

Sous pression

Efficacité des services
d'urgence en Ontario

Faisons en sorte que notre système soit en meilleure santé



Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : une meilleure santé pour toutes les personnes en Ontario.

Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario, notamment l'examen de la santé générale de la population ontarienne, la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent

chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Pour dire vrai, dans certains cas, il est difficile d'évaluer la qualité des soins, et il arrive parfois que nous ne sachions pas en quoi consistent les meilleurs soins. Un dernier point, mais non le moindre : certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limites.

Rapports sur la performance du système

Depuis 2006, Qualité des services de santé Ontario améliore le système de santé en produisant un rapport sur son rendement. Non seulement nos rapports publics fournissent à la population ontarienne les renseignements dont elle a besoin pour comprendre son système de santé, mais ils entraînent aussi des améliorations directes. Nos rapports publics comprennent : *À la hauteur*, notre rapport annuel sur le rendement du système de santé, des rapports thématiques qui approfondissent des sujets ciblés et des rapports en ligne sur des indicateurs du système de santé.

Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour concentrer ses efforts d'amélioration et pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs promeuvent des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement de notre rapport annuel intitulé *À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics. Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Pour en apprendre *Qualité des services de santé Ontario*, visitez le site Web <http://www.hqontario.ca/>.

ISBN 978-1-4606-8830-4 (Imprimé)

ISBN 978-1-4606-8831-1 (PDF)

Citation suggérée : Qualité des services de santé Ontario.

Aplanir les transitions pour les patientes et patients : L'avis des médecins de famille de l'Ontario sur la coordination des soins dans le système de santé de la province. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016.

Sur la couverture : Dr Ian Chernoff à l'hôpital de Toronto. Voir page 19 pour son histoire. Nous remercions le Dr Chernoff et l'autre les gens qui partagent leurs expériences dans le système de santé de l'Ontario. (Photo de couverture par Roger Yip)

Table des matières

Avant-propos	2
Résumé	4
1. Les patients des services d'urgence sont en train de changer	6
Les visites sont à la hausse	9
Les patients vieillissent	10
Les patients qui viennent à l'urgence sont plus malades	11
Qu'est-ce que cela signifie pour les patients?	14
2. Comment l'Ontario relève le défi	18
Les services d'urgence vont mieux	21
Une amélioration est encore nécessaire dans certains domaines	23
Les patients ayant des affections très graves attendent plus longtemps avant de voir un médecin	23
Les patients hospitalisés peuvent passer beaucoup de temps à l'urgence	23
3. Un service d'urgence différent pour des Ontariens différents	26
Les citoyens passent plus de temps à l'urgence	29
Les résidents des quartiers à faible revenu se rendent aux services d'urgence plus souvent	30
Les immigrants récents vont moins souvent aux services d'urgence	31
4. Le chemin à parcourir	34
Remarques sur les méthodes	37
Remerciements	40
Références	42



Photo de Dr. Graham Slaughter par Roger Yip. Voir son histoire à la page 27.

Avant-propos



Dr Joshua Tepper
Président et chef de
la direction

Chaque élément du système de santé est important et joue un rôle essentiel dans le traitement et la guérison de millions d'Ontariennes et Ontariens, et les services des urgences font partie des éléments les plus visibles. Qu'il s'agisse d'un petit service de quelques lits situé dans une localité isolée du Nord de la province ou d'un grand établissement multisite à la pointe de la technologie situé dans un centre urbain, le service des urgences est un lieu d'intervention qui joue un rôle crucial à des moments critiques de notre vie et de celle de nos proches. Cela explique pourquoi les attentes à l'égard des services des urgences sont si élevées; ils sont la pierre angulaire de tout établissement hospitalier et la promesse que nous pouvons compter sur eux quand on en a besoin.

Les services des urgences sont également un baromètre crucial de la manière dont le système de santé fonctionne. Pour certains, ils sont « le canari dans la mine de charbon ». Ils sont souvent le point d'intersection de divers secteurs de la santé et jouent un rôle clé en aidant les gens à s'orienter dans le système. Lorsque les urgences ne

fonctionnent pas bien, les répercussions peuvent se faire sentir dans tout le système. D'un autre côté, je peux affirmer, ayant exercé mon métier de médecin dans des dizaines de services des urgences de la province, que quand les autres parties du système fonctionnent mal ou en période de crise (épidémie de grippe ou grands traumatismes), le service des urgences s'en ressent rapidement.

C'est la raison pour laquelle ce rapport est si important :

Il est rassurant de savoir, comme le montre ce rapport, que les gens attendent moins longtemps aux urgences en Ontario et voient un urgentiste plus rapidement que les années précédentes. Des stratégies et des mesures innovatrices déployées localement se sont traduites par de considérables améliorations dans les urgences des hôpitaux. Mais toutes les nouvelles ne sont pas bonnes. Trop de personnes gravement atteintes doivent attendre plus de trois heures avant qu'un urgentiste ne puisse s'occuper d'elles. Et trop nombreuses sont celles qui doivent toute une journée sur une civière dans un coin des urgences ou dans un couloir, avant

qu'un lit ne se libère. Pour beaucoup, une seule personne qui attend dans un couloir est de trop.

Les habitants des centres urbains, où les services des urgences sont généralement bondés, sont les plus touchés par de longues attentes. Ils passent près de 50 % de temps en plus et attendent plus longtemps de voir un médecin que les personnes qui vivent à la campagne. De nombreux efforts sont déployés depuis dix ans pour renforcer les soins primaires et les soins à domicile afin d'aider les gens à rester en bonne santé et d'éviter que les personnes dont l'état est moins grave n'aillent aux urgences.

Pourtant, les gens continuent d'affluer aux urgences des hôpitaux alors que celles-ci sont nombreuses à être à la limite de leurs capacités. Durant la période visée par notre rapport, le nombre de consultations s'est accru de 13 %.

Les malades attendent dans les couloirs et les médecins viennent les consulter en salle d'attente. Dans l'état actuel des choses, la capacité des urgences de traiter les gens pourrait être sérieusement compromise par un événement aussi prévisible qu'une pandémie de grippe ou aussi imprévisible qu'une éclosion de SRAS ou un phénomène météorologique extrême. La pression sur les services des urgences n'est pas prête de

s'alléger. On prévoit que la population de la province va augmenter de 30 % au cours des 25 prochaines années. Le nombre de personnes âgées de 65 ans plus, qui sont davantage susceptibles d'avoir besoin de soins plus complexes, devrait plus que doubler durant cette période.

On continue de chercher de nouveaux et meilleurs moyens de procéder aux urgences, mais il faut trouver des solutions ailleurs dans le système de santé, en commençant par mieux planifier la capacité dans tous les hôpitaux. Il faudra aussi prêter plus d'attention à des questions comme la coordination des soins, l'accès et l'équité afin d'aider les gens à rester en bonne santé et de réduire les visites aux urgences.

Réjouissons-nous, car les services des urgences ont su gérer leurs défis et félicitons les nombreuses personnes qui ont travaillé si fort pour accomplir les améliorations opérées jusqu'ici. Toutefois, au vu du chemin qu'il reste à parcourir, le travail de fond ne fait que commencer.

Cordialement.



Dr Joshua Tepper

Président-directeur général

Qualité des services de santé Ontario

Résumé

Il y a de bonnes nouvelles dans ce rapport sur les soins aux services d'urgence en Ontario. Les données montrent que les visites aux services d'urgence sont plus courtes et qu'un pourcentage plus élevé de visites sont effectuées dans le délai visé pour la durée du séjour fixé par la province.

Au cours des sept dernières années, la proportion de visites effectuées dans le délai visé de quatre heures pour les patients ayant des affections médicales de faible gravité qui ne sont pas hospitalisés a augmenté à 89,9 % par rapport à 84,6 %, et la proportion de visites effectuées dans le délai visé de huit heures pour le groupe des patients ayant des affections médicales graves et des patients hospitalisés a augmenté à 85,7 % par rapport à 79,8 %.

Un autre résultat positif est que la majorité des gens en Ontario semblent satisfaits des soins d'urgence qu'ils reçoivent. En 2014-2015, 72,6 % des répondants à un sondage sur l'expérience des patients ont déclaré avoir reçu des soins excellents, très bons ou bons.

Toutefois, un examen plus approfondi des données révèle des tendances troublantes.

Les services d'urgence sont sous une grande pression, car les Ontariens les visitent plus fréquemment que jamais. De nombreux patients attendent trop longtemps dans des services d'urgence bondés pour être vus par un médecin. De plus, de nombreux patients attendent 24 heures ou plus aux urgences pour être hospitalisés.

Ainsi, alors que des progrès ont été réalisés au niveau du rendement global, un service d'urgence pourrait être éprouvé au-delà de sa capacité à fournir des soins de qualité à tous ses patients par une mauvaise saison de la grippe ou si un hôpital à proximité doit fermer temporairement son service d'urgence.

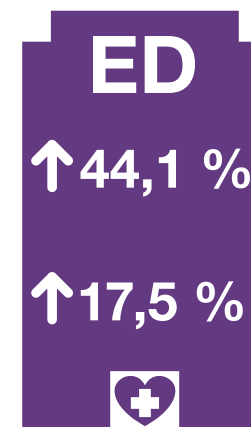
Voici ce que les données montrent:

La croissance du nombre de visites aux services d'urgence est plus rapide que la croissance démographique. Au cours des sept dernières années, le nombre de visites annuelles à des services d'urgence de l'Ontario a augmenté de 13,4 % – soit plus du double de l'augmentation de 6,2 % de la population de la province.

Les visites effectuées par les patients plus âgés – qui ont tendance à nécessiter des soins plus

complexes – sont en augmentation globale, avec le vieillissement de la population de l'Ontario, et en augmentation en pourcentage pour toutes les visites. Les visites effectuées par les personnes de 65 ans et plus ont augmenté de 29,1 % au cours des sept dernières années.

Les patients des services d'urgence sont de plus en plus malades collectivement. Au cours des sept dernières années, les visites effectuées par des patients ayant des affections médicales graves et qui ont reçu leur congé ont augmenté de 44,1 %, et les visites de patients qui ont été hospitalisés ont augmenté de 17,5 %.



Dans le passé sept ans:

Visites faites par haute acuité patients sortis augmentation de 44,1 %

Les visites de patients ont été admis à l'hôpital a augmenté de 17,5 %

La contrainte qui s'exerce sur les services d'urgence, ainsi que sur d'autres parties du système de santé qui affecte la capacité des services d'urgence à fournir des soins de qualité, est manifeste dans les données.

Par exemple, en 2014-2015, la durée maximale de temps dans lequel neuf patients hospitalisés sur dix ont effectué leur visite était de 29,4 heures. Une grande partie de ce temps – 22,5 heures – a été passée à attendre d'être hospitalisé. Ce sont là les patients qui doivent endurer de longues heures et parfois même des jours couchés sur des civières dans des salles d'examen ou des couloirs, en attendant qu'un lit devienne disponible dans un service d'hôpital.

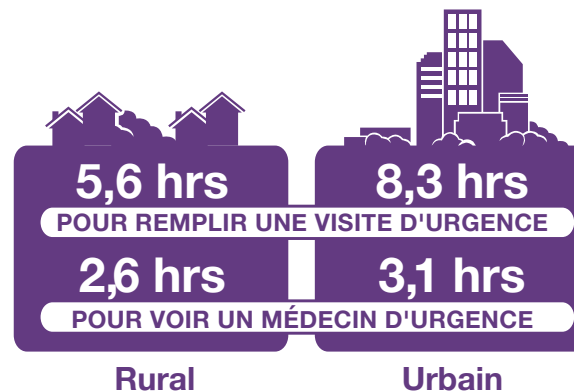
Les attentes pour hospitalisation constituent un aspect du rendement des services d'urgence qui sont liés à des problèmes ailleurs dans le système de santé – dans ce cas, un manque de lits d'hôpital, un problème qui, à son tour, est souvent lié à un manque de lits dans les foyers de soins de longue durée.

Quelle qu'en soit la cause, l'attente d'un lit d'hôpital à l'urgence est l'un des principaux facteurs de l'encombrement dans les services d'urgence, qui peut affecter les soins de tous les patients. Les conséquences peuvent comprendre une mauvaise qualité des soins, une augmentation de la morbidité et de la mortalité, et un risque accru d'erreurs par un personnel médical épuisé et surmené.

La contrainte sur la capacité des services d'urgence est également manifeste dans les attentes globales plus longues pour les soins prodigués aux patients qui vivent dans les régions urbaines, où les services d'urgence ont tendance à être plus achalandés.

En 2014-2015, les citoyens ont passé plus de temps aux services d'urgence et attendaient plus longtemps pour recevoir l'évaluation initiale du médecin que les patients en région rurale. Environ 86 % des personnes en Ontario vivent dans des régions urbaines.

La durée maximale passée à l'urgence par neuf citoyens sur dix était de 8,3 heures en général pour tous les niveaux de gravité, comparativement à 5,6 heures pour les patients vivant en région rurale, alors que la durée maximale du temps d'attente pour neuf citoyens sur dix avant de voir un médecin aux urgences était de 3,1 heures globalement pour tous les niveaux de gravité, et de 2,6 heures pour les personnes habitant en région rurale.



Les données indiquent également que certaines personnes peuvent aller à l'urgence pour des problèmes de santé qui ne nécessitent pas de soins de services d'urgence – un autre facteur contribuant à l'encombrement lié à des problèmes ailleurs dans le système de santé. Dans un sondage de 2013, 47 % des adultes en Ontario ont déclaré avoir été à l'urgence pour un problème qui, selon eux, aurait pu être traité par leur fournisseur de soins primaires, si ce médecin, cette infirmière praticienne ou un autre fournisseur avait été disponible.

De nombreux individus et organismes se sont efforcés d'améliorer la qualité des soins dispensés dans les services d'urgence de l'Ontario. La Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences mise en place en 2008, puis élargie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a donné des résultats positifs dans des domaines tels que la satisfaction des patients et la durée du séjour.

Comme la population de l'Ontario augmente et vieillit, et que les visites d'urgence sont susceptibles de continuer à augmenter, la pression sur les services d'urgence de gérer plus de patients de plus en plus malades avec une plus grande efficacité va probablement continuer et même s'intensifier.

