Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

# Règles d’utilisation des ressources de l’urgence

**Novembre 2025**

Québec

*Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte, sauf exception.*

## TABLE DES MATIÈRES


CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES ..... 5
SECTION I ÉNONCÉ ..... 5
SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL ..... 5
SECTION III DÉFINITIONS ..... 6
SECTION IV OBJECTIF ..... 7
CHAPITRE II RÈGLES DE FONCTIONNEMENT ..... 8
SECTION I TRIAGE ..... 8
SECTION II ENCADREMENT MÉDICAL POUR LES DIFFÉRENTES SITUATIONS CLINIQUES ..... 9
SECTION III PRATIQUE MÉDICALE ..... 11
SECTION IV TYPE DE CONSULTATIONS ET RÉALISATIONS DES CONSULTATIONS ..... 15
SECTION V LE MÉDECIN CONSULTANT ..... 17
SECTION VI TRANSFERT EN PROVENANCE D'UN AUTRE MILIEU ..... 21
SECTION VII POUVOIR D'ADMETTRE AU DMSP ..... 22
CHAPITRE III SANCTIONS ADMINISTRATIVES ..... 23
SECTION I INOBSERVANCES À UN ÉLÉMENT SPÉCIFIQUE DES RUR DE L'URGENCE PAR UN MÉDECIN ..... 23
SECTION II CAS PARTICULIER DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE ..... 24
CHAPITRE IV RÔLE DU COORDONNATEUR MÉDICAL À L'URGENCE ..... 24
SECTION I CHEF DU DÉPARTEMENT CLINIQUE ..... 24
SECTION II CHEF DU SERVICE CLINIQUE ..... 24
SECTION III COORDONNATEUR MÉDICAL À L'URGENCE ..... 24
SECTION IV DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS (DMSP) 25
SECTION V COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDPSF ..... 25
SECTION VI MEMBRE DES DÉPARTEMENTS ET DES SERVICES CLINIQUES ..... 26
CHAPITRE V DISPOSITIONS FINALES ..... 26
SECTION I ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT ..... 26
SECTION II RÉVISION, ABROGATION ..... 26
SECTION III RÉFÉRENCE ..... 26
SECTION IV PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION ..... 27

**SECTION V HISTORIQUE DU DOCUMENT ..... 28**

## **CHAPITRE I** DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### **SECTION I** ÉNONCÉ

#### **1.** ÉTABLISSEMENT

Le CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) est situé dans la partie ouest de la Montérégie et couvre une superficie de 3 727 km$^2$. Il recoupe totalement ou partiellement cinq municipalités régionales de comté (MRC) (de Roussillon, des Jardins-de-Napierville, de Beauharnois-Salaberry, du Haut-Saint-Laurent et de Vaudreuil-Soulanges).

Plus de 11 500 employés et 550 médecins œuvrent au CISSS de la Montérégie-Ouest à offrir des soins et services à ses différentes clientèles.

Les 20 directions de l'établissement, sous la gouverne de la Direction générale, travaillent en étroite collaboration afin d'offrir à la population des soins et des services de haute qualité et sécuritaires.

#### **2.** MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT

La Direction générale de notre CISSS, avec l'ensemble du comité de direction, a effectué des travaux de réflexion stratégique dans le but d'adopter une mission, une vision, ainsi que des ambitions et des valeurs organisationnelles.

À l'instar du réseau de la santé et des services sociaux, notre CISSS adhère à la mission et la vision du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, il nous apparaît important, comme organisation, de nous doter d'ambitions, afin qu'elles viennent orienter et teinter davantage nos grands objectifs organisationnels.

Notre mission est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. De plus, afin de guider l'ensemble de nos actions, cinq valeurs fondamentales, interdépendantes et en équilibre ont été identifiées : bienveillance, collaboration, engagement, audace et cohérence.

L'élaboration des présentes règles d'utilisation des ressources (RUR) se base sur les principes directeurs suivants :

- Favoriser l'accessibilité, la qualité et la pertinence des soins et des services;
- Viser l'équilibre entre l'offre et la demande de soins et de services.

### **SECTION II** CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL

#### **3.** APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT

Les présentes règles d'utilisation des ressources (RUR) sont adoptées en conformité avec :

1° La Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux [G-1.021] (LGSSSS) et ses règlements;
2° La loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales [O-7.2];

3° La loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux [PL 130];
4° Le règlement du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF) de l'établissement;
5° Le règlement du comité exécutif de gouvernance (CEG) de l'établissement.

Toute disposition de la LGSSSS ou des règlements précités s'applique, le cas échéant. En cas d'incompatibilité, cette loi et les règlements qui en découlent ont préséance sur les présentes RUR.

Les présentes RUR ont également préséance, en cas d'incompatibilité, sur les règlements de département ou de service dûment adoptés au CISSSMO.

Il est à noter que les règles et principes du continuum de soins en traumatologie, notamment l'absence de droit de refus et le transfert d'urgence à urgence, sont établis au niveau provincial pour une clientèle spécifique définie et ont préséance.

Les présentes RUR s'appliquent directement à tous les médecins, en provenance de tous les départements, et affectent les professionnels et tous les autres intervenants qui œuvrent ou sont en interaction avec une ou plusieurs salles d'urgence du CISSSMO.

## **4.** LE COMPORTEMENT ATTENDU

En tout temps, la courtoisie, la bienséance, la civilité et le respect sont de mise. De même, les règles déontologiques et les normes de pratique doivent être respectées.

Les intervenants sont tenus de participer à l'harmonisation des bonnes pratiques dans le service d'urgence. Ils doivent notamment se soumettre à la *politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail [POL-10013]* du CISSSMO.

## **SECTION III** DÉFINITIONS

### LISTE DES ACRONYMES

| | |
|---|---|
| ACR | Arrêt cardio-respiratoire |
| CEG | Comité exécutif de gouvernance |
| CECMDPSF | Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes |
| CISSSMO | CISSS de la Montérégie-Ouest |
| CMDPSF | Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes |
| COOLSI | Centre d'optimisation – Occupation des lits de soins intensifs |
| DPSCS | Direction des programmes Soins critiques et spécialisés |
| DMSP | Directeur médical et des services professionnels |
| DSPEM | Direction des services professionnels et de l'enseignement médical |
| DMS | Durée moyenne de séjour |
| ICASI | Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat |

| | |
|---|---|
| LGSSSS | Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux [G-1.021] |
| PDG | Président-directeur général |
| NSA | Niveaux de soins alternatifs |
| RUR | Règles d'utilisation des ressources |

Dans le présent règlement, à moins que le contexte ne s'y oppose, les expressions ou termes suivants signifient :

1° Département : Le Département de médecine d'urgence
2° Service d'urgence : Le Service de médecine d'urgence de l'Hôpital Barrie Memorial
3° Établissement : Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
4° Installation : Lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population. Un établissement comporte généralement plusieurs installations.

## **SECTION IV** OBJECTIF

### **5.** ÉNONCÉ DU SERVICE

Les salles d'urgence du CISSSMO fournissent, en tout temps, les soins et services de qualité requis par les personnes souffrant de problèmes urgents de santé qui y consultent. Elles sont une porte d'entrée importante du système de santé publique, permettant l'accès 24 heures par jour et 7 jours par semaine à des ressources médicales spécialisées dans l'identification et le traitement de problèmes urgents et imprévus de santé.

Les services offerts dans les salles d'urgence comprennent l'évaluation, la priorisation, la stabilisation, l'investigation et le traitement, le tout dans une pensée d'orientation médicale rapide : consultation, hospitalisation, transfert ou congé. Il s'agit d'une ressource multidisciplinaire, partagée par de nombreux services médicaux, où exerce une équipe pluridisciplinaire composée, entre autres, de médecins exerçant en médecine d'urgence, de médecins consultants ou de médecins hospitalistes, d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires, d'inhalothérapeutes, de physiothérapeutes, de nutritionnistes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et de pharmaciens.

La disponibilité et l'engagement du personnel de soutien ainsi que des professionnels concernés sont essentiels au bon déroulement des activités et à l'atteinte des objectifs visés.

La gestion optimisée des salles d'urgence est une priorité organisationnelle pour le CISSSMO. En tant qu'établissement, ce dernier doit se pourvoir de règles et mécanismes efficients de gestion des salles d'urgence pour permettre qu'y soient maintenues l'accessibilité et la qualité des soins et que les trajectoires des usagers qui y consultent soient fluides et sécuritaires.

L'accessibilité aux services d'urgence repose sur une organisation intégrée et hiérarchisée où l'usager se retrouve au bon endroit au bon moment. La vision de l'urgence s'intègre dans un parcours de soins. Sa mission est complémentaire à celle des autres composantes du réseau (première ligne, soins ambulatoires, soins préhospitaliers, soins hospitaliers et post-hospitaliers).

La responsabilité d'accès en tout temps, selon des délais raisonnables, pour des problèmes urgents de santé est partagée par les urgences, la communauté intrahospitalière et la première ligne du système de santé. Cet accès est influencé par la condition et l'intensité clinique requises pour aborder le problème urgent de santé. Afin d'optimiser l'utilisation des salles d'urgence en

fonction des ressources limitées, il est essentiel de s'assurer que les bons usagers soient au bon endroit au bon moment pour recevoir les soins adéquats requis par leur condition biopsychosociale.

