la manière dont elles peuvent faire progresser la qualité, le recrutement, la rétention et le moral.

Chapitre 5 : L'intégration du système.

Ce chapitre souligne les principes clés pour réussir à intégrer et coordonner notre système de santé. L'accent y est mis sur les relations entre les trois niveaux de soins dans la refonte du système : soins primaires, soins urgents et soins d'urgence. On y développe le concept de SMU (soins médicaux d'urgence) multi-options, ainsi que le rôle essentiel que pourront jouer à l'avenir les soins préhospitaliers et la médecine paramédicale au sens large. Nous y soulignons enfin la nécessité d'avoir des spécialistes de garde et des systèmes intégrés pour les soins en



traumatologie et pour les AVC (entre autres), ce qui est particulièrement vrai pour de vastes régions rurales du Canada.

Chapitre 6 : Planification des ressources pour les médecins d'urgence.

Ce chapitre rassemble les recommandations des trois précédents chapitres dans un cadre de planification des ressources pratique et immédiatement pertinent pour les médecins urgentistes. Ce cadre pourrait être mis en œuvre à l'échelle nationale. La démarche met l'accent sur une approche fondée sur la demande (de quoi nos populations ont-elles besoin?) et éclairée par le comportement (quel impact les décisions de carrière des médecins ont-elles sur la main-d'œuvre?) en matière de planification des ressources humaines en santé pour l'avenir.

La **section 3** se concentre sur l'encombrement des services d'urgence et le blocage de l'accès à l'échelle du système : le principal problème des Canadiens qui cherchent à obtenir des soins d'urgence — et le principal symptôme du dysfonctionnement du système de santé. Cette section aborde la définition du rôle des SU, l'importance des cadres de responsabilisation en matière de soins aux patients et les stratégies visant à améliorer l'accès et le flux à l'échelle systémique.

Chapitre 7 : Blocage de l'accès et manquement aux responsabilités

Par rapport à 11 autres pays riches, nous avons le taux d'utilisation des services d'urgence le plus élevé. Pourquoi les patients attendent-ils — parfois pendant des jours — sur des civières dans les couloirs d'hôpitaux? Ce chapitre aborde les causes profondes, notamment l'absence de responsabilisation en matière de soins aux patients et le manque de planification pour combler les lacunes en matière de soins dans notre système de santé.

La **section 4 (Chapitre 8)** aborde la gestion des catastrophes, la préparation aux situations d'urgence et la résilience du système, ainsi que l'intégration, l'éducation et la formation nécessaires pour assurer la préparation à celles-ci. Elle décrit l'applicabilité de la préparation aux catastrophes à notre statut actuel, souligne à nouveau les leçons tirées de la COVID-19 et formule des recommandations pragmatiques pour améliorer notre réponse à des scénarios similaires à l'avenir.

Chapitre 8 : Préparation aux catastrophes.

Si l'ouragan Katrina frappait le Canada, comment y ferions-nous face? La vérité est que nous ne sommes pas prêts et que notre système souffre d'un manque absolu de préparation. La

situation de nombreux services d'urgence canadiens est souvent elle-même catastrophique, et ils ne disposent pas des outils nécessaires pour y faire face. Ce chapitre trace une feuille de route pour outiller nos lignes de front pour qu'elles puissent affronter leur situation de surcharge actuelle et les tenir prêtes à faire face à une éventuelle catastrophe.

La **section 5** couvre un éventail de tendances globales et de forces perturbatrices qui refaçonneront et réorienteront les soins d'urgence, la recherche et la formation dans les décennies à venir. Cela comprend la santé numérique et les technologies avancées, la justice, l'équité, la diversité et l'inclusion (JEDI), les changements climatiques et les leçons tirées des autres systèmes de santé (plus performants).

Chapitre 9 : Coévolution dans l'écosystème de recherche et de qualité

Tout comme nous l'avons fait pour les soins cliniques, nous commençons par explorer l'intégration de la recherche en médecine d'urgence (MU) dans un système plus large. Cela souligne l'importance d'adapter les efforts de recherche aux plus grandes menaces qui pèsent sur nos patients, nos populations et la santé à l'échelle de la planète.