1. Les patients des services d'urgence sont en train de changer



Paula et David : Difficultés d'expérience excellent soin

Après avoir été transporté à l'urgence parce qu'il souffrait de troubles respiratoires et cardiaques le jour précédant son départ à la retraite en 2013, David a passé un an et demi à l'hôpital. Revenu chez lui, il est en oxygénothérapie 24 heures sur 24 et utilise un insufflateur la nuit. Sa femme Paula l'a accompagné à l'urgence une bonne dizaine de fois depuis la première fois.

À deux reprises, David était dans un état critique et a dû se faire transporter quasi immédiatement à l'unité des soins intensifs. « Il n'a jamais attendu en civière à l'urgence, remarque Paula. À d'autres moments, lorsque David éprouvait des difficultés à respirer, son séjour à l'urgence durait normalement deux ou trois heures seulement. Quand il n'avait besoin que d'une intervention respiratoire, les médecins la pratiquaient en deux temps trois mouvements et nous étions de retour chez nous en un rien de temps. »

« Malheureusement, bien que David ait reçu beaucoup d'excellents soins à l'urgence, il est aussi arrivé qu'il ait eu de mauvaises expériences », précise Paula.

Une fois, le médecin de famille de David les a envoyés à l'urgence avec une lettre expliquant que David devrait consulter un urgentologue dès que possible. Il était confus et incohérent, et sa tension artérielle était élevée. Après avoir montré la lettre à l'infirmière de triage, il a attendu deux heures avant de voir un médecin. « On a su par la suite qu'il souffrait d'intoxication au gaz carbonique et qu'il aurait pu mourir à force d'attendre », ajoute Paula.

Une grande partie des déboires qu'ils ont eus à l'urgence ont été causés par l'engorgement. Par exemple, Paula déclare que David et elle ont souvent attendu au milieu de patients toussant, éternuant et vomissant, et qui étaient fort probablement contagieux, ce qui était particulièrement difficile à supporter lorsque David était vraiment en mauvaise santé.

Paula a aussi déploré le manque d'intimité et de considération dans les urgences achalandées. Lorsque David s'est fait transporter à l'urgence le jour de sa dernière journée de travail, un médecin a dit à Paula, dans une salle d'attente bondée, que son mari était dans un état critique. Il est

soudainement parti sans répondre aux questions de Paula ni l'avoir mise en contact avec quelqu'un qui aurait pu y répondre. « J'étais là, plantée comme un piquet, en état de choc. Le médecin m'a vraiment plantée là. C'était une expérience horrible. »

Par ailleurs, lorsque David est arrivé dans une autre salle d'urgence en état critique, on a invité Paula à s'asseoir sur une chaise à côté de la salle où l'on traitait son mari. Une infirmière, puis un médecin sont venus lui parler. « C'était une expérience totalement différente », se souvient-elle.

**« J'étais là, plantée
comme un piquet,
en état de choc.
Le médecin m'a
vraiment plantée là. »**

Une nouvelle réalité pour l'urgence départementale

Qu'ils aient subi un grave accident de voiture, éprouvent des douleurs thoraciques ou aient une infection respiratoire qui rend la respiration difficile, les Ontariens comptent sur les services d'urgence hospitaliers pour être là pour eux quand ils en ont besoin, en permanence, tous les jours de l'année.

Même quand les patients ne sont pas confrontés à une crise de santé immédiate ou n'ont pas besoin d'être hospitalisés, un service d'urgence peut offrir leur premier point de contact avec le système de santé pour aborder leur problème, puis les

relier à d'autres parties du système, telles que les médecins de famille, les spécialistes, les cliniques et les services de santé communautaire, qui leur prodigueront plus de soins et de traitements.

Pour ceux qui ont besoin d'être hospitalisés, les services d'urgence sont une importante porte d'entrée aux soins hospitaliers. Plus de la moitié des admissions aux hôpitaux de l'Ontario viennent des urgences.[1]

Les services d'urgence jouent un rôle crucial dans le système de soins de santé. Mais les gens de l'Ontario semblent dépendre d'eux davantage que par le passé. Au cours des dernières années, les visites aux services d'urgence ont augmenté à plus du double du taux de croissance de la population de la province.[2]

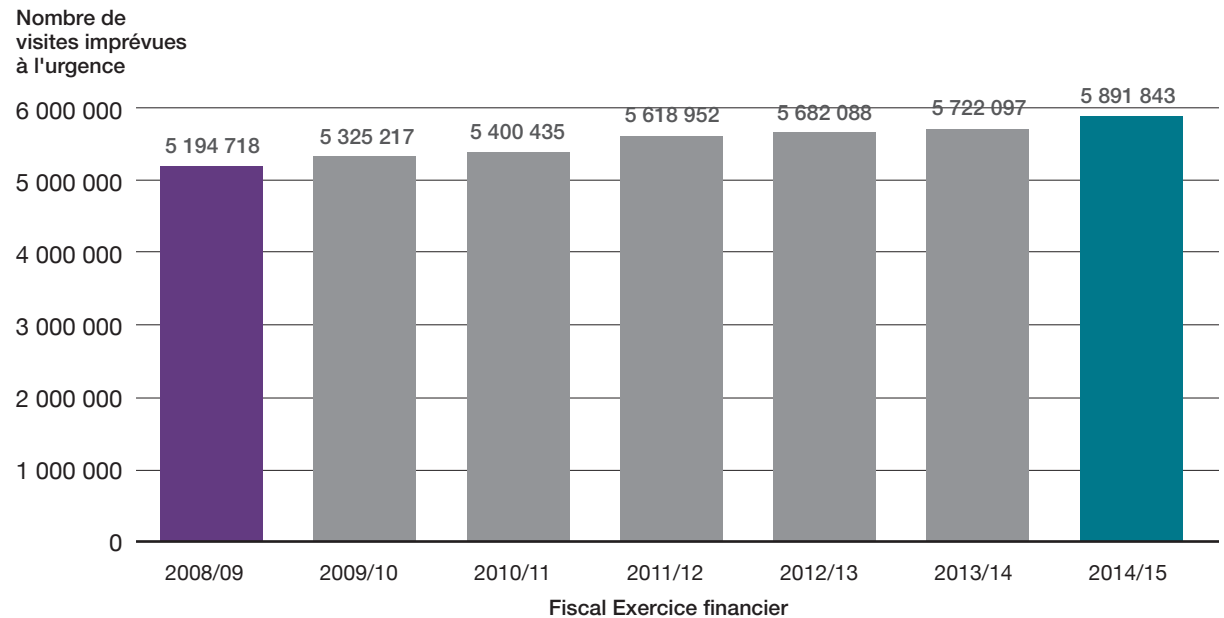
Les visites sont à la hausse

En 2014-2015, les Ontariens ont effectué environ 5,9 millions de visites en tant que patients aux services d'urgence (figure 1). C'était une augmentation de 13,4 % par rapport aux 5,2 millions de visites qu'ils ont faites en 2008-2009.[2] Au cours de la même période, la population de la province a augmenté de 6,2 %.[3]

Le nombre de visites annuelles au service d'urgence est susceptible de continuer à augmenter puisqu'on estime que la population de l'Ontario devrait augmenter de 30 % au cours des 25 prochaines années.[3]

FIGURE 1

Nombre de visites aux services d'urgence en Ontario, de 2008-2009 à 2014-2015



Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), fournies par l'Institut de recherche en services de santé (ICES)

Les patients vieillissent

Pendant que les services d'urgence de l'Ontario devaient servir un volume croissant de patients, les besoins de ces patients changeaient.

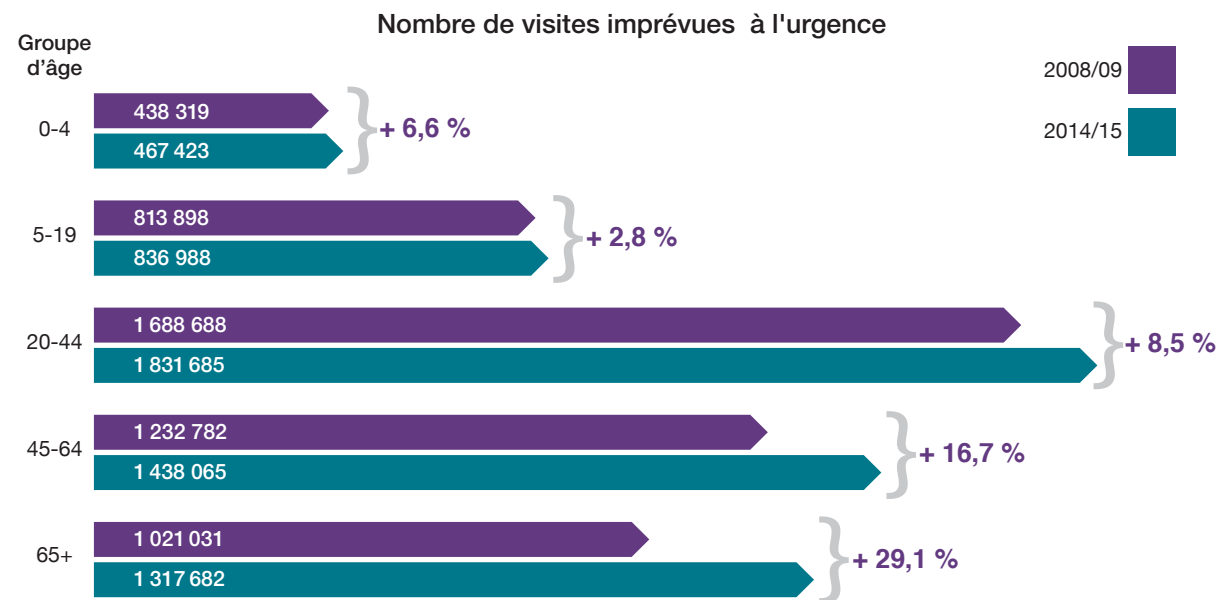
En 2014-2015, les personnes de 65 ans et plus ont effectué environ 1,3 million de visites aux services d'urgence, soit une augmentation de 29,1 % par rapport au million de visites qu'ils ont faites en 2008-2009 (figure 2). Les visites effectuées par tous les patients des autres groupes d'âge combinés ont augmenté de 9,6 % durant la même période. Bien que le pourcentage d'augmentation du nombre de visites par le groupe de 65 ans et plus était le plus grand, il a augmenté pour tous les groupes d'âge.[2]

La proportion de visites effectuées par les personnes de 65 ans et plus a augmenté à 22,4 % de toutes les visites en 2014-2015, par rapport à 19,7 % en 2008-2009. En 2014-2015, ces chiffres équivalaient à environ 60 visites pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus en Ontario.

Cette tendance est susceptible de s'accroître dans les prochaines années, puisqu'on estime que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en Ontario devrait plus que doubler au cours des 25 prochaines années et que la proportion de la population dans ce groupe d'âge va augmenter à 25,3 % par rapport à 16,0 %.[3]

FIGURE 2

Nombre de visites aux services d'urgence en Ontario par groupe d'âge, de 2008 à 2014-2015



Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), fournies par l'Institut de recherche en services de santé (ICES)

Le vieillissement global de la population renforcera vraisemblablement la nécessité de soins d'urgence plus complexes, souvent nécessaires aux personnes âgées.

Les personnes âgées ont souvent besoin de soins plus complexes parce qu'elles ont souvent des symptômes qui rendent la cause de leur problème

de santé difficile à diagnostiquer; elles peuvent souffrir d'effets secondaires associés aux médicaments multiples que prennent beaucoup d'entre elles; elles peuvent avoir plusieurs maladies chroniques qui nécessitent un traitement concomitant; elles peuvent avoir un handicap physique nécessitant une évaluation et une prise en charge; et certaines peuvent avoir des problèmes

cognitifs qui rendent difficile pour elles de décrire leurs problèmes de santé, de comprendre ce qu'on leur dit ou d'assurer le suivi de leurs soins une fois qu'elles ont quitté l'urgence.[4]

Dans l'ensemble, les patients âgés sont plus susceptibles de passer plus de temps à l'urgence et sont plus susceptibles d'être hospitalisés, comparativement aux personnes plus jeunes.[5]

Les patients qui viennent à l'urgence sont plus malades

Partiellement en raison de la croissance des visites de personnes âgées de 65 ans et plus, il y a eu une augmentation des visites aux services d'urgence par les patients atteints de maladies graves, comme l'indique le nombre de personnes hospitalisées et le score de ces patients à l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG).

L'ETG priorise les patients par urgence pour aider à déterminer l'ordre dans lequel ils sont vus et traités. Chaque patient reçoit un score ETG lorsqu'il est trié – lorsqu'on procède à une brève évaluation de son état – peu de temps après son arrivée.

Dans le cadre des indicateurs utilisés dans le présent rapport, les patients sont divisés en trois groupes. Pour ce faire, les patients ont d'abord été identifiés en fonction de leur score ETG comme ayant des affections médicales soit « très graves » ou « de faible gravité ».

Les patients aux prises avec des affections très graves souffrent de troubles qui, comme le décrivent les lignes directrices de l'ETG, peuvent menacer leur vie et nécessitent une intervention agressive immédiate; ou qui sont une menace potentielle pour la vie ou le fonctionnement des membres et nécessitent une intervention médicale rapide; ou qui pourraient devenir un problème grave nécessitant une intervention agressive ou rapide.[6]

Les patients ayant des affections de faible gravité souffrent de troubles qui pourraient bénéficier d'une intervention médicale ou de réconfort dans les deux heures; ou pour lesquels l'examen et le traitement peut être retardé ou renvoyé à d'autres secteurs du système hospitalier ou de santé.[6]

Les patients présentant l'un ou l'autre des niveaux de gravité peuvent être renvoyés chez eux après leur visite, être hospitalisés ou obtenir leur congé pour être transférés à un autre établissement de santé.

