

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

RÈGLE D'UTILISATION DES RESSOURCES

OBJET :	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SERVICES D'URGENCE POUR ADULTES Centre universitaire de santé McGill (CUSM)		
DESTINATAIRES	Tout le personnel paramédical et médical, y compris les médecins, dentistes et pharmaciens du CUSM qui exercent ou interagissent avec un département d'urgence du CUSM.		
PUBLIÉ PAR :	Direction médicale et des services professionnels		
APPROUVÉ PAR CONSEIL		RÉSOLUTIONS DU CONSEIL N° :	
DATE DE RÉVISION :			

TABLE DES MATIÈRES

1	OBJET	4
2	DÉFINITIONS	5
3	CADRE JURIDIQUE.....	5
4	PRINCIPES DIRECTEURS	6
5	CHAMP D'APPLICATION	6
6	RUR	7
6.1	TRIAGE	7
6.2	PRISE EN CHARGE MÉDICALE INITIALE (PEC).....	7
6.2.1	USAGERS CONSULTANT SANS RECOMMANDATION MÉDICALE	7
6.2.2	USAGER RÉFÉRÉ PAR UN MÉDECIN MEMBRE DU CMDPSF DU CUSM	8
6.2.3	TRANSFERTS INTERÉTABLISSEMENTS.....	9
6.2.4	PÉRIODE POST-INTERVENTION	10
6.3	LE MÉDECIN URGENTOLOGUE : RÔLE ET RESPONSABILITÉS.....	10
6.3.1	PRÉSENCE.....	10
6.3.2	AFFECTATION PAR SECTEUR	11
6.3.3	RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE SOINS AUX PATIENTS.....	11
6.3.4	ÉVALUATION DU PATIENT ET CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE	11
6.3.5	RESPONSABILITÉS ENVERS LES USAGERS DONT IL/ELLE N'EST PAS LE MÉDECIN TRAITANT	
	12	

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	--

6.3.6	PRESCRIPTION D'EXAMENS RADIOLOGIQUES, DE LABORATOIRE, DE MÉDICAMENTS ET AUTRES	13
6.3.7	SURVEILLANCE CARDIAQUE.....	13
6.3.8	TRANSFERTS DE FIN DE QUART	13
6.3.9	PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE D'ORIENTATION	14
6.4	CONSULTATIONS.....	14
6.5	LE MÉDECIN CONSULTANT	15
6.5.1	DEMANDES DE CONSULTATION	15
6.5.2	TYPES DE CONSULTATIONS.....	16
6.6	LES MÉDECINS CONSULTANTS.....	17
6.6.1	COUVERTURE DES URGENCES	17
6.6.2	DÉLAIS DE CONSULTATION	17
6.6.3	SERVICES SANS PRIVILÈGES D'HOSPITALISATION	19
6.6.4	ORIENTATION DU PATIENT	19
6.6.5	PATIENTS NÉCESSITANT DES SOINS INTENSIFS	20
6.7	TRANSFERT PROVENANT D'UN AUTRE ENVIRONNEMENT ET DEMANDE DE CONSULTATION EXTERNE.....	21
6.7.1	POUR UN MÉDECIN D'URGENCE	21
6.7.2	POUR UN MÉDECIN CONSULTANT	21
6.7.3	DOCUMENTATION	22
6.7.4	PATIENTS EN PROVENANCE DU GRAND NORD	23
6.8	AUTORITÉ D'ADMISSION DMSP.....	23
7	SANCTIONS ADMINISTRATIVES	23
7.1	EXAMEN D'UN INCIDENT OU D'UN ÉCART PAR RAPPORT À LA RUR	23
7.1.1	ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE	23
7.1.2	CONCLUSION.....	24
7.1.3	PROCÉDURE ET DROITS PROCÉDURAUX	24
7.1.4	CONFIDENTIALITÉ ET SIGNALEMENT.....	25
7.2	SANCTIONS ADMINISTRATIVES : NON-RESPECT D'UN ÉLÉMENT SPÉCIFIQUE DE LA RUR URGENCES.....	25
8	RESPONSABILITÉS	27
8.1	CHEFS DE DÉPARTEMENT	27
8.2	PROCÉDURE	27

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

8.3	MÉCANISME.....	28
8.4	APPROBATION, ADOPTION ET ENTRÉE EN VIGUEUR	28
ANNEXE 1 : COUVERTURE SPÉCIALE.....		29
ANNEXE 2 : EXEMPLES DE MESURES DISCIPLINAIRES		30
ANNEXE 3 : MODIFICATIONS À CES RÈGLES POUR LE SERVICE DES URGENCES DE L'HÔPITAL LACHINE ...		31
ANNEXE 4 : TRANSFERTS ACCEPTÉS PAR LES CONSULTANTS		32

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

1 OBJET

Les salles d'urgence du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) fournissent en tout temps les soins et les services de qualité requis par les personnes qui consultent pour des problèmes de santé urgents. Elles constituent un élément important du système public de santé, offrant un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à des ressources dédiées au diagnostic et au traitement des problèmes de santé urgents et imprévus. Elles constituent également un filet de sécurité ultime pour tous les patients du CUSM.

Les services des urgences comprennent la priorisation, la stabilisation, l'évaluation, l'investigation et le traitement, le tout dans le but d'une orientation rapide. Une orientation rapide signifie : consultation complémentaire, congé, hospitalisation ou transfert (délai ciblé : durée moyenne de séjour de 12 heures en cas d'hospitalisation, ou 8 heures sinon). Il s'agit d'une ressource multidisciplinaire, partagée par plusieurs services médicaux et dotée d'une équipe multidisciplinaire composée de médecins urgentologues, médecins consultants, infirmières, pharmaciens, préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, autres professionnels de la santé, techniciens et stagiaires dans diverses disciplines.

L'optimisation de la gestion des urgences est une priorité organisationnelle pour le CUSM. En tant qu'établissement, le CUSM doit disposer de règles et de mécanismes de gestion efficaces des urgences afin de garantir l'accessibilité et la qualité des soins, ainsi que la fluidité et la sécurité des trajectoires des usagers qui s'y présentent.

L'accès aux services d'urgence repose sur une organisation en réseau intégré et hiérarchisé, où l'utilisateur se trouve au bon endroit au bon moment. La vision du département d'urgence s'inscrit dans un continuum de soins. Sa mission est complémentaire à celle des autres composantes du réseau (soins de première ligne, soins ambulatoires, soins hospitaliers et post-hospitaliers).

La responsabilité d'un accès rapide aux soins d'urgence est partagée entre le département d'urgence, la communauté hospitalière et la première ligne du système de santé. Cet accès est influencé par l'état du patient et de la complexité des interventions cliniques requises pour traiter le problème de santé urgent. Afin d'optimiser l'utilisation des services d'urgence dans un contexte de ressources limitées, il est essentiel de s'assurer que les bons patients se trouvent au bon endroit, au bon moment, pour recevoir les soins appropriés à leur condition biopsychosociale.

La présente Règle d'utilisation des ressources (RUR) a été rédigée pour définir les règles et les mécanismes assurant l'utilisation optimale des salles d'urgence du CUSM.

Cette RUR s'applique à tous les médecins, professionnels et autres intervenants qui travaillent ou interagissent avec les services d'urgence du CUSM, dans le cadre du Département de médecine d'urgence du CUSM. Elle établit les règles visant à fournir aux usagers des soins de qualité et sécuritaires, au bon endroit et au bon moment, ainsi qu'à assurer l'efficacité opérationnelle et l'accessibilité, en précisant les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Enfin, elle précise également les sanctions administratives en cas de non-respect de ces règles.

Les délais indiqués dans la RUR peuvent ne pas toujours être respectés en raison de facteurs tels que le volume de patients, la gravité des cas, les niveaux de dotation en personnel et la disponibilité des

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

ressources, tant au sein du CUSM qu'à l'externe. Ces circonstances seront toujours soigneusement prises en considération avant l'application de toute sanction administrative.

2 DÉFINITIONS

Dans le présent document, les termes suivants ont la signification qui leur est attribuée ci-dessous :

ACR : Arrêt cardiopulmonaire

AIC : Assistante infirmière-chef ou assistant infirmier-chef

DMSP : Directeur médical et des services professionnels – actuellement connu sous le signe « DMSP », mais également appelé « DSP » ou « DPS »

DMS : Durée moyenne du séjour

PDG : Président-directeur général

MRP : Médecin responsable principal

NSA : Niveau de soins alternatifs (signifie soins de réadaptation, soins à domicile, CHSLD, etc.)

PEC : Prise en charge (assumer la responsabilité principale des soins prodigués au patient)

RUR : Règle d'utilisation des ressources

Medurge : Système électronique utilisé dans les services d'urgence ; ce terme peut être remplacé par un autre système électronique, le cas échéant.

Veuillez noter que les termes « médecin urgentologue », « médecin consultant », « usager » et « patient » sont indiqués au masculin dans le texte, mais désignent toute personne, quel que soit son genre, précisé ou non. Le terme « chef » désigne le chef ou son délégué. Le terme « consultant » inclut son délégué (par exemple, un résident).