Les présentes RUR sont rédigées dans le but de définir les règles et les mécanismes d'utilisation des salles d'urgence du CISSSMO.

Ces RUR s'appliquent à tous les médecins, professionnels et autres intervenants qui œuvrent ou sont en interaction avec les salles d'urgence du CISSSMO, au niveau du Département de médecine d'urgence du CISSSMO. Elles mettent en place les règles permettant d'offrir aux usagers qui les requièrent des soins de qualité et sécuritaires au bon endroit et au bon moment en plus d'assurer une efficience de fonctionnement et d'accessibilité en précisant les rôles et responsabilités de chaque intervenant. Enfin, elles précisent également les sanctions administratives prévues par le non-respect de ces règles.

**6.** OBJECTIFS DES RUR

1° Favoriser l'accessibilité, la qualité et la pertinence des soins et des services;
2° Respecter la mission de l'urgence qui est de fournir en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et services de qualité requis par sa condition, à l'aide d'une approche axée sur l'usager (évaluation initiale, priorisation, stabilisation, investigation, traitement) et vers une orientation médicale rapide : consultation, hospitalisation, transfert ou congé;
3° Atteindre les objectifs de performance et d'efficience attendus par la population et exprimés dans les directives et attentes ministérielles;
4° Travailler en cohérence avec nos partenaires du réseau.

## **CHAPITRE II** RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

### **SECTION I** TRIAGE

Tout usager consultant à l'urgence devra faire l'objet d'un triage par une infirmière utilisant l'ÉTG (échelle canadienne de triage et de gravité). Selon le résultat du triage, l'usager se verra attribuer un niveau de triage et pourra être:

1° Dirigé vers une ressource externe (réorientation);
2° Dirigé vers une ressource interne :
   a. Dans le département d'urgence (salle d'attente, zone ambulatoire, zone civière monitorée, salle de réanimation, etc.)
   b. Hors urgence (clinique externe, pavillon des naissances, etc.)

La décision de procéder à un monitorage cardiaque avant la visite médicale est prise par l'infirmière, selon l'OIPI en vigueur. De même, l'infirmière peut procéder aux examens ou procédures prévus dans les ordonnances collectives, lorsqu'ils s'appliquent, avant la visite médicale.

Lorsque l'attente avant de voir le médecin excède les balises recommandées de prise en charge pour la priorité attribuée à l'usager, l'état de celui-ci devra être réévalué par l'infirmière de triage ou de chevet. Suivant cette réévaluation, ou l'infirmière peut revoir le niveau de triage, ou diriger l'usager selon les mêmes principes qu'au triage initial.

## **SECTION II** ENCADREMENT MÉDICAL POUR LES DIFFÉRENTES SITUATIONS CLINIQUES

### **7.** USAGER QUI CONSULTE SANS RÉFÉRENCE MÉDICALE

Tout usager qui consulte sur une base ambulatoire ou qui arrive par ambulance, sans référence, sera évalué par le médecin de l'urgence, selon le niveau de priorité qui lui aura été assignée lors du triage, à moins que l'usager n'ait été réorienté vers une autre ressource.

#### **7.1.**USAGÈRE AMBULATOIRE ENCEINTE

Toute usagère enceinte de moins de 20 semaines qui se présente à l'urgence est triée par l'infirmière et évaluée par l'urgentologue selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG).

Toute usagère enceinte de 20 semaines et plus qui se présente à l'urgence pour un motif non obstétrical est triée selon l'ETG et évaluée par l'urgentologue. La prise des signes vitaux doit inclure l'auscultation du cœur fœtal.

Toute usagère enceinte de 20 semaines et plus qui se présente à l'urgence pour un motif possiblement obstétrical (douleurs abdominales ou lombaires, pertes liquidiennes, saignements, contractions utérines, diminution des mouvements fœtaux, etc.) est dirigée vers le Centre des naissances pour un triage obstétrical infirmier spécifique et une évaluation médicale. De même, après l'évaluation au triage de l'urgence, les usagères ayant obtenu leur congé du pavillon des naissances depuis moins de 48 heures peuvent être redirigées vers le pavillon si leur motif de consultation est de nature obstétricale. Une communication doit avoir lieu entre l'infirmière du triage et la personne responsable au Centre des naissances avant le transfert de l'usagère.

### **8.** USAGER RÉFÉRÉ À L'URGENCE

Tout usager référé à l'urgence (que ce soit par un médecin du CISSSMO ou non) doit passer par le triage. Un niveau de triage lui sera attribué comme à tous les autres usagers en attente. L'infirmière doit aviser le médecin lorsque l'usager a été référé d'un autre médecin ou arrive d'un transfert interétablissements. La responsabilité médicale ne commence pas après le triage, elle commence lors de la prise en charge médicale. Le médecin consultant qui attend la venue d'un usager référé dont la condition clinique exige des soins urgents doit communiquer avec le médecin de l'urgence afin de l'aviser de l'arrivée de ce dernier.

Le médecin consultant se rendra disponible le plus rapidement possible pour participer aux soins de l'usager. Il le prendra en charge si la condition de l'usager relève de son champ de compétence et si ce médecin fait partie d'un service qui hospitalise.

L'envoi d'un usager à l'urgence pour qu'il y soit évalué par un médecin spécialiste sans entente préalable entre le médecin ayant effectué la demande et le spécialiste est contraire aux règles d'éthique et de bonne pratique et, à ce titre, ne doit en aucun temps être toléré. Ainsi, tout médecin référent doit communiquer avec le médecin consultant à l'urgence, préalablement au transfert de l'usager. Il a la responsabilité de signifier au consultant l'urgence de la condition médicale, s'il y a lieu, ou tout élément important pouvant faciliter le processus d'évaluation.

À moins qu'une importante instabilité ne soit constatée dans la condition clinique de l'usager ou que sa vie s'en trouve menacée, les consultations en spécialité, toutes spécialités confondues, doivent être dirigées vers un autre service que celui de l'urgence et, donc, privilégier les services externes.

Si un usager n'est pas préalablement attendu par le spécialiste, mais qu'il dispose d'une demande de consultation en médecine spécialisée, le médecin de l'urgence en assure la pleine responsabilité. Il en évalue alors l'état et décide si l'usager doit être vu par le spécialiste en urgence ou sur rendez-vous.

## **9.** TRANSFERTS INTERÉTABLISSEMENTS

Sans exclure toute responsabilité des autres intervenants, la responsabilité de la sécurité de l'usager lors des transferts interhospitaliers incombe au médecin de l'installation de départ.

L'utilisation des cliniques externes et des unités de séjours ambulatoires est à prioriser pour l'évaluation des usagers stables et ambulants.

Lors de l'arrivée d'un usager attendu en spécialité, les consultants en sont responsables dès son arrivée à l'unité d'urgence. Le médecin qui a accepté un transfert, ou son délégué, dois être disponible rapidement, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et signifier tout délai s'il y a lieu, au médecin de l'urgence. Pour les usagers stables, les transferts devraient être faits de jour, le plus tôt possible, pour favoriser l'implication précoce du consultant.

Le médecin de l'urgence peut être sollicité si l'usager a des critères d'instabilité à son arrivée et que le consultant/l'équipe traitante n'est pas disponible. Il peut aussi être demandé par le consultant pour des soins simultanés. Si l'usager présente des signes d'instabilité à l'arrivée, et que l'équipe traitante n'est pas immédiatement disponible, ou n'est pas habilitée en soins critiques, le médecin de l'urgence se doit d'évaluer l'usager.

Tout transfert interhospitalier accepté par un spécialiste doit être communiqué au préalable au coordonnateur responsable de la gestion des lits hospitaliers. Les transferts doivent de manière optimale se faire directement vers un lit à l'étage et ne pas transiter par l'urgence à moins qu'une réévaluation soit nécessaire par le médecin consultant, par exemple lorsque l'histoire ou le diagnostic ne sont pas clairs, ou par le médecin de l'urgence après entente avec ce dernier. Les usagers devenus instables en cours de transfert seront dirigés à l'urgence pour des fins de stabilisation.

Dans les cas où il n'y aurait aucun lit disponible dans un site, une discussion avec le coordonnateur responsable de la gestion des lits permettra de prendre une décision à savoir, soit une admission à la salle d'urgence au nom du médecin consultant, soit une réorientation de l'usager dans un autre site mieux en mesure d'accepter le transfert. Si la condition de santé de l'usager le permet et en fonction de l'achalandage de l'urgence, une entente peut être faite pour déterminer à quel moment cet usager sera transféré vers le centre receveur. Précisons que tout usager admis provenant d'une autre installation ne doit, en aucun temps, séjourner ou transiter par l'urgence du centre receveur. Il est attendu qu'en toutes situations, les préarrangements entre le centre demandeur et le centre receveur aient tous été effectués avant le départ de l'usager du centre demandeur.