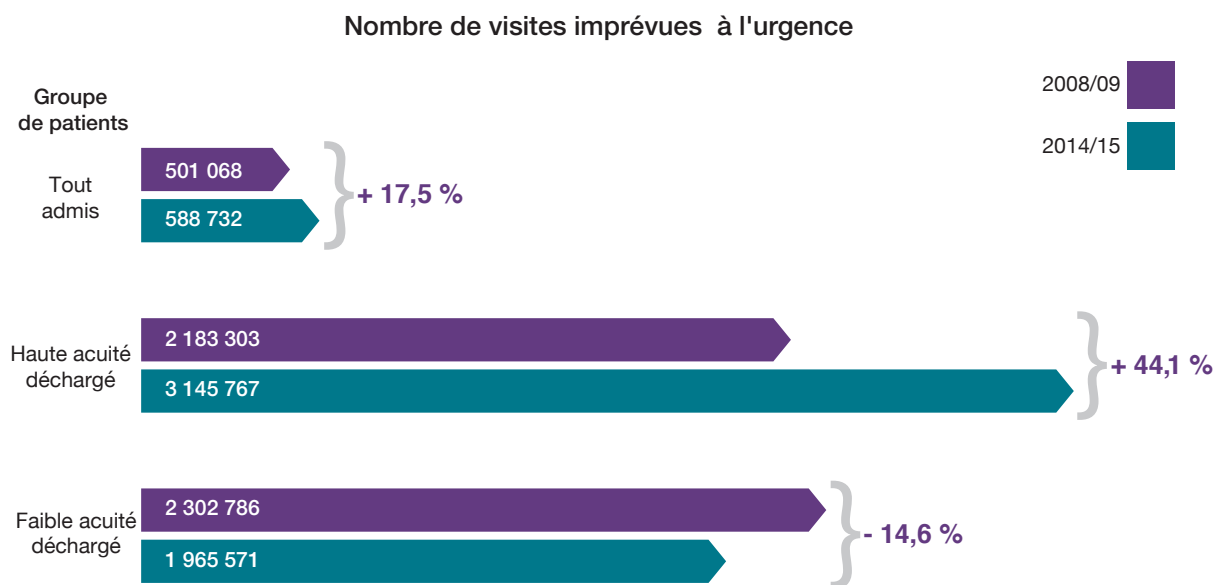
Les patients ayant des affections très graves qui ne sont pas hospitalisés sont désignés dans le présent rapport comme « très graves avec congé », et les patients ayant des affections de faible gravité qui ne sont pas hospitalisés sont désignés comme « faible gravité avec congé ». Tous les patients présentant l'un ou l'autre des niveaux de gravité qui sont hospitalisés sont regroupés et appelés patients « hospitalisés ».

Entre 2008-2009 et 2014-2015, le nombre de visites aux services d'urgence effectués annuellement par des patients ayant des affections très graves avec congé a augmenté de 44,1 %, à environ 3,1 millions de visites par rapport à 2,2 millions, tandis que le nombre pour les patients ayant des affections de faible gravité avec congé a diminué de 14,6 %, à environ 2 millions de visites par rapport à 2,3 millions. Le nombre de visites de patients hospitalisés a augmenté de 17,5 %, à environ 589 000 visites par rapport à 501 000 (figure 3).

Ces changements au fil du temps ont décalé le niveau de gravité global du nombre de cas de patients pris en charge par les services d'urgence de l'Ontario. Le nombre de visites de patients ayant des affections très graves avec congé a augmenté à 53,4 % de toutes les visites par tous les patients, par rapport à 42 %. Le nombre de visites de patients ayant des affections de faible gravité avec congé a chuté à 33,4 % de toutes les visites, par rapport à 44,3 %. Seules les visites des patients qui ont été hospitalisés sont demeurées relativement stables, passant à 10 % de toutes les visites par rapport à 9,6 %.[2]

FIGURE 3

Nombre de visites aux services d'urgence en Ontario par groupe de patients, de 2008 2009 à 2014 2015



Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), fournies par l'Institut de recherche en services de santé (ICES)

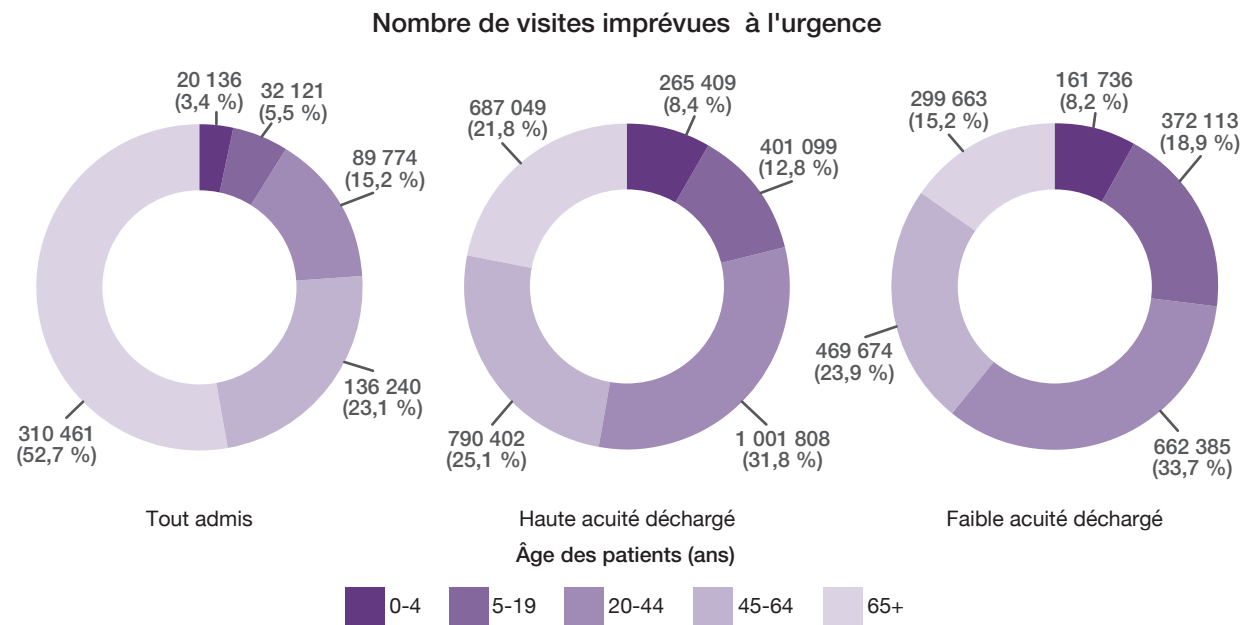
Les augmentations du nombre de patients avec affections très graves avec congé ou hospitalisés étaient plus prononcées chez les patients du groupe de 65 ans et plus. Entre 2008-2009 et 2014-2015, le nombre de visites annuelles par les patients âgés de 65 ans et plus qui ont été classés comme ayant des affections très graves avec congé a augmenté de 59,7 %, comparativement à une hausse de 40,2 % pour tous les autres patients de cette catégorie. Le nombre de visites de personnes âgées hospitalisées a augmenté de 23,8 %, comparativement à une augmentation de 11,2 % pour tous les autres patients hospitalisés.

Dans la même période, les visites des patients âgés de 65 ans et plus qui ont été classés comme ayant des affections de faible gravité avec congé a diminué de 6,6 %, par rapport à une baisse de 15,9 % pour tous les autres patients de cette catégorie.

La proportion de patients âgés était plus élevée chez les patients hospitalisés. En 2014-2015, 52,7 % des patients hospitalisés étaient dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, comparativement à 21,8 % des patients ayant des affections très graves avec congé et 15,2 % des patients avec affections de faible gravité avec congé (figure 4).

FIGURE 4

Nombre de visites aux services d'urgence en Ontario par groupe d'âge et groupe de patients, en 2014-2015



Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), fournies par l'Institut de recherche en services de santé (ICES)

Qu'est-ce que cela signifie pour les patients?

Les services d'urgence sont conçus pour gérer un flux de nombreux patients d'âges différents avec de nombreux problèmes de santé différents. Mais il y a des moments où leur capacité est poussée à bout.

Quand ils doivent faire face à trop de patients à la fois, cela peut conduire à de l'achalandage et à des séjours plus longs à l'urgence. Si plus de patients sont plus malades ou plus âgés et ont besoin de soins plus complexes nécessitant plus de personnel et de ressources d'urgence, cela peut également entraîner des séjours plus longs pour tous.

Les longs séjours à l'urgence et les longues attentes pour voir un médecin ne sont pas seulement inconfortables ou désagréables. Il peut y avoir des conséquences négatives graves lorsque les patients doivent attendre de recevoir des soins dans des services d'urgence bondés.

Certaines de ces conséquences ont été décrites dans un rapport[11] sur l'amélioration de l'accès aux soins d'urgence rédigé par un comité tripartite de représentants de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, de l'Ontario Medical Association et du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée. Ils comprenaient la souffrance des patients, les piètres résultats pour les patients, l'augmentation de la morbidité et de la mortalité, la mauvaise qualité des soins, la contribution aux éclosions de maladies infectieuses et le risque accru d'erreur médicale.

De nombreuses études ont révélé un risque accru d'effets indésirables pour les patients pris en charge dans les services d'urgence à des moments où les durées de séjour étaient plus longues ou ils étaient bondés – et ces événements indésirables comprenaient des délais de traitement significatifs pour des affections exigeant des traitements immédiats, et l'hospitalisation ou le décès dans l'espace d'une semaine suivant la visite.[8,9,10]

Une étude a analysé les décès chez les patients non hospitalisés dans l'espace d'une semaine après la visite de services d'urgence à haut volume de l'Ontario. Les auteurs ont estimé qu'entre 2003 et 2007, il aurait pu y avoir 6,5 % de moins de décès, ou 558 décès de moins, chez les patients ayant des affections très graves, et 12,7 % de moins de décès, ou 261 décès de moins, chez les patients souffrant d'affections de faible gravité, si la durée moyenne de séjour dans ces services d'urgence avait été raccourcie d'une heure.[15]

Les raisons de l'augmentation de risque associé à des séjours plus longs pourraient inclure des délais dans le traitement ou des changements dans la façon dont les décisions sont prises et les soins fournis lorsque le personnel d'urgence est pressé par le temps et confronté à une longue liste de patients.[9,10]

Qui voit le médecin en premier?

Le triage est le processus qui détermine l'ordre dans lequel les patients des services d'urgence voient un médecin et sont pris en charge. Dans les hôpitaux à volume élevé, une évaluation « pré-triage » qui prend environ deux minutes peut précéder le triage pour déterminer dans quel ordre plusieurs patients en attente doivent être triés.

Le triage commence généralement par une infirmière demandant au patient de décrire son problème de santé et les symptômes. L'infirmière évaluera l'apparence physique du patient et son degré apparent de détresse, et prendra les signes vitaux tels que la fréquence cardiaque et la pression artérielle, le cas échéant, avant de lui attribuer un score de priorité.

Les hôpitaux au Canada doivent baser ce score sur l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) à cinq niveaux. Le score le plus élevé est le niveau 1 qui, selon les lignes directrices de l'ETG, comprendrait les patients souffrant d'affections telles que l'arrêt cardiaque ou un

traumatisme majeur potentiellement fatal ou présentant un risque imminent de détérioration. Le plus bas est le niveau 5, qui couvrirait les patients aux prises avec des affections telles que le mal de gorge ou une entorse à la cheville pour lesquelles les soins pourraient être reportés ou éventuellement aiguillés vers d'autres secteurs du système de soins hospitaliers ou de santé.

Les patients « ayant des affections très graves » décrits dans le présent rapport comprennent les patients qui ont obtenu des scores de niveaux 1 à 3 sur l'ETG, tandis que les patients « avec affections de faible gravité » sont ceux ayant des scores de 4 ou 5.

Le triage dépend dans une certaine mesure de l'instinct et de l'expérience du professionnel de la santé qui l'effectue.

« Le triage efficace nécessite l'utilisation de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du toucher », indiquent les lignes directrices de triage de l'ETG. « Il y a beaucoup d'indices non verbaux :

grimaces, cyanose, peur... Écoutez le patient et faites attention aux questions auxquelles il hésite à répondre ou est incapable de répondre. Écoutez s'il tousse, s'il est enrroué, si sa respiration est pénible... Touchez-le; évaluez sa fréquence cardiaque et la température et la moiteur de sa peau. Remarquez les odeurs telles que l'odeur de cétones, d'alcool ou d'infection. »[6]

Les lignes directrices précisent de nombreux facteurs qui doivent être pris en compte dans l'attribution d'un score d'ETG aux patients, mais encouragent aussi le personnel de triage à suivre son instinct et son expérience pour le « triage vers le haut » des patients qui leur semblent avoir besoin de soins plus urgents que leur profil de symptômes ne le suggère. Par ailleurs, les lignes directrices affirment que ces instincts ne doivent pas être utilisés pour le « triage vers le bas » d'un patient lorsque ses symptômes suggèrent qu'il peut y avoir un problème, mais qu'il a l'air de bien aller.

Un nouvel outil pour un meilleur triage

Pour améliorer la précision et l'efficacité du triage, qui détermine dans quel ordre les urgentologues voient leurs patients, l'Ontario est en voie de créer et de mettre en œuvre un nouveau système de triage électronique.

Ce système, appelé eCTAS, est fondé sur l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) qui donne à chaque patient une cote correspondant à la gravité de son affection. Il a pour but d'améliorer le triage à l'urgence en invitant les infirmières à suivre le même processus global d'évaluation et de documentation, qui est censé uniformiser et rendre plus précise l'évaluation de l'état du patient.

« Il a été conçu en Ontario par des infirmières de salle d'urgence pour des infirmières de salle d'urgence, pour les aider à effectuer le triage et rien d'autre », déclare Joy McCarron, infirmière responsable des soins cliniques dans le cadre de la mise en œuvre de l'eCTAS dans toute la province. Elle compte 20 années d'expérience en triage et en formation au triage.

Pendant que l'eCTAS assignera automatiquement au patient une cote basée sur les données informatiques sur son état saisies par l'infirmière de triage, les autres infirmières pourront néanmoins faire appel à leur jugement et, au besoin, assigner une note plus élevée au patient.

Bien qu'un grand nombre d'hôpitaux ontariens aient déjà recours au triage électronique, ils utilisent des systèmes différents qui donnent parfois des résultats discutables, ajoute Mme McCarron. Un des problèmes, selon elle, c'est que certains de ces systèmes demandent trop de données, ce qui transforme le triage en une évaluation plus globale et ralentit ainsi le triage et le taux de roulement des patients à l'urgence.