Chapitre 10 : L'avenir de la santé numérique (SN) dans la médecine d'urgence

La SN transformera la médecine dans un avenir pas si lointain. La question n'est pas de savoir si elle sera adoptée, mais plutôt de savoir comment la technologie peut contribuer à tracer une voie pour atteindre le quintuple objectif d'une expérience améliorée pour les patients, de meilleurs résultats pour la population, de coûts réduits, d'une main-d'œuvre responsabilisée et d'une équité en matière de santé pour tous les Canadiens.

Chapitre 11 : Gérer les relations entre les groupes

La collaboration transversale est notoirement difficile à réaliser, et les efforts visant à diffuser de meilleures pratiques ou à modifier des structures obsolètes s'arrêtent souvent aux frontières entre les groupes. Le problème des conflits entre les groupes est si criant et si crucial dans les relations entre les SU et le système qu'il semblait essentiel de consacrer un chapitre à ce sujet. Aussi contre-intuitif que cela puisse paraître, le changement peut se produire en travaillant sur les identités sociales, et non contre elles.

Chapitre 12 : Le futur rôle de la médecine d'urgence dans la politique en matière de santé et les affaires publiques

Il faudra plus que des mots, aussi bien intentionnés et informés soient-ils, pour entraîner un



changement significatif. C'est là que commencent l'engagement dans les politiques, les affaires publiques et la défense de la cause. Les médecins urgentistes se trouvent à un croisement critique des soins de santé : à la croisée des soins communautaires, préhospitaliers, primaires et aigus. Nous pouvons être de puissants agents du changement qui observent, anticipent et répondent aux problèmes de santé du moment, avec une voix qui résonne dans l'ensemble du système médical. Les stratégies découlant de ce rapport doivent s'appuyer sur une vision claire et dépolitisée à long terme, et avoir des objectifs à court, moyen et long terme. Cela évite de tomber dans le piège « un problème/une solution » qui finit par échouer et conduit à des retards dans les urgences.

Chapitre 13 : La médecine d'urgence à l'époque des changements climatiques

La fréquence et la gravité des urgences climatiques augmentent déjà. Les programmes d'urgence doivent comprendre les risques climatiques locaux, ainsi que la nécessité d'adapter leurs plans opérationnels. Les directeurs des SU doivent avoir conscience des prévisions concernant les températures et les précipitations de leur région, prévoir les impacts opérationnels qui en résultent et travailler avec des architectes et des ingénieurs soucieux du climat pour concevoir des infrastructures adaptées à un environnement en évolution. L'ACMU et ses membres jouent également un rôle important dans l'éducation et le plaidoyer en faveur d'une planète saine.

Chapitre 14 : S'appuyer sur des valeurs : La justice, l'équité, la diversité et l'inclusion (JEDI) dans la médecine d'urgence

De nombreuses populations diverses et marginalisées ne se sentent pas en sécurité en se rendant dans les SU; elles ont souvent le sentiment de ne pas être entendues et que l'on n'aborde pas leurs besoins. En tant que membres respectés de la société, les médecins peuvent et doivent être de puissants défenseurs de la justice sociale afin d'assurer des conditions de vie saines pour tous. Ce chapitre décrit certaines des façons d'y parvenir en mettant l'accent sur le personnel, le leadership et la prise en charge des populations marginalisées dans les SU. L'importance de la représentation est également abordée : elle a un impact profond sur la façon dont les gens perçoivent et utilisent le système, font confiance aux prestataires et respectent les recommandations en matière de soins qui ont des conséquences sur les résultats pour les patients.