Un transfert interhospitalier peut être accepté par un médecin de l'urgence à son nom, par exemple, lorsque le plateau technique du centre référent ne permet pas de compléter

l'investigation, et ce, sans une consultation en spécialité. Le médecin de l'urgence évalue alors l'état de l'usager à son arrivée et décide si une consultation en spécialité en urgence ou sur rendez-vous doit avoir lieu.

La responsabilité du transfert d'un usager vers un autre centre hospitalier revient à l'équipe médicale qui transfère l'usager, soit le médecin en service à l'urgence ou le consultant qui en a initialement accepté la prise en charge. Sauf s'il y a eu entente préalable (par exemple en traumatologie), aucun transfert vers un autre centre hospitalier ne peut être effectué sans que le médecin traitant ait communiqué avec le médecin qui doit recevoir l'usager pour s'assurer que celui-ci accepte le transfert.

Le médecin traitant a la responsabilité de stabiliser la condition médicale de l'usager avant son transfert, à moins d'indications ou de conditions particulières l'en empêchant. La stabilisation inclut l'évaluation adéquate de l'état de l'usager et la phase initiale d'un traitement approprié, selon une probabilité raisonnable et en respect des guides de pratique.

Le médecin traitant détermine, si requis, quel type d'accompagnateur sera nécessaire en fonction des besoins de l'usager: médecin, infirmière, inhalothérapeute, etc. Un mécanisme doit être mis en place pour assurer rapidement la disponibilité de l'accompagnateur – soit dans un délai de moins de 30 minutes – et pour que son remplacement à l'urgence soit effectué, le cas échéant;

Le médecin traitant doit inscrire au dossier les ordonnances nécessaires pour assurer le bon déroulement du transfert de l'usager. Une copie du dossier de l'urgence, des résultats des examens de laboratoire disponibles et des radiographies récentes, ainsi qu'un résumé des éléments pertinents du dossier antérieur doivent accompagner l'usager.

## **SECTION III** PRATIQUE MÉDICALE

### **10.** PRÉSENCE

*Le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de Médecine d'urgence du CISSSMO* [REG-10286] prévoit les détails pour assurer la couverture continue des différentes salles d'urgence du CISSSMO, le nombre de médecins en devoir, la disponibilité de la liste, les règles pour le remplacement en cas de non-disponibilité et le mécanisme en cas de rappel de médecin non en devoir.

Cependant, au moins un médecin de l'urgence doit être présent dans chaque installation, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Un médecin de l'urgence ne peut quitter l'installation sans s'assurer de la couverture médicale de la salle d'urgence par au moins un autre médecin de l'urgence présent dans l'installation. Cette obligation ne peut être déléguée à un médecin résident. Pour éviter toute découverture, le Département de médecine d'urgence doit avoir un plan prévoyant la séquence des mesures à prendre, incluant le recours à une liste de rappel.

Un mécanisme de rappel de médecin, non en devoir, est disponible en tout temps pour chacun des services afin d'éviter toute crise potentielle, tels une absence imprévue ou un code orange. Les mécanismes d'élaboration et d'utilisation de cette liste sont déterminés par chacun des services d'urgence et figurent dans leur règlement de service.

## **11.** PRISE EN CHARGE ET TRANSFERT DE DOSSIER ENTRE LES MÉDECINS DE L'URGENCE

Les médecins d'urgence, lorsqu'il y en a plusieurs dans une salle d'urgence, peuvent se voir attribuer des secteurs particuliers, dans un souci d'efficacité et d'efficience. Toutefois, même lorsqu'ils sont affectés prioritairement à un secteur, ils ont collectivement la responsabilité de prendre en charge rapidement l'ensemble des usagers inscrits à l'urgence, mais non encore pris en charge, peu importe le secteur où ils se situent, selon le niveau de triage établi pour l'usager.

## **12.** PRISE EN CHARGE

Le médecin de l'urgence est le médecin traitant responsable de tout usager que lui ou tout résident ou externe sous sa supervision a pris en charge. Il est aussi responsable des usagers qui lui ont été transférés par les médecins le précédant à l'urgence.

Le médecin de l'urgence demeure médecin traitant jusqu'au départ de l'usager, ou jusqu'à la prise en charge par un autre médecin traitant, soit par le transfert à un autre médecin de l'urgence ou lors d'une demande de consultation avec prise en charge, lorsque la prise en charge est acceptée par le médecin consultant, ou lors d'une demande d'admission en spécialité pouvant être conclue en présence ou par téléphone en collaboration avec le médecin hospitaliste. Dans certains cas, il sera préférable de privilégier la consultation avec soins simultanés jusqu'à ce que la situation permette de déterminer quelle sera la spécialité la plus à même d'hospitaliser l'usager.

Le médecin de l'urgence n'est pas le médecin traitant d'un usager à l'urgence admis en spécialité ni celui d'un usager pris en charge par un médecin consultant dans le cadre d'une demande de consultation avec prise en charge. Un consultant ne devrait pas avoir la possibilité d'observer un usager pour une longue période. Un usager vu dans la journée devrait être orienté au moment du départ du consultant: congédié, admis par le consultant ou suggestion d'hospitalisation dans un autre service. Si le consultant suggère une hospitalisation dans un autre service, il doit remplir la demande de consultation et aviser ledit service. Dans un cas où deux spécialités hésitent sur la responsabilité de l'hospitalisation, ils devront en discuter ensemble pour prendre une décision commune.

Les « observations » en spécialité devraient être des exceptions et non la norme. La prise de décision sur l'admission ou le congé devrait être prise dans un délai de moins de huit (8) heures.

La prise en charge de l'usager par le médecin d'urgence s'effectue le plus rapidement possible à la suite du triage. Cette prise en charge respecte, dans toute la mesure du possible, les cibles opérationnelles de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG).

## **13.** RÔLE DU MÉDECIN DE L'URGENCE EN TANT QUE MÉDECIN TRAITANT

À l'exception des usagers redirigés à partir du triage (*cf. Chapitre II, section I*) et des usagers que les médecins consultants sont appelés à voir et prendre en charge directement, le médecin de l'urgence doit procéder de façon diligente à l'évaluation de tous les usagers se présentant à la salle d'urgence, selon un ordre tenant compte du niveau de triage attribué lors du triage ou de la réévaluation. Lorsque plusieurs médecins d'urgence œuvrent simultanément à la salle d'urgence, ils assument collectivement cette responsabilité, quelle que soit la localisation de l'usager dans l'urgence.

Pour les usagers qu'il prend en charge, le médecin de l'urgence doit notamment, mais non exclusivement, établir un diagnostic différentiel en lien avec la raison de consultation, et mettre en action le plan d'investigation et de traitement appropriés. Pour maintenir l'accessibilité aux salles d'urgence et être en mesure de répondre à la clientèle à venir, l'évaluation, la stabilisation, l'investigation et le traitement des usagers dans la salle d'urgence doivent se faire dans une optique d'orientation médicale rapide : demande de consultation, hospitalisation, transfert ou congé.

Entre autres, tout examen et tout soin n'exigeant pas le plateau technique de l'urgence et pouvant se faire hors de l'épisode de soins aigus à l'urgence doit être réalisé ailleurs qu'à l'urgence. Plus spécifiquement, tout examen non urgent et qui peut impliquer un autre plateau technique que celui de l'urgence doit être redirigé vers la ressource appropriée.

Les salles d'urgence du CISSSMO étant des milieux académiques universitaires, le médecin de l'urgence doit intégrer des étudiants et résidents dans son interaction avec les usagers et leur laisser une place appropriée, sous supervision.

## **14.** RESPONSABILITÉS ENVERS LES USAGERS DONT IL N'EST PAS LE MÉDECIN TRAITANT

Le médecin de l'urgence n'est pas le médecin traitant de tous les usagers se trouvant à l'urgence.

Toutefois, si un usager de l'urgence, pris en charge par un médecin consultant, présente une complication aiguë mettant sa vie ou sa sécurité en jeu, le médecin de l'urgence doit intervenir et prendre soin de la condition aiguë en attendant l'arrivée dans les meilleurs délais du médecin traitant ou de son délégué. Le médecin traitant, ou son délégué, à son arrivée, reprend cependant la pleine responsabilité de la prise en charge de son usager et de la suite des traitements et investigations. Le médecin traitant, ou son délégué, doit être disponible rapidement, 24 heures par jour, tous les jours, avec un délai maximal de soixante (60) minutes pour être sur place en cas de besoin. Si un délai plus court est prévu dans le règlement du département ou du service concerné, ce dernier prévaut. Un délai de trente (30) minutes est notamment déjà établi dans certaines spécialités entre l'appel et la présence sur place, et dans ces cas, celui-ci prévaut.

## **15.** DEMANDE D'EXAMENS D'IMAGERIE MÉDICALE

Les demandes d'examens diagnostiques émanant de l'urgence se limitent aux examens estimés nécessaires à l'évaluation et au traitement urgent de la condition de l'usager.

Le médecin de l'urgence est responsable du suivi des ordonnances, analyses et examens d'imagerie qu'il a demandés et prescrits pour un usager, incluant les examens demandés en ordonnances collectives. Le médecin consultant doit s'assurer que son nom et son numéro de pratique sont écrits lisiblement en tant que médecin prescripteur sur les examens qu'il prescrit, afin d'assumer la responsabilité de suivi qui en découle.