Le logiciel de l'eCTAS sera offert à tous les hôpitaux de la province. Parmi les hôpitaux invités à faire l'essai de ce logiciel, 23 se sont portés volontaires, au lieu des six à neuf que nous espérions avoir, remarque Mme McCarron.

En Ontario, 114 des 128 hôpitaux dotés d'une urgence ont décidé de participer à l'initiative. « On s'attend, ajoute-t-elle, à ce que l'eCTAS soit utilisé d'ici 2018 dans les hôpitaux desservant 60 % de la population. »

Dans le cadre de l'évaluation de l'eCTAS, Mme McCarron et d'autres infirmières ont évalué le triage sur le terrain, en prenant place aux postes de triage, et en examinant et en écoutant les mêmes patients que les infirmières de triage en service. Après avoir mis en œuvre l'eCTAS, on répétera les évaluations sur le terrain, afin de vérifier si les résultats des infirmières de triage diffèrent des résultats des vérificateurs. On pourra ainsi cerner et régler tout problème qui se présentera.

« Il faudra sans doute s'habituer au système, ajoute Mme McCarron. Au début, il pourrait ralentir un peu le triage dans certains hôpitaux, mais les employés finiront par corriger le tir en se familiarisant avec lui. »

« Il reste à voir si l'eCTAS accélérera le triage en augmentant son efficacité, conclut-elle. Par contre, il est censé améliorer l'uniformité et la précision, ce qui devrait améliorer l'ensemble des soins à l'urgence. Au moins, nous saurons qui sont les patients malades. Maintenant, nous courons le risque de ne pas identifier tous ceux qui sont gravement malades. »



Photo de Joy prise par Roger Yip.

Le temps passé à l'urgence par le patient

De nombreux facteurs affectent la durée du séjour d'un patient au service d'urgence.

Tout d'abord, la nature de son problème de santé et le niveau de gravité évalué au triage permettra de déterminer combien de temps il faudra avant que le patient voie un médecin. Si le médecin ordonne des tests de diagnostic tels que les rayons X ou des tests sanguins, ceux-ci doivent être effectués et leurs résultats connus avant que le patient ne voie à nouveau le médecin pour discuter des résultats.

La visite peut également comprendre une consultation avec un spécialiste, d'autres tests, un traitement, une période d'observation pour voir les résultats du traitement, ou l'attente de la décision du médecin pour savoir si le patient doit être hospitalisé, renvoyé chez lui ou transféré à un autre établissement.

Si on décide de l'hospitaliser, il y aura probablement une attente pour un lit d'hôpital; s'il est renvoyé à la maison, il peut y avoir une attente pour obtenir des instructions sur les autosoins ou pour le suivi avec un médecin dans sa région; et, s'il est transféré, il pourrait y avoir une attente pour qu'une ambulance le transporte à un autre établissement de soins.

Alors que les besoins propres au patient sont essentiels pour déterminer son parcours à travers les services d'urgence, si d'autres patients de l'urgence ont un besoin plus urgent de diagnostic et de traitement, cela peut donner lieu à des attentes plus longues pour les soins et ainsi prolonger la visite du patient, et pourrait affecter la durée de temps et l'attention que le patient reçoit de chaque membre du personnel.[9]

2. Comment l'Ontario relève le défi

Photo de Dr Ian Chernoff
prise par Roger Yip.



Trouver des façons créatives d'adapter

Même si certains médecins considèrent l'urgentologie trop stressante et déplorent qu'elle ne leur permette pas de nouer avec leurs patients les relations à long terme où vont leurs préférences, l'urgentologue Ian Chernoff croit que traiter de 25 à 30 patients par jour constitue l'occasion de faire beaucoup de bien.

« Pour ce qui est du potentiel de traiter le maximum de patients, l'urgentologie est difficile à battre », explique le Dr Chernoff, qui travaille à temps plein à l'urgence de l'Hôpital Mount Sinai.

« Souvent, nous voyons nos patients et leur famille à des moments cruciaux de leur vie. Je me suis toujours senti privilégié de pouvoir les rencontrer dans ces circonstances. C'est là une occasion en or d'essayer d'être une bonne personne et un bon médecin, et de prodiguer des soins compatissants. »

Le Dr Chernoff fournit des soins d'urgence aux patients depuis 19 ans. Or, sa pratique a considérablement changé depuis toutes ces années. En gros, il voit plus de patients, qui sont plus âgés et présentent des problèmes de santé plus complexes.

« Les multiples façons dont l'urgentologie s'est adaptée aux pressions exercées par ces changements ont, en fait, amélioré les soins, ajoute le Dr Chernoff. Par exemple, il existe davantage de

types de fournisseurs de soins : adjoints au médecin, infirmières praticiennes, infirmières et physiothérapeutes gériatriques en pratique avancée. Et l'on met beaucoup plus l'accent sur le travail d'équipe : les médecins, explique-t-il, prennent les décisions importantes avec ces nouveaux fournisseurs. »

De plus, ces employés peuvent proposer des options autres que l'admission à l'hôpital (soins à domicile, services de santé communautaire, etc.) aux patients ayant des besoins qui ne peuvent pas être entièrement satisfaits par le service d'urgence.

Cependant, ces changements n'ont pas réussi à soulager complètement la pression. Selon le Dr Chernoff, les deux principales difficultés qu'éprouve son service d'urgence pour ce qui est de traiter un nombre croissant de patients et des troubles médicaux de plus en plus complexes sont l'exiguïté des salles de traitement et la pénurie de lits pour les patients en attente d'hospitalisation à l'urgence.

Lorsque le Dr Chernoff s'est mis à travailler à l'urgence de l'Hôpital Mount Sinai il y a dix ans, il y avait cinq lits supplémentaires dans le couloir pour les patients qui ne pouvaient pas être hospitalisés par manque de place. Aujourd'hui, il y en a cinq de plus dans un autre corridor et cinq autres dans une pièce près de la salle d'attente. Et il arrive souvent que ce ne soit pas suffisant.

« J'en suis rendu à examiner mes patients dans la salle d'attente, ce qui, sous plusieurs aspects, est loin d'être une situation idéale », déplore le Dr Chernoff. Il ajoute que la raison pour laquelle il procède ainsi, c'est que les patients peuvent commencer au moins à recevoir un traitement lorsqu'il ne reste plus de lits.

Les examens en salle d'attente comptent, dit-il, parmi les nombreuses innovations « créatives » qu'adoptent les urgences engorgées. Il croit cependant que l'engorgement nuit quelque peu à la qualité des soins. « Cette situation n'améliore pas l'état d'un patient âgé qui est assez malade pour être obligé de se rendre à l'urgence, mais qui doit passer du temps dans une civière dans un corridor, dont les lumières brillantes et le bruit l'empêcheront de dormir, ce qui peut aggraver sa condition. »

L'Hôpital Mount Sinai tire déjà des plans pour agrandir son urgence et le Dr Chernoff est d'avis qu'une augmentation de la capacité est parfois nécessaire, tout comme l'innovation et l'adaptation.

« Je crois que les choses doivent évoluer de façon concertée. Même si l'on a le service d'urgence le plus efficace sur la planète, si on n'a pas plus de lits pour les patients hospitalisés et plus d'espace pour examiner les patients, si rien d'autre ne change et qu'il y a de plus en plus de pression, on ne peut évidemment pas faire de miracle dans ce cas-là. »

Mesure performance

À une période où les services d'urgence de l'Ontario font face à des changements significatifs dans le nombre et les types de patients qui viennent à leurs établissements, il est important d'examiner la qualité des soins que ces patients reçoivent.

Une façon d'examiner la qualité est au moyen d'indicateurs de performance du service d'urgence qui évaluent la rapidité des soins, tels que le « délai avant l'évaluation initiale du médecin », la « durée du séjour » et le « départ d'un patient qu'on n'a pas vu ».

Le délai avant l'évaluation initiale du médecin mesure le temps écoulé entre le moment où le patient passe au triage ou à l'inscription (selon la première éventualité) et celui où il est vu par un médecin. La durée de séjour mesure le temps écoulé entre le moment où le patient passe au triage ou à l'inscription et celui où il obtient son congé de l'urgence pour rentrer à la maison ou être hospitalisé. Le départ des patients qu'on n'a pas vus est le nombre de personnes qui quittent le service d'urgence avant d'être examinées par un médecin.

Les services d'urgence vont mieux

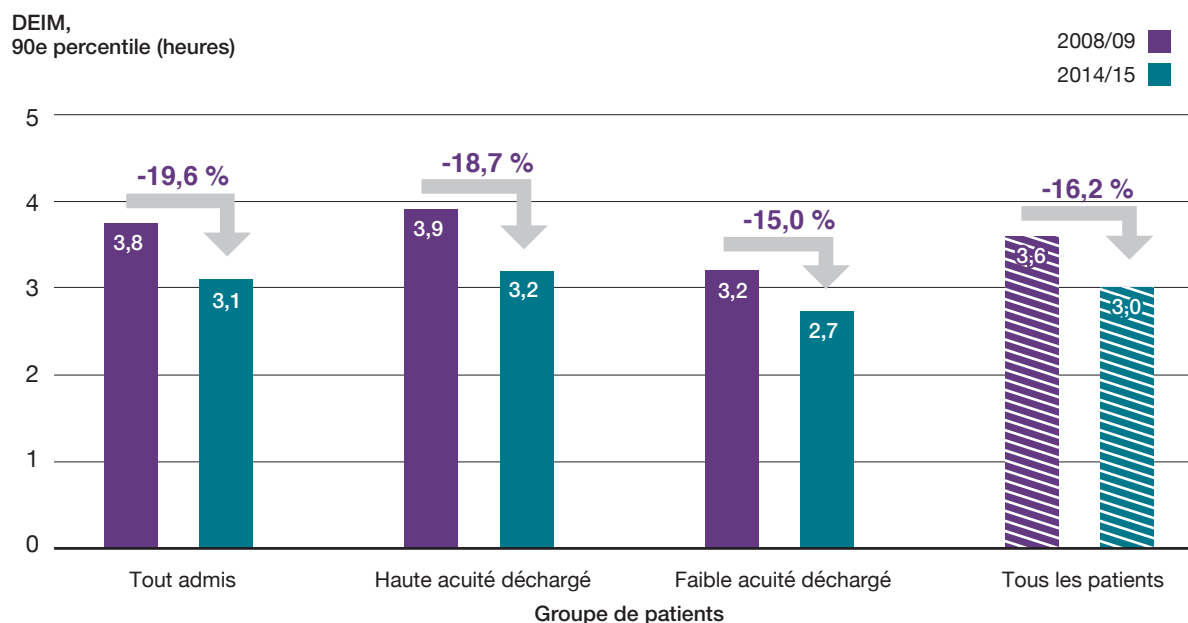
La bonne nouvelle, c'est que le rendement des services d'urgence de l'Ontario à la lumière de ces trois indicateurs s'est globalement amélioré ces dernières années, malgré l'augmentation du volume de patients, de leur âge et de la gravité de leurs affections.

Entre 2008-2009 et 2014-2015, le temps écoulé (90^e percentile) avant l'évaluation initiale du médecin – la durée maximale de temps au sein de laquelle neuf patients sur 10 ont vu un médecin – a diminué :

- de 16,2 % dans l'ensemble pour tous les patients, pour atteindre 3 heures comparativement à 3,6
- de 18,7 % pour les patients ayant des affections très graves avec congé, pour atteindre 3,2 heures comparativement à 3,9
- de 15 % pour les patients avec affections de faible gravité avec congé, pour atteindre 2,7 heures comparativement à 3,2
- de 19,6 % pour les patients hospitalisés, pour atteindre 3,1 heures comparativement à 3,8[2] (Figure 5)

FIGURE 5

Temps écoulé avant l'évaluation initiale du médecin (90^e percentile) par groupe de patients, Ontario, 2008 2009 et 2014 2015



Remarque : Les résultats ont été arrondis à une décimale près. Par contre, on a utilisé des chiffres non arrondis dans tous les calculs effectués pour obtenir les taux de variation. C'est pourquoi les taux de variation indiqués diffèrent parfois des taux calculés à partir des chiffres arrondis.

Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), fournies par l'Institut de recherche en services de santé (ICES)

Au cours de la même période, la durée du séjour (90^e percentile) aux services d'urgence – la période maximale pendant laquelle neuf patients sur 10 ont attendu – a diminué :

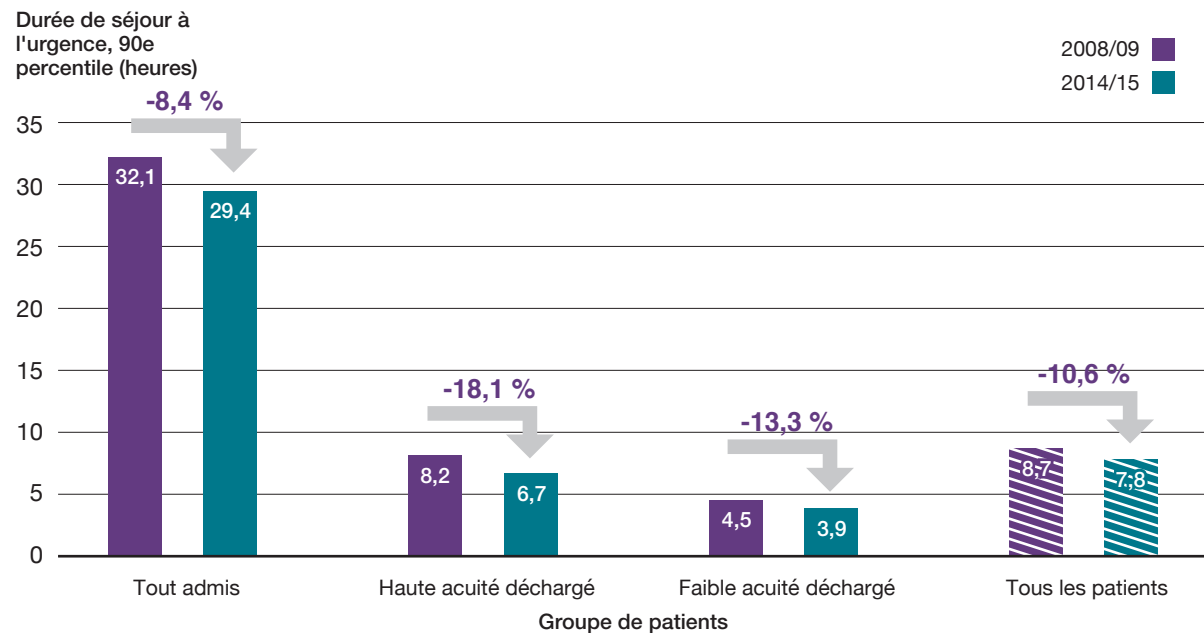
- de 10,6 % dans l'ensemble pour tous les patients, pour atteindre 7,8 heures comparativement à 8,7
- de 18,1 % pour les patients ayant des affections très graves avec congé, pour atteindre 6,7 heures comparativement à 8,2
- de 13,3 % pour les patients ayant des affections de faible gravité avec congé, pour atteindre 3,9 heures comparativement à 4,5
- de 8,4 % pour les patients hospitalisés, pour atteindre 29,4 heures comparativement à 32,1[21] (Figure 6)

De même, au cours de ces sept années, la proportion de visites à l'urgence effectuées dans la cible provinciale de quatre heures de durée de séjour pour les patients ayant des affections de faible gravité avec congé a augmenté à 89,9 % comparativement à 84,6 %. La proportion de visites effectuées dans la cible de huit heures pour les patients ayant des affections très graves et les patients hospitalisés, lorsque les durées de séjour pour ces deux catégories de patients sont comptées ensemble dans un seul groupe, a augmenté à 85,7 % comparativement à 79,8 %.

