

2005

Comprendre les temps d'attente  
dans les services d'urgence

Qui utilise les services d'urgence et  
quels sont les temps d'attente?



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris des photocopies, des enregistrements ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario)  
K2A 4H6

Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 1-55392-678-1 (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title:  
*Understanding Emergency Department Wait Times: Who Is Using  
Emergency Departments and How Long Are They Waiting?, 2005*  
ISBN 1-55392-676-5 (PDF)



# Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé . . . . .	iii
Remerciements . . . . .	v
Faits saillants . . . . .	vii
À propos de ce rapport . . . . .	ix
Sources des données . . . . .	xi
Introduction . . . . .	1
Rôle des services d'urgence dans le système de soins de santé canadien . . . . .	3
Qui utilise les services d'urgence? . . . . .	5
Gravité de l'état des utilisateurs des services d'urgence . . . . .	7
Le nombre de patients varie en fonction de l'heure et du jour de la semaine . . . . .	10
Les services d'urgence à volume très élevé enregistrent davantage de visites de patients dans un état très grave . . . . .	13
Temps d'attente dans les services d'urgence . . . . .	15
« Quand vais-je pouvoir rentrer chez moi? » — Comprendre la durée de séjour dans les services d'urgence . . . . .	16
Temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin . . . . .	19
Sortie des services d'urgence . . . . .	23
Conclusion . . . . .	25
Références bibliographiques . . . . .	27
Annexe A — Notes techniques . . . . .	29
Annexe B — Tableaux . . . . .	35



# À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme pancanadien autonome et sans but lucratif dont l'objectif est d'améliorer la santé des Canadiens et le système de santé en offrant une information de qualité sur la santé. Le mandat de l'ICIS, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, est de coordonner le développement et l'entretien d'un système commun d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS est chargé de diffuser en temps opportun l'information appropriée et nécessaire en vue d'établir des politiques de santé avisées, de gérer avec efficacité le système de santé canadien et de sensibiliser le public aux facteurs déterminants pour la santé.

Pour obtenir plus de renseignements, visitez notre site Web : [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

Au 1<sup>er</sup> septembre 2005, le Conseil d'administration de l'ICIS se compose des personnes suivantes :

- **M. Graham W. S. Scott**, c.r. (président), associé directeur, McMillan Binch Mendelsohn LLP
- **D<sup>re</sup> Penny Ballem**, sous-ministre, British Columbia Ministry of Health
- **D<sup>r</sup> Peter Barrett**, médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School
- **M<sup>me</sup> Jocelyne Dagenais**, sous-ministre adjointe à la planification stratégique, à l'évaluation et à la gestion de l'information, ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec
- **M<sup>me</sup> Roberta Ellis**, vice-présidente, Prevention Division, Workers' Compensation Board of British Columbia
- **M. Kevin Empey**, vice-président, Services financiers et corporatifs, University Health Network, Ontario
- **M. Ivan Fellegi**, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada
- **M<sup>me</sup> Nora Kelly**, sous-ministre de la Santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick
- **M<sup>me</sup> Alice Kennedy**, chef des opérations, Soins de longue durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador
- **D<sup>r</sup> Richard Lessard**, directeur, Prévention et santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Québec
- **M. David Levine**, président-directeur général, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Québec
- **M. Malcom Maxwell**, président-directeur général, Northern Health Authority, Colombie-Britannique
- **D<sup>r</sup> Brian Postl**, président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg
- **M. Morris Rosenberg**, sous-ministre de la Santé, Santé Canada
- **M. Ron Sapsford**, sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario
- **M<sup>me</sup> Sheila Weatherill** (vice-présidente), présidente-directrice générale, Capital Health Authority, Alberta
- **M<sup>me</sup> Glenda Yeates** (d'office), présidente-directrice générale, ICIS



# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé tient à remercier les multiples personnes et organismes qui ont contribué à la rédaction de ce rapport.

L'ICIS remercie tout particulièrement les membres du comité consultatif pour leurs conseils d'une valeur inestimable, notamment les personnes suivantes :

- **D<sup>r</sup> Brian Rowe**, professeur et directeur de recherche, Department of Emergency Medicine, University of Alberta Hospital, Edmonton, Alberta
- **D<sup>r</sup> Michael Schull**, chercheur, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Ontario
- **M<sup>me</sup> Bonnie Adamson**, présidente-directrice générale, Hôpital général de North York, North York, Ontario
- **D<sup>r</sup> Douglas Sinclair**, directeur, Médecine d'urgence, IWK Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse
- **M<sup>me</sup> Louise Leblanc**, directrice, Soins aux patients, Emergency and Urgent Care, The Scarborough Hospital, Scarborough, Ontario
- **M. Greg Webster (d'office)**, directeur, Recherche et élaboration d'indicateurs, Institut canadien d'information sur la santé, Toronto, Ontario

On notera que les analyses et les conclusions du présent rapport ne reflètent pas nécessairement celles des divers membres du comité consultatif ou des organismes dont ils relèvent.

Le comité de rédaction de ce rapport se compose, entre autres, de Gustavo Saposnik, de Kira Leeb, de Greg Webster et de Jennifer Zelmer. Akerke Baibergenova en est l'analyste principal. D'autres membres du personnel ont apporté de précieuses contributions à ce rapport, dont Jason Dang, Jennifer Froot, Debbie Gibson, Naomi Kasman, Kathleen Morris et Kevin Willison.

La rédaction de ce rapport a exigé la participation d'un grand nombre de personnes au sein de l'ICIS et mobilisé nombre de ses services. Nous tenons à remercier tout le personnel de l'ICIS pour sa contribution aux présentes, et notamment le personnel des services suivants : Publications, Traduction, Communications, Bases de données clinico-administratives, Distribution et Web.

Signalons enfin que ce rapport n'aurait pu voir le jour sans l'aide et le soutien généreux de beaucoup d'autres personnes et organismes, dont les représentants des diverses régions sanitaires ainsi que les ministères de la Santé du Canada, qui ont compilé et fourni les données comparatives concernant leur secteur de compétence respectif.