Le médecin de l'urgence doit remplir les ordonnances radiologiques avec des informations pertinentes à leur interprétation, afin d'en assurer le suivi sécuritaire.

L'indication claire des commentaires de lecture des radiographies simples de la part du médecin de l'urgence dans le système PACS peut être une modalité de suivi sécuritaire si elle est préconisée par le service d'urgence impliqué

## **16.** MONITORAGE CARDIAQUE

Il est recommandé que plus de 50% des civières fonctionnelles autorisées à l'urgence disposent d'appareils de monitorage, fixes ou mobiles. Afin de réduire les déplacements des usagers au sein de l'urgence, une certaine souplesse dans l'attribution des fonctions de monitorage est nécessaire. Un appareil de monitorage, aussi sophistiqué soit-il, ne saurait remplacer la surveillance des usagers par les infirmières et les médecins, tout au long du séjour à l'urgence. Le médecin de l'urgence établit, pour chaque usager installé sur civière, s'il est nécessaire d'avoir recours au monitorage et prescrit, le cas échéant, le type de monitorage selon l'OIPI de monitoring. Le médecin de l'urgence doit respecter les critères objectifs d'utilisation des moniteurs cardiaques au Département de médecine d'urgence, à moins d'exceptions le justifiant selon l'avis du médecin.

## **17.** TRANSFERTS EN FIN DE QUART DE TRAVAIL

À la fin de chaque quart de travail, le médecin de l'urgence qui termine son service doit remettre le transfert ÉCRIT de tous les usagers au médecin remplaçant. Seuls les usagers instables ou les cas particuliers feront l'objet d'un transfert VERBAL. Il doit clairement désigner le médecin qui prendra dorénavant en charge les usagers pour éviter toute confusion potentielle auprès des équipes soignantes et pour qu'il puisse être identifié a posteriori, au besoin.

En préparation au transfert, le médecin de l'urgence traitant doit prescrire tous les médicaments et ordonnances médicales pertinents et documenter la conduite à tenir pour la suite de l'épisode de soins.

Le médecin qui débute son service prend donc sous sa responsabilité tous les usagers présents à l'urgence dont le transfert n'a pas été accepté par un médecin spécialiste ou par un autre médecin. Le médecin d'urgence doit connaître la condition médicale de tout usager de l'urgence relevant de sa responsabilité.

Pour assurer un transfert adéquat, le médecin de l'urgence doit être présent au moment du début de son quart de travail prévu à l'horaire; en cas d'incapacité, il doit en aviser directement le médecin qu'il remplacera.

## **18.** DÉLAIS DE PRISE DE DÉCISION SUR ORIENTATION

Pour éviter de prolonger les séjours et en accord avec les principes du *Guide de gestion des urgences* du MSSS, il est nécessaire que les chefs de service d'urgence et les chefs d'unité infirmières de chaque installation mettent en place une procédure de réévaluation prioritaire à l'aide de marqueurs visant à déterminer quels usagers doivent être revus par l'équipe médicale. Cette procédure doit être approuvée par le chef du Département de médecine d'urgence, de même que la DPSCS et la DSPEM.

Cette procédure doit prévoir un mécanisme efficace de communication afin que le médecin de l'urgence soit prévenu dès l'obtention des résultats des examens prescrits ou dès que l'usager est à l'urgence depuis plus de huit (8) heures, visant une durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence de moins de huit (8) heures pour un usager non admis et de moins de douze (12) heures, si admis, à partir du moment du triage de l'usager à l'urgence. L'observation prolongée au-delà de ces délais doit être exceptionnelle.

Lorsqu'il a toutes les informations nécessaires, le médecin doit assurer l'orientation définitive des usagers qu'il a évalués et pris en charge au cours de son quart de travail, soit vers un départ ou vers une demande de consultation, et ce, avec diligence. Tout en mettant de l'avant le jugement du médecin impliqué et en visant la sécurité des soins aux usagers, seul un nombre minimal d'usagers devrait faire l'objet de transfert au médecin de l'urgence suivant.

En salle de réanimation, le délai moyen de décision pour orienter un usager vers les soins intensifs, le bloc opératoire ou la salle d'observation devrait être d'une (1) heure, avec un maximum de deux (2) heures, afin d'optimiser les ressources. Il s'agit d'une moyenne souhaitée. Bien qu'un usager puisse nécessiter plus de temps, sur plusieurs quarts de travail, cette moyenne devrait être atteinte.

En ce qui concerne spécifiquement la zone d'évaluation rapide (ZER), on se doit d'offrir des soins de qualité en temps optimal, pour une clientèle urgente ou semi-urgente, un séjour, avec un retour à domicile de l'usager, en moins de douze (12) heures, préférablement entre quatre (4) et huit (8) heures. La philosophie de cette zone repose notamment sur le travail interdisciplinaire favorisant les interventions intensives rapides en visant une durée de séjour optimale à l'urgence.

## **SECTION IV** TYPE DE CONSULTATIONS ET RÉALISATIONS DES CONSULTATIONS

Lorsqu'il demande une consultation, le médecin, incluant le médecin de l'urgence, doit obligatoirement spécifier, en cochant la case pertinente, le type de consultation choisi parmi les 4 suivantes :

### **19.** CONSULTATION (SANS AUTRE SPÉCIFICATION)

Le médecin qui demande ce type de consultation demeure le médecin traitant de l'usager. Il désire obtenir seulement l'opinion du consultant sur la conduite à tenir en termes d'investigation ou de traitement, ou l'opinion sur le diagnostic. Le médecin ayant demandé la consultation est celui qui effectuera les prescriptions et ordonnances nécessaires.

### **20.** CONSULTATION ET SOINS SIMULTANÉS

Le médecin qui demande ce type de consultation demeure le médecin traitant de l'usager. Il demande une consultation auprès d'un autre médecin, qui ne deviendra pas le médecin traitant, même s'il est appelé à offrir une opinion, une investigation, un traitement ou tout autre type de soins qui ne seront pas offerts seulement de façon ponctuelle, mais sur une période plus prolongée durant laquelle le médecin traitant continue d'assumer la prise en charge de l'usager. Le médecin consultant termine son apport et son rôle à titre de médecin consultant au dossier en inscrivant au dossier une note indiquant que l'usager a obtenu son congé pour les services prodigués.

### **21.** CONSULTATION ET PRISE EN CHARGE

Le médecin qui demande ce type de consultation désire que le médecin de la spécialité demandée en consultation devienne le médecin traitant de l'usager. Ce transfert de prise en charge, où le médecin consultant devient le médecin traitant de l'usager et où, en conséquence, le médecin ayant initialement demandé la consultation se retire du dossier, survient dès lors que la consultation est terminée. Le médecin urgentologue reste responsable de l'usager jusqu'à ce qu'il soit évalué et pris en charge par le médecin spécialiste.

Le médecin consultant ayant réalisé la consultation doit demander lui-même les consultations qu'il juge requises, le cas échéant. Il a alors la responsabilité de communiquer avec un collègue d'une autre spécialité ou des professionnels requis, si une opinion ou une consultation de leur part est attendue ou demandée. Le médecin consultant est entièrement responsable de confirmer que toutes les conditions pour un congé sécurisé sont remplies avant de procéder à la sortie de l'usager. Il doit s'assurer que le milieu de vie de l'usager est adéquat, que tous les examens et traitements nécessaires ont été effectués ou sont dûment programmés, et que la coordination avec les soins externes est établie. La décision de sortie doit être prise de manière autonome, sans nécessiter de réévaluation systématique par l'urgentologue, sauf si une situation spécifique le requiert. Si des conditions médicales ou sociales non résolues limitent la possibilité de congé, le consultant peut donc choisir d'admettre l'usager (si la condition de celui-ci relève de son champ d'expertise), de faire appel aux professionnels requis (travailleuse sociale, par exemple) ou de demander une consultation dans un autre service si la condition médicale ne relève pas de son expertise.

**22.** CONSULTATION PRÉOPÉRATOIRE

Ce type de consultation entraîne les mêmes effets qu'une « Consultation et soins simultanés », mais dans un contexte préopératoire.

Lorsque le médecin consultant évalue un usager et qu'il conclut que la demande de consultation qui lui est adressée n'est pas dans son champ d'expertise, il peut en discuter de façon collégiale avec le médecin de l'urgence pour une réorientation conjointe de l'usager vers un autre consultant ou un retour vers le médecin de l'urgence. Bien que plusieurs consultations puissent être demandées dans différentes spécialités pour un même usager, une seule parmi celles-ci doit être de type « Consultation avec prise en charge » en raison de la nature de celle-ci.