3 CADRE JURIDIQUE

La présente RUR est adoptée conformément à :

- La Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (2023, chapitre 34) ;
- La Loi sur les services de santé et les services sociaux [L.R.Q., c. S-4.2] (LSSSS) et ses règlements dans la mesure où ils sont compatibles avec la loi susmentionnée ;
- Les règlements administratifs du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes du CUSM (CMDPSF) ;

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

- Les lois et règlements du Collège des médecins du Québec
- Les lois et règlements de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Les lois et règlements des autres ordres professionnels concernés

Toute disposition de la LGSSSS visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, ainsi que les dispositions de la LSSES ou des règlements susmentionnés s'appliquent, le cas échéant. En cas d'incompatibilité, ces lois et règlements prévalent sur la présente RUR.

La présente RUR a également préséance, en cas d'incompatibilité, sur les autres règlements dûment adoptés par d'autres départements ou services du CUSM.

Il est à noter que les règles et principes relatifs du **continuum** des soins en traumatologie, AVC, soins cardiaques (STEMI) et toute autre directive future ayant les mêmes objectifs ou contraintes, notamment l'absence de droit de refus et de transfert d'urgence à urgence, sont établis au niveau provincial pour une clientèle spécifiquement définie et ont préséance. Les règles d'« appartenance » adoptées par la table du DMSP demeurent applicables.

4 PRINCIPES DIRECTEURS

La RUR a été élaborée par la direction du Département des urgences avec le soutien et l'approbation du DMSP. Cette RUR repose sur les principes directeurs suivants :

- Promouvoir l'accessibilité, la qualité et la pertinence des soins et des services ;
- Respecter la mission du service des urgences, qui est de fournir à chaque personne qui se présente avec un problème de santé urgent les soins et les services de qualité requis par son état, en tout temps, selon une approche centrée sur le patient (réanimation, évaluation initiale de stabilisation, traitement) et une orientation rapide : consultation, hospitalisation, transfert ou congé ;
- Atteindre les objectifs de performance et d'efficacité attendus par la population et exprimés dans les directives et attentes ministérielles ;
- Favoriser l'harmonie et la complémentarité entre les membres du personnel œuvrant aux urgences.
- Travailler en collaboration harmonieuse avec nos partenaires régionaux

5 CHAMP D'APPLICATION

La présente RU s'applique directement à tous les médecins, de tous les départements, et concerne tous les professionnels et autres intervenants qui travaillent ou interagissent dans un ou plusieurs services d'urgence du CUSM.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

6 RUR

6.1 TRIAGE

Tous les patients consultant à l'urgence doivent être triés par une infirmière selon un protocole de triage approuvé. En fonction du résultat du triage, une cote de priorité sera attribuée à chaque patient, qui sera alors :

1. Redirigé vers une ressource externe ou interne ;

OU

2. Orienté (au sein du service des urgences) vers :
 - a. la salle d'attente
 - b. la zone FLEX
 - c. l'aire des civières
 - d. les aires de surcapacité civière
 - e. la salle de réanimation

La décision d'effectuer une surveillance cardiaque avant l'évaluation médicale est prise par l'infirmière de triage, avec l'appui de l'infirmière responsable, si nécessaire, sur la base de critères objectifs ([Outil d'aide à la décision - Utilisation judicieuse du monitoring cardiaque à l'urgence](#)). De même, les infirmières peuvent effectuer les examens ou les procédures prévus dans les ordonnances collectives, le cas échéant, avant l'évaluation médicale.

Lorsque le temps d'attente pour voir le médecin dépasse les recommandations pour la priorité attribuée au patient, l'état de ce dernier doit être réévalué par l'infirmière de triage/pré-triage ou l'infirmière auxiliaire affectée aux ordonnances collectives, en collaboration avec l'infirmière ambulatoire ou l'infirmière au chevet. À la suite de cette réévaluation, l'infirmière peut revoir la cote de priorité, réorienter le patient selon les mêmes principes que ceux utilisés lors du triage initial ou demander que le patient soit conduit dans une salle afin d'être examiné plus rapidement par un médecin (si l'état du patient l'exige ou si le temps d'attente du patient est jugé excessif par rapport à celui des autres patients en attente).

6.2 PRISE EN CHARGE MÉDICALE INITIALE (PEC)

6.2.1 USAGERS CONSULTANT SANS RECOMMANDATION MÉDICALE

Tous les usagers qui consultent en ambulatoire ou qui arrivent en ambulance, sans référence, seront évalués par un médecin urgentologue, selon la priorité attribuée lors du triage, sauf s'ils sont redirigés vers une autre ressource.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

6.2.2 USAGER RÉFÉRÉ PAR UN MÉDECIN MEMBRE DU CMDPSF DU CUSM

Lorsqu'un patient est référé à l'urgence par un médecin membre du CMDPSF du CUSM, le service concerné sera contacté à l'arrivée de l'usager selon la procédure de triage. Il incombe au médecin référent d'informer le consultant de l'urgence de la condition médicale et de toute information importante susceptible de faciliter le processus d'évaluation.

Le médecin urgentologue procèdera, au besoin, à une première évaluation du patient avant de faire officiellement la demande de consultation. Les soins seront transférés au consultant dès qu'il aura examiné le patient. Le médecin urgentologue devra rester impliqué si l'état du patient est instable. Le patient doit faire l'objet d'une prise en charge conjointe, selon le principe de l'intérêt supérieur du patient. Le médecin urgentologue doit être informé de tout transfert de patient.

Le médecin consultant doit être disponible, dans la mesure du possible, au moment de l'arrivée du patient aux urgences et prendra en charge le patient entre 8 h et 18 h ; si le patient arrive entre 18 h et 8 h, le consultant doit voir le patient à ou avant 8 h ; la consultation doit être terminée avant 10 h. Toutefois, dans le cas d'un patient instable, le médecin consultant doit être présent à tout moment et peut demander à son collègue du service des urgences de lui prêter main-forte.

Il convient de noter que l'un des objectifs de la RUR est de soutenir la fluidité entre l'urgence et l'hôpital. Par conséquent, les consultations en dehors des heures normales seront priorisées pour les patients dont l'évaluation aura un impact sur le flux hospitalier, c'est-à-dire que s'il y a un lit disponible dans le service, il est attendu qu'une décision de disposition (hospitalisation, congé, etc.) soit prise sans attendre au lendemain matin, évitant ainsi que le patient demeure inutilement à l'urgence pendant plus de 12 heures. Le médecin urgentologue et le consultant peuvent décider de discuter du cas par téléphone et de déterminer la disposition, mais celle-ci ne doit pas être reportée au lendemain si un lit est disponible. C'est le médecin urgentologue qui déterminera quelles consultations doivent être effectuées en dehors des heures d'ouverture et communiquera avec le consultant.

Les orientations vers les urgences doivent être limitées aux patients qui nécessitent réellement une évaluation à l'urgence. Les services devraient chercher à utiliser les ressources ambulatoires disponibles, telles que les cliniques d'accès rapide et les hôpitaux de jour, lorsque cela est possible, afin d'éviter le recours inutile au service d'urgence.

Les patients ne doivent pas être envoyés aux urgences pour accélérer des examens, des consultations, des bilans préopératoires ou des procédures mineures, sauf si leur état l'exige. En cas d'examen radiologique spécialisé urgent (échographie généralement indisponible après 15 h ou IRM), le médecin référent doit rédiger la requête et organiser l'examen (en communiquant avec le service de radiologie) avant de contacter le médecin urgentologue.

Si un patient n'est pas attendu par le spécialiste mais se présente avec une demande de consultation spécialisée, le médecin urgentologue évalue l'état du patient et décide si celui-ci doit être vu par le spécialiste en urgence ou en consultation externe.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

6.2.3 TRANSFERTS INTERÉTABLISSEMENTS

Sans exclure la responsabilité des autres prestataires de soins, la responsabilité de la sécurité de l'usager lors des transferts interhospitaliers incombe au médecin de l'établissement d'origine. La priorité doit être donnée à l'utilisation des cliniques ambulatoires et des hôpitaux de jour pour l'évaluation des usagers stables et ambulatoires.

Les patients ne doivent pas être acceptés le soir ou la nuit à moins que leur état clinique ne justifie une évaluation urgente, auquel cas le consultant devra les examiner dès leur arrivée. Dans de tels cas, le consultant devient responsable du patient dès qu'il l'a examiné. Si le patient arrive entre minuit et 8 h, le consultant est tenu de l'examiner et de terminer la consultation avant 10 h. Les médecins urgentologues peuvent être appelés si l'état du patient est instable à son arrivée et si le consultant ou l'équipe soignante n'est pas disponible. Ils peuvent également être sollicités par le consultant pour fournir des soins simultanés.

Un transfert interhospitalier peut être accepté par un spécialiste si le patient se trouve dans une autre urgence (c'est-à-dire s'il n'est pas admis). Si le patient est susceptible d'avoir besoin d'une hospitalisation, son arrivée doit être communiquée au coordinateur responsable de la gestion des lits. Idéalement, ces patients devraient être directement admis dans un lit d'hospitalisation. Les usagers dont l'état devient instable pendant le transfert seront dirigés vers les urgences pour y être stabilisés. Le médecin urgentologue doit être informé de tout transfert accepté.

Les patients instables ne doivent pas être admis aux urgences, sauf dans des circonstances exceptionnelles. En général, ils doivent être stabilisés avant leur transfert ou, s'ils demeurent instables, ils doivent être admis à l'unité de soins intensifs de l'établissement d'origine, puis transférés vers l'unité de soins intensifs du CUSM (ou autre, conformément au COOLSI).