Chapitre 15 : Les leçons tirées d'autres systèmes de santé

Les fermetures des SU, le surpeuplement, la morbidité des patients, la mortalité, l'insatisfaction et l'épuisement professionnel des travailleurs de la santé ne sont pas uniques au Canada; d'autres pays dotés de systèmes de santé plus performants sont confrontés à des défis similaires. Ce chapitre compare, à l'aide d'études de cas, les approches en matière de politique sanitaire adoptées par plusieurs pays de l'OCDE. Il identifie les meilleures pratiques potentielles et couvre la planification de la main-d'œuvre, la capacité du système et les soins de longue durée. Les soins privés et publics sont également abordés.

Les pages suivantes illustrent les feuilles de route évoquées précédemment.

PROBLÈME

Fermetures imprévues des SU
Accès limité

FEUILLE DE ROUTE

Si nous:

OPPORTUNITÉ

Aligner l'accès aux besoins de la population et réduire les écarts de qualité



Contribution à l'objectif:

QUINTUPLE OBJECTIF—SOINS D'URGENCE



PROBLÈME

Surpeuplement des services d'urgence

FEUILLE DE ROUTE

OPPORTUNITÉ

Réduction des préjudices aux patients · Économies/redistribution \$\$
Amélioration de la rétention et du recrutement

Si nous:

Gérons une occupation des soins aigus à 85% en moyenne

Disposons d'un cadre de responsabilisation

Créons des options pour les visites à l'urgence évitables (p.ex., soins primaires et continus complexes)

En:

Ajustant aux besoins le # de lits de soins actifs
Utilisant les soins à domicile, communautaires et de transition au moment du congé
Réduisant de manière efficace et sécuritaire la durée de séjour des patients hospitalisés

Créant des zones de responsabilité, des objectifs et une gestion de la performance
Contrôlant et en atténuant les conséquences inattendues

Créant un accès rapide
Aux soins de santé primaires
Aux cliniques de jour de méd./chir./santé mentale/de dépendance
Ayant des centres de coordination et d'orientation à la sortie de l'hôpital

Cela aura pour conséquence:

Moins d'encombrement; temps d'attente plus court aux SU

Réduction du délai de déchargement des ambulances; meilleur temps de réponse

Moins de dommage moral/ de burn-out chez: médecins, infirmières et paramédicaux

Moins de Frustration et de violence des patients/ familles dans les SU

Meilleure coordination, accès et flux dans l'ensemble du système de santé

Et mènera en fin de compte à:

Moins d'événements indésirables, de meilleurs résultats pour les patients

Meilleure rétention, moins de pressions de recrutement, système de santé attrayant

Amélioration de la capacité de pointe, de la préparation aux catastrophes et de la résilience du système

Une meilleure culture de collaboration et d'intégration pour les défis à venir

Contribution à l'objectif:

QUINTUPLE OBJECTIF—SOINS D'URGENCE

FEUILLE DE ROUTE

OPPORTUNITÉ

PROBLÈME

Préparation et réponse aux catastrophes limitées

Réduire les écarts et les pressions sur les systèmes de santé lors de catastrophes aiguës et chroniques

Si nous:

Traitons l'encombrement des SU et leurs fermetures à travers le prisme d'une gestion de catastrophe

Disposons d'un plan éprouvé, y compris pour les populations à risque

Avons des normes, une uniformité et préservons les compétences en gestion de catastrophe

En:

Réduisant les fermetures inattendues des SU; en optimisant l'accès aux services d'urgence et en atténuant l'encombrement des SU (voir sections 2 et 3)
Créant une capacité de pointe, avec une réelle redondance

Ayant un plan "tous risques" formellement testé et pratiqué comme condition d'agrément
Faisant preuve de responsabilité envers les populations vulnérables

Intégrant la planification pour permettre une aide mutuelle entre régions et juridictions (du local au national)
Ayant un financement suffisant pour acquérir et maintenir les compétences en matière de préparation aux catastrophes

Cela aura pour:

Capacité du système suffisante pour s'adapter aux afflux normaux

Meilleure rétention, moins de pressions de recrutement, système de santé attrayant

Amélioration de la capacité de pointe, de la préparation aux catastrophes et de la résilience du système

Rassurer le public d'une approche équitable de la préparation

Plus de clarté, de confort et de confiance pour les prestataires dans leurs rôles et leur réactivité