Une demande de consultation ne peut être refusée par le service médical demandé en consultation. S'il est estimé que la demande de consultation est mal fondée, ou que son type ou son délai de réalisation pourrait être autre que celui indiqué, il doit y avoir une discussion collégiale à cet effet entre le médecin demandé en consultation et celui ayant demandé la consultation. Seul le médecin ayant demandé la consultation, ou celui de la même spécialité médicale qui lui succède peuvent modifier ou annuler celle-ci. Si un médecin traitant annule une consultation demandée par un autre médecin, le détail justifiant cette annulation doit être inscrit dans les notes médicales. Il est à noter que les consultations ne doivent pas être refusées ni retardées en raison de quotas. Cependant, les hospitalisations peuvent être limitées si les quotas sont dépassés. Si la capacité d'un service à offrir des consultations ou des prises en charge est dépassée, il incombe à l'ensemble des parties prenantes, c'est-à-dire au service concerné, aux autres médecins qui hospitalisent, aux urgentologues ainsi qu'à la direction générale et la DMSP de mettre en place de façon collaborative des solutions pour remédier à cette situation.

Selon la demande spécifique faite par le médecin, le consultant peut décider concernant l'usager, le cas échéant :

1° De lui donner congé;
2° De l'hospitaliser;
3° De le diriger en clinique externe;
4° De demander ou suggérer le recours à un spécialiste d'un autre domaine;
5° De procéder à une investigation complémentaire et d'en assurer le suivi;
6° D'assurer les soins relevant de sa spécialité en concertation avec d'autres médecins impliqués au dossier;
7° De faire une recommandation à l'équipe médicale de l'urgence.

Il est possible que, pour orienter son choix, le consultant ait besoin d'examens supplémentaires d'imagerie ou de laboratoire, ou d'une période d'observation pour voir l'évolution clinique. Toutefois, il est impératif que le consultant respecte les directives et que l'orientation de l'usager soit établie dans la même journée. Par la suite, une décision clinique doit être prise à savoir, un congé médical, une admission sur une unité d'hospitalisation brève (si cette unité permet les admissions ouvertes) ou sur une unité d'hospitalisation traditionnelle. Cette démarche assure une prise de décision efficiente, évitant ainsi à l'usager de subir un séjour prolongé à l'urgence.

Il est primordial que toutes les équipes impliquées s'assurent d'éviter les hospitalisations non pertinentes au point de vue médical et d'orienter adéquatement les usagers pouvant être pris en charge adéquatement par des ressources extrahospitalières.

## **SECTION V** LE MÉDECIN CONSULTANT

### **23.** DEMANDES DE CONSULTATIONS

Les demandes de consultations effectuées à l'urgence doivent être pertinentes et basées sur l'évaluation et l'examen adéquat de l'usager par le médecin de l'urgence.

Le médecin qui demande un autre médecin en consultation doit remplir le formulaire autorisé à cet effet et doit obligatoirement fournir de manière lisible les informations demandées, à savoir l'identification de l'usager, le service demandé en consultation, les informations cliniques expliquant et justifiant la consultation, son nom et son numéro de pratique, ainsi que la date et l'heure de la demande de consultation.

Le médecin demandant la consultation devra déterminer s'il est requis que la consultation soit effectuée alors que l'usager séjourne à l'urgence, ou si elle peut être effectuée subséquemment à son séjour à l'urgence. S'il n'est pas essentiel que la consultation soit effectuée lors du séjour à l'urgence, le médecin devra orienter la demande de consultation en conséquence afin que celle-ci soit effectuée dans un délai raisonnable, qu'il aura consigné. Afin de maintenir l'accessibilité au service d'urgence et d'éviter l'engorgement des salles d'urgence, toute consultation pour une condition ne nécessitant pas d'être adressée lors de la visite à l'urgence doit se voir effectuer hors de la visite à l'urgence, dans un environnement plus approprié.

### **24.** GARDE EN HEURES DÉFAVORABLES

Tous les services médicaux appelés à effectuer des consultations à l'urgence doivent prévoir et faire connaître à l'avance l'horaire des médecins de leur service affecté à la garde. L'horaire doit prévoir la couverture 24 heures par jour, tous les jours de l'année.

La liste de la couverture médicale de garde pour chaque spécialité doit être diffusée au minimum un mois avant le début de la période concernée au chef de service d'urgence, au chef de Département de médecine d'urgence, à la DSPEM ainsi qu'à tous les médecins du service concerné.

Si un médecin se trouve dans l'impossibilité de se faire remplacer, et ce, pour une raison de force majeure approuvée par le chef adjoint du département ou par le chef de service, un remplaçant est nommé par celui-ci ou par le chef de département et ce remplaçant ciblé a l'obligation d'effectuer la garde. Les remplaçants peuvent être nommés à tour de rôle en tenant compte d'une

liste de rappel. Une procédure claire doit être établie, diffusée, connue et appliquée par tous les intervenants dans les règlements de département ou de service de chaque installation.

**25.** DÉLAIS DE RÉALISATION DES CONSULTATIONS

Dans toutes les urgences du CISSSMO, les consultations urgentes pour des usagers instables ou à risque d'instabilité doivent être réalisées le plus rapidement possible, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, selon la situation clinique de l'usager et le jugement du médecin de l'urgence. Ces demandes de consultation nécessitent que le médecin de l'urgence communique personnellement avec le médecin consultant ou le médecin résident du médecin consultant et ne peuvent faire seulement l'objet d'une demande de consultation par formulaire. La pertinence est toujours de mise.

Il est attendu que toute consultation devant être réalisée lors du séjour de l'usager à l'urgence demandée entre 8h et 17h soit réalisée le jour même. Selon le *Guide de gestion des urgences* du MSSS, le délai moyen recommandé est de deux (2) heures entre la demande de consultation et la prise en charge de l'usager par le consultant, et ce, tous les jours.

Les fins de semaine et jours fériés, il arrive souvent que le nombre de médecins consultants par spécialité soit moindre et même qu'ils couvrent plus d'un site. Il devient d'autant plus important que le médecin de l'urgence communique avec le consultant pour qu'ils s'entendent sur la priorisation à appliquer à cette demande de consultation.

Après 17h, le médecin qui demande une consultation devant être réalisée lors du séjour de l'usager à l'urgence déterminera si la réalisation de la consultation peut attendre au matin suivant. Sinon, elle devrait être discutée directement avec le consultant et ils détermineront ensemble collégialement si la priorité de celle-ci exige que ce dernier se déplace pour remplir cette consultation.

En tout temps, mais particulièrement en ce qui a trait aux consultations devant être réalisées lors du séjour de l'usager à l'urgence demandée en heure défavorable, le médecin de l'urgence doit viser à réduire au minimum les demandes de consultations, en référant autrement les consultations qui n'exigent pas d'être réalisées durant le séjour à l'urgence, notamment par :

1° L'utilisation de plages réservées en clinique externe pour des consultations
2° La référence aux accueils cliniques pour les usagers satisfaisant les critères;
3° Le report au matin des consultations qui peuvent attendre, sans préjudice pour les usagers.

Lorsque la demande de réalisation d'une consultation a été reportée au matin, il est attendu qu'une consultation reportée de la veille doit être effectuée en priorité avant 10h si le médecin a été avisé la veille de cette consultation et si d'autres urgences ne requièrent pas l'attention du consultant au préalable.

Pour les spécialités avec un nombre élevé de consultations à l'urgence, il va de soi que l'ensemble des consultations ne peuvent pas toutes être vues en moins de deux (2) heures. Pour ces spécialités, comme la psychiatrie, le médecin de garde doit être présent dès le début de la journée et faire preuve de diligence dans le traitement des demandes de consultation, afin de s'assurer que toutes les consultations du jour soient réalisées. La priorisation des consultations peut se faire en collaboration avec l'ICASI et le coordonnateur de l'urgence.

Compte tenu, entre autres, du volume important de la clientèle qu'ils desservent et de leur impact sur les salles d'urgence, les services relatifs au Département d'imagerie médicale font l'objet d'obligation d'horaires de couverture spécifiques auprès de la clientèle des salles d'urgence.

Pour ce qui est des services professionnels multidisciplinaires tels que la physiothérapie ou le travail social, une couverture en journée et en soirée est requise jusqu'à 17h minimum tous les jours, préférablement jusqu'à 20h. Advenant le cas où la demande ne justifie pas la présence d'une telle couverture après 17h, les consultations demandées en soirée doivent être priorisées avant 11h le lendemain matin. Pour la liaison spécialisée en dépendance, une couverture en journée est requise tous les jours de la semaine. L'horaire est adapté en fonction du nombre de requêtes à traiter et des ressources disponibles. Des ententes de service doivent de plus permettre des évaluations en externe pour ces services lorsque possible.

## **26.** ORIENTATION DE L'USAGER, DÉPARTEMENT OU SERVICES SANS PRIVILÈGES D'HOSPITALISATION

Si la condition de l'usager requiert une hospitalisation, il est attendu que le médecin de l'urgence demande d'emblée une consultation dans une spécialité pouvant hospitaliser l'usager, à moins qu'une expertise ne soit nécessaire à la prise de décision ou que le service demandé puisse transférer l'usager pour une hospitalisation dans une autre installation. Pour un usager devant être hospitalisé, un transfert à l'urgence à partir d'une autre installation ne peut être accepté par un service n'hospitalisant pas à moins d'une entente explicite préalable avec un service qui admet.

La liste des services sans offre d'hospitalisation doit faire l'objet d'une entente entre la DSPEM et le CMDPSF.