Pour les transferts de patients hospitalisés, voir la section 6.6.

Un transfert interhospitalier peut être accepté par un médecin urgentologue en son nom, par exemple lorsque les installations techniques ou l'expertise du centre référent ne permettent pas de compléter l'évaluation (ex. : le Grand Nord), et ce, sans validation préalable par le spécialiste du CUSM. Le médecin urgentologue procédera alors à l'évaluation et orientera le patient selon son état.

Le médecin urgentologue accepte également les transferts en vertu des règles d'« appartenance ».

Dans le cas où un patient est accepté par le radiologue pour une intervention et que le patient doit rester en raison d'une complication, le radiologue doit d'abord contacter le spécialiste approprié, puis le médecin urgentologue avant de diriger le patient vers les urgences. La procédure du point 6.2.2 s'applique alors. Cela ne s'applique pas si le patient est instable.

L'utilisation de la salle d'urgence comme simple zone de transit est à éviter.

Les patients hospitalisés provenant d'autres établissements ne doivent pas être envoyés au service des urgences ; ils doivent plutôt être transférés directement vers un lit d'hospitalisation au CUSM, sauf circonstances exceptionnelles.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

6.2.4 PÉRIODE POST-INTERVENTION

Tout patient se présentant dans les 2 jours suivant une intervention avec un problème qui semble lié à cette procédure sera contacté par l'infirmière de triage, qui devra examiner le patient pendant les heures régulières, ou en dehors de ces heures si le patient nécessite une intervention urgente. Si plus de 2 jours se sont écoulés ou si le motif de consultation ne semble pas lié à l'intervention, c'est le médecin urgentologue qui examinera le patient et déterminera si le service concerné doit être impliqué.

En cas d'urgence vitale, de douleur importante, d'instabilité ou pour toute autre raison non liée à l'intervention, le médecin urgentologue assurera la gestion immédiate de la situation et fera appel aux consultants concernés, au besoin.

Les services proposant des traitements ambulatoires quotidiens ou fréquents (ex. : dialyse, hématologie, radiothérapie) sont exclus. Ces patients seront évalués en premier lieu par le médecin urgentologue, qui déterminera le ou les services à impliquer.

6.3 LE MÉDECIN URGENTOLOGUE : RÔLE ET RESPONSABILITÉS

6.3.1 PRÉSENCE

Les règlements administratifs du service des urgences du CUSM précisent les modalités visant à assurer la couverture continue des différentes salles d'urgence du CUSM, le nombre de médecins de garde, la publication de la liste, les règles de remplacement en cas d'indisponibilité, ainsi que le mécanisme de rappel des médecins qui ne sont pas de garde.

Au moins un médecin urgentologue doit être présent dans chaque établissement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Un médecin urgentologue ne peut quitter l'établissement sans s'assurer qu'au moins un autre médecin urgentologue est présent aux urgences. Cette obligation ne peut être déléguée à un médecin résident. Afin d'assurer une couverture minimale, le Département de médecine d'urgence doit disposer d'un plan d'action, comprenant notamment l'utilisation d'une liste de rappel.

Chaque médecin est responsable de trouver ou de coordonner un remplacement pour tout quart de travail qui lui est attribué dans l'horaire officiel, quelle que soit la plage horaire concernée. Les médecins urgentologues sont tenus de trouver eux-mêmes un remplaçant et ne doivent contacter le chef du service qu'en cas d'incapacité. Le médecin de garde assurant le Code orange / sur appel le jour du quart de travail problématique remplacera le médecin absent ou incapable de le compléter son quart de travail, à moins qu'un autre médecin n'accepte de le remplacer. Si le quart a lieu dans plus de 7 jours, le médecin de garde Code orange n'est pas tenu de le couvrir. Le chef de service peut modifier l'horaire des médecins initialement prévus à l'horaire ce jour-là (substitution de quart le même jour) afin d'assurer une couverture adéquate et sécuritaire du service des urgences. En cas de surcapacité, le secrétaire des urgences enverra un message au groupe pour l'informer de la situation et demander des volontaires pour venir en renfort.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

Le médecin chargé du Code orange doit être joignable en tout temps entre 7 h le jour où il commence sa garde et 6 h 59 min 59 s le lendemain. Il doit être joignable dans un délai raisonnable. Il doit être présent sur les lieux dans l'heure, si nécessaire.

6.3.2 AFFECTATION PAR SECTEUR

Lorsque plusieurs médecins urgentologues sont de garde, chacun se voit attribuer un secteur particulier, dans un souci d'efficacité et d'efficience. Toutefois, dès qu'ils le peuvent, ils sont tenus d'offrir leur aide pour la prise en charge (PEC) des patients dans les autres secteurs, en particulier dans le secteur ambulatoire.

6.3.3 RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE SOINS AUX PATIENTS

Le médecin urgentologue est le médecin traitant responsable de tous les usagers dont il a la charge, ainsi que de tous les résidents et étudiants sous sa supervision. Il est également responsable des usagers qui lui sont transférés par les médecins qui l'ont précédé au service des urgences.

Le médecin urgentologue demeure le médecin traitant jusqu'à ce que le patient reçoive son congé des urgences, soit pris en charge par un autre médecin traitant (qu'il s'agisse d'un autre médecin urgentologue ou d'un spécialiste) ou qu'une demande d'admission soit acceptée par téléphone par le médecin responsable de l'admission.

Le médecin urgentologue n'est pas le médecin responsable d'un patient admis dans un service spécialisé, ni d'un patient pris en charge par un médecin consultant dans le cadre d'une demande de consultation avec prise en charge. Le médecin urgentologue apportera toutefois son aide en cas de situation d'urgence, jusqu'à ce que le médecin hospitalier ou le spécialiste responsable du patient arrive à l'urgence et que la prise en charge puisse être transférée en toute sécurité.

Dans le cas où un usager pris en charge ou accepté par un consultant ne nécessite pas les soins tertiaires offerts au CUSM (pour lesquels il avait été transféré) et doit être retourné à l'établissement référent après évaluation par le consultant, il incombe au consultant ayant accepté le patient de contacter l'établissement référent, pour en aviser le médecin référent et effectuer le transfert des soins verbalement et par écrit.

6.3.4 ÉVALUATION DU PATIENT ET CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE

À l'exception des usagers réorientés à partir du triage (section 6.1) et de ceux que les médecins consultants doivent examiner et prendre en charge directement (voir section 6.2), le médecin urgentologue doit évaluer avec diligence tous les usagers qui se présentent à l'urgence, dans un ordre qui tient compte de la cote de priorité attribuée lors du triage ou de la réévaluation. Lorsque plusieurs médecins urgentologues travaillent simultanément au service des urgences, ils assument cette responsabilité collectivement, quel que soit l'endroit où se trouve l'utilisateur dans le service (voir section

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

6.3.2). Il convient de noter que certains patients dont le temps d'attente est excessif peuvent être priorisés pour l'évaluation par le médecin urgentologue, malgré la priorité initiale attribuée au triage.

Pour les patients dont il a la charge, le médecin urgentologue doit, notamment, mais pas exclusivement, établir un diagnostic différentiel cohérent avec le motif de consultation, et mettre en œuvre un plan d'investigation et de traitement approprié.

Afin de maintenir l'accessibilité aux urgences et de pouvoir répondre aux besoins futurs des patients, la stabilisation, l'évaluation, l'investigation et le traitement doivent être réalisés dans une optique d'orientation médicale rapide : congé, demande de consultation, hospitalisation ou transfert.

Il revient au médecin urgentologue de consulter avec discernement et de façon appropriée, selon les besoins du patient et l'algorithme d'admission du CUSM. Une consultation avec prise en charge ne doit être demandée qu'à un seul service, conformément à cet algorithme. Une communication franche est attendue entre le médecin urgentologue et les consultants quant au service le plus approprié pour assurer la prise en charge du patient.

Par ailleurs, tout examen ou soin ne nécessitant pas les ressources techniques de l'urgence et pouvant être effectué en dehors de l'épisode des soins aigus, doit être réalisé à l'extérieur de l'urgence. Tout examen non urgent doit être redirigé vers la ressource appropriée. La commodité (« puisque le patient est déjà là ») ne constitue pas une justification valide pour effectuer des examens, des tests ou des consultations supplémentaires.

Les salles d'urgence du CUSM étant des milieux universitaires d'enseignement, le médecin urgentologue doit inclure les étudiants et les résidents dans ses interactions avec les usagers et leur accorder une place appropriée, sous supervision.

6.3.5 RESPONSABILITÉS ENVERS LES USAGERS DONT IL/ELLE N'EST PAS LE MÉDECIN TRAITANT

Comme précisé à la section **6.3.3**, le médecin urgentologue n'est pas le médecin le plus responsable de tous les usagers des urgences.

Toutefois, si un patient admis aux urgences, sous la responsabilité d'un médecin consultant, présente une complication aiguë mettant en danger sa vie ou sa sécurité, le médecin urgentologue doit intervenir et prendre en charge cette situation aiguë jusqu'à l'arrivée du médecin le plus responsable (dans les plus brefs délais). À son arrivée, le médecin traitant reprend la responsabilité des soins, du traitement et des examens complémentaires du patient, bien qu'il puisse demander au médecin urgentologue de l'assister dans les soins prodigués au patient. Le principe consistant à faire ce qui est le mieux pour le patient doit être respecté.