[11] Le nombre annuel de visites aux services d'urgence où le patient est parti sans avoir vu le

FIGURE 6

Durée du séjour au service d'urgence (90^e percentile), par groupe de patients, Ontario, 2008 2009 et 2014 2015



Remarque : Les résultats ont été arrondis à une décimale près. Par contre, on a utilisé des chiffres non arrondis dans tous les calculs effectués pour obtenir les taux de variation. C'est pourquoi les taux de variation indiqués diffèrent parfois des taux calculés à partir des chiffres arrondis.

Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), fournies par l'Institut de recherche en services de santé (ICES)

médecin a diminué de 18,3 % entre 2008-2009 et 2014 2015, pour atteindre environ 3 % de toutes les visites comparativement à environ 4 %.

Certaines recherches suggèrent que la raison la plus courante pour laquelle les patients quittent l'urgence, c'est qu'ils « en ont marre d'attendre ». [12]

Un autre indicateur important de la qualité est l'expérience du patient. La majorité des Ontariens semblent être satisfaits des soins qu'ils ont reçus dans les services d'urgence. Dans un sondage de 2014 2015 sur l'expérience des patients des Ontariens âgés de 16 ans et plus réalisé pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 72,6 % des répondants ont déclaré avoir reçu des soins excellents, très bons ou bons. Cependant, 27,4 % d'entre eux – plus d'un répondant sur quatre – ont évalué leurs soins comme passables ou médiocres.[13]

Il y avait moins d'avis positifs parmi les personnes âgées de 16 à 44 ans (68,8 %), mais on en comptait plus pour les personnes âgées de 75 ans et plus (86,7 %). Parmi les habitants des régions rurales, 83,5 % ont évalué leur expérience comme positive, comparativement à 70,6 % des citoyens.[13]

Une amélioration est encore nécessaire dans certains domaines

Même si la durée de séjour et les attentes pour consulter un médecin étaient plus courtes, et que la majorité des patients étaient satisfaits, les services d'urgence ne fonctionnaient pas nécessairement aussi bien qu'ils ne le devraient pour tous les patients.

Les patients ayant des affections très graves attendent plus longtemps avant de voir un médecin

Les données ont montré qu'en 2014 2015, le temps écoulé au 90^e percentile avant l'évaluation initiale du médecin en Ontario était plus long pour les patients ayant des affections très graves avec congé et hospitalisés (3,2 et 3,1 heures respectivement) que pour les patients avec affections de faible gravité avec congé (2,7 heures) (figure 5). Ce n'est pas nécessairement le résultat auquel la plupart des gens s'attendent, car un des principaux objectifs du triage est que les patients ayant des affections très graves soient vus plus tôt.

Cependant, le groupe de patients ayant des affections très graves avec congé comprend tout un éventail de patients, allant de ceux qui ont besoin de voir un médecin immédiatement (ETG niveau 1) à ceux qui ont des affections potentiellement graves, mais qui peuvent attendre sans subir de dommages (ETG niveau 3). Par conséquent, le temps d'attente plus long pour le groupe dans son ensemble ne signifie pas nécessairement que les patients triés au niveau de grande priorité, par exemple, ont dû attendre des heures pour voir un médecin. En fait, les données ont montré que l'attente était plus courte pour les patients avec les affections les plus urgentes, potentiellement fatales.[2]

L'une des raisons pour lesquelles les patients ayant des affections de faible gravité avec congé en tant que groupe peuvent voir un médecin plus rapidement, c'est peut-être parce que de nombreux hôpitaux les acheminent à des secteurs distincts du service d'urgence conçus pour prendre en charge les patients ayant des affections de faible gravité plus efficacement.

Les patients ayant des affections de faible gravité avec congé peuvent souvent attendre sur une chaise pour voir un médecin et souvent ne nécessitent pas beaucoup de matériel médical pour le diagnostic et le traitement. Donc, ils peuvent ne pas avoir à attendre qu'un lit d'urgence et d'autres équipements soient disponibles, contrairement aux patients ayant des affections très graves avec congé et hospitalisés qui en ont souvent besoin. Les services d'urgence déplacent souvent les patients ayant des affections de faible gravité dans des zones d'évaluation rapide conçues pour les patients qui n'ont pas besoin d'utiliser un lit aux urgences, de sorte que tous les patients puissent être pris en charge de manière plus efficace.

Les patients hospitalisés peuvent passer beaucoup de temps à l'urgence

Alors que la baisse de 8,4 % de la durée du séjour au 90^e percentile pour les patients hospitalisés était une amélioration significative, cela signifiait quand

même que neuf patients hospitalisés sur 10 ont passé jusqu'à 29,4 heures au service d'urgence en 2014 2015. Une grande partie de ce temps – 22,5 heures – a été passée à attendre au service d'urgence avant d'aller à un service d'hospitalisation.[2]

Il y a plusieurs conséquences qui peuvent découler du fait que des patients à l'urgence doivent attendre si longtemps pour être hospitalisés. Elles comprennent l'inconfort pour le patient et possiblement des soins de qualité moins optimale du fait de ne pas être dans une salle d'hôpital mieux adaptée à ses soins, d'après les décisions d'un médecin.

De plus, parce qu'ils doivent habituellement occuper un lit à l'urgence pendant qu'ils attendent, parfois pendant de nombreuses heures, les patients hospitalisés peuvent entraver l'accès aux lits d'urgence, aux médecins, aux infirmières et aux autres ressources pour d'autres patients encore en attente de soins.

Un manque de lits d'hospitalisation disponibles pour les patients de l'urgence peut être lié à de nombreux facteurs. Par exemple, un hôpital peut tout simplement ne pas avoir assez de lits pour répondre aux besoins de la communauté grandissante qu'il dessert[14]; la gestion inefficace des lits en milieu hospitalier peut avoir pour conséquence la lenteur de l'admission à l'hôpital et du congé de l'hôpital; ou des pratiques d'entretien ménager inefficaces peuvent signifier que les lits d'hospitalisation ne sont pas préparés assez rapidement pour le prochain patient.[15]

L'une des causes fréquentes du manque de disponibilité des lits en milieu hospitalier, c'est leur occupation par des patients qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers, mais sont en attente d'une place dans un établissement de soins de santé approprié à leurs besoins – tel qu'un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation. Ces patients sont souvent appelés des patients nécessitant un « autre niveau de soins ».

En 2014 2015 en Ontario, 13,7 % des « journées d'hospitalisation » (journées où chaque lit d'hôpital individuel dans la province était occupé par un patient) ont été utilisées pour les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins.[16] C'était une amélioration par rapport au chiffre de 14,3 % pour 2011 2012. Le chiffre de 2014 2015 s'élevait à environ 4000 jours d'hospitalisation pour une journée quelconque de l'année pour les patients en attente de recevoir des soins ailleurs.

Est-ce que les patients nécessitant un autre niveau de soins peuvent affecter la durée de séjour dans les services d'urgence? La réponse dépend au moins en partie des autres secteurs du réseau de santé. Les hôpitaux peuvent certainement travailler à l'amélioration de la circulation des patients dans leur service d'urgence et les salles d'hospitalisation, mais il n'y a pas grand-chose qu'ils peuvent faire pour libérer les lits d'hospitalisation occupés par des patients en attente de places dans des établissements de soins de longue durée, par exemple.

Pourquoi le 90^e percentile?

Le temps écoulé avant l'évaluation initiale du médecin et la durée du séjour au service d'urgence sont mesurés dans le présent rapport au 90^e percentile, qui est la durée pendant laquelle neuf patients sur 10 auront vu un médecin ou auront terminé leur visite.

L'indicateur de 90^e percentile a été choisi parce qu'il représente l'attente maximale pour voir un médecin ou la durée du séjour pour la grande majorité – 90 % – des patients. C'est un point de mesure qui comprend les scénarios les plus extrêmes dans lesquels les patients doivent attendre plus longtemps pour voir un médecin ou rester plus longtemps à l'urgence que les patients aux points de temps médians ou moyens.

Les cibles provinciales et de chaque hôpital pour la durée du séjour et le temps écoulé avant l'évaluation initiale du médecin sont également fixées au 90^e percentile, pour mieux refléter ce que l'expérience du service d'urgence peut être pour un large éventail de patients.

* Année financière incomplète: juillet 2011 - mars 2012.

Cibler l'amélioration

Grâce à l'amélioration des rendements au cours des dernières années, les hôpitaux ontariens ont collectivement atteint deux des cibles à l'échelle provinciale fixées pour la durée de séjour au service d'urgence en 2014-2015 : quatre heures pour les patients avec affections très graves avec congé et huit heures pour les patients ayant des affections très graves avec congé. La cible provinciale d'une durée maximale de séjour de huit heures à l'urgence pour les patients hospitalisés n'a pas été atteinte.

Pour entraîner des améliorations dans toute la province, chaque hôpital a son propre ensemble d'objectifs individuels liés aux cibles provinciales pour la durée du séjour aux services d'urgence. Certains de ces objectifs sont incorporés dans l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers que chaque hôpital a conclue avec son réseau local d'intégration des services de santé.

Les hôpitaux peuvent également définir des cibles d'amélioration pour leurs services d'urgence dans les plans d'amélioration de la qualité qu'ils sont tenus d'établir chaque année. Ceux-ci sont soumis à Qualité des services de santé Ontario le 1^{er} avril de chaque année. Les plans et leurs cibles doivent refléter les priorités de soins de santé de la province, ainsi que des problèmes de qualité locaux.

Qualité des services de santé Ontario analyse les plans d'amélioration de la qualité pour produire des rapports qui partagent des données regroupées et des observations avec les hôpitaux et le public. Ces rapports élargissent les connaissances sur les stratégies d'amélioration efficaces et contribuent à harmoniser les efforts d'amélioration de la qualité – dans les urgences et ailleurs – à travers la province.

3. Un service d'urgence différent pour des Ontariens différents



Clinique d'aiguillage express une victoire pour tout le monde

Le Centre Sunnybrook des sciences de la santé a trouvé une façon innovatrice d'améliorer les soins pour les patients souffrant de troubles complexes et se présentant à son service d'urgence achalandé.

Un urgentologue peut recommander aux patients adultes ayant de graves problèmes de santé et nécessitant des soins rapides mais non immédiats d'aller à la Clinique d'aiguillage express de Sunnybrook, où ils seront vus au bout de quelques jours par un interniste, médecin spécialisé en diagnostic et en traitement non chirurgical des adultes.

En l'absence de cette clinique, ces patients devraient attendre des heures à l'urgence avant de consulter un interniste et de subir des tests diagnostiques, ou avant d'être admis à l'hôpital où l'on examinerait leur état, ou encore avant qu'on leur donne congé et qu'ils retournent chez eux, où ils devraient attendre des semaines, voire des mois, avant de pouvoir consulter un spécialiste et de subir des tests diagnostiques.

Au lieu de cela, les patients sortent de l'urgence munis d'un rendez-vous avec la Clinique d'aiguillage express, souvent pour le lendemain.

« Nous avons accéléré l'accès aux mêmes genres de tests que ceux qui sont effectués dans la salle d'urgence pour que les examens médicaux puissent être réalisés », explique le Dr Graham Slaughter, directeur de la Clinique. Les patients ayant besoin de tests de laboratoire ou de tests

comme une tomodensitographie, une échographie ou une exploration fonctionnelle pulmonaire peuvent les subir la journée même. Cette clinique facilite aussi la consultation de spécialistes, en neurologie ou en rhumatologie, par exemple. Et, au besoin, les patients peuvent aussi être hospitalisés.

Donald, 89 ans, s'est présenté à la Clinique après s'être rendu à l'urgence sur les conseils de son médecin, qui se faisait du souci pour le foie de Donald, atteint de jaunisse. Après avoir passé sept heures à l'urgence, il a été aiguillé vers la Clinique, où il a pu consulter le Dr Slaughter le lendemain.