## **27.** PRISE EN CHARGE LORS D'UN RETOUR À L'URGENCE SUITE D'UN SÉJOUR HOSPITALIER RÉCENT

Un usager se présentant sur les heures ouvrables, de jour, et ayant eu congé dans les dernières 48 heures suivant son congé hospitalier, revenant avec une problématique médicale qui semble liée à sa chirurgie ou endoscopie récente, doit être revu directement par le médecin consultant du service l'ayant hospitalisé. En cas de doute, cet usager sera évalué par le médecin de la salle d'urgence qui décidera si le spécialiste doit être demandé en consultation.

Pour les congés ayant eu lieu entre 48 heures et 7 jours, le jugement du médecin de l'urgence doit être mis de l'avant pour déterminer s'il est pertinent que le médecin spécialiste en question soit avisé, dès la présentation de l'usager à l'urgence ou de manière différée.

En cas d'urgence vitale, de douleur importante, d'instabilité ou de consultation pour un motif qui ne semble pas lié à la chirurgie, le médecin de l'urgence s'assurera de la prise en charge initiale et impliquera les consultants pertinents au besoin.

Sont exclues les clientèles avec traitement ambulatoire quotidien ou fréquent (ex. : dialyse, hémato-oncologie, radiothérapie), qui seront évaluées par le médecin de l'urgence.

Pour les cas spécifiques de saignement post-amygdalectomie ou de saignement de plaie en postopératoire de chirurgie vasculaire ou d'endoscopie, le médecin de l'urgence et le spécialiste concerné (ORL ou chirurgien vasculaire) seront avisés sans délai dès le triage des usagers présentant un saignement significatif, actif ou résolu.

Puisque l'usager est « directement revu » lors de sa présentation à l'intérieur de 48 heures, ceci implique que le médecin spécialiste est considéré comme le médecin traitant dès qu'il aura pris en charge l'usager. Une communication de l'infirmière du triage l'informant de la nécessité de voir l'usager visé par cette trajectoire doit avoir lieu dans les meilleurs délais.

## **28.** DÉLAIS DANS LA PRISE DE DÉCISION ET ORIENTATION

Le délai de séjour d'un usager de l'urgence doit être le plus court possible. Une prise de décision rapide doit donc être la norme afin d'éviter qu'un usager ne séjourne plus de 24 heures sur civière à l'urgence. Ainsi, les durées d'observation des usagers dans l'urgence par un médecin consultant doivent se limiter à la plage horaire de jour. Sauf en cas de circonstances particulières, une observation se prolongeant au-delà de cette période devrait entraîner une admission.

Même lorsque plusieurs consultations sont requises pour un même usager, le délai de séjour de moins de 24 heures à l'urgence doit être maintenu et, conséquemment, une prise de décision quant à une éventuelle admission devra être prise à l'intérieur de cette période même si le délai individuel d'observation d'un consultant (12 heures) n'est pas dépassé.

Une fois l'admission convenue, l'usager doit être dirigé dans les meilleurs délais vers l'unité de soins définitive en visant le respect des cibles du MSSS à atteindre :

1° Le délai moyen d'une (1) heure entre la demande d'admission et l'assignation d'un lit;
2° Le délai moyen de trente (30) minutes entre l'assignation d'un lit et le départ de l'usager de l'urgence.

Les délais de décision et d'intervention de la présente section représentant des moyennes, il est possible et convenu qu'ils puissent ne pas être respectés pour un usager en particulier, ou pour l'ensemble des usagers vus sur un quart de travail. Toutefois, il est attendu que ces objectifs soient atteints sur une période plus prolongée, regroupant plusieurs quarts de travail d'un même médecin ou d'un service médical.

## **29.** UTILISATION DE LA SALLE DE RÉANIMATION ET DE LA SALLE À CHOC

Pour les usagers nécessitant une hospitalisation dans une unité de soins critiques telle une unité de soins intensifs, la durée de séjour à l'urgence doit être inférieure à deux (2) heures une fois la consultation réalisée et l'admission acceptées. Ce délai de deux (2) heures ne doit pas être interprété comme une limite aux interventions de stabilisation nécessaires avant le transfert dans une unité de soins critique ni interférer avec la capacité de ces unités de prendre en charge des usagers de provenance autre que les urgences.

La disponibilité d'un lit de soins intensifs au CISSSMO pour un usager en provenance d'une urgence du CISSSMO et répondant aux critères d'admission appropriés doit être assurée 7 jours par semaine, 24 heures par jour. Advenant qu'il n'y ait aucun lit de disponible aux soins intensifs, les démarches auprès du COOLSI doivent être entreprises par le médecin de garde aux soins intensifs lorsque celui-ci a évalué un patient, juge qu'il nécessite une prise en charge en SIM, et qu'aucun autre patient n'est sortable.

Lorsqu'il s'agit d'un enjeu d'optimisation des lits (par exemple, un patient cliniquement sortable sans disponibilité à l'étage), il revient au coordonnateur des lits de libérer une place à l'étage.

Dans certaines circonstances exceptionnelles, telles que la gestion simultanée de multiples admissions, la présence de patients très instables aux soins, un transfert ambulancier actif par le

médecin des soins, ou encore la nuit si le patient ne nécessite pas la présence du médecin des soins intensifs sur place, celui-ci pourra demander l'aide de l'urgentologue pour effectuer les démarches auprès du COOLSI.

Le séjour visé à l'urgence de l'usager requérant ce niveau de soins doit être inférieur à deux (2) heures, à compter du moment où l'admission dans une unité de soins critiques est acceptée par l'intensiviste de garde dans le cas des unités de soins intensifs fermées, par le médecin traitant dans le cas des unités de soins intensifs ouvertes. Les consultations pour ce type de clientèle doivent être réalisées dans les meilleurs délais possibles, à l'intérieur de deux (2) heures.

En cas de besoin, une demande de support (consultation et soins simultanés) à l'intensiviste ou au cardiologue de garde peut être adressée par le médecin de l'urgence ou par un consultant afin d'assurer l'assistance appropriée. Dans ces cas, le transfert de responsabilité vers l'intensiviste ou le cardiologue se fera au moment où celui-ci aura accepté le transfert ou que l'usager sera rendu à l'unité de soins critiques.

### **30.** RETOUR À L'URGENCE À PARTIR D'UN AUTRE DÉPARTEMENT DE L'HÔPITAL

Suivant la réalisation d'une consultation et prise en charge, l'usager ayant reçu son congé du médecin traitant n'a pas à être revu ni réévalué par le médecin de l'urgence avant son départ.

De même, un usager ne peut être libéré avec la mention « Faire revoir par l'urgence » ou une mention similaire. Si le médecin ayant pris en charge l'usager considère que des circonstances particulières justifient que le médecin de l'urgence s'implique à nouveau dans le dossier ou qu'il redevienne le médecin traitant, il doit en convenir verbalement avec le médecin de l'urgence et obtenir l'accord de ce dernier. Ces situations doivent être des exceptions et être traitées au cas par cas, dans un mode collaboratif. De la même façon dont certains soins en spécialité peuvent être différés en externe, les problèmes non urgents des usagers ne doivent pas être adressés aux médecins d'urgence. Selon son jugement, le médecin ayant pris en charge l'usager doit référer ce dernier ou cette dernière à son médecin de famille ou aux cliniques sans rendez-vous pour la clientèle orpheline, pour tout problème non urgent.

## **SECTION VI** TRANSFERT EN PROVENANCE D'UN AUTRE MILIEU

### **31.** POUR UN MÉDECIN DE L'URGENCE

Le médecin de l'urgence peut accepter des transferts d'autres milieux et des demandes de consultation au nom de son service d'urgence pour des usagers dont le diagnostic nécessite d'être précisé à l'aide du plateau technique disponible à l'urgence, ou avec l'expertise propre aux médecins d'urgence, ou encore lorsqu'un soin à prodiguer nécessite l'expertise propre au service d'urgence. Le transfert de tels usagers vers l'urgence est alors jugé approprié. Lors de demande d'appartenance, l'urgentologue du centre demandeur doit obligatoirement communiquer avec l'urgentologue du centre receveur pour discuter du cas après l'évaluation du gestionnaire responsable des demandes d'appartenance et obtenir l'approbation du transfert.

Cependant, si la nécessité d'une admission dans un service identifiable au départ est évidente, le médecin référant doit être réorienté par le médecin de l'urgence et avisé de contacter le médecin de garde de la spécialité visée qui décidera avec lui de la conduite appropriée, incluant la nécessité de transfert et le lieu approprié pour effectuer la consultation. Le médecin de l'urgence ne doit pas accepter ce type de transfert. Seul un médecin d'un service hospitalier receveur habilité à hospitaliser des usagers (et non un service effectuant uniquement de la consultation)

peut accepter un transfert interétablissements. Le médecin de garde de la spécialité visée doit s'informer de la situation de l'urgence auprès de l'assistance infirmière-chef (ICASI) ou du gestionnaire de lits de l'urgence, selon l'installation, et ne pas référer vers l'urgence tout usager qui peut être évalué ailleurs qu'à l'urgence, incluant en clinique externe.