# Faits saillants

- Chaque année, plus de 14 millions de Canadiens visitent les services d'urgence. Selon Statistique Canada, en 2003, c'est dans un service d'urgence qu'un Canadien de 15 ans et plus sur huit a été traité pour sa plus récente blessure ou a eu une dernière consultation avec un professionnel de la santé. En Ontario, une personne sur cinq s'est rendue au moins une fois aux urgences entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2004.
- En Ontario, près d'un enfant sur deux (48 %) s'est rendu au service d'urgence en 2003-2004. Les enfants et les personnes âgées comptent pour le plus grand nombre de visites aux services d'urgence. Quant aux personnes de 85 ans et plus, 44 % ont fait de même au cours de cette période. Toutefois les adultes ont certainement été les plus nombreux à visiter les services d'urgence, 61 % des patients étant âgés de 16 à 64 ans.
- Le plus grand nombre de visites aux services d'urgence a été enregistré entre 8 h et 20 h. Le plus grand nombre d'arrivées a été enregistré le matin mais, dans les hôpitaux pédiatriques, un second maximum d'arrivées a été observé entre 19 h et 22 h<sup>†</sup>.
- Dans l'ensemble, 12 % des patients qui ont visité les services d'urgence en 2003-2004 s'y sont rendus en ambulance, cette proportion atteignant 52 % chez les personnes de plus de 85 ans. Bien que les patients de ce dernier groupe d'âge n'aient compté que pour 2,9 % des visites aux services d'urgence, ils ont donné lieu à 14 % des arrivées en ambulance à ces mêmes services<sup>†</sup>.
- Plus de la moitié (57 %) des visites aux services d'urgence en 2003-2004 étaient attribuables à des problèmes de santé considérés comme moins urgents (p. ex. douleur dorsale chronique, réactions allergiques légères) ou non urgents (p. ex. maux de gorge, problèmes menstruels, diarrhées ponctuelles) selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence (ÉTG)<sup>†</sup>.
- Parmi les adultes canadiens qui ont répondu à une enquête internationale sur les services d'urgence en 2004, près d'un sur cinq (18 %) a déclaré qu'il aurait très bien pu recevoir les soins qui lui ont été prodigués dans un service d'urgence auprès d'un médecin non urgentiste, hors d'un service d'urgence. Par comparaison, ce pourcentage se situait entre 6 et 16 % chez les adultes d'Australie, de Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des États-Unis ayant participé à l'enquête.
- Près de la moitié des patients qui ont visité les services d'urgence y ont séjourné deux heures ou moins. En moyenne, la durée de séjour dans les services d'urgences, calculée entre le moment de l'admission ou du triage et celui de la sortie, a été d'environ deux heures (128 minutes). Toutefois, en 2003-2004, 10 % des patients ont séjourné au service d'urgence 36 minutes ou moins (10<sup>e</sup> percentile), alors que 10 % y ont séjourné plus de six heures (90<sup>e</sup> percentile). Le temps passé aux services d'urgence par les patients a varié selon la gravité de leur état, leur âge, l'heure de leur visite et le nombre de patients pris en charge<sup>†</sup>.

<sup>†</sup> Chiffres basés sur les données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), qui contient des données sur les caractéristiques démographiques et diagnostiques et sur les interventions des services d'urgence des hôpitaux de l'Ontario et de certains établissements d'autres régions du Canada (Nouvelle-Écosse (4), Colombie-Britannique (3) et Île-du-Prince-Édouard (1)).

- La moitié des patients ont attendu 51 minutes ou moins avant d'être évalués par un médecin. Pour 10 % des patients, ce délai n'a pas dépassé 10 minutes (10<sup>e</sup> percentile), alors qu'il a été de 165 minutes ou plus pour un autre 10 % (90<sup>e</sup> percentile)<sup>†</sup>.
- En moyenne, les patients présentant les problèmes de santé les plus urgents ont attendu moins longtemps pour être évalués par un médecin que ceux présentant des problèmes moins urgents. En 2003-2004, les patients dans l'état le plus grave (ÉTG I) ont attendu en moyenne 5 minutes avant d'être évalués par un médecin. Les autres patients ont dû attendre pendant 36 à 60 minutes, selon la gravité de leur état<sup>†</sup>.
- Les patients ont attendu plus longtemps avant d'être évalués par un médecin aux heures d'affluence des services d'urgence. Par exemple, le délai moyen précédant l'évaluation initiale par un médecin durant le jour était de 58 minutes, aux heures où le volume de patients dans les services d'urgence est normalement le plus élevé (p. ex. 11 h). En revanche, tard dans la nuit, aux heures où le volume des patients est normalement le plus faible (p. ex. 1 h), ce délai n'était que de 38 minutes<sup>†</sup>.
- En moyenne, les patients ont attendu plus longtemps avant d'être évalués par un médecin dans les services d'urgence où le nombre de patients traités était le plus grand. En général, dans les hôpitaux d'enseignement et les services d'urgence à volume très élevé, le temps d'attente moyen avant de voir un médecin allait de 6 à 70 minutes, selon la gravité de l'état du patient. Dans les services d'urgence moins surchargés, ce temps d'attente n'était toutefois que de 1 à 25 minutes<sup>†</sup>.
- En 2003-2004, 76 % des patients qui ont visité un service d'urgence ont pu quitter celui-ci au bout de moins de 4 heures<sup>†</sup>. Ce pourcentage est comparable à celui qui prévaut aux États-Unis (72 %), mais inférieur à celui prévalant en Angleterre (96 %).
- Environ 11 % des patients qui se sont rendus dans un service d'urgence en 2003-2004 ont été hospitalisés<sup>†</sup>. Au cours de cette période, sauf dans le cas des femmes enceintes, plus de la moitié des hospitalisations (53 %) ont eu lieu à la suite d'un passage au service d'urgence. Ce pourcentage était toutefois variable selon les régions du pays\*. Par exemple, ce sont les Territoires du Nord-Ouest qui ont enregistré le plus fort taux d'admission à l'hôpital à la suite d'un passage au service d'urgence (97 admissions par 1 000 habitants), alors que l'Ontario enregistrerait le taux le plus faible (38 admissions par 1 000 habitants).
- Plus de 80 % des patients évalués dans les services d'urgence en 2003-2004 ont ensuite été renvoyés chez eux, et 3 % ont quitté les services d'urgence sans avoir été vus par un médecin<sup>†</sup>.