« Le Dr Slaughter m'a beaucoup impressionné, déclare Donald. D'abord, il m'a fait passer une tomodensitographie. Quand il a reçu les résultats de ce test, on a fait une biopsie de mon foie. Le tout est allé plutôt rondement. »

Selon Donald, la Clinique contribue à « soulager grandement l'anxiété » des patients, comme lui-même, qui ont hâte de savoir de quoi ils souffrent. Il précise qu'il aurait sans doute attendu deux ou trois mois avant de passer une tomodensitographie s'il n'était pas allé à l'urgence et si on ne l'avait pas orienté vers la Clinique. « Évidemment, s'il y a une possibilité de cancer, la Clinique pourrait même vous sauver la vie. »

Comme on voyait, sur le tomodensitogramme, une masse sur le foie pouvant être cancéreuse, le Dr Slaughter a pris pour Donald un rendez-vous avec

un spécialiste au centre de cancérologie de l'hôpital. Malgré les inquiétudes causées par sa visite à la Clinique, Donald est content de savoir qu'il n'aura qu'à attendre deux ou trois semaines pour consulter un oncologue. « Ça me stresse beaucoup d'attendre, ajoute-t-il, d'attendre sans savoir. »

La Clinique ne convient pas à certains patients, notamment ceux qui ont besoin d'oxygène ou d'antibiotiques par intraveineuse, ou ceux qui sont déjà suivis par un spécialiste. Cependant, lorsque la Clinique peut traiter le patient, tout le monde y gagne.

Pour l'hôpital, cela se traduit par une diminution de l'engorgement à l'urgence et du nombre de patients hospitalisés. Quant au patient, il peut retourner chez lui tout en recevant promptement les soins dont il a besoin.

« Nous essayons de renvoyer les patients dans le confort de leur foyer et, dans la mesure du possible, de leur permettre de retourner à leur routine, ajoute le Dr Slaughter. L'hospitalisation peut être profondément dérangeante. »

Les données de l'Hôpital indiquent que 22 % des patients soignés à la clinique auraient auparavant été hospitalisés. La Clinique a aussi permis d'économiser environ un million de dollars par an et de hausser le niveau de satisfaction des patients.

« Les patients semblent être très satisfaits de notre initiative, de la célérité relative du service et de la grande rigueur de notre travail », conclut le Dr Slaughter.

Rosemary: Une longue attente dans la douleur

Rosemary a vu ses maux de dos empirer horriblement juste après avoir pris, sur le conseil de son physiothérapeute, ce qui était censé être un bain réconfortant.

« J'étais debout dans ma salle de bains lorsque, tout à coup, j'ai ressenti une douleur insupportable. C'est tout ce dont je me souviens : je me tenais debout dans la salle de bains, la douleur, puis j'ai repris connaissance. J'avais la tête à côté de la toilette et j'étais étendue sur le plancher. Tout ce que je pouvais faire, c'est de crier. »

Rosemary a réussi à se rendre jusqu'à son lit en rampant très lentement. Elle n'est pas allée à l'urgence avant d'avoir trouvé un gardien pour ses trois chiens. Après avoir appelé le 911 et s'être fait transporter en ambulance à l'urgence d'un hôpital communautaire urbain, elle a dû attendre cinq ou six heures sur une civière dans un corridor avant de pouvoir voir un médecin. Les effets des analgésiques qu'elle avait pris chez elle ont commencé à se dissiper peu après son arrivée.

« Les employés de l'urgence m'ont dit de ne prendre que les médicaments qu'eux me donneraient, mais ils étaient trop occupés pour me voir. Je souffrais donc le martyre et personne n'était

là pour m'aider. » Elle déclare être restée dans le couloir durant les 15 heures qu'ont duré son séjour à l'urgence, sauf pendant de brèves périodes où on lui a fait subir des tests et posé un cathéter.

« Je crois que deux ou trois médecins sont venus me voir à l'urgence. Ils m'ont tous posé les mêmes questions : "Qu'est-ce qui se serait passé selon vous? Quelle en serait la cause?" Ils étaient partis au bout de deux ou trois minutes. Le troisième médecin, qui est sans doute passé au bout de huit heures, m'a donné un analgésique sans effet contre la douleur. Tout ce qu'il a fait, c'est de me faire me sentir un peu mieux. »

Après sa tomodensitographie, Rosemary s'est fait dire qu'elle avait, selon toute apparence, une grosse tumeur bénigne à la base de la colonne vertébrale et qu'elle devrait subir un examen par IRM pour mieux diagnostiquer son mal. On lui a donné de la gabapentine, qui soulageait la douleur pendant environ une heure et demie à chaque dose. On l'a hospitalisée quelques heures plus tard.

Selon son image par résonance magnétique, Rosemary souffrait d'une hernie discale, qui ressemblait à une tumeur parce qu'une grande partie des fluides du disque s'étaient échappés.

Après avoir été hospitalisée dix jours, elle a passé une année chez elle, frappée d'invalidité. Elle n'est toujours pas capable de pratiquer toutes les activités qu'elle pratiquait il y a six ans, avant de se blesser.

Rosemary affirme être allée à l'urgence une douzaine de fois de plus depuis huit ans. Ses visites duraient chacune de huit à neuf heures. C'est trop long à son avis; elle croit que les soins d'urgence peuvent et doivent être améliorés.

« Ce n'est pas efficace, ça marche mal. Ce n'est pas que les employés ne font pas leur possible. C'est juste qu'ils sont débordés et, lorsqu'on est débordé, on devient moins productif. »

« Ce n'est pas que les employés ne font pas leur possible. **C'est juste qu'ils sont débordés...** »

Certains groupes de population n'ont pas la même expérience de services d'urgence que d'autres, certains groupes restant collectivement plus longtemps à l'urgence ou y passant plus de temps avant de voir un médecin, et certains allant à l'urgence plus souvent. Certaines de ces différences dans l'expérience du patient et son utilisation des services illustrent l'inefficacité du système de santé et les inégalités possibles qu'on y observe dans son ensemble.

Les citadins passent plus de temps à l'urgence

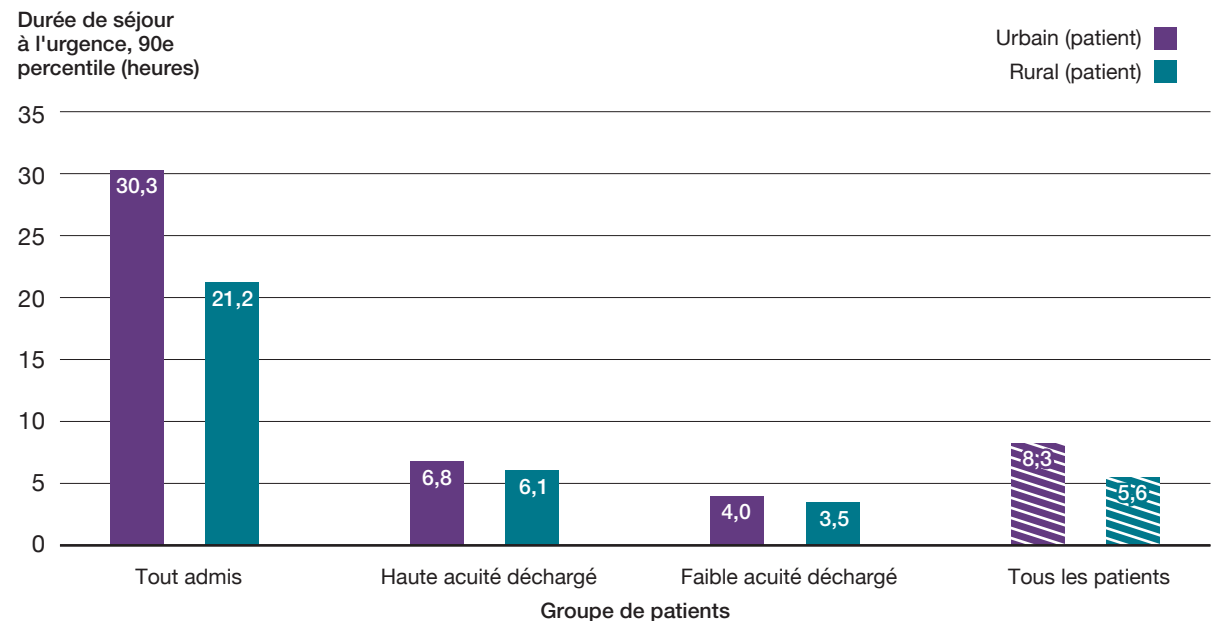
En 2014 2015, les patients vivant dans les zones urbaines ont passé plus de temps aux services d'urgence et ont attendu plus longtemps pour voir un urgentiste que ceux qui vivent dans les zones rurales. Cela est vrai quel que soit le niveau de gravité. Environ 86 % des Ontariens vivent dans des zones urbaines.[17]

La durée du séjour au 90^e percentile à l'urgence pour les citadins était de 8,3 heures globalement pour tous les niveaux de gravité, comparativement à 5,6 heures pour les résidents des régions rurales. La plus grande différence dans les durées de séjour a été pour les patients hospitalisés, les patients urbains hospitalisés passant jusqu'à 30,3 heures à l'urgence au 90^e percentile, alors que les patients hospitalisés en milieu rural ont passé jusqu'à 21,2 heures (figure 7).

Le temps écoulé avant l'évaluation initiale du médecin au 90^e percentile pour les citadins était de 3,1 heures globalement pour tous les niveaux de gravité, et de 2,6 heures pour les habitants des régions rurales.

FIGURE 7

Durée du séjour au service d'urgence (90^e percentile), par groupe de patients et par région urbaine / rurale du patient, Ontario, 2014/2015



Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), fournies par l'Institut de recherche en services de santé (ICES)

Les séjours en urgence et les attentes pour consulter un médecin pouvaient être plus longs pour les citadins, parce que la durée de séjour des patients et le temps écoulé avant l'évaluation initiale du médecin sont plus longs dans les hôpitaux universitaires ou communautaires, qui sont généralement situés dans les centres urbains et généralement plus occupés et plus encombrés.

Par exemple, en 2014 2015, la durée du séjour au 90^e percentile pour tous les patients d'urgence des hôpitaux universitaires en Ontario était de 11 heures, comparativement à 7,6 heures pour les hôpitaux communautaires et 4,3 heures pour les petits hôpitaux.[2]

Les résidents des quartiers à faible revenu se rendent aux services d'urgence plus souvent

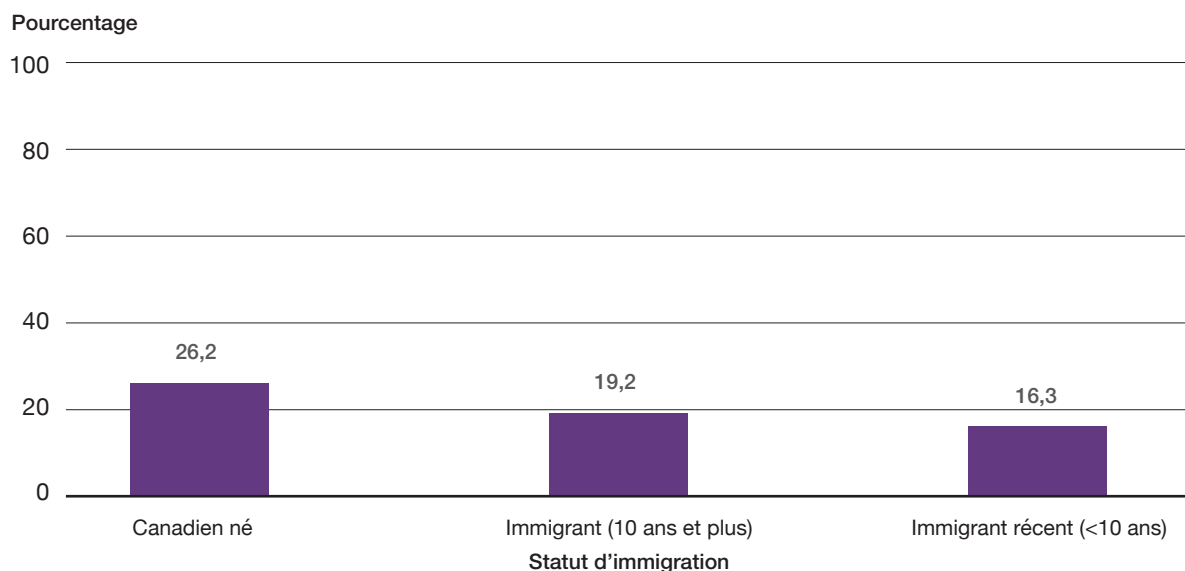
Les gens des quartiers à faibles revenus vont aux services d'urgence plus souvent que ceux des quartiers à revenus plus élevés. En 2014-2015, 23,4 % du cinquième de la population de l'Ontario vivant dans les quartiers à plus faibles revenus se sont rendus à un service d'urgence, comparativement à 16,6 % du cinquième de la population vivant dans les quartiers à revenus plus élevés.[2]

On peut émettre plusieurs hypothèses : que les gens des quartiers à faibles revenus seraient moins en mesure d'accéder aux soins prodigués ailleurs, qu'ils seraient incapables d'accéder aux soins à temps pour éviter la nécessité d'une visite à l'urgence, qu'ils seraient en moins bonne santé et auraient ainsi besoin de soins de santé d'urgence plus souvent.

Des facteurs similaires peuvent être en jeu pour les résidents des régions rurales qui, en 2014-2015, se sont rendus aux services d'urgence à un taux de 63 visites pour 100 personnes, comparativement à 43 visites pour 100 personnes en zone urbaine.[2] Selon les études, une plus grande proportion des soins primaires dans les zones rurales serait assurée par les hôpitaux et les services d'urgence, en particulier là où peu de services après les heures normales sont disponibles.[18,19]

FIGURE 8

Pourcentage des adultes (âgés de 16 ans et plus) en Ontario qui se sont rendus à un service d'urgence parce qu'ils étaient malades ou avaient un problème de santé au cours des 12 derniers mois, selon le statut d'immigration, d'avril 2014 à mars 2015



Remarques : Il y a une différence statistiquement significative entre les répondants nés au Canada et les immigrants (établis et récents). Voir les remarques sur les méthodes pour obtenir une description de la signification statistique.

Source de données : Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, d'avril 2014 à mars 2015

Les immigrants récents vont moins souvent aux services d'urgence

Certaines personnes se rendent aux services d'urgence moins souvent que d'autres. En 2014-2015, parmi les Ontariens qui ont immigré au Canada au cours des 10 années précédentes, 16,3 % ont déclaré s'être rendus aux services d'urgence dans l'année précédente, comparativement à 19,2 % des immigrants établis dans la province et à 26,2 % de ceux qui sont nés au Canada (figure 8).[13]

Est-ce que certains patients de l'urgence pourraient être soignés ailleurs?