Advenant que les consultants jugent nécessaire que l'usager transite temporairement par l'urgence, l'accord préalable du médecin de l'urgence est aussi requis.

Font exception à cette règle, les usagers dont la trajectoire de soins fait déjà l'objet d'une entente de transfert entre les différents services d'urgence, incluant les cas de respect de mission tertiaire ou spécifique.

**32.** POUR UN MÉDECIN CONSULTANT

Tout médecin consultant doit se conformer au *Règlement sur la détermination des critères d'admission, de sortie définitive et des politiques de transfert des bénéficiaires* [REG-10282], chapitre II, section VI. En cas de défaut, le médecin peut se voir imposer des sanctions conformément aux dispositions du Chapitre III prévues à cet effet dans les présentes règles.

Ce règlement prévoit, entre autres, lors de transfert d'usagers interétablissements ou entre installations en vue d'une admission qu'un tel transfert doit s'effectuer vers un lit d'étage et non vers une civière à l'urgence, et que sont circonscrites les situations où un transfert vers l'urgence est acceptable et doit se faire. Les responsabilités du médecin ayant accepté le transfert y sont rappelées, incluant celle, notamment, d'informer les professionnels et le service d'urgence de l'acceptation d'un tel transfert, et ce, dès qu'il est autorisé.

Par ailleurs, l'utilisation des cliniques externes et des unités de soins ambulatoires est à privilégier lorsqu'un transfert interétablissements ou entre installations est accepté par un médecin consultant alors qu'une admission n'est pas jugée nécessaire. Si les circonstances rendent impossible l'utilisation de ces unités, l'usager pourra être dirigé à la salle d'urgence s'il est estimé qu'il aura à y séjourner moins de douze (12) heures. Un séjour de douze (12) heures ou plus à l'urgence, estimée ou réelle, doit entraîner une demande d'admission.

Lors de l'arrivée d'un usager attendu en spécialité, le médecin de la spécialité ayant accepté le transfert doit être avisé de l'arrivée de l'usager par l'infirmière de triage et devient responsable de l'usager à la suite de son triage à l'urgence. Le médecin de l'urgence sera sollicité seulement si l'usager présente des critères d'instabilité à son arrivée et que l'équipe traitante (consultant) n'est pas disponible immédiatement. Le médecin qui a accepté un transfert ou son délégué doit être disponible rapidement, 24 heures par jour, tous les jours.

## **SECTION VII** POUVOIR D'ADMETTRE AU DMSP

En cas de nécessité, le directeur médical, ou le directeur adjoint, des services professionnels et de l'enseignement médical (ou, en son absence, le président du CMDPSF ou le médecin désigné à cette fin par le PDG) peut désigner un département clinique ou un service dans lesquels un lit doit être mis à la disposition d'un usager de l'urgence, par exemple, lorsque deux (2) médecins de spécialité différente, bien que convaincue de la nécessité de l'hospitalisation, ne s'entendent pas sur celui qui devrait être le médecin traitant. Cela devrait rester une mesure exceptionnelle, la collégialité étant toujours de loin préférable.

## **CHAPITRE III** SANCTIONS ADMINISTRATIVES

### **SECTION I** INOBSERVANCES À UN ÉLÉMENT SPÉCIFIQUE DES RUR DE L'URGENCE PAR UN MÉDECIN

En cas d'inobservance des RUR, le coordonnateur de l'urgence doit informer directement le médecin concerné. Si ce dernier ne tient pas compte de cet avertissement, le coordonnateur de l'urgence peut alors entamer une escalade vers les sanctions administratives, comme décrit ci-dessous.

Le processus menant aux sanctions administratives s'applique comme suit :

**33.** PREMIÈRE INTERVENTION LORS D'INOBSERVANCE DES RUR (avertissement verbal)

1° Lorsqu'une intervention devient nécessaire pour une inobservance des RUR, l'intervenant informe son supérieur hiérarchique. Ce dernier transmet l'information au chef du service médical d'urgence, ou au chef adjoint de département.
2° Le chef médical du service d'urgence, ou le chef adjoint du département, évalue s'il doit intervenir directement auprès de l'inobservant (si celui-ci fait partie de son équipe). Si l'inobservant relève d'un autre service, le chef du service d'urgence, ou le chef adjoint de département, consulte alors le chef du service concerné, qui est chargé de délivrer le premier avertissement verbal.
3° Si l'inobservant est le chef médical du service d'urgence, c'est le chef adjoint ou le chef du département de médecine d'urgence qui sera avisé. Si l'inobservant est le chef adjoint ou le chef du département de médecine d'urgence, l'information est transmise au DMSP.
4° Seul le chef médical du service d'urgence de l'installation, le chef adjoint de département, le chef de département, ou le DMSP, selon le cas, sont informés des éventuelles interventions antérieures visant cet inobservant.

**34.** DEUXIÈME INTERVENTION LORS D'INOBSERVANCE DES RUR (avertissement écrit)

1° Lorsqu'une deuxième intervention est nécessaire, le chef du service médical d'urgence, ou le chef adjoint de département, en est informé.
2° Le chef du service médical d'urgence ou le chef adjoint de département décide d'intervenir directement auprès de l'inobservant (si celui-ci est membre de son équipe) ou, si l'inobservant relève d'un autre service, le chef de ce service est chargé de rédiger et de remettre un avertissement écrit. Une copie est envoyée au chef du Département de médecine d'urgence.
3° Le chef du Département de médecine d'urgence informe le comité exécutif du département d'urgence de l'inobservation des RUR de manière non nominative, dans le but de suivre les interventions.
4° Si l'inobservant est le chef médical du service d'urgence, le chef adjoint ou le chef de département en est informé. Si l'inobservant est le chef adjoint ou le chef de département, le DMSP en est avisé et procède à l'avertissement écrit.

**35.** TROISIÈME INTERVENTION LORS D'INOBSERVANCE DES RUR (avertissement écrit)

1° Lorsqu'une troisième intervention est nécessaire, le chef médical du service d'urgence, ou le chef adjoint de département, envoie un avis écrit au chef du Département de médecine d'urgence, qui informe ensuite le DMSP qui est responsable du secteur des urgences.

2° Le DMSP envoie un avertissement écrit à l'inobservant, le convoquant à une rencontre en présence de son chef de service ou de département, selon le cas, pour lui permettre de présenter sa version des faits. Des copies de cet avertissement sont transmises au chef de service, au chef de département de l'inobservant, et au chef du département d'urgence.
3° L'inobservant doit soumettre une réponse écrite au DMSP dans un délai de 10 jours, incluant ses explications et son engagement à respecter les RUR à l'avenir.
4° Le DMSP informe le CECMDPSF de la situation et évalue la possibilité d'ajouter cette intervention au dossier professionnel de l'inobservant.
5° Si l'inobservant est le chef médical du service d'urgence, le chef de département en est informé. Si l'inobservant est le chef de département, le DMSP est avisé.

### **SECTION II** CAS PARTICULIER DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE

Si l'inobservant est un résident en médecine, le directeur de l'enseignement universitaire du GMF-U informe la direction responsable des résidents de l'inobservance des RUR. Le résident est rencontré par son superviseur pour lui rappeler les règles. En cas de seconde inobservance, le directeur de la recherche, de l'innovation et de l'apprentissage conjointement avec le superviseur et le chef de service clinique, est informé de la situation. Le directeur de la direction responsable des résidents (ou son représentant) décide d'intervenir directement ou de consulter le directeur du programme du résident pour adresser un avis écrit.

## **CHAPITRE IV** RÔLE DU COORDONNATEUR MÉDICAL À L'URGENCE

### **SECTION I** CHEF DU DÉPARTEMENT CLINIQUE

Sous l'autorité de la DSPEM, les chefs concernés ont les responsabilités suivantes [LGSSSS, art. 197 à 199] :

1° Voir au respect des présentes RUR et informer, le cas échéant, le DMSP de toute inobservation, par un médecin ou un dentiste, de cette règle;
2° Dans l'éventualité où une sanction administrative devait être imposée, informer le DMSP de la nature et des motifs justifiant celle-ci, et ce, afin que le DMSP puisse l'appliquer et en informer le CEG.

Lorsqu'aucun chef de département n'est désigné, les responsabilités visées dans la présente section sont exercées par le DMSP.

### **SECTION II** CHEF DU SERVICE CLINIQUE

Sous l'autorité du chef de département, le chef de service clinique concerné doit :

1° S'assurer du respect des présentes RUR en tout temps par tous les membres de son service et consultants ou nommer un délégué spécifique afin d'assurer cette vigie;
2° Collaborer avec le chef de département quant à l'application des mesures administratives, le cas échéant.

### **SECTION III** COORDONNATEUR MÉDICAL À L'URGENCE

Sous l'autorité du DMSP, le médecin coordonnateur de l'urgence agit dans la gestion des activités qui lui sont dévolues.