Le médecin traitant doit être disponible à court préavis, 24 heures sur 24, tous les jours, avec un délai maximal d'une heure pour se rendre sur place si nécessaire. Si un délai plus court est prévu dans le règlement du département ou du service concerné, ce dernier prévaut.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

6.3.6 PRESCRIPTION D'EXAMENS RADIOLOGIQUES, DE LABORATOIRE, DE MÉDICAMENTS ET AUTRES

Le médecin urgentologue est responsable du suivi des ordonnances, analyses et examens d'imagerie qu'il a prescrits à un patient, y compris les examens prescrits dans le cadre d'une ordonnance collective.

Les médecins urgentologues doivent compléter les demandes d'examens radiologiques avec les informations pertinentes pour leur interprétation, afin d'assurer un suivi sécuritaire. La documentation de l'interprétation des radiographies standard par le médecin urgentologue dans le système PACS est une méthode encouragée pour l'assurance qualité.

Toutes les prescriptions et ordonnances doivent être effectuées dans le format électronique disponible (Oasis ou Medurge, selon le cas).

Veuillez noter que les prescriptions de médicaments doivent être saisies dans Medurge. Aucune prescription sous un autre format (par exemple, papier) ne sera acceptée. Les ordonnances verbales ne sont acceptées qu'en situation de réanimation ou si le médecin n'est pas présent ou n'est pas en mesure de saisir la médication (voir la politique du CUSM sur les ordonnances verbales). À moins que l'option de prescription ou de documentation ne soit pas disponible en format électronique (de façon temporaire ou permanente), le format papier ne doit pas être utilisé.

Ce qui précède s'applique également aux médecins consultants.

6.3.7 SURVEILLANCE CARDIAQUE

Le médecin urgentologue et les autres médecins doivent se conformer aux critères objectifs énoncés dans le document INESSS [Rapport en soutien - Utilisation judicieuse des moniteurs cardiaques à l'urgence](#) pour l'utilisation des moniteurs cardiaques au Département de médecine d'urgence, sauf si des exceptions sont justifiées selon l'appréciation du médecin.

6.3.8 TRANSFERTS DE FIN DE QUART

Les médecins urgentologues sont responsables de s'assurer que tous les patients sous leur responsabilité sont pris en charge par un autre médecin à la fin de leur quart de travail. En cas de transfert vers un autre médecin urgentologue, cela se fait un patient à la fois. L'utilisation de l'outil de transfert dans Medurge est fortement encouragée.

Pour les consultants, le transfert doit être effectué pendant le quart de travail ou à la fin, conformément aux règles décrites à la section 6.5. En aucun cas, un transfert de soins ne doit avoir lieu sans l'accord du médecin qui prend le relai. Le bon MRP (médecin le plus responsable) doit être identifié dans Médurge à tout moment.

Avant le transfert, le médecin urgentologue responsable doit prescrire tous les médicaments, consultations et autres ordonnances pertinentes, et gérer les « appartenances » de ses patients (y compris

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

les demandes, la prise de contact avec l'établissement receveur entre 8 h et 18 h). En l'absence de coordinateur, il doit également contacter l'établissement receveur en cas de refus inapproprié.

Afin d'assurer une transition efficace, le médecin urgentologue doit être présent au début de son quart prévu; en cas d'empêchement, il doit en aviser directement le médecin qu'il remplace. Les retards fréquents donneront lieu à des rencontres avec le responsable des urgences ou son délégué et pourront entraîner des mesures disciplinaires (annexe 2).

6.3.9 PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE D'ORIENTATION

Afin d'éviter les séjours prolongés, et conformément aux principes du *Guide de gestion des urgences* (MSSS), tous les urgentologues sont encouragés à viser une durée de prise en charge inférieure à 6 heures avant qu'une décision soit prise (consultation, admission ou congé). Dès qu'ils disposent de toutes les informations nécessaires, les médecins doivent procéder à l'orientation des usagers qu'ils ont évalués et pris en charge durant leur quart : admission, congé ou demande de consultation en médecine spécialisée.

Tout en assurant une évaluation appropriée et en visant la sécurité des soins aux patients, seul un nombre minimum d'usagers doit être transféré au médecin urgentologue suivant.

Il est attendu que, si toutes les informations nécessaires à une décision d'orientation sont disponibles au moment du changement de quart, le médecin urgentologue sortant finalise l'orientation du patient plutôt que de déléguer les soins au médecin urgentologue entrant.

Les médecins-coordonateurs, lorsqu'ils sont disponibles, peuvent soutenir les médecins dans les décisions complexes (admissions, congés, transferts), mais des efforts raisonnables doivent avoir été faits par le médecin d'urgence avant de faire appel à eux.

6.4 CONSULTATIONS

Les consultants s'engagent à compléter leurs consultations (décision de congé, d'admission ou discussion directe avec un autre service afin de l'impliquer officiellement dans les soins du patient) dans un délai de 4 heures maximum (à compter du début de la consultation) entre 8 h et 18 h. Toutes les consultations demandées avant 18 h doivent être effectuées le soir même. Ces délais peuvent être prolongés si le plan de surcapacité de l'hôpital est activé et qu'un lit est disponible, ou si le patient peut recevoir son congé, c'est-à-dire si cela a une incidence sur le volume de patients aux urgences. De plus, les consultants doivent se présenter pour voir leurs patients instables ou nécessitant des interventions urgentes relevant de leur spécialité.

Les services de chirurgie du CUSM s'engagent à effectuer leurs consultations dans les délais mentionnés dans le présent document, même lorsqu'ils sont en salle d'opération, pour autant qu'un membre de l'équipe puisse s'absenter brièvement de façon sécuritaire.

Étant donné que ces délais de décision sont des moyennes, il est possible et admis qu'ils ne soient pas toujours respectés pour chaque patient individuellement, notamment en raison des enjeux reliés à la

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

main-d'œuvre et du volume de consultations. Toutefois, il est attendu que les délais moyens d'exécution soient respectés sur une période prolongée.

Les services de consultation sont chargés de s'assurer qu'une personne est disponible pour répondre aux appels ou pour indiquer qu'ils sont temporairement indisponibles (par exemple, au bloc opératoire). Pour toutes les consultations, le service est tenu de répondre à l'appel dans les 5 minutes. En cas d'absence de réponse après 15 minutes, le coordinateur de l'unité rappellera. Ensuite, il y aura **une escalade toutes les 15 minutes** vers la personne suivante dans l'ordre suivant : étudiant, résident, fellow, médecin cadre, chef de division, puis directeur médical (DPS) de garde.

6.5 LE MÉDECIN CONSULTANT

6.5.1 DEMANDES DE CONSULTATION

Le médecin qui demande une consultation à un autre médecin doit compléter la demande dans Medurge et inclure les informations cliniques nécessaires pour établir l'ordre de priorité de la consultation, en expliquant et en justifiant clairement la demande. (Une mention du type « tel que discuté » ne suffit pas comme justification). Afin de préserver l'accessibilité à l'urgence et d'éviter le surpeuplement, **toute consultation pour une affection ne nécessitant pas d'orientation pendant la visite aux urgences doit être planifiée en dehors de la visite aux urgences, dans un environnement plus approprié.** Veuillez noter que, statistiquement, chaque consultation double au minimum la durée moyenne de séjour (DMS) du patient.

Avant la consultation, il est fortement recommandé de procéder à des tests de base raisonnables afin de permettre une évaluation plus rapide par le consultant. Les examens supplémentaires jugés nécessaires pour orienter le patient pendant son séjour aux urgences relèvent du médecin consultant (en fonction de son domaine d'expertise).

Dans tous les services d'urgence du CUSM, les consultations pour les patients qui, selon l'avis du médecin urgentologue, sont instables ou présentent un risque de détérioration rapide doivent être effectuées le plus rapidement possible, 24 heures sur 24, tous les jours. Les demandes de consultation pour les patients gravement malades ou ceux qui présentent un risque de détérioration rapide doivent être communiquées directement par le médecin urgentologue au consultant. Toutes les consultations doivent être effectuées à l'aide du logiciel OWORD, qui facilite une communication numérique efficace et sécurisée entre les professionnels de la santé et l'urgence. Le statut de la consultation est automatiquement mis à jour dans Médurge via une interface avec OWORD si les statuts « préliminaire » ou « final » sont utilisés. Une fois la demande créée dans Médurge, le document est visible dans Oacis et peut être mis à jour au besoin.

En tout temps, le médecin urgentologue et les consultants doivent s'efforcer de minimiser les demandes de consultation, notamment en évitant celles qui ne sont pas nécessaires pendant le séjour à l'urgence, par exemple en recourant à :

1. des créneaux réservés aux consultations semi-urgentes en ambulatoire ;
2. l'orientation vers des cliniques à accès rapide pour les usagers répondant aux critères ;

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

3. l'orientation vers l'hôpital de jour (HRV ou HGM)
4. une référence vers le médecin de famille ou une clinique sans rendez-vous pour d'autres interventions.
5. une référence vers une clinique spécialisée externe

Une demande de consultation ne peut être refusée par le service médical sollicité. Si la demande est jugée non justifiée, ou si son type ou son échéancier pourrait être différent de celui indiqué, une discussion collégiale doit avoir lieu à cet effet entre le consultant et le médecin demandeur. **Seul le médecin responsable du patient peut modifier ou annuler la demande de consultation.** Si un médecin traitant annule une consultation demandée par un autre médecin, il doit **documenter les motifs** justifiant cette annulation dans Médurge (et dans la note médicale). Veuillez noter que les consultations ne doivent pas être refusées ou retardées en raison de quotas.