En 2014 2015, 33,4 % de toutes les visites aux services d'urgence ont été faites par des patients qui étaient classés comme ayant des affections de faible gravité et ont obtenu leur congé après leur visite.

On ne sait pas exactement quelle proportion de gens qui se rendent aux services d'urgence pour des affections de faible gravité pourrait être traitée par un fournisseur de soins primaires. Les patients ayant des affections de faible gravité peuvent avoir besoin de soins de services d'urgence, par exemple, pour faire face à une blessure complexe.

En 2013 2014, environ une visite sur cinq aux services d'urgence au Canada par des patients qui n'ont pas été hospitalisés était pour des affections qui peuvent être traitées au bureau ou à la clinique d'un médecin, comme des maux de gorge et des infections d'oreille.[20]

On ne sait pas dans quelle mesure le nombre de patients avec affections de faible gravité admis dans les services d'urgence affecte la qualité des soins reçus par tous les patients de l'urgence.

Certes, les patients avec affections de faible gravité, comme tous les patients, contribuent à l'encombrement dans les services d'urgence. De plus, leur prise en charge nécessite l'utilisation de ressources des services d'urgence limitées tels que les médecins, les infirmières, les techniciens médicaux, le personnel de bureau, l'équipement et les services d'imagerie diagnostique, qui peuvent avoir une incidence sur la disponibilité de ces ressources pour la prise en charge de patients plus gravement malades.

Cependant, les patients avec affections de faible gravité sont généralement les plus rapides et les plus faciles à prendre en charge et les données montrent qu'ils arrivent et repartent le plus rapidement. Ils ne ralentissent probablement pas le flux de patients autant que, par exemple, les patients avec affections très graves qui ont besoin de nombreux tests et consultations ou qui occupent l'espace dans les services d'urgence pendant des heures en attendant d'être hospitalisés.

Une étude ontarienne qui a examiné toutes les visites aux services d'urgence sur une période

d'un an a constaté que la présence de patients avec affections de faible gravité était associée à une augmentation non significative de la durée du séjour et du temps d'attente pour voir un médecin pour d'autres patients. Elle a conclu que la réduction du nombre de patients avec affections de faible gravité était peu susceptible de réduire l'encombrement des services d'urgence ou de raccourcir les séjours ou les attentes pour voir un médecin pour les autres patients.[21]

Le traitement d'un patient avec une affection de faible gravité en soins primaires peut être moins coûteux que de le traiter dans un service d'urgence. Le coût moyen d'une visite à l'urgence au Canada a été estimé à cinq fois le coût d'une visite à un médecin de famille – même si le calcul du coût moyen pour une visite d'urgence comprenait les patients avec affections très graves.[22]

Cependant, le coût marginal de traitement d'un patient avec affections de faible gravité à l'urgence peut ne pas être plus élevé dans certains cas – compte tenu que les ressources des services d'urgence nécessaires sont

généralement déjà en place, alors que les ressources de soins primaires nécessaires pour fournir le même service peuvent ne pas être déjà en place.

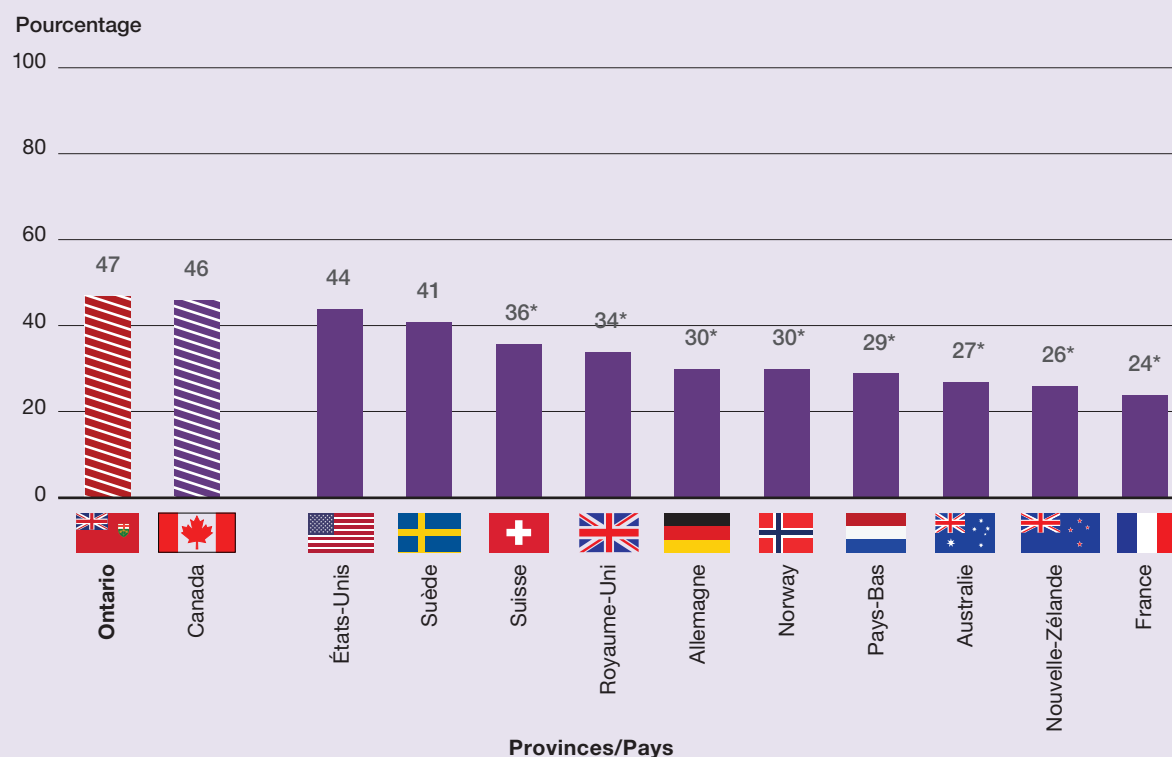
La mesure dans laquelle les Ontariens utilisent les services d'urgence pour des affections de faible gravité semble être liée au moins en partie à un problème dans une autre partie du système de santé : le manque d'accès rapide aux soins primaires.

Dans un sondage de 2014, 94 % des Ontariens de 16 ans et plus ont dit qu'ils avaient un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires, mais seulement 44 % ont déclaré avoir été en mesure d'obtenir un rendez-vous avec lui le même jour ou le lendemain quand ils étaient malades.[23]

En 2013, près de la moitié des Ontariens adultes – 47 % – ont déclaré aller au service d'urgence pour une affection qui, selon eux, aurait pu être soignée par leur fournisseur de soins primaires, si ce médecin, infirmière praticienne ou autre fournisseur avait été disponible. Cette proportion était plus élevée pour l'Ontario que pour des pays étrangers autant le même profil socioéconomique, la Suisse ayant un taux de 36 % et la France ayant la plus faible proportion, soit 24 % (figure 9).[23]

FIGURE 9

Pourcentage des adultes qui déclarent que la dernière fois qu'ils se sont rendus au service d'urgence de l'hôpital, c'était pour une affection qui, selon eux, aurait pu être traitée par les médecins ou le personnel de l'établissement où ils obtiennent habituellement des soins médicaux s'ils avaient été disponibles, au Canada et à l'étranger, 2013



Remarques : Au Canada, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'Ontario et les autres provinces. Sur le plan international, il existe une différence statistiquement significative* entre l'Ontario, l'Australie, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni. Voir les notes de méthodes pour obtenir une description de la signification statistique.

Source de données : Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès du grand public

4. Le chemin à parcourir

Photo de Joy McCarron par Roger Yip.
Voir son histoire à la page 16.



Un effort considérable a été fait ces dernières années pour améliorer le rendement des services d'urgence, par le gouvernement de l'Ontario et par les hôpitaux de la province.

En 2008, le gouvernement a lancé sa Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences pour réduire la durée des séjours dans les services d'urgence de la province. Élargie dans les années suivantes, cette stratégie comprenait les points suivants :

- Mesurer le temps passé par le patient au service d'urgence, rédiger des rapports à ce sujet et évaluer la satisfaction des patients
- Fixer des cibles de gravité pour des durées de séjour aux services d'urgence :
 - à un maximum de huit heures au 90^e percentile pour les patients ayant des affections très graves avec congé ou les patients hospitalisés (ce qui signifie que neuf patients sur 10 devraient terminer leur visite dans les huit heures)
 - à un maximum de quatre heures au 90^e percentile pour les patients ayant des affections de faible gravité avec congé (ce qui signifie que neuf patients sur 10 devraient terminer leur visite dans les quatre heures)

- La mise en œuvre d'un Programme de financement axé sur les résultats, qui fournit aux hôpitaux des incitations financières d'améliorer continuellement leur rendement et d'avoir constamment un bon rendement pour ce qui est de la durée du séjour des patients à l'urgence
- La mise en œuvre du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences pour les aider à réduire la durée de séjour des patients, programme inspiré des méthodologies allégées visant à cerner et à supprimer les étapes inutiles dans un processus de travail
- Le recours à des solutions de rechange pour les services d'urgence : améliorer le soutien aux patients souffrant de maladies chroniques, créer davantage de centres de soins urgents et tenter de faire connaître au public l'existence d'autres endroits où il peut recevoir sans rendez-vous des soins de santé immédiats
- Accélérer le congé de l'hôpital pour les patients nécessitant un autre niveau de soins, en augmentant les services de soins à domicile ou communautaires et en créant des lits de soins de longue durée

Le plan « Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé » du gouvernement provincial comprend également du financement et des mesures visant à réduire la durée du séjour aux services d'urgence.

Les hôpitaux de l'Ontario et les foyers de soins de longue durée, ainsi que d'autres parties du système de santé, ont travaillé de concert avec le gouvernement pour faire des changements visant à remédier à certaines difficultés qui affectent le rendement des services d'urgence. Les hôpitaux ont adopté des programmes d'amélioration des processus, se sont efforcés d'atteindre les objectifs fixés et ont profité des incitatifs du Programme de financement axé sur les résultats.

On compte les mesures suivantes parmi les mesures d'amélioration de la qualité prises par les hôpitaux :

- Des cliniques externes où les patients seraient aiguillés rapidement vers des spécialistes, le cas échéant
- La mise en place de « directives médicales » en vertu desquelles les infirmières peuvent ordonner certains tests et procédures pour certaines affections, afin d'accélérer le processus de diagnostic
- Orienter les patients vers des zones spécialisées pour le traitement de certains types particuliers de problèmes de santé tels que les problèmes cardiaques ou la maladie mentale
- Orienter les patients souffrant d'affections de faible gravité vers des unités spécialisées de l'urgence, afin de libérer les ressources pour les patients ayant des affections très graves

- La création d'unités d'évaluation médicale pour accepter et surveiller certains patients d'urgence avant qu'ils n'obtiennent leur congé ou qu'ils ne soient hospitalisés
- La prolongation des heures pour les services d'imagerie diagnostique de sorte que moins de patients auraient à occuper des lits d'urgence pendant des heures en attendant une échographie ou une tomodensitométrie
- Amener dans les services d'urgence d'autres professionnels de la santé, tels que des techniciens orthopédiques, des assistants de laboratoire médical et des physiothérapeutes, afin de donner aux médecins et aux infirmières le temps de prendre en charge plus de patients
- L'utilisation de coordonnateurs de flux de patients et de planificateurs de congés des patients afin d'améliorer la circulation des patients dans les hôpitaux et leurs services d'urgence

Qualité des services de santé Ontario a lancé le programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences pour surveiller les visites répétitives aux services d'urgence des hôpitaux, en vue de détecter les événements indésirables et les problèmes de qualité. Ce

programme est obligatoire pour tous les 73 services d'urgence à volume élevé participant au Programme de financement axé sur les résultats, mais tous les hôpitaux de l'Ontario sont encouragés à participer.

Les programmes communautaires suivants ont également été mis au point pour que les patients n'aient pas besoin de se rendre aux services d'urgence :

- Avoir des « ambulanciers paramédicaux en pratique avancée » pour surveiller les patients ayant des problèmes de santé chroniques dans leur propre domicile
- La création des maillons santé pour mieux coordonner les soins des patients atteints de maladies chroniques ou complexes
- L'adoption de la stratégie « Chez soi avant tout » pour aider les patients hospitalisés à retourner chez eux où ils recevront des soins à domicile, plutôt que de rester à l'hôpital à attendre une place dans un foyer de soins de longue durée
- La participation des foyers de soins de longue durée aux programmes visant à réduire les visites aux services d'urgence par leurs résidents

Compte tenu de tout ce qui a été fait, il est difficile de savoir précisément comment et dans quelle mesure chacune de ces initiatives a permis de réduire la durée du séjour aux services d'urgence et le temps d'attente pour voir un médecin, ou d'améliorer le rendement pour d'autres indicateurs de qualité. Ce qu'il faut maintenant, c'est une évaluation minutieuse des actions qui ont été prises pour déterminer lesquelles ont été les plus efficaces et comment elles devraient être menées dans l'avenir.

Mais ce ne sera probablement pas suffisant. Comme la population de l'Ontario augmente et vieillit et que les visites d'urgence continuent d'augmenter, la pression sur les services d'urgence pour prendre en charge plus de patients et des patients plus malades avec une plus grande efficacité – et sur le système de santé pour réduire la nécessité des soins d'urgence – va probablement continuer et même s'intensifier.

Remarques sur les méthodes

Voici une brève description des méthodes utilisées dans le présent rapport. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'annexe technique sur notre site Web (www.hqontario.ca/Accueil).

Sources de données

Les résultats présentés dans ce rapport sont basés sur l'analyse des données administratives et de sondages, ainsi que sur le vécu de patients et de soignants.

Les résultats ont été fournis par les organismes suivants : l'Institut de recherche en services de santé (ICES), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et Social Science Research Solutions.

Les sources de données suivantes ont été utilisées :

- Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès du grand public
- Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé 2014 2015
- Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
- Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

Définition de visites aux services d'urgence

L'utilisation des services d'urgence était basée sur toutes les visites à l'urgence non planifiées par les Ontariens, comme l'indique le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Ces visites et la population identifiée ont servi de base au reste des indicateurs analysés à l'aide des bases de données administratives.