<sup>†</sup> Chiffres basés sur les données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), qui contient des données sur les caractéristiques démographiques et diagnostiques et sur les interventions des services d'urgence des hôpitaux de l'Ontario et de certains établissements d'autres régions du Canada (Nouvelle-Écosse (4), Colombie-Britannique (3) et Île-du-Prince-Édouard (1)).

\* Les données comparables du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles.

# À propos de ce rapport

Les sondages qui se succèdent montrent bien que l'accès rapide aux soins est une priorité de premier plan pour les patients, les prestataires de soins de santé et le public en général. Depuis un certain nombre d'années, au Canada, mais aussi ailleurs dans le monde, les temps d'attente avant de recevoir des soins ont fait les manchettes. Or, malgré cela, il existe peu de données sur les temps d'attente dans les services d'urgence, et notamment sur l'ampleur de ces temps et sur leur variation en fonction des types de patients et de systèmes.

Ce rapport est le premier d'une série de trois destinés à mettre en lumière certains des aspects clés liés aux temps d'attente dans les services d'urgence. Il tente avant tout d'établir quels sont les utilisateurs de ces services et quand ils s'y rendent, où vont les patients en cas d'urgence, combien de temps ils doivent attendre pour voir un médecin et quelle est la durée de leur séjour aux urgences. Les autres rapports de la série s'appuieront sur les données du présent rapport, mais mettront l'accent sur les aspects suivants :

- soins et temps d'attente dans les services d'urgence pour les patients présentant des problèmes de santé précis (publication prévue à l'automne 2005);
- facteurs influant sur les temps d'attente dans les services d'urgence (publication prévue au printemps 2006).

Aux fins de cette série de rapports, l'expression « services d'urgence » désigne les services d'urgence complets ouverts 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et qui prodiguent des soins de courte durée aux patients qui s'y présentent en ambulance ou par d'autres moyens. Les établissements de soins d'urgence, comme les cliniques sans rendez-vous, ne sont pas pris en compte dans les analyses. Normalement, les établissements de soins d'urgence ne sont ouverts ni 24 heures sur 24 ni sept jours sur sept, et les patients ne s'y rendent pas en ambulance. Les établissements de soins d'urgence reçoivent de plus une proportion plus élevée de patients n'exigeant pas de soins très urgents.

Ce rapport est avant tout basé sur les données relatives à 2003-2004 du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), recueillies par l'ICIS. Le SNISA contient des données précises sur les patients des 163 établissements de l'Ontario dotés de services d'urgence, ainsi que ceux de quelques établissements situés dans d'autres régions du Canada (quatre de Nouvelle-Écosse, trois de Colombie-Britannique et un de l'Île-du-Prince-Édouard)<sup>‡</sup>. Nous avons, lorsque cela était possible, inclus des données supplémentaires pour offrir une perspective pancanadienne ou internationale. Cependant, le SNISA ne comportant de données complètes sur les services d'urgence que pour l'Ontario, il se peut que les constatations de ce rapport ne soient pas valables pour les autres régions du Canada.

<sup>‡</sup> Seulement 2 % des données du SNISA concernent des établissements situés ailleurs qu'en Ontario.



# Sources des données

- **Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)** de l'ICIS contient des données sur les caractéristiques démographiques et diagnostiques et sur les interventions de tous les hôpitaux de l'Ontario et de certains établissements situés dans d'autres régions du Canada (quatre de Nouvelle-Écosse, trois de Colombie-Britannique et un de l'Île-du-Prince-Édouard). Les constatations de ce rapport portent sur 171 des 188 établissements qui fournissent à l'ICIS des données relatives aux services d'urgence (voir l'organigramme à l'annexe A). On trouvera par ailleurs en annexe des analyses portant sur sept établissements de soins d'urgence, qui ne sont ouverts ni 24 heures sur 24 ni sept jours sur sept. Les établissements de soins de santé mentale ne sont pas pris

## Mise en garde concernant l'interprétation des données du SNISA

Les constatations de ce rapport apportent un nouvel éclairage important quant à l'utilisation des services d'urgence et aux temps d'attente dans ces services. Combinées aux données provenant d'autres sources, ces constatations peuvent être utilisées afin de favoriser la prise de décisions éclairées en ce qui a trait aux services d'urgence. Il importe toutefois, en interprétant ce rapport, de prendre en compte les quatre points suivants inhérents au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) :

1. En ce qui a trait aux visites dans les services d'urgence, le SNISA ne contient de données complètes que pour les établissements situés en Ontario. Seulement 2 % des données du SNISA concernent des établissements situés ailleurs qu'en Ontario, à savoir en Nouvelle-Écosse, en Colombie-Britannique et à l'Île-du-Prince-Édouard.
2. Les données du SNISA sont avant tout recueillies à des fins administratives, plutôt que cliniques ou à des fins de recherche. Par conséquent, la déclaration de certains éléments de données n'est pas obligatoire (par exemple, certaines caractéristiques sociodémographiques, comme les conditions de logement, le niveau de scolarité et l'existence ou non d'un médecin de famille sont optionnelles). Certaines variables facultatives peuvent souffrir d'un fort pourcentage de valeurs manquantes, ce qui empêche leur utilisation à des fins d'analyses complètes.
3. Dans la majorité des hôpitaux, les divers temps d'attente qui marquent les processus de soins sont consignés manuellement. Les erreurs humaines sont donc possibles. Ces erreurs, couplées aux problèmes de consignation de certains temps d'attente, comme le temps passé à attendre pour un lit d'hospitalisation ou à patienter dans les salles d'attente des services d'urgence, peuvent limiter l'établissement de liens de cause à effet en ce qui a trait aux temps d'attente dans les services d'urgence.
4. Les données de huit services d'urgence ont été exclues des analyses de ce rapport en raison de lacunes en matière de qualité des données touchant la date et l'heure de sortie déclarées. De même, les temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin dans les services d'urgence n'ont pas été consignés dans le cas de 25 % des visites environ. Il faut donc s'attendre à une certaine proportion de valeurs manquantes. Par exemple, si un patient a quitté un service d'urgence avant d'avoir été vu par un médecin ou s'il a été évalué par un dispensateur de soins de santé autre qu'un médecin, aucun temps d'attente n'a pu être consigné. L'absence de certaines autres valeurs, par contre, est inexplicable. Les investigations menées concernant les différences entre les visites pour lesquelles le temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin a été consigné et celles pour lesquelles il ne l'a pas été n'ont pas révélé d'erreurs systématiques, mais l'existence de telles erreurs n'est pas exclue.