6.5.2 TYPES DE CONSULTATIONS

Lorsqu'un médecin (y compris un médecin d'urgence) demande une consultation, il doit indiquer le type de consultation souhaitée :

1. **Consultation (sans autre précision)** : le médecin qui demande ce type de consultation demeure le médecin traitant de l'utilisateur. Il souhaite uniquement obtenir l'avis du consultant sur la marche à suivre en matière d'investigation ou de traitement, ou encore son avis sur le diagnostic. Le médecin consultant doit prescrire les examens ou traitements qu'il juge pertinents et en discuter avec le médecin urgentologue, ainsi que toute autre consultation qu'il juge nécessaire. Des notes écrites contenant des recommandations dont le médecin urgentologue n'a pas connaissance peuvent retarder considérablement l'exécution des ordres et prolonger la durée du séjour.

Le médecin consultant peut et doit formuler des recommandations sur l'orientation du patient. Il reste impliqué dans les soins prodigués au patient jusqu'à ce qu'il se retire formellement du dossier.

2. **Consultation et prise en charge** : le médecin qui demande ce type de consultation souhaite que le médecin consultant devienne le MRP de l'utilisateur. Cela peut s'appliquer à un service non-admettant si le congé est probable. Si un service non-admettant est consulté et qu'il juge nécessaire d'admettre le patient, il lui revient de consulter un service admettant.

Lorsqu'un médecin d'urgence demande une PEC, ce transfert de responsabilité (par lequel le médecin consultant devient le médecin traitant de l'utilisateur et le médecin qui a initialement demandé la consultation se retire du dossier) intervient deux heures après le début de la consultation.

Si le médecin consultant évalue un patient et conclut que l'orientation ne relève pas de son domaine de compétence, il peut en discuter avec le médecin urgentologue afin de rediriger le patient vers un autre consultant ou vers le médecin urgentologue. Cela doit être fait dans les deux heures suivant le début de la consultation.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

Cette règle s'applique uniquement si la consultation est demandée par un médecin urgentologue. Dans tous les autres cas, le transfert de soins se fait uniquement sur entente explicite entre les deux services. En cas de désaccord, le coordinateur médical ou le DMSP peut arbitrer.

Lorsque le médecin consultant devient le MRP de l'utilisateur, il est responsable du reste du parcours du patient (sauf transfert vers un autre service). En aucun cas, un consultant ne peut se retirer de la prise en charge d'un patient encore à l'urgence si l'état de celui-ci empêche son congé, quelle qu'en soit la raison (ex. : environnement de vie inadéquat, autres problèmes médicaux, etc.). Tout comme un patient admis ne peut être « désadmis » sans congé formel, un consultant ne peut se désengager de la PEC d'un patient dont il est le MRP. Si le patient doit être admis, il appartient au consultant de faire appel à un service d'admission. Le consultant reste le MRP jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par un autre service.

Bien que plusieurs consultations puissent être demandées dans différentes spécialités pour le même usager, une seule doit être de type « Consultation avec PEC », en raison de la nature de la consultation. En règle générale, la nécessité de faire appel à d'autres consultants est laissée à la discrétion de la personne à qui l'on demande de prendre en charge le patient.

Il est essentiel que toutes les équipes impliquées veillent à éviter les hospitalisations non nécessaires et à orienter correctement les usagers qui peuvent être pris en charge de manière adéquate par des ressources extrahospitalières.

6.6 LES MÉDECINS CONSULTANTS

6.6.1 COUVERTURE DES URGENCES

Tous les départements médicaux appelés à effectuer des consultations aux urgences doivent planifier et communiquer à l'avance l'horaire des médecins de leur service affectés à la couverture des urgences. Cet horaire doit prévoir une couverture 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. Il incombe à chaque département de veiller à ce que cette couverture soit maintenue et que toute modification soit communiquée au service de téléavertissement.

Une procédure de rappel des médecins doit être en vigueur à tout moment dans chaque département afin de gérer toute situation de crise potentielle, telle qu'une absence imprévue ou un Code orange. Les modalités d'élaboration et d'utilisation de cette liste sont déterminées par chaque service et sont définies dans leur règlement.

6.6.2 DÉLAIS DE CONSULTATION

Toutes les consultations demandées avant 18 h doivent être complétées le jour même. Avant la consultation, le médecin urgentologue doit effectuer les examens de base nécessaires pour permettre au médecin consultant de compléter rapidement son évaluation. Tout examen supplémentaire jugé nécessaire pour orienter le patient pendant son séjour aux urgences doit être prescrit par le médecin consultant (en fonction de son domaine d'expertise). Comme mentionné précédemment, le principe selon

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

lequel les patients ne doivent pas rester inutilement à l'urgence doit être respecté. Par conséquent, les consultants sont tenus de prendre des décisions quant à la prise en charge des patients en dehors des heures régulières, en particulier si des lits d'hospitalisation sont disponibles. C'est le médecin urgentologue qui décidera si une consultation doit être effectuée après les heures régulières et en informera le médecin consultant.

Selon le *Guide de gestion des urgences* du MSSS, une consultation doit être complétée dans les 4 heures suivant son début.

Les consultations pour les patients jugés instables ou à risque de détérioration rapide par le médecin de l'urgence doivent être réalisées le plus rapidement possible, 24 heures sur 24, tous les jours. Ces demandes de consultation nécessitent que le médecin urgentologue communique personnellement avec le médecin consultant ou le médecin résident de ce dernier. Pour les patients gravement malades, la consultation doit commencer dans l'heure qui suit la demande.

Si la capacité d'un service de consultation à fournir des services de consultation et de soins dans des délais raisonnables est régulièrement dépassée, le département concerné doit participer à la mise en place de solutions pour corriger la situation.

Les fins de semaine et les jours fériés, le nombre de médecins consultants par spécialité est souvent réduit et ceux-ci peuvent couvrir plusieurs sites. Il est donc d'autant plus important que le consultant contacte le médecin urgentologue afin de convenir de la priorité/du délai à appliquer à cette demande de consultation.

Après 18 h 00, c'est le médecin de l'urgence qui détermine si la consultation demandée durant le séjour du patient à l'urgence peut être reportée au lendemain matin. Cela ne s'applique pas aux services qui assurent une couverture sur place 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Pour les consultations en dehors des heures de service qui ne doivent pas être effectuées la nuit même, le médecin urgentologue peut soit :

1. Garder le patient en observation pendant la nuit (si nécessaire). Remarque : la consultation est alors enregistrée par le médecin de garde et le patient n'est pas bien connu du médecin urgentologue du matin.
2. Demander au patient de revenir le lendemain aux urgences ou, de préférence, en clinique. C'est l'option à privilégier.

Si la consultation doit avoir lieu cette nuit-là, le médecin urgentologue doit en informer directement le consultant.

Lorsqu'une demande de consultation est reportée au lendemain matin, elle doit être finalisée avant 10 h.

Compte tenu du nombre élevé de patients qu'il traite et de son impact sur l'orientation des patients, le Département d'imagerie médicale doit travailler en étroite collaboration avec le service des urgences. Cette couverture est détaillée à l'**annexe 1**.

Pour les services professionnels multidisciplinaires tels que la physiothérapie, le travail social et la liaison spécialisée en toxicomanie, la couverture est requise jusqu'à 16 h tous les jours. En cas de consultations

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

après 16 h, les consultations en soirée doivent être reportées au lendemain matin. Les ententes de service doivent également prévoir, dans la mesure du possible, des évaluations ambulatoires pour ces services.

6.6.3 SERVICES SANS PRIVILÈGES D'HOSPITALISATION

Si l'état de l'usager nécessite une hospitalisation, il est attendu que le médecin consultant qui ne peut pas proposer d'hospitalisation organise celle-ci en communiquant directement avec le service approprié. Cela doit être fait dans le délai cible mentionné ci-dessus (4 heures, sauf pour les consultations reportées au matin, qui doivent être terminées avant 10 h 00).

6.6.4 ORIENTATION DU PATIENT

Le séjour d'un patient au service des urgences doit être aussi court que possible. (DMS : 12 heures pour les patients admis.) La prise de décision rapide doit donc être la norme ; l'observation n'est permise aux urgences que si elle peut être incluse dans le temps alloué pour terminer la consultation. **Tout patient gardé en observation pendant la nuit en vue d'examen doit être admis au service ayant demandé ces examens. Les documents d'admission doivent être remplis, qu'il y ait ou non un lit disponible dans le service.**

Même lorsque plusieurs consultations sont nécessaires pour un même patient, la durée maximale du séjour aux urgences doit être de 24 heures et, par conséquent, la décision d'une éventuelle admission doit être prise dans ce délai.

Entre 8 h et 18 h, en règle générale et lorsque cela est approprié, un patient est considéré comme admis 6 heures après le début de la consultation. Si, à ce moment-là, une sortie est prévue dans les heures suivantes (6 heures), le consultant peut demander que le patient reste aux urgences (il aura toutefois le statut « admis »).

Entre 18 h et 8 h, même si les services sont toujours encouragés à admettre les patients lorsqu'indiqué, cette règle ne s'applique pas.