Et mènera en fin de compte à:

Moins d'événements indésirables, de meilleurs résultats pour les patients

Meilleure rétention, moins de pressions de recrutement, système de santé attrayant

Amélioration de la capacité de pointe, de la préparation aux catastrophes et de la résilience du système

Une meilleure culture de collaboration et d'intégration pour les défis futurs

Contribution à l'objectif:

QUINTUPLE OBJECTIF—SOINS D'URGENCE



PROBLÈME

Contextes et défis évoluant rapidement

FEUILLE DE ROUTE

OPPORTUNITÉ

Créer une discipline qui s'adapte et innove en réponse à un environnement volatil, complexe et incertain

Si nous:

Créons et contribuons aux systèmes de santé apprenants

Améliorons notre préparation et notre agilité face à des changements rapides

Comprenons les différentes identités professionnelles et brisons les silos

En:

Renforçant notre réseau de recherche en MU
Mettant en œuvre un curriculum de sciences des systèmes de santé
Apprenons de l'intérieur et d'autres systèmes de santé

Comprenant les impacts sanitaires du changement climatique sur la MU
Influençant les applications de santé numérique afin qu'elles répondent à des défis importants (et non des solutions à la recherche d'un problème)

Mettant l'accent sur le rôle du développement de l'identité dans la formation
Créant un objectif commun dans le développement d'équipe
Favorisant une culture de respect de la diversité/des perspectives diverses

Cela aura pour conséquence :

Davantage de soins fondés sur des données probantes et diminution des écarts de qualité

Prestation d'un système davantage fondé sur des données probantes (structures/processus)

Réponse plus rapide et plus efficace aux menaces sanitaires émergentes et aux risques en cascade

Innovation technologique axée sur des défis et axée sur un objectif (et non l'inverse)

Un plus grand sens du but, un objectif partagé, un épanouissement au travail et dans la carrière

Et mènera en fin de compte à:

Moins d'événements indésirables, de meilleurs résultats pour les patients

Meilleure rétention, moins de pressions de recrutement, système de santé attrayant

Amélioration de la capacité de pointe, de la préparation aux catastrophes et de la résilience du système

Une meilleure culture de la collaboration et d'intégration pour les défis futurs

Contribution à l'objectif:

QUINTUPLE OBJECTIF—SOINS D'URGENCE



Et maintenant?

Le rapport EM:POWER articule un objectif commun et des stratégies fondamentales pour catalyser le changement d'en haut (décideurs) et du terrain (prestataires de soins). Pour que la médecine d'urgence puisse optimiser son rôle pour atteindre le quintuple objectif, l'ensemble du système doit être mieux intégré et aligné sur les besoins de nos patients et de nos populations.

De toute évidence, un seul rapport isolé ne changera pas la trajectoire des soins de santé au Canada; cela commence — mais ne doit pas se terminer — ici. Et maintenant?

Nos recommandations préliminaires ont été annoncées lors de la conférence 2023 de l'ACMU et le rapport final EM:POWER a été approuvé par le conseil d'administration de l'ACMU en octobre 2023. Ses conclusions fondamentales ont également été communiquées à tous les ministres et sous-ministres provinciaux et territoriaux de la Santé lors de leurs réunions d'automne respectives.

L'ACMU a par la suite proposé que les ministres provinciaux et territoriaux soutiennent un forum national qui permettrait aux chefs de file, aux parties prenantes et aux décideurs politiques de la santé de tirer parti de l'élan du projet EM:POWER et d'utiliser ses recommandations fondées sur des données probantes en guise de cadre du changement. Nous sommes impatients de travailler avec eux pour améliorer un système qui fournit non seulement un service essentiel aux Canadiens, mais qui contribue aussi à nous définir et qui reflète nos valeurs.

Recommandations clés

Les 30 recommandations clés ci-dessous sont extraites des sections correspondantes du rapport EM:POWER :

Section 1 : Un objectif commun, une mission coordonnée

Adopter un objectif commun, des principes directeurs et un cadre fédérateur pour coordonner notre mission.