L'ICIS mène actuellement un vaste programme pour assurer l'amélioration constante des données dont il dispose. Pour obtenir plus de renseignements sur ce programme et notamment sur son calendrier, veuillez consulter le site Web de l'ICIS ([www.icis.ca](http://www.icis.ca)).

en compte dans ce rapport. En règle générale, seules les visites imprévues aux services d'urgence ont été enregistrées. Par contre, en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse, il n'a pas été possible de déterminer le caractère imprévu ou non des visites. La chirurgie d'un jour, les consultations externes ou communautaires et les services de soins à domicile n'ont pas été pris en compte.

- **La Base de données sur les congés des patients (DAD)** de l'ICIS contient des données démographiques, administratives et cliniques relatives aux congés des patients hospitalisés pour de courtes durées, de longues durées ou à des fins de réadaptation ainsi qu'à la chirurgie d'un jour au Canada.
- **Les données de recensement de Statistique Canada** ont été utilisées pour calculer les taux d'utilisation des services d'urgence en Ontario. Les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, y compris l'*Enquête sur l'accès aux services de santé*, ont aussi été prises en compte pour mieux établir qui utilise les services d'urgence au Canada et comment ceux-ci sont utilisés.
- **Le Fonds du Commonwealth** a récemment commandé la tenue d'une enquête auprès d'adultes de 15 ans et plus de cinq pays, soit l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis. De plus amples renseignements sur cette enquête, qui concerne l'accès aux soins de santé primaires entre 2001 et 2003, services d'urgence compris, sont disponibles sur le site Web du Fonds du Commonwealth ([www.cmfw.org](http://www.cmfw.org)).

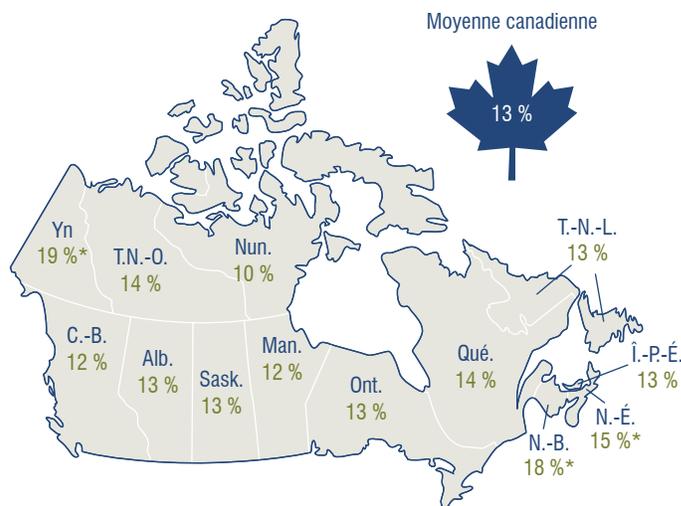
# Introduction

Au printemps 2005, Dylan, un garçon de neuf ans, s'amusait à rouler sur le même vélo qu'un copain, assis juste derrière ce dernier. C'était au crépuscule. Soudain, son copain s'est tourné sur la selle du vélo, et Dylan est tombé. Sa main droite a heurté violemment le sol.

Sur le moment, la blessure paraissait mineure. Pourtant, quelques heures plus tard, la main de Dylan était enflée et meurtrie. Appelé sans tarder, le pédiatre du jeune garçon confirma qu'il fallait conduire Dylan au service d'urgence. Il était 21 h 30.

## 1 Utilisation des services d'urgence au Canada

Statistique Canada a interrogé des adultes canadiens (de 15 ans et plus) au sujet du recours aux soins de santé durant l'année 2003. Dans l'ensemble du pays, 13 % des répondants ont déclaré avoir eu leur dernière consultation avec un professionnel de la santé ou avoir reçu un traitement pour leur dernière blessure aux urgences. Les taux variaient entre 10 % au Nunavut et 19 % au Yukon.



Au Canada, des millions de gens se rendent aux services d'urgence chaque année. Si certains doivent être pris en charge immédiatement parce que leur vie est en jeu ou en raison de traumatismes, la plupart, comme Dylan, peuvent attendre un peu.

Selon Statistique Canada, en 2003, c'est dans un service d'urgence qu'un Canadien de 15 ans et plus sur huit a été traité pour sa plus récente blessure ou a eu son dernier contact avec un professionnel de la santé. Cela représente, en tout, 3,3 millions de personnes. Cependant, le nombre total de visites aux urgences pourrait être encore plus élevé puisque cet estimé ne prend pas en compte toutes les visites aux services d'urgence<sup>1</sup>.

\* Différence significative par rapport aux estimations pour le Canada ( $p < 0,05$ ).

Source : Carriere, G., « Use of Hospital Emergency Rooms », *Health Reports*, vol. 16, n°1 (2004), p. 35-39.

Une étude internationale<sup>2</sup> portant sur l'utilisation des services d'urgence entre 2001 et 2003 a été menée auprès d'adultes de cinq pays : l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis. Parmi les adultes canadiens interrogés, 38 %, soit plus que dans les autres pays, ont déclaré s'être rendus dans un service d'urgence au cours des deux années précédentes. Les Canadiens ont aussi été les plus nombreux à déclarer avoir attendu au moins deux heures avant d'être soignés ainsi qu'à dire qu'ils auraient très bien pu être traités par un médecin non urgentiste plutôt que de se rendre aux urgences.

## 2 Rapport sur l'utilisation des services d'urgence dans cinq pays

En 2004, le Fonds du Commonwealth a interrogé des adultes de 5 pays sur leurs expériences des soins de santé primaires, notamment sur leur utilisation des services d'urgence pour se faire soigner. Le Canada présentait la plus grande utilisation des services d'urgence déclarée ainsi que le pourcentage le plus élevé d'adultes déclarant avoir attendu plus de deux heures avant d'être traités.