Comme mentionné ci-dessus, les services qui n'admettent pas doivent demander une consultation en vue d'une admission (lorsque cela est jugé nécessaire) dans les 4 heures suivant le début de la consultation. Ils doivent discuter du cas avec le service approprié afin que le patient puisse bénéficier d'une demande d'admission dans un délai total de 6 heures. Aucune observation n'est autorisée aux urgences. Les séjours de nuit lorsque des lits sont disponibles et que les urgences sont en surcapacité ne sont pas autorisés (voir le Protocole de surcapacité).

Une fois l'admission demandée, le patient doit être orienté le plus rapidement possible vers l'unité de soins hospitaliers, dans le but de respecter les objectifs du MSSS, en particulier un délai moyen de 30 minutes entre l'attribution d'un lit et le départ de l'usager du service des urgences. La disponibilité des lits d'hospitalisation aura nécessairement une incidence sur la possibilité d'atteindre cet objectif.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

Les délais de décision et d'intervention mentionnés dans cette section étant des moyennes (sauf indication contraire), il est possible et admis qu'ils ne soient pas respectés pour un usager en particulier ou pour tous les usagers pris en charge au cours d'un même quart de travail. Cependant, il est attendu que ces objectifs soient atteints sur une période plus longue.

6.6.5 PATIENTS NÉCESSITANT DES SOINS INTENSIFS

La disponibilité d'un lit en soins intensifs (USI ou USC) au CUSM pour un usager provenant d'un service d'urgence du CUSM et répondant aux critères d'admission appropriés doit être assurée 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Dès que l'admission dans une unité de soins critiques est acceptée par l'intensiviste de garde, le séjour à l'urgence du patient nécessitant ce niveau de soins doit être limité afin de libérer les ressources de l'urgence. La prise en charge des patients en état critique suit un modèle de soins conjoints à l'urgence. Le transfert des soins à l'intensiviste a lieu lorsque le médecin de l'unité de soins intensifs l'accepte ou, par défaut, lorsque le patient est physiquement transféré à l'unité de soins intensifs. Dans ce cas, le transfert de responsabilité à l'intensiviste a lieu si celui-ci accepte explicitement le transfert ou, par défaut, lorsque le patient est admis à l'unité de soins intensifs. La prise en charge de ces patients pendant leur séjour aux urgences suit un modèle de soins conjoints.

Pour les usagers nécessitant une hospitalisation dans une unité de soins critiques telle que l'unité coronarienne ou l'unité de soins intensifs, la durée cible du séjour aux urgences, une fois que le patient est jugé approprié à être admis en soins intensifs, doit être inférieure à 2 heures. Cette limite de 2 heures ne doit pas être interprétée comme une limite aux interventions de stabilisation nécessaires avant le transfert vers une unité de soins intensifs, ni ne doit entraver la capacité de ces unités à prendre en charge les usagers provenant de services non urgents.

En cas d'indisponibilité de lits en soins intensifs, le médecin intensiviste doit évaluer la pertinence d'un transfert via COOLSI et, le cas échéant, appeler COOLSI et prendre les dispositions nécessaires.

i. RETOUR AU MÉDECIN DES URGENCES POUR PRISE EN CHARGE

Lorsqu'une demande de consultation mentionne « avec PEC », la décision de sortie prise par le médecin consultant qui les le MRP n'a pas besoin d'être revue ou réévaluée par le médecin urgentologue avant le départ. Il est donc généralement inapproprié d'écrire « À revoir par le service des urgences » ou une mention similaire.

Si le médecin ayant pris en charge le patient estime que des circonstances particulières justifient que le médecin urgentologue soit à nouveau impliqué dans le cas ou devienne le médecin traitant, il doit en convenir verbalement avec ce dernier et obtenir son accord. Ces situations doivent rester exceptionnelles et être traitées au cas par cas, dans un esprit de collaboration.

De la même manière que certains soins peuvent être reportés en ambulatoire, les problèmes non urgents des usagers ne doivent pas être orientés vers les urgences. Si le médecin ayant en charge le patient le juge

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

approprié, il doit orienter le patient vers son médecin de famille ou, si le patient n'en a pas, vers une clinique sans rendez-vous.

ii. SURVEILLANCE CARDIAQUE

Le médecin consultant doit respecter les critères objectifs d'utilisation des moniteurs cardiaques à l'urgence (INESSS), sauf si des exceptions le justifient à son avis.

6.7 TRANSFERT PROVENANT D'UN AUTRE ENVIRONNEMENT ET DEMANDE DE CONSULTATION EXTERNE

6.7.1 POUR UN MÉDECIN D'URGENCE

Le médecin urgentologue peut accepter les transferts provenant d'autres milieux ainsi que les demandes de consultation au nom du service des urgences pour les usagers dont le diagnostic doit être clarifié à l'aide de l'équipement technique disponible au service des urgences ou grâce à l'expertise spécifique des médecins urgentologues. Le transfert de ces usagers vers le service des urgences est alors jugé approprié. Cela inclut les cas d'appartenance » et les mandats spécifiques au CUSM.

En revanche, si le patient nécessitant un transfert est hospitalisé dans le centre référent, le médecin référent doit être redirigé par le médecin urgentologue et invité à contacter le médecin de garde de la spécialité concernée. Le médecin urgentologue ne doit pas accepter ce type de transfert. Tous les patients hospitalisés transférés doivent être admis directement à l'unité d'hospitalisation, et non aux urgences.

Si un patient d'un centre référent nécessite des soins intensifs, le médecin responsable des soins intensifs au CUSM doit être contacté et le patient doit être admis directement en soins intensifs, sans passer par l'urgence. Si aucun lit de soins intensifs n'est disponible, le centre référent doit utiliser le service COOLSI pour trouver un hôpital pouvant accueillir le patient directement en soins intensifs.

Si les consultants jugent nécessaire que l'utilisateur transite temporairement par le service des urgences, l'accord préalable du médecin du service des urgences est requis.

Font exception à cette règle les patients dont le parcours de soins fait déjà l'objet d'une entente de transfert entre différents services d'urgence, notamment dans le cadre d'une mission tertiaire ou spécifique.

6.7.2 POUR UN MÉDECIN CONSULTANT

Tous les médecins consultants doivent se conformer à la Procédure de transfert des usagers entre établissements ou unités pour l'admission au CUSM (voir la Politique de transfert à l'annexe 4).

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

Cette procédure stipule notamment que lorsqu'il s'agit d'un patient admis, ces transferts doivent être effectués vers une unité d'hospitalisation et non sur une civière à l'urgence, sauf en cas de situation exceptionnelle et urgente.

**** Tous les cas nécessitant un transfert vers le service des urgences doivent être approuvés par le médecin urgentologue.**

Tout transfert interhospitalier de patients admis accepté par un spécialiste doit être communiqué à l'avance au coordonnateur responsable de la gestion des lits d'hôpital. En cas d'absence de lits disponibles sur un site, une discussion avec ce coordonnateur permettra de décider soit d'admettre le patient à l'urgence au nom du médecin consultant, soit de rediriger le patient vers un autre site mieux en mesure d'accepter le transfert.

Par ailleurs, le recours aux cliniques externes et aux unités de soins ambulatoires est à privilégier lorsqu'une admission n'est pas jugée nécessaire. Si les circonstances ne permettent pas d'utiliser ces unités, l'usager peut être orienté vers les urgences. Un séjour de 6 heures ou plus aux urgences doit donner lieu à une demande d'admission.

Comme mentionné ci-dessus, lorsqu'un patient transféré arrive, le médecin spécialiste qui a accepté le transfert est informé de l'arrivée du patient par l'infirmière de triage et devient responsable du patient dès qu'il (le consultant) arrive aux urgences. Le médecin qui a accepté un transfert doit être disponible rapidement (dans l'heure) tous les jours. **Les patients ne doivent pas être acceptés en transfert le soir ou la nuit, sauf en cas de besoin urgent d'évaluation et d'intervention, auquel cas le service ayant accepté le patient est tenu de le voir à toute heure.**

Pour tous les cas acceptés par les consultants du CUSM, la coordination du retour du patient avec le centre référent relève de la responsabilité du consultant ayant accepté le patient. (Voir également 6.2.3). Les consultants doivent accepter les patients qui relèvent de leur spécialité (plutôt que de laisser au médecin de l'urgence la responsabilité de le faire).

6.7.3 DOCUMENTATION

Toutes les consultations doivent être effectuées à l'aide du logiciel OWORD ([accessible via Medurge](#)), qui permet une communication numérique efficace et sécurisée entre les professionnels de santé et les usagers des services d'urgence. Le statut de la consultation est automatiquement mis à jour dans Medurge via une interface avec OWORD si le statut « préliminaire » ou « final » est utilisé. Une fois créé via Medurge, un document peut être visualisé via Oacis et mis à jour si nécessaire.

Toutes les prescriptions et ordonnances doivent être effectuées dans le format électronique disponible (Oacis ou Medurge, le cas échéant). Les prescriptions de médicaments doivent être rédigées dans Medurge. Aucune ordonnance sous un autre format (c'est-à-dire sur papier) ne sera acceptée. Les ordonnances verbales ne sont acceptées qu'en cas de réanimation ou si le médecin n'est pas physiquement présent dans le service (par exemple, un consultant). (Voir la politique du CUSM sur les ordonnances verbales). Les tests doivent être prescrits au nom du médecin prescripteur, sauf si une discussion a eu lieu avec un autre médecin acceptant que la demande soit faite en son nom.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

À moins que l'option de prescrire ou de documenter ne soit pas disponible en format électronique (de façon temporaire ou permanente), les usagers doivent utiliser le format numérique.