1. Les chefs de file, les prestataires et les organismes de soins de santé du Canada devraient adopter le cadre du quintuple objectif comme objectif primordial de la refonte du système de santé.
2. Les planificateurs du système de santé doivent comprendre les besoins de la population, déterminer quels services répondent le mieux à ces besoins et leur fournir les ressources appropriées.
3. Les ministères provinciaux de la Santé devraient mettre en œuvre des cadres de responsabilisation en matière de soins aux patients qui intègrent des domaines de responsabilité, les attentes à l'égard des programmes et les objectifs en matière de performance.
4. La planification et la conception des services de santé devraient être confiées à une entité publique indépendante du gouvernement, afin de réduire l'impact des cycles électoraux sur les décisions portant sur le système de santé.
5. Les décideurs politiques canadiens devraient apprendre des systèmes de santé internationaux, tout en respectant les soins de santé financés par l'État et le quintuple objectif.
6. Les ministères de la Santé et les autorités sanitaires devraient assurer l'accès aux soins primaires à tous les Canadiens, en accordant la priorité à celles et ceux qui en ont le plus besoin. Un accès fiable aux soins primaires aidera les systèmes d'urgence à se concentrer sur leur mission principale.



7. Les gouvernements doivent soutenir l'intégration unifiée de la santé numérique pour faciliter l'accès aux données et le partage d'informations entre les patients, les prestataires de soins, les chercheurs et les communautés.
8. Les principes de justice, d'équité, de diversité et d'inclusion (JEDI) doivent être au cœur de la planification, la prestation et l'évaluation des soins de santé à tous les niveaux.
9. Les ministères provinciaux de la Santé devraient catalyser la refonte du système en créant des réseaux cliniques de soins adaptatifs et intégrés qui accordent la priorité aux besoins des patients et de la population.
10. Lorsque des facteurs systémiques compromettent les soins, la médecine d'urgence doit collaborer avec les chefs de file des soins de santé pour éviter les réponses simplistes à des problèmes complexes et encourager l'innovation systémique.

Section 2 : Un réseau doté de plusieurs points d'accès

Optimiser le nombre, la répartition, la capacité, les connexions, la coordination et la main-d'œuvre des services d'urgence et des autres points d'accès.

1. Les ministères provinciaux de la Santé devraient établir des réseaux cliniques de soins d'urgence (RCSU) pour coordonner les services cliniques et la planification des ressources humaines, les orientations opérationnelles et les initiatives d'amélioration de la qualité.
2. Les RCSU devraient superviser la catégorisation, la normalisation (installations, équipements, compétences requises) et l'intégration des SU et des autres points d'accès aux soins d'urgence.
3. Les RCSU devraient établir et soutenir des soins en équipe, en créant des rôles et des responsabilités complémentaires pour répondre aux besoins des patients. Les ministères et les autorités de la santé devraient fournir le financement nécessaire pour constituer des équipes, y compris des programmes de simulation régionaux.
4. Le système de soins d'urgences devrait travailler avec les agences de SMU pour mettre en œuvre et évaluer les centres de coordination préhospitaliers et les concepts de SMU à « portée élargie ».

5. Les gouvernements provinciaux devraient mettre en œuvre un modèle de planification des ressources médicales fondé sur les besoins, influencé par le comportement et mis à jour de manière itérative (p. ex. le modèle Savage).

Section 3 : Blocage de l'accès et responsabilisation

Mettre en œuvre des cadres de responsabilité, définissant les zones de responsabilité, les attentes du programme et les objectifs de performance.