	Australie (N <sup>bre</sup> = 1 400) %	Canada (N <sup>bre</sup> = 1 410) %	Nouvelle- Zélande (N <sup>bre</sup> = 1 400) %	Royaume- Uni (N <sup>bre</sup> = 3 061) %	États- Unis (N <sup>bre</sup> = 1 401) %
<b>Visite aux services d'urgence dans les deux dernières années</b>	29*	38	27*	29*	34*
<b>Temps d'attente déclaré &gt; 2 heures avant d'être traité</b>	29*	48	27*	36*	34*
<b>Visite aux services d'urgence, mais sentiment d'avoir pu être traité par un médecin non urgentiste s'il avait été disponible</b>	9*	18	7*	6*	16
<b>Médecin non urgentiste informé et à jour à l'égard du plan de suivi après l'hospitalisation</b>	74*	70	68	70	77*

\* Différences statistiquement significatives par rapport au Canada (chi carré :  $p < 0,05$ ).

Source : C. Schoen, R. Osborn, P.T. Huynh, M. Doty, K. Davis, K. Zapert et J. Peugh, « Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries » Health Affairs, Web Exclusive (2004), p. W4-487-503.

Bien que certains chercheurs estiment que la demande en matière de services d'urgence devrait croître à la fois au Canada<sup>3</sup> et ailleurs<sup>4</sup>, les données provenant de la majorité des provinces et des territoires canadiens<sup>5</sup> semblent indiquer que le nombre de visites aux services d'urgence est demeuré stable de 1999-2000 à 2002-2003, s'élevant à environ 14 millions de visites annuellement<sup>6</sup>.

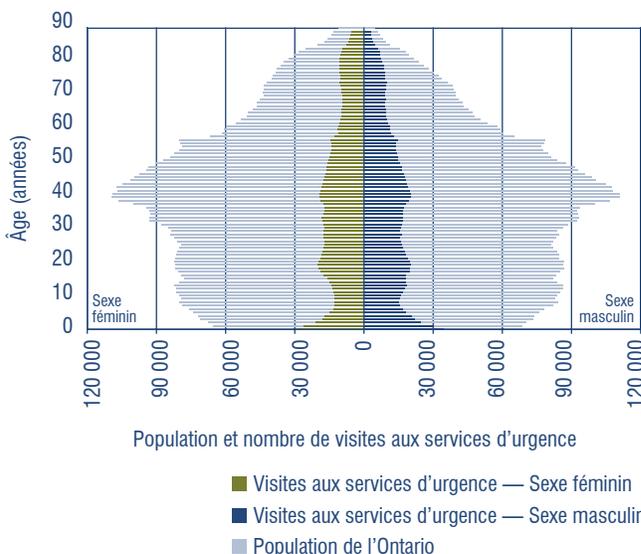
Des données plus détaillées sur les services d'urgence sont disponibles pour quelques provinces. Par exemple, selon les données recueillies en Ontario, environ 2,7 millions de personnes, toutes tranches d'âge confondues, se sont rendues dans les services d'urgence de cette province au moins une fois en 2003-2004. Cela représente un Ontarien sur cinq. La majorité de ces personnes (65 %) ne se sont rendues aux urgences qu'une fois dans l'année, alors qu'une infime minorité (0,3 %) s'y sont rendues au moins 12 fois.

Bien que la majorité des visites aux services d'urgence aient été le fait d'adultes (de 16 à 64 ans), c'est chez les personnes très jeunes et très âgées que le taux d'utilisation des services d'urgence est le plus élevé. Par exemple, près d'un enfant de moins d'un an sur deux (48 %) et 44 % des personnes de plus de 85 ans se sont rendus dans un service d'urgence en Ontario en 2003-2004.

§ Les visites effectuées à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nunavut ne sont pas prises en compte. Chaque année, environ 95 % des hôpitaux du Canada communiquent à la Base de données canadienne SIG de l'ICIS les données relatives aux visites à leurs services d'urgence. Bon an mal an toutefois, certaines provinces ou certains territoires, variables d'année en année, ne communiquent pas de données.

### Visites aux services d'urgence et population de l'Ontario

En 2003-2004, en Ontario, le nombre de visites aux services d'urgence effectuées par des personnes très jeunes et très âgées était disproportionnellement plus élevé que dans les autres segments de la population.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence situés en Ontario.  
**Source :** Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ICIS; Statistique Canada, 2003-2004.

### Rôle des services d'urgence dans le système de soins de santé canadien

Chaque année, tous ou presque ont besoin d'un type quelconque de soins de santé. Selon Statistique Canada, en 2001, plus de 23 millions de Canadiens de 15 ans et plus, soit 94 % d'entre eux, ont eu un « premier contact » quelconque avec les services de soins de santé. Pour certains, ce premier contact a consisté à se rendre chez leur médecin de famille ou dans une clinique sans rendez-vous. Pour d'autres, il a consisté à se rendre au service d'urgence d'un hôpital. Or, les services d'urgence ont avant tout été créés pour recevoir, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, les patients gravement malades ou blessés et ayant besoin de soins immédiats. En pratique toutefois, les services d'urgence s'efforcent de traiter rapidement tous les patients, peu importe pourquoi ceux-ci s'y présentent<sup>6</sup>.

### Des champs de bataille à la médecine moderne

L'apparition des premiers soins d'urgence structurés remonte au Moyen-Âge. C'est en effet durant les Croisades que des médecins grecs ont posé les bases des concepts de premiers soins et de services ambulatoires. Le concept du triage des patients, quant à lui, est né de la nécessité de soigner les soldats blessés au champ de bataille par ordre de priorité, selon la gravité de leur état. Il est apparu en France dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle quand le baron Dominique-Jean Larrey (1766-1842), chirurgien en chef des armées de Napoléon, a pris conscience de la nécessité d'évacuer rapidement les soldats blessés pour les traiter non loin du front. On y est parvenu grâce aux premières ambulances de l'histoire, à savoir des charrettes tirées par des chevaux qui parcouraient le front pour en ramener les blessés<sup>7</sup>.