6.7.4 PATIENTS EN PROVENANCE DU GRAND NORD

L'acceptation des patients du Grand Nord constitue une exception à certaines règles : selon les besoins, un patient hospitalisé peut être accepté en urgence. Les transferts en provenance des communautés autochtones du nord faisant partie de notre RUIS doivent être acceptés. Comme toujours, les alternatives aux services d'urgence (clinique, suivi à distance, etc.) doivent être explorées et les transferts doivent être dirigés vers le centre approprié (par exemple, HGM pour la psychiatrie et l'orthopédie).

6.8 AUTORITÉ D'ADMISSION DMSP

Si nécessaire, le directeur ou le directeur adjoint des services professionnels et des affaires médicales, le médecin coordinateur des urgences (ou, en son absence, le médecin désigné à cet effet) déterminera le service dans lequel le patient sera admis. Par exemple, lorsque deux médecins de spécialités différentes, bien que convaincus de la nécessité d'une hospitalisation, ne parviennent pas à s'entendre sur le médecin qui assurera le suivi, le DMSP, le coordinateur médical ou son délégué.

7 SANCTIONS ADMINISTRATIVES

Aucune sanction administrative ne sera appliquée pendant les trois premiers mois suivant la mise en œuvre de la RUR.

7.1 EXAMEN D'UN INCIDENT OU D'UN ÉCART PAR RAPPORT À LA RUR

Chaque situation signalée doit faire l'objet d'un examen rigoureux, équitable et transparent. L'analyse vise à distinguer :

- Les situations imputables à des facteurs externes ou à un cas de **force majeure**
- Les lacunes systémiques ou organisationnelles
- Les situations imputables individuellement au professionnel concerné.

7.1.1 ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE

L'évaluation préliminaire est effectuée par trois personnes : le du département ou de l'unité clinique concernée, le chef de service du médecin concerné et le DMSP ou son délégué.

Trois domaines sont examinés afin de contextualiser le rapport :

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

- a. **Circonstances exceptionnelles**
 - Un événement imprévisible, hors du contrôle du médecin
 - Défaillance technique ou logistique
 - Surcharge aiguë ou crise systémique
- b. **Demande de services**
 - Volume et nature des consultations au moment de l'incident
 - Conflit avec d'autres priorités cliniques
 - Pression clinique contextuelle.
- c. **Offre de services**
 - Présence réelle et disponibilité du personnel médical
 - Absences justifiées ou imprévues
 - Capacité réelle de couverture ou de remplacement.

7.1.2 CONCLUSION

À l'issue de l'analyse, l'une des trois conclusions suivantes est retenue :

- a. **Événement hors du contrôle du médecin**
Constat : le médecin ne disposait pas des moyens nécessaires pour atténuer la situation, laquelle est demeurée hors de son contrôle individuel.
Mesure : Aucune. Le dossier est clos. Une note peut être consignée à des fins de suivi organisationnel.
- b. **Problème organisationnel**
Constat : L'insuffisance résulte d'une lacune structurelle ou d'un manque de planification.
Mesure : Recommandation au chef de département ou au DMSP pour la mise en place de mesures correctives (par exemple, ajustement des horaires, des effectifs, des processus).
- c. **Responsabilité individuelle**
Constat : Le comportement ou l'omission du médecin constitue un non-respect de la RUR, sans justification acceptable.
Mesure : Application d'une sanction graduée, conformément aux lignes directrices énoncées dans les règlements du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF) ou du CUSM (voir section 7.2).

7.1.3 PROCÉDURE ET DROITS PROCÉDURAUX

- a. **Droit d'être entendu**
Le cas échéant, le médecin concerné est informé de la nature du manquement reproché et des faits en cause. Si une responsabilité individuelle est envisagée, le médecin a le droit d'être entendu avant que toute décision finale ne soit prise, conformément aux principes de justice naturelle et à l'article 274 de la LGSSS.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

b. Documentation et traçabilité

- Toutes les décisions sont consignées de manière formelle et motivée
- La conclusion et les mesures sont transmises officiellement au médecin concerné
- En cas de sanction, celle-ci est ajoutée au dossier professionnel du médecin et transmise au comité exécutif du CMDPSF à des fins de suivi et de gouvernance clinique.

7.1.4 CONFIDENTIALITÉ ET SIGNALEMENT

Les échanges, décisions et documents produits dans le cadre de cette procédure sont traités de manière confidentielle.

Le DMSP veille à ce que la procédure soit conforme à la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (LGSSSS)*, à la politique de gestion des risques, aux obligations institutionnelles en matière de qualité des soins et aux droits fondamentaux des professionnels concernés.

7.2 SANCTIONS ADMINISTRATIVES : NON-RESPECT D'UN ÉLÉMENT SPÉCIFIQUE DE LA RUR URGENCES

Le processus menant à des sanctions administratives s'applique comme suit :

- **1re intervention pour non-respect de la RUR (avertissement verbal) :**
 1. Lorsque l'intervention devient nécessaire en raison d'un non-respect de la RUR, l'intervenant doit en informer son supérieur immédiat, qui en informe à son tour le chef du service médical d'urgence de l'établissement concerné.
 2. Ce dernier décide s'il intervient lui-même auprès du médecin en cause (s'il fait partie de son équipe); sinon, la situation est transmise au chef de service du médecin concerné, qui se charge d'émettre l'avertissement verbal initial.
 3. Si le médecin en cause est le chef du service médical d'urgence de l'établissement, le chef du Département de médecine d'urgence doit être informé.
 4. Si le médecin en cause est le chef du Département de médecine d'urgence, le DMSP doit être informé.
 5. Le chef du service d'urgence de l'établissement, le chef du département ou le DMSP, selon le cas, sera la seule personne à pouvoir savoir si des interventions antérieures ont eu lieu auprès de même professionnel.
- **Deuxième intervention pour non-respect de la RUR (avertissement écrit) :**
 1. Lorsqu'une deuxième intervention s'avère nécessaire en raison du non-respect de la RUR, le chef du service médical d'urgence du site est informé.
 2. Il déterminera s'il convient d'intervenir directement auprès du médecin visé (si celui-ci fait partie de son équipe) ; sinon, il réfère la situation au chef de service du médecin concerné,

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

qui sera chargé d'émettre le deuxième avertissement écrit et d'en fournir une copie au chef du Département de médecine d'urgence ; le chef du Département de médecine d'urgence informe le comité exécutif du service des urgences de la nature du non-respect de la RUR, de manière non nominative, à des fins de suivi des interventions liées au respect du RUR.

3. Si le médecin non conforme est le chef du service des urgences de l'établissement, le chef du département en sera informé. Si la personne non conforme est le chef du département, la **Direction des services professionnels et des affaires médicales (DMSP)** en sera informée et émettra l'avertissement écrit.

- **3e intervention pour non-respect de la RUR (avertissement écrit et réponse du médecin concerné) :**

1. Lorsqu'une troisième intervention s'avère nécessaire en raison du non-respect de la RUR, un avis écrit est émis par le chef du service médical d'urgence de l'établissement concerné à l'intention du chef du Département de médecine d'urgence, qui en informe à son tour la Direction des services professionnels et des affaires médicales responsable des services d'urgence.
2. Un avis écrit est ensuite adressé au médecin non conforme par le DMSP, le convoquant à une rencontre, accompagné du chef de son service ou de son département, selon le cas, afin de présenter sa version des faits. Une copie de cet avis est également transmise au chef de service du médecin non conforme, au chef de département et au chef du Département de médecine d'urgence.
3. Le médecin non conforme doit soumettre une réponse écrite au DMSP dans les 10 jours suivant la réunion. Cette réponse doit inclure une explication de la situation, ainsi qu'un engagement à ne plus enfreindre la ou les règles concernées, le cas échéant.
4. Si le médecin non conforme est le chef du service médical d'urgence de l'établissement, le chef du département en sera informé. Si la personne non conforme est le chef du département, la Direction des services professionnels et des affaires médicales en sera informée.
5. Le DMSP peut, le cas échéant, imposer une sanction administrative au professionnel, limitant ou suspendant son droit d'utiliser les ressources du service des urgences du CUSM.
6. Lorsqu'une telle sanction est imposée, le DMSP doit informer le professionnel des motifs sur lesquels repose cette décision.
7. Si le professionnel n'est pas d'accord avec la décision, il peut la contester dans les 60 jours suivant la date à laquelle elle lui a été officiellement communiquée, en déposant un recours auprès du Tribunal administratif du Québec.
8. Le DMSP doit informer le PDG de la nature de la sanction imposée.

Dans le cas où le médecin non conforme est un **résident en médecine**, le DMSP doit informer la Direction de l'enseignement et de la simulation de la non-conformité à la présente RUR.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

Le résident sera rencontré par le médecin superviseur afin qu'un rappel lui soit fait concernant la règle d'utilisation. À compter de la **deuxième infraction**, la Direction de l'enseignement et de la simulation sera informée de la situation, conjointement avec le superviseur, par le chef du service clinique.

Le directeur de l'éducation ou son représentant déterminera s'il y a lieu d'intervenir directement auprès du résident non conforme ; dans le cas contraire, il discutera de la question avec le directeur du programme médical du résident et une notification écrite sera émise.