Au quotidien, le coordonnateur médical à l'urgence doit :

1° Veiller à l'utilisation optimale des services de l'urgence;

2° S'assurer d'un déroulement fluide des soins à l'urgence;
3° Veiller, en collaboration avec les médecins et autres professionnels œuvrant à l'urgence, à l'orientation appropriée des usagers en fonction de leurs besoins cliniques et des ressources disponibles;
4° Poser des actions visant à réduire au maximum la durée moyenne de séjour à l'urgence pour éviter toute forme de débordement;
5° S'appuyer sur des règles claires de fonctionnement à l'urgence, sur des règles d'utilisation des ressources concernant la fluidité hospitalière et sur le plan de surcapacité de l'organisation;
6° Conformément à son rôle et en collaboration avec l'équipe transversale de gestion et de coordination des séjours hospitaliers, les différentes directions, les différents départements et services médicaux, le médecin coordonnateur de l'urgence partage avec ces derniers la responsabilité de veiller à la réalisation des objectifs organisationnels et ministériels suivants:
    a. Réduire la durée moyenne de séjour (DMS) à moins de 12 heures;
    b. Éviter les séjours de plus 24 h sur civière à l'urgence;
    c. Minimiser les délais de consultation en médecine spécialisée.
7° Collaborer avec le coordonnateur à l'hospitalisation pour l'assignation des admissions;
8° Minimiser les délais concernant l'accès aux plateaux techniques (imagerie);
9° Travailler de concert avec les médecins de l'urgence et les consultants afin de favoriser les alternatives à l'hospitalisation;
10° Travailler conjointement avec les professionnels de l'urgence pour prioriser les retours à domicile et les alternatives à l'hospitalisation;
11° Effectuer et recevoir les demandes de transferts et d'appartenance interétablissements:
    a. Il est informé de toute demande de transfert d'un usager à l'urgence en provenance de l'interne ou de l'externe de l'hôpital. De plus, il s'assure qu'il n'y ait aucune alternative à un transfert à l'urgence pour l'usager;
    b. Il aide ses collègues pour les transferts complexes;
    c. Il collabore avec le coordonnateur médical à l'hospitalisation pour la prise en charge et le transfert rapide des usagers vers les unités de soins.
12° Communiquer, si nécessaire, avec le chef de département adjoint lorsqu'un non-respect des RUR nécessite une escalade administrative.

## **SECTION IV** DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS (DMSP)

Sous l'autorité du président-directeur général (PDG), le DMSP doit appliquer les sanctions administratives prévues aux présentes RUR et en informer le CMDPSF, le chef de service et le chef de département [LGSSSS, art. 199]. Il doit également informer le PDG et le CEG de la nature et des motifs les justifiant. Préalablement à l'application de ces sanctions administratives, le DMSP doit informer le médecin ou dentiste visé, par écrit, de la nature de la contravention et de la teneur de la sanction administrative applicable. Il doit aussi lui fournir l'occasion de se faire entendre.

## **SECTION V** COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDPSF

Le comité exécutif du CMDPSF (CECMDPSF) est responsable envers le CEG de donner son avis sur les aspects professionnels des présentes RUR et des sanctions administratives qui y sont prévues [LGSSSS, art. 209].

Le CECMDPSF donne son avis au PDG sur les aspects administratifs des présentes RUR et des sanctions administratives qui y sont prévues [LGSSSS, art. 209].

**SECTION VI** MEMBRE DES DÉPARTEMENTS ET DES SERVICES CLINIQUES

Tous les membres des départements et des services concernés par les présentes RUR doivent en prendre connaissance et les respecter en tout temps.

## CHAPITRE V DISPOSITIONS FINALES

**SECTION I** ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT

**36.** Les présentes RUR sont élaborées par le chef de département, en collaboration avec le chef de service, sous l'autorité de la DSPEM.

Elles entrent en vigueur sur l'approbation du DMSP. Elles doivent par la suite recevoir l'approbation du CECMDPSF, incluant les sanctions administratives prévues avant d'être soumises au CEG de l'établissement.

Les règles en cours sont en vigueur tant et aussi longtemps qu'une nouvelle version n'est pas approuvée par le CMDPSF et le CEG de l'établissement.

**SECTION II** RÉVISION, ABROGATION

**37.** Les présentes règles d'utilisation des ressources de l'urgence doivent être révisées à la fin de la première année suivant leur approbation initiale par le CEG, puis aux 4 ans par la suite.

**SECTION III** RÉFÉRENCE

**38.** Énumérer les documents consultés pour la rédaction de ce règlement.


1° Règles d'utilisation des ressources des salles d'urgence CHU de Québec – Université Laval
2° MSSS. *Suivi de l'usager à l'urgence - Gestion clinique de l'épisode de soins.* [En Ligne], 2023. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-gestion-clinique-de-l-episode-de-soins/suivi-de-l-usager-a-l-urgence/]
3° MSSS. *Prise en charge médicale - Gestion clinique de l'épisode de soins.* [En ligne], 2023. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-gestion-clinique-de-l-episode-de-soins/prise-en-charge-medicale/]
4° MSSS. *Monitorage cardiaque et surveillance des paramètres vitaux - Gestion clinique de l'épisode de soins.* [En ligne], 2023 [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-gestion-clinique-de-l-episode-de-soins/monitorage-cardiaque-et-surveillance-des-parametres-vitaux/] - Professionnels de la santé - MSSS (gouv.qc.ca)
5° CISSSMO. *OIPI 848 Insuffisance cardiaque UHB-ZER*. [En ligne], 4 mars 2025. [https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/oipi-848-insuffisance-cardiaque-uhb-zer]
6° CISSSMO. Protocoles et ordonnances de monitoring en vigueur. [En ligne], 2023. [https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/1/-/-/-/documentCategory_id—1]

## **SECTION IV** PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION

| Processus d'élaboration | | |
|---|---|---|
| **Rédigé par** | Mme Alexandra Côté, agente administrative DSPEM | 2024-03-04 |
| | Mme Mélanie Richer, APPR DSPEM | 2024-03-04 |
| **Consultation(s)** | Dre Josée Hébert, DMSP adjointe | 2023-07-05 |
| | Mme Tania Pellizarri, coordonnatrice clinico-administrative des urgences et soins intensifs | 2023-07-05 |
| | Mme Joanie Bergeron, chef de l'urgence et UHB pôle Jardins-Roussillon, DPSCS | 2023-07-05 |
| | Mme Audrey Houle, chef de secteur administratif à l'urgence et unité d'hospitalisation brève (UHB) de l'Hôpital Anna-Laberge | 2023-07-05 |
| | Mme Martine Parent, chef de l'urgence et UHB à l'Hôpital du Suroît | 2023-07-05 |
| | Mme Nathalie Decloître, chef de service DPSCS (Haut-Saint-Laurent) | 2023-07-05 |
| | Dre France Fréchette, chef du département de l'urgence | 2023-07-05 |
| | Dre Caroline Bourassa-Fulop, DMSP adjointe | 2023-07-05 |
| | Dre Anne-Marie Lessard, chef du département d'imagerie médicale | 2023-07-05 |
| | Dr Bernard Jr Richard, adjoint au chef du département de l'urgence | 2023-10-10 |
| | Dre France Fréchette, chef du département de l'urgence | 2023-10-10 |
| | Dr Sébastien Marin, chef de service du département de l'urgence de l'Hôpital Barrie Memorial | 2023-10-10 |
| | Mme Lucette Robert, directrice adjointe soins critiques et soins spécialisés | 2023-10-20 |

| Processus de révision | | |
|---|---|---|
| **Rédigé par** | Yolande de Wijngaert, agente administrative DSPEM | 2025-09-19 |
| **Consultation(s)** | Dre Caroline Bourassa-Fulop, DMSP | 2025-02-19 |
| | Dr Bernard Jr Richard, chef du département de médecine d'urgence | 2025-05-28 |
| | Dre France Fréchette, adjointe au chef du département de médecine d'urgence pôle 2 | 2025-05-28 |
| | Dre Josée Hébert, DMSP adjoint Hôpital Anna-Laberge | 2025-09-12 |

## **SECTION V** HISTORIQUE DU DOCUMENT

| Historique du document | | |
|---|---|---|
| **Approuvé par** | Le Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens | 2024-05-24 |
| **Approuvé par** | Le Comité de direction | 2024-06-04 |
| **Approuvé par** | Le Conseil d'administration | 2024-06-10 |
| **Commentaires** | RCECMDPSF20240524-01_RUR urgence<br>CA20240610_04_Regles_utilisation_ressources_urgence | |

| Historique de révision du document | | |
|---|---|---|
| **Approuvé par** | Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes | 2025-10-09 |
| **Recommandé par** | Comité de concertation des directeurs adjoints | 2025-10-29 |
| **Recommandé par** | Comité de direction | 2025-11-04 |
| **Recommandé par** | Comité exécutif de gouvernance | 2025-11-27 |
| **Adopté par** | Dominique Pilon, président-directeur général | 2025-11-28 |
| **Commentaires** | RCECMDPSF20251020-02_RUR Urgence<br>PDG_SQ-CISSSMO_20251127-03_Rev_Regles_utilisation_ressources_Urgence<br>Modifications mineures 2026-10-29 | |

*Centre intégré*
*de santé*
*et de services sociaux*
*de la Montérégie-Ouest*
Québec