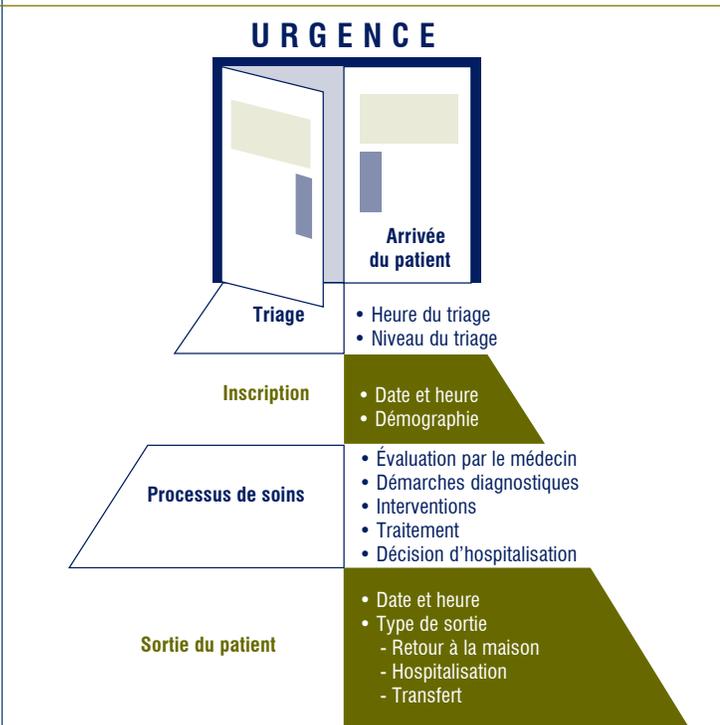
La révolution industrielle a elle aussi contribué à l'évolution de la médecine d'urgence. Avec l'accroissement constant de la main-d'œuvre dans les pays industrialisés, le nombre de travailleurs victimes d'accidents, de blessures ou d'autres problèmes de santé s'est multiplié. Cela a conduit, en Europe, à la création de postes de premiers soins situés à proximité des lieux de travail. Les travailleurs y étaient d'abord conduits, avant d'être transférés à l'hôpital.

L'importance de transports efficaces pour la médecine d'urgence a été soulignée par l'Académie des sciences des États-Unis. Celle-ci estime, par exemple, que l'excellence des premiers soins, l'efficacité des transports et le traitement énergique des patients grièvement blessés « ont fortement contribué à la chute progressive des taux de mortalité au combat, taux passés de 8 % lors de la Première Guerre mondiale à 4,5 % lors de la Seconde Guerre mondiale, puis à 2,5 % lors de la guerre de Corée et à moins de 2 % lors de la guerre du Vietnam »<sup>8</sup>.

Par rapport aux autres services de santé, les services d'urgence possèdent, par leur structure, des caractéristiques uniques. Par exemple, la majorité des visites aux services d'urgence sont imprévues et exigent une évaluation immédiate. Parfois, les décisions quant au traitement nécessaire doivent être prises rapidement, et des actes doivent être posés sur-le-champ.

Bien que les services d'urgence ne soient pas tous structurés de la même façon, la plupart comportent une zone d'accueil où les patients autres que ceux qui arrivent en ambulance doivent s'inscrire. Ces patients sont alors évalués ou triés par des professionnels de la santé compétents probablement en fonction d'indices de gravité auxquels sont associées des recommandations d'urgence clinique. Le processus d'inscription peut être légèrement différent dans le cas des patients qui arrivent en ambulance, mais la gravité de leur état est tout de même évaluée.

## 4 Fonctionnement des services d'urgence et données connexes



Remarque : Dans certains cas, l'inscription peut précéder le triage.

## La médecine d'urgence devient une spécialité à part entière

Au Canada de même qu'au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Irlande, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Japon, la médecine d'urgence est une spécialité à part entière reconnue. Elle compte ses propres associations professionnelles et son propre programme de formation, dûment structuré. Ce n'est toutefois pas le cas dans d'autres pays comme l'Allemagne et la France<sup>9</sup>.

Jusqu'à dans les années 1970 en effet, la formation officielle prodiguée au Canada en matière de médecine d'urgence était très réduite, voire inexistante<sup>10</sup>. Au début des années 1970, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) proposa la mise en place de programmes de médecine d'urgence. Au fil des années 1970 puis dans les années 1980, des groupes de médecins mirent sur pied divers organismes dans le but d'améliorer la qualité des soins d'urgence par une formation, une structure et des normes spécialisées. Déjà en 1980, l'Association canadienne des médecins d'urgence avait vu le jour, et la médecine d'urgence avait été reconnue par le CRMCC comme une nouvelle spécialité. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) commença pour sa part à délivrer des certificats pour encourager les diplômés à s'engager dans une carrière de médecin urgentiste.

La profession d'infirmière d'urgence devint aussi une spécialité à la même époque. En 1980, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) mit sur pied un programme d'accréditation en sciences infirmières spécialisées, notamment en matière de services d'urgence.

Aujourd'hui, au sein des services d'urgence, les soins sont prodigués par un large éventail de professionnels de la santé, allant des médecins et infirmières d'urgence aux cardiologues, neurologues, chirurgiens vasculaires, techniciens, entre autres. Des omnipraticiens et des médecins de famille œuvrent aussi dans les certains services d'urgence. Dans le cadre du Sondage national sur les médecins mené en 2004 et commandé par le CMFC, l'Association médicale canadienne, le CRMCC et l'ICIS, près du quart (23,5 %) des omnipraticiens et des médecins de famille du Canada ont déclaré avoir travaillé à divers titres au sein des services d'urgence. Ces derniers servent aussi de cadre de formation pour nombre de médecins résidents qui ne prévoient pas se spécialiser en médecine d'urgence.



## Qui utilise les services d'urgence?

Les services d'urgence représentent un des plus importants symboles du système de soins de santé au sein des collectivités canadiennes, grandes et petites. La plupart d'entre eux offrent des services diagnostiques et des traitements pour une grande variété de maladies et blessures. Certains se spécialisent dans le traitement de groupes particuliers comme les enfants ou les cas de traumatologie. Selon une enquête menée par Statistique Canada en 2003, 3,3 millions adultes canadiens (de 15 ans et plus) ont déclaré avoir été traités pour leur plus récente blessure ou avoir eu leur dernier contact avec un professionnel de la santé dans un service d'urgence. C'est le cas pour un plus grand nombre de personnes de sexe masculin que de sexe féminin, 14 % et 12 % respectivement.