8 RESPONSABILITÉS

8.1 CHEFS DE DÉPARTEMENT

Sous l'autorité du DMSP, les chefs concernés ont les responsabilités suivantes :

- Veiller au respect de la présente RUR et signaler au DMSP tout manquement de la part d'un médecin ou d'un dentiste ;
- En l'absence de chef de service désigné, les responsabilités mentionnées dans la présente section sont exercées par le DMSP.

1. RESPONSABLE D'UNITÉ CLINIQUE

Sous l'autorité du chef de département, le chef de l'unité clinique concernée doit :

- i. Veiller au respect de la présente RUR à tout moment par tous les membres de son unité ainsi que par les consultants, ou désigner un délégué spécifique pour assurer cette vigilance ;
- ii. Collaborer avec le chef de département dans l'application des mesures administratives, si nécessaire.

2. MEMBRES DES DÉPARTEMENTS ET DES SERVICES

Tous les membres des départements et services concernés par la présente RUR doivent en prendre connaissance et s'y conformer en tout temps.

8.2 PROCÉDURE

1. Élaboration de la RUR par le DMSP en collaboration avec le chef de département et le chef de service ;
2. Approbation de la RUR par le PDG.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

8.3 MÉCANISME

La présente RUR doit être révisée à la fin de la première année suivant son approbation initiale par le PDG, puis tous les quatre ans.

8.4 APPROBATION, ADOPTION ET ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente RUR entre en vigueur après avoir été approuvée par le PDG.

La présente RUR reste en vigueur jusqu'à l'adoption d'une nouvelle version par le DMSP.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

ANNEXE 1 : COUVERTURE SPÉCIALE

IMAGERIE

L'accès aux radiographies simples et aux tomodensitogrammes est disponible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, dans tous les établissements du CUSM.

L'accès aux autres modalités (échographie, IRM) est également disponible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, en contactant le radiologue ou le résident en dehors des heures normales.

Les **échographies** sont réalisées selon les heures d'ouverture propres à chaque installation, en fonction de la disponibilité locale. En dehors de ces heures, le radiologue ou le résident de garde doit être avisé.

Les examens **IRM** urgents doivent toujours être discutés avec le radiologue. L'ajout d'un examen urgent entraîne l'annulation d'un autre examen prévu. Ils seront effectués selon la priorité clinique.

Les examens en **médecine nucléaire** ne sont disponibles que pendant la journée, du lundi au vendredi.

LABORATOIRE

La majorité des analyses de laboratoire demandées à l'urgence sont priorisées et réalisées 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Certains examens plus spécialisés ne peuvent être réalisés que pendant les heures normales de travail en semaine, et ne seront demandées qu'en fonction de l'état du patient.

Le laboratoire de microbiologie effectue également des prélèvements 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

ANNEXE 2 : EXEMPLES DE MESURES DISCIPLINAIRES

1. Prolongation des quarts de travail → demande de se présenter **30 minutes à l'avance** avant le début du quart ;
2. Restriction de certains quarts de travail
3. Restriction concernant la présence de stagiaires pendant les quarts de travail
4. Plainte officielle déposée auprès du DMSP

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

ANNEXE 3 : MODIFICATIONS À CES RÈGLES POUR LE SERVICE DES URGENCES DE L'HÔPITAL LACHINE

1. **Radiologie** - Le technicien en radiologie de Lachine est de garde à domicile, de 23 h 30 à 8 h, au besoin.
2. **Consultations en soins intensifs** - Lachine dispose désormais d'une unité de soins intermédiaires pour les patients plus instables. Pour les patients nécessitant une unité de soins intensifs plus spécialisée, le médecin de Lachine communiquera avec le médecin de l'unité de soins intensifs de l'hôpital d'accueil.
3. **Codes bleus** - Le médecin urgentologue est responsable des « codes bleus » à l'étage, et le médecin hospitaliste peut consulter le médecin urgentologue pour les patients dont l'état est devenu trop instable pour qu'ils restent à l'étage. Le médecin urgentologue peut se rendre à l'étage pour aider, mais ne doit pas y rester plus de 30 minutes, après quoi il doit être relevé par l'hospitaliste. Le transfert doit être organisé par l'hospitaliste si le patient est admis.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

ANNEXE 4 : TRANSFERTS ACCEPTÉS PAR LES CONSULTANTS

Justification : Le CUSM offre des services de pointe dans de nombreux domaines. Dans ce contexte, les consultants sont souvent contactés directement pour accepter des demandes de transfert ou de prise en charge. La présente note a été rédigée afin d'aider les consultants lorsqu'ils sont sollicités directement.

Exception : Cette note ne s'applique PAS aux patients victimes de traumatismes, aux patients pédiatriques, aux patients atteints d'un STEMI ou d'un AVC, à tout autre mandat régional spécifique du CUSM ou entente de service particulière.

Les demandes de transfert se divisent en deux catégories :

1) Règles d'appartenance :

Ces appels proviennent d'autres services d'urgence qui souhaitent nous transférer un patient en tant que « patient connu ». En général, ces demandes sont gérées directement par l'équipe de l'urgence, qui détermine l'admissibilité selon les critères suivants, convenus par l'ensemble des DPS de Montréal :

- a) Admission récente : admission au cours des 45 derniers jours pour la même raison.
- b) Chirurgie récente : chirurgie subie au cours des 30 derniers jours (demande liée à l'intervention).
- c) Suivi régulier : suivi régulier dans une clinique du CUSM pour l'affection justifiant la demande de transfert (à l'exclusion des cliniques privées). (Suivi au cours des 4 derniers mois avec rendez-vous prévu).
- d) Patients atteints d'un cancer : en traitement pour un cancer actif. (À l'exclusion des patients référés par un autre centre uniquement pour une radiothérapie et des patients en rémission).
- e) Tous les patients dialysés et transplantés suivis au CUSM.

En plus de répondre à l'un de ces critères, le patient doit nécessiter ou être susceptible de nécessiter une admission (critères 1, 2 et 3). Pour les autres cas, un suivi ambulatoire rapide doit être privilégié afin d'éviter une visite aux urgences. (Les patients suivis dans des cliniques privées ne sont pas admissibles et seront refusés par le service d'urgence. Ceux-ci doivent être pris en charge par le médecin traitant en coordination avec les urgences).

2) Demande de transfert vers des soins spécialisés :

Avant d'accepter, veuillez tenir compte des éléments suivants :

- a) Responsabilité de notre RUISS : Priorisez les patients de notre RUISS lorsque vous acceptez des transferts. Les soins requis ne doivent pas être disponibles dans le CISS/CIUSS local.
- b) Disponibilité des ressources : Tenez compte des ressources actuellement disponibles au CUSM pour votre spécialité.

OBJET	RÈGLES RELATIVES À L'UTILISATION DES RESSOURCES DES SALLES D'URGENCE DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (CUSM)
--------------	---

- c) Besoins en soins intensifs/radiologie interventionnelle : Soyez conscient de ces besoins et prenez les dispositions nécessaires à l'avance, si nécessaire.

Procédure :

- a) Transfert de patients hospitalisés : Les patients déjà admis ailleurs doivent être transférés directement dans un lit d'hospitalisation, sans passer par le service des urgences (des exceptions peuvent être faites avec l'accord du médecin urgentologue).
(Contactez le service de gestion des lits ou l'infirmière responsable de garde.)
- b) Transferts provenant d'autres services d'urgence : dans ces cas, coordonnez-vous avec le service d'urgence (Glen x 32723, MGH x 43012) et soyez prêt à voir le patient à son arrivée. La décision d'admettre ou de renvoyer le patient doit être prise rapidement (dans un délai de 4 heures). Le service spécialisé est chargé de contacter le centre référent en cas de retour du patient. Si une admission est nécessaire, ce service en assume la responsabilité par défaut (sauf si des soins intensifs ou une intervention chirurgicale sont nécessaires).
- c) Procédures limitées dans le temps : pour les interventions principalement chirurgicales, établissez un calendrier précis pour le retour du patient dans l'établissement d'origine, généralement dans les 48 heures, conformément aux directives du MSSS. Assurez-vous que le patient en soit informé.
- d) Toutes les demandes provenant de la baie James et du Nunavut sont automatiquement acceptées ; veuillez noter que des ressources d'hébergement sont disponibles pour ces patients. Si l'urgence peut être évitée, veuillez prendre les dispositions nécessaires pour que le patient soit examiné en clinique.

Notre RUISS couvre :

- **CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île** : Lakeshore, Lasalle, St Mary's (Verdun : RIUSSI U de M).
- **CIUSSS Centre-Ouest** : Hôpital général juif.
- **Montréal-Ouest** : Suroit, Anna-Laberge, Barrie-Memorial (Charles-Lemoyne et Pierre Boucher : RUISS U de M). Veuillez noter que cette région fait partie de la Montréal-Ouest partagée par les réseaux McGill et U de M ; centre de référence : Charles-Lemoyne.
- **CISSS de l'Outaouais** : Hull, Gatineau Papineau, Pontiac, etc.
- **CRSSS Baie James et RRSSS Nunavik** : comprend les Cris de la Baie James.
- **CISSS Abitibi-Témiscamingue** : comprend Rouyn-Noranda, etc.

*Les cas critiques doivent être acceptés si aucune autre solution n'est disponible ou raisonnable, indépendamment de ce qui précède.