1. Les chefs de file des soins de santé devraient utiliser des mesures de performance définies pour surveiller les lacunes en matière de soins et déterminer si elles peuvent être comblées au mieux par de nouvelles capacités, une efficacité accrue ou une réaffectation des ressources existantes. Lorsque la capacité constitue la lacune/cause profonde, ils doivent plaider pour de nouvelles ressources; en cas d'inefficacité ou de mauvaise allocation, ils doivent faciliter le changement.
2. Le ministre de la Santé doit tenir tous les chefs de la direction (PDG) des hôpitaux et des autorités sanitaires responsables de niveaux d'occupation des lits en moyenne de 85 % afin de réduire les services d'urgence utilisés pour accueillir des patients admis.
3. Les établissements doivent mettre en œuvre des protocoles en matière de surcapacité axés sur la demande, qui seront activés lorsque les systèmes font défaut et que le blocage de l'accès compromet la prestation des soins. Ces protocoles devraient également faciliter la transition de l'hôpital vers la communauté.
4. Les gouvernements provinciaux devraient immédiatement investir dans les options permettant de vieillir à domicile et dans la capacité de transition vers un « autre niveau de soins » afin d'accélérer les congés hospitaliers, de diminuer le blocage de l'accès aux soins de courte durée et d'améliorer la qualité des résultats.
5. Les hôpitaux doivent rendre compte publiquement de la performance de leur SU par rapport aux objectifs relatifs à l'accès et au flux des urgences, comme indiqué dans l'énoncé de position de l'ACMU de 2013 sur le surpeuplement et le blocage de l'accès.

Section 4 : Préparation aux catastrophes

Intégrer et financer la préparation aux catastrophes dans l'ensemble du système.

1. Tous les établissements de santé doivent se munir d'un plan formellement testé en cas d'afflux. Un système dont le taux d'occupation est proche de ou se monte à 100 % ne peut pas, par définition, faire face aux afflux. Le plan doit comprendre un niveau constant de redondance des lits qui doit consister en lits réels — dotés de personnel, mais inoccupés — par opposition à une augmentation théorique des lits supérieure au recensement existant.
2. La compétence en matière d'intervention en cas de catastrophe doit être validée par un audit cyclique structuré. Cette compétence doit être une condition requise pour l'agrément des établissements de santé et intégrée dans l'évaluation de routine.
3. La préparation aux catastrophes doit être intégrée et uniforme à tous les niveaux du système de santé et permettre à tous les niveaux et à toutes les régions de s'entraider.
4. L'éducation et la formation en matière de préparation aux catastrophes devraient bénéficier d'un financement annuel consacré à l'acquisition et au maintien des compétences.
5. Toute planification en cas de catastrophe doit prendre en compte les segments vulnérables de la population, notamment les personnes ayant des besoins et des défis particuliers.

Section 5 : Adaptation et évolution

S'adapter à un monde en évolution, au sein et au-delà de la médecine, en devenant un « système de santé apprenant » (SSA).

1. L'ACMU, en collaboration avec les départements universitaires et les divisions de médecine d'urgence, devrait développer un réseau pancanadien de recherche en médecine d'urgence, pour coordonner les chercheurs et faciliter les collaborations interdisciplinaires qui donnent la priorité aux besoins les plus urgents et les plus importants des patients et de la population.



2. Les médecins d'urgence devraient assumer des rôles de leadership et de gestion dans le domaine de la santé numérique, afin de garantir que les meilleures innovations soient promulguées et que les précieuses ressources publiques ne soient pas détournées vers des activités sans valeur ajoutée.
3. Les médecins d'urgence, par l'intermédiaire de leurs organismes nationaux et provinciaux, doivent connaître les conséquences des événements liés aux changements climatiques (p. ex., feux de forêt, inondations) sur la santé de la population et les impacts sur le système de santé; ils doivent aussi participer à l'éducation et à la défense du public et des professionnels.
4. Les programmes de formation en médecine d'urgence devraient inclure les affaires publiques, les politiques et le plaidoyer dans le cadre d'un programme de sciences des systèmes de santé, pour mieux comprendre le contexte plus large dans lequel la MU opère et nourrir la prochaine génération des chefs de file du changement systémique.
5. Les programmes de formation en MU devraient aborder l'impact de l'identité sociale dans le milieu des soins de santé et encourager les occasions d'interaction productives entre les spécialités, afin d'établir le travail d'équipe et les objectifs communs comme parties intégrantes du développement de l'identité professionnelle.