L'utilisation des services d'urgence s'est aussi révélée variable en fonction de l'âge et du revenu familial. Par exemple, les répondants à plus faible revenu ont été plus nombreux à se rendre dans les services d'urgence pour leur plus récent traitement que les répondants au revenu le plus élevé (18 % contre 13 %). Enfin, les répondants des zones rurales ont davantage eu recours aux services d'urgence que ceux des zones urbaines (15 % contre 13 %).

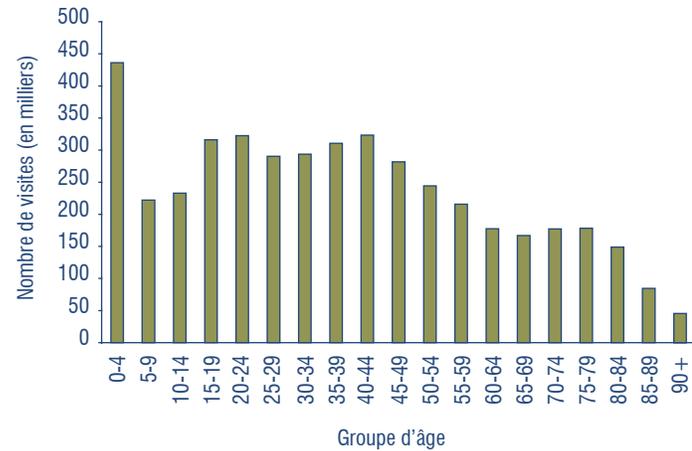
On observe dans d'autres pays des tendances semblables en matière d'utilisation des services d'urgence. En 2003-2004, on compte un peu plus de 5,8 millions de visites aux services d'urgence situés dans les hôpitaux publics en Australie. Les données relatives aux patients, disponibles en ce qui concerne 73 % des visites, ont permis d'établir que, dans l'ensemble, les hommes s'étaient davantage rendus aux services d'urgence que les femmes (52 % contre 48 %).

Le SNISA de l'ICIS contient aussi des données relatives aux utilisateurs des services d'urgence. Bien que d'une ampleur limitée (voir *Mise en garde concernant l'interprétation des données du SNISA*), ces données portent sur toutes les visites effectuées par un échantillon de Canadiens, toutes tranches d'âge confondues. Elles comportent des détails relatifs aux raisons pour lesquelles ils se sont rendus au service d'urgence et sur la façon dont les choses s'y sont déroulées. Selon ces données, les hommes et les femmes ont visité les services d'urgence en 2003-2004 dans une proportion pratiquement équivalente (49,6 % contre 50,4 %). Dans l'ensemble, le nombre de visites diminue à mesure que les patients gagnent en âge. De toutes les tranches d'âge, les nourrissons (particulièrement ceux âgés de moins d'un an) ont été les plus nombreux à visiter les services d'urgence en 2003-2004.

Toujours en 2003-2004, 12 % des personnes qui se sont rendues au service d'urgence y sont arrivées en ambulance. Les plus nombreux à ce faire ont été les patients dans l'état le plus grave (78 %, contre 2,8 % pour ceux dans l'état le moins grave), ainsi que les femmes de plus de 85 ans.

## 5 Âge des patients aux services d'urgence

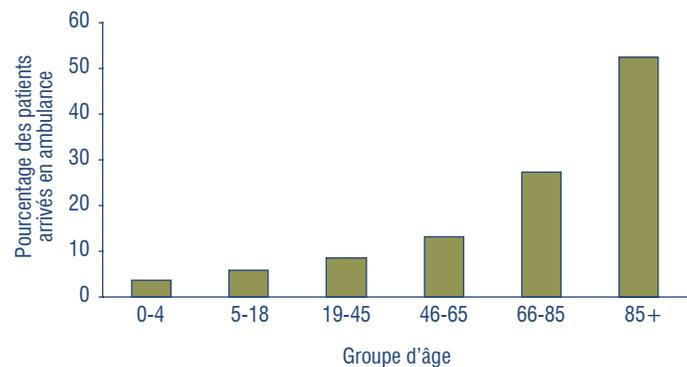
De tous les groupes d'âge, les nourrissons (moins de 5 ans) présentaient le nombre le plus élevé de visites aux services d'urgence en 2003-2004. Les visites aux services d'urgence concernaient davantage des nourrissons de sexe masculin.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

## 6 Qui utilisent les services ambulatoires?

Dans l'ensemble, en 2003-2004, 12 % des personnes qui ont fréquenté les services d'urgence sont arrivées en ambulance. Le pourcentage des utilisateurs des services d'urgence qui ont eu recours aux services ambulatoires augmentait proportionnellement à l'âge des utilisateurs. Bien que le nombre de visites effectuées par les patients de plus de 85 ans représentait moins de 3 % de toutes les visites aux services d'urgence au cours de l'année 2003-2004, un peu plus de 52 % d'entre eux s'y sont rendus en ambulance. À l'opposé, les patients de moins de 5 ans représentaient près de 10 % de toutes les visites aux services d'urgence, mais moins de 5 % d'entre eux ont utilisé les services ambulatoires.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

## Gravité de l'état des utilisateurs des services d'urgence

Les accidents, les blessures ou les maladies risquent de nécessiter des soins de santé. Au Canada, les soins peuvent être reçus à plus d'un endroit. Par exemple, lorsque Statistique Canada a demandé aux Canadiens de préciser où ils avaient reçu des soins pour leur blessure la plus récente, 1,2 million, soit un peu plus de la moitié (55 %), ont affirmé s'être rendus au service d'urgence. Les cabinets de médecin arrivaient en deuxième place (avec 21 %), suivis des cliniques sans rendez-vous (avec 12 %). Toutefois, on constate un grand écart dans la gravité des maladies et des blessures, et ce, même parmi les patients du service d'urgence.