Sélection d'indicateurs

L'accès rapide aux soins de services d'urgence est important pour les patients, les fournisseurs de soins de santé et le public. L'évaluation de l'utilisation des services d'urgence des hôpitaux et de la durée des visites des patients, ainsi que l'évolution de ces paramètres au fil du temps, donne des renseignements non seulement sur les soins dans les hôpitaux, mais aussi sur la façon dont fonctionnent les autres parties du système de santé. Pour ces raisons, le présent rapport se concentre sur les utilisateurs des services d'urgence, combien de temps ils attendent pour voir un médecin et combien de temps leurs visites prennent. On assure aussi le suivi de l'évolution des données dans la mesure du possible.

Les principales mesures du rendement des services d'urgence dans ce rapport sont les suivantes :

- La durée de séjour aux services d'urgence au 90^e percentile
- Le temps d'attente au 90^e percentile avant l'évaluation initiale du médecin aux services d'urgence
- Le temps d'attente au 90^e percentile d'un lit d'hôpital à l'urgence pour les patients hospitalisés

En outre, des renseignements sur l'utilisation récente des services d'urgence par les Ontariens et leur perception des soins reçus pendant qu'ils étaient à l'urgence sont fournis à l'aide des données de sondages. Plus précisément :

- Le pourcentage d'adultes (âgés de 16 ans et plus) en Ontario qui se sont rendus à un service d'urgence parce qu'ils étaient malades ou avaient un problème de santé au cours des 12 mois précédents (Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé)
- Le pourcentage d'adultes (âgés de 16 ans et plus) en Ontario qui ont déclaré avoir reçu des soins médicaux excellents/très bons/bons ou passables/médiocres aux services d'urgence (Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé)
- Le pourcentage d'adultes qui ont indiqué que la dernière fois qu'ils sont allés à un service d'urgence d'hôpital, c'était pour une affection qui, selon eux, aurait pu être soignée par les médecins ou le personnel de l'établissement où ils obtiennent habituellement des soins médicaux s'ils avaient été disponibles (Sondage du Fonds du Commonwealth)

Analyse

Pour mieux comprendre comment les différentes populations utilisent les soins aux services d'urgence et en font l'expérience, l'utilisation et les temps d'attente ont été examinés par strates telles que le groupe d'âge, le sexe, le milieu du patient et de l'hôpital (rural ou urbain), le revenu de quartier, le statut d'immigration, le type d'hôpital et le groupe de patients.

Le temps écoulé avant l'évaluation initiale du médecin, le temps d'attente d'un lit d'hôpital pour les patients hospitalisés et la durée du séjour à l'urgence sont évalués dans ce rapport au 90^e percentile – la durée pendant laquelle neuf patients sur 10 ont vu un médecin ou ont terminé leur visite. L'indicateur de 90^e percentile a été choisi parce qu'il représente l'attente maximale pour voir un médecin ou la durée du séjour pour la grande majorité – 90 % – des patients.

Aux fins des indicateurs de temps d'attente aux services d'urgence utilisés dans le présent rapport, les patients sont divisés en trois groupes selon les scores de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) et selon le type de congé d'après le SNISA. Les trois groupes de patients sont les suivants :

- Les « patients ayant des affections très graves avec congé » comprennent les patients dont le score ETG est de 1, 2 ou 3 et le type de congé est 01, 04-05 ou 08-15 (avec congé, transférés).
- Les « patients ayant des affections de faible gravité avec congé » comprennent les patients dont le score ETG est de 4 ou 5 et le type de congé est 01, 04-05 ou 08-15 (avec congé, transférés).
- Les « patients hospitalisés » comprennent les patients avec n'importe quel score ETG (ETG 1-5) et les patients sans score ETG, qui ont pour type de congé un 06 (admis dans l'établissement déclarant en tant que patient hospitalisé à l'unité de soins intensifs ou en salle d'opération directement à partir du centre fonctionnel de visite en soins ambulatoires) ou un 07 (admis dans l'établissement déclarant en tant que patient hospitalisé à une autre unité de l'établissement déclarant directement à partir du centre fonctionnel de visite en soins ambulatoires).

Les données du sondage sur l'expérience des soins de santé de 2014-2015 ont été pondérées afin de refléter les caractéristiques de conception du sondage et la population de l'Ontario. Le statut urbain ou rural est défini en utilisant la Classification des secteurs statistiques de Statistique Canada. Les répondants qui ont répondu « ne sais pas » ou qui ont « refusé » de répondre sont exclus des résultats.

Les données du Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès du grand public proviennent de participants âgés de 18 ans et plus qui ont été interrogés par téléphone (ligne fixe ou téléphone portable) entre mars et juin 2013. Au Canada, 5412 répondants ont été interrogés; la population de l'Ontario (1 543) a été suréchantillonnée pour permettre le calcul des estimations provinciales du sondage.

Pour la liste complète des sources de données et des méthodes qui se rapportent à chaque indicateur, veuillez consulter l'annexe technique.

Tests de signification

Les tests de signification n'ont pas été effectués pour les données administratives.

Tests de signification des données du Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé

Les intervalles de confiance pour chaque résultat ont été calculés au niveau de confiance de 95 %. Les résultats du Sondage sur l'expérience en

matière de soins de santé indiquent une augmentation/diminution ou un résultat supérieur/inferieur uniquement lorsque les intervalles de confiance à 95 % des résultats ne se chevauchent pas (c.-à-d. lorsque les différences dans les résultats sont statistiquement significatives).

Tests de signification des données du Sondage du Fonds du Commonwealth

Social Sciences Research Solutions a effectué des analyses statistiques pour comparer les réponses entre les pays et les provinces canadiennes. Pour les comparaisons provinciales, des tests statistiques ont été effectués pour comparer les réponses de chaque province à celles de chacune des autres provinces et au Canada dans son ensemble. Les résultats de l'Ontario ont également été comparés à d'autres pays. La signification a été évaluée sur la base d'une valeur de p inférieure à 0,05, ce qui signifie qu'il y avait une probabilité de moins de 5 % que la différence ait été due au hasard plutôt qu'à de réelles différences dans les expériences des répondants.

Limitations

Il y a certaines limitations de l'analyse qui doivent être prises en considération lors de l'interprétation des résultats. Certaines limitations sont spécifiques à la source des données, à l'indicateur et à la méthodologie utilisée pour les calculer. Pour en savoir davantage, veuillez consulter les modèles d'indicateurs individuels dans l'annexe technique en ligne.

Remerciements

Conseil d'administration

Andreas Laupacis

Président

Marie E. Fortier

Vice-présidente

Richard Alvarez

Tom Closson

Jeremy Grimshaw

Shelly Jamieson

Stewart Kennedy

Julie Maciura

Angela Morin

James Morrissey

Rick Vanderlee

Tazim Virani

Les biographies sont affichées à l'adresse

www.hqontario.ca/nous/gouvernance

Direction

Dr Joshua Tepper

Président et Chef de la direction

Anna Greenberg

Vice-président, Performance du système de santé

Dr Irfan Dhalla

Vice-président, Élaboration des preuves, normes et financement

Lee Fairclough

Vice-présidente, Amélioration de la Qualité

Mark Fam

Vice-président, Affaires Générales

Jennie Pickard

Directrice, Partenariats stratégiques

Michelle Rossi

Directrice, Politiques et stratégie

Jennifer Schipper

Chef, Communications et participation des patients

Dr Jeffrey Turnbull

Chef, Qualité Clinique

Les biographies sont affichées à l'adresse:

www.hqontario.ca/nous/gouvernance

Rédaction de rapport

Qualité des services de santé Ontario remercie les patients et les fournisseurs qui ont partagé leur histoires personnelles: David et Paula, Donald, Rosemary, Graham Slaughter, Ian Chernof et Joy McCarron.

Ce rapport a été élaboré par une équipe multidisciplinaire de la Qualité des services de santé Ontario, y compris Susan Brien, Gail Dobell, Ryan Alexander Emond, Louise Grenier, Sharon Gushue, Isra Khalil, Jonathan Lam, Eseeri Mabira, Ivana McVety, et Marianne Takacs.

Qualité des services de santé Ontario remercie les nombreuses personnes dévouées qui ont contribué à ce rapport, y compris ceux qui ont examiné le projet ou fourni des commentaires à différents stades de développement:

Aamir Bharmal, Lucas Chartier, Allison Costello, Imtiaz Daniel, Charissa Fajardo, Jessica Hill, Sarah Newberry, Hindy Ross, Michael Schull, Colleen Wong et le Département du RLSS d'urgence
Responsables: Andrew Affleck, Gary Bota, Ian Digby, Jonathan Dreyer, Ken Edwards, William (Bill)

Krizmanich, Rakesh Kumar, Eric Letovsky, Gary Mann, Naveed Mohammad, David Ng, Howard Ovens, Rebecca Van Iersel, et Shaun Visser.

Notes: Certains des indicateurs dans ce rapport ont été calculées en utilisant la santé ensembles de données administratives de l'Ontario. étaient liés Ces ensembles de données à l'aide identifiants codés uniques et analysés au ICES.

ICES est financé par une subvention annuelle du ministère de la Santé de l'Ontario et des Soins de longue durée. Les opinions, résultats et conclusions rapportées dans ce document sont celles des auteurs et sont indépendants du financement sources. Aucune approbation par l'Institut des sciences cliniques évaluatives ou le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario vise ou devrait être inférée.

En outre, une partie de ce matériel sont fondées sur des données et des informations compilé et fourni par l'ICIS. Cependant, les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées ici sont celles de l'auteur, et non nécessairement celles de l'ICIS.

Références

- ¹ Canadian Institute for Health Information, Understanding Emergency Department Wait Times: Access to Inpatient Beds and Patient Flow, Ottawa, Ont., 2007. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/Emergency_Department_Wait_Times_III_2007_e.pdf
- ² Data Source: National Ambulatory Care Reporting System, Canadian Institute for Health Information
- ³ Ontario Ministry of Finance. Ontario population projections update, 2015-2041 — III. Projections results. Spring 2016 [cited 2016 Aug 9]. Available from: <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/demographics/projections/>
- ⁴ Melady D. Geri-EM. Personalized e-learning in geriatric emergency medicine. Schwartz-Reisman Emergency Centre, Mount Sinai Hospital, Toronto; 2013 [cited 2016 Aug 9]. Available from: <http://geri-em.com/>
- ⁵ Canadian Institute for Health Information, Emergency Department Visits 2014-2015, Ottawa, Ont. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/NACRS_ED_QuickStats_Infosheet_2014-15_ENweb.pdf
- ⁶ Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, Murray M, Nijssen-Jordan C, Warren D, Vadeboncoeur A. Implementation Guidelines, Canadian Association of Emergency Physicians, 2016 [cited 2016 Aug 9]. Available from: <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines>
- ⁷ Physician Hospital Care Committee, a tripartite committee of the Ontario Hospital Association, the Ontario Medical Association and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Improving Access to Emergency Care: Addressing System Issues, August 2006. [cited 2016 Aug 9]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/improving_access/improving_access.pdf
- ⁸ Schull MJ, Vermeulen M, Guttman A, Stukel T. Better performance on length-of-stay benchmarks associated with reduced risk following emergency department discharge: an observational cohort study. Canadian Journal of Emergency Medicine. 2015; 17(3):253-262
- ⁹ Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ 2011; 342:d2983
- ¹⁰ Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, McCarthy M, McConnell KJ, Pines JM, Rathlev N, Schafermeyer R, Zwemer F, Schull M, Asplin BR. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force (2008). [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x/full>
- ¹¹ Data Source: Emergency Department Reporting System (EDRS)(April 2008 to October 2009) & National Ambulatory Care Reporting System (NACRS) Level 1 (November 2009 to March 2015, provided by Access to Care, Cancer Care Ontario

- ¹² Rowe BH, Channan P, Bullard M, Blitz S, Saunders D, Roseychuk RJ, Lari H, Craig WR, Holroyd BR. (2006). Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Academic Emergency Medicine*. 13 (8): 848 – 852.
- ¹³ Data Source: Health Care Experience Survey, provided by the Ministry of Health and Long-Term Care.
- ¹⁴ Affleck A, Parks P, Drummond A, Rowe BH, Ovens HJ. Emergency department overcrowding and access block. (2013). *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 15(6): 359-370. [cited 2016 Aug 12]. Available from: http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/PositionStatements/edoc_document_final_eng.pdf
- ¹⁵ Auditor General of Ontario, Hospital emergency departments, 2010 Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario (Chapter. 3, Section. 3.05), 2010. cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en10/305en10.pdf>
- ¹⁶ Cancer Care Ontario, Wait Time Information System and Bed Census Summary.
- ¹⁷ Data Source: Statistics Canada. Population, urban and rural, by province and territory (Ontario) www.statcan.gc.ca/tables_tableaux/sum-som/101/cst01/demo62g-eng.htm
- ¹⁸ Mian O, Pong R. Does better access to FPs decrease the likelihood of emergency department use? Results of the Primary Care Access Survey. *Canadian Family Physician*. 2012. 58 (11); e658-e666.
- ¹⁹ North West Local Health Integration Network. 2015–2016 North West Local Health Integration Network Annual Business Plan. [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://www.northwestlhin.on.ca/accountability/annualbusinessplan.aspx>
- ²⁰ Canadian Institute for Health Information, Sources of Potentially Avoidable Emergency Department Visits, Ottawa, Ont. 2014. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/ED_Report_ForWeb_EN_Final.pdf
- ²¹ Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Annals of Emergency Medicine*. 2007. 49 (3); 257 – 264 [cited 2016 Aug 10]. Available from: [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(06\)00884-5/pdf](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(06)00884-5/pdf)
- ²² Canadian Institute for Health Information. Hospital cost drivers technical report. What factors have determined hospital expenditure trends in Canada? Ottawa, Ont.: CIHI, 2012 [cited 2016 Aug 10]. Available from: https://www.cihi.ca/en/hospital_costdriver_tech_en.pdf
- ²³ Health Quality Ontario. Quality in primary care: setting a foundation for monitoring and reporting in Ontario. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2015.
- ²⁴ Data Source: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 of the General Public, provided by Social Sciences Research Solutions.

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél : 416-323-6868
Sans frais : 1-866-623-6868
Courriel : info@hqontario.ca
www.hqontario.ca