### Évaluation de la gravité au Canada

L'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) constitue l'un des moyens d'évaluation de l'état des patients qui se présentent aux services d'urgence. Cette échelle vise à garantir que les patients qui ont besoin de soins immédiats sont pris en charge en priorité. Par exemple, l'ÉTG édicte que les patients devant être réanimés doivent être traités sur-le-champ, alors que ceux étant victimes de fractures peuvent attendre brièvement avant de subir une radiographie ou d'être traités. L'ÉTG répartit les patients selon cinq catégories <sup>11, 12, 13</sup> :

- **ÉTG I** : Réanimation requise. Comprend les patients dont l'état met la vie en péril ou présente un risque immédiat de détérioration et exige donc des interventions vigoureuses immédiates (p. ex. arrêt cardiaque, traumatisme majeur, états de choc).
- **ÉTG II** : Soins très urgents requis. Comprend les patients dont l'état peut mettre la vie ou les fonctions vitales en péril et exige donc une intervention médicale rapide ou des actes délégués (p. ex. blessure à la tête, douleur thoracique, saignements gastro-intestinaux, douleur abdominale avec symptômes viscéraux, nouveaux-nés victimes d'hyperbilirubinémie).
- **ÉTG III** : Soins urgents requis. Comprend les patients dont l'état peut évoluer vers un problème exigeant une intervention d'urgence (p. ex. dyspnée ou asthme moyen ou modéré, traumatisme modéré, vomissements et diarrhée chez les patients de moins de deux ans).
- **ÉTG IV** : Soins moins urgents requis. Comprend les patients dont l'état est lié à l'âge ou à la détresse ou ceux dont l'état risque de se détériorer ou de se compliquer au bout d'une heure ou deux, et pour lesquels une intervention ou de simples paroles rassurantes seraient bénéfiques (p. ex. problèmes urinaires, légère douleur abdominale, maux d'oreille).
- **ÉTG V** : Soins non urgents requis. Comprend les patients dont les examens ou les interventions peuvent être reportés ou confiés à d'autres services de l'hôpital ou du système de soins de santé (p. ex. maux de gorge, problèmes menstruels, états liés à des maladies chroniques, problèmes psychiatriques sans tentative de suicide ni idées suicidaires).

**L'échelle canadienne de triage & de gravité**

Les patients devant être **ÉVALUÉS AU TRIAGE DANS UN DELAI DE 10 MINUTES** après leur arrivée à l'urgence

**Niveau I - Réanimation**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par l'équipe d'urgence **IMMÉDIAT**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par le médecin **IMMÉDIAT**

**Niveau II - Très urgent**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par l'équipe d'urgence **IMMÉDIAT**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par le médecin **15 MINUTES**

**Niveau III - Urgent**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par l'équipe d'urgence **30 MINUTES**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par le médecin **30 MINUTES**

**Niveau IV - Moins urgent**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par l'équipe d'urgence **60 MINUTES**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par le médecin **60 MINUTES**

**Niveau V - Non urgent**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par l'équipe d'urgence **120 MINUTES**  
 Délai jusqu'à l'évaluation par le médecin **120 MINUTES**

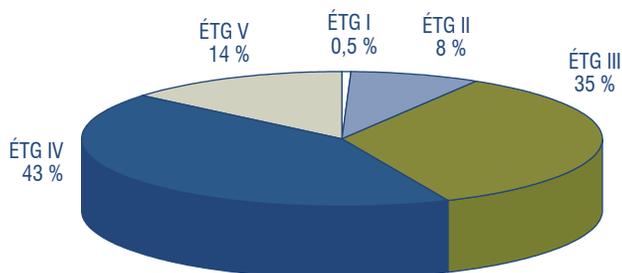
\* les délais jusqu'à l'évaluation représentent des objectifs opérationnels et non des normes de soins établies. Les unités sans couverture médicale sur place peuvent atteindre ces objectifs en utilisant des protocoles de délégation et des systèmes de communication à distance.

Selon les données du SNISA, la majorité (78 %) des patients vus dans les services d'urgence en 2003-2004 exigeaient des soins urgents (ÉTG III) ou moins urgents (ÉTG IV). Les patients exigeant une réanimation (ÉTG I) ou des soins très urgents (ÉTG II) ont représenté moins de 10 % de l'ensemble des visites aux services d'urgence, soit 0,5 % et 8,2 %, respectivement.

Un pourcentage de patients exigeant des soins moins urgents semblable à celui du SNISA a été observé dans les services d'urgence d'autres pays. En Australie<sup>14</sup>, au Royaume-Uni<sup>15</sup> et aux États-Unis<sup>16, 17</sup>, par exemple, au cours de la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, le pourcentage de patients évalués dans l'état le moins grave (à l'aide de différents outils d'évaluation) variait de 12 à 15 %.

## 7 Gravité de l'état des patients qui visitent les services d'urgence

L'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence (ÉTG) est l'un des moyens utilisés par le personnel des urgences pour évaluer l'état des patients à leur arrivée de façon qu'ils reçoivent un traitement en fonction de l'urgence clinique plutôt que de leur ordre d'arrivée. En 2003-2004, seul 0,5 % des cas s'étant présentés aux services d'urgence ont fait l'objet d'une évaluation correspondant à l'état le plus grave (ÉTG I — p. ex., traumatisme majeur, choc et détresse respiratoire grave). La majorité des cas (57 %) ont été évalués soit comme moins urgents (ÉTG IV — p. ex., douleurs dorsales chroniques, céphalées non soudaines et réactions allergiques légères), soit comme non urgents (ÉTG V — p. ex., maux de gorge, problèmes menstruels et diarrhées ponctuelles).



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

## 8 Quelle est la situation au Canada?

Dans l'ensemble, la répartition des patients des services d'urgence selon le degré de gravité de leur état dans les services d'urgence sélectionnés au Canada est similaire à celle observée en Australie. Les États-Unis utilisent une échelle différente à quatre niveaux pour évaluer les patients se présentant aux services d'urgence, mais celle-ci reflète tout de même des proportions de gravité similaires en ce qui a trait aux patients dans un état autre que très urgent. Les services d'urgence situés dans les zones urbaines seulement (région du Grand Toronto [RGT] et région sanitaire de Calgary) voyaient souvent une proportion beaucoup moins élevée de patients dans l'état non urgent que la moyenne générale.

Niveau de triage	SNISA <sup>†</sup> (2003-2004) %	RGT <sup>§</sup> (2003-2004) %	Région sanitaire de Calgary <sup>^</sup> (2004-2005) %	États-Unis <sup>‡</sup> (2002) %	Australie* (2003-2004)
Outil de classification	ETG	ETG	ETG	NHAMCS	Échelle de triage nationale
Réanimation	1	1	1	26	1
Très urgent	8	14	18		8
Urgent	35	48	52	40	30
Moins urgent	43	32	26	22	46
Non urgent	14	6	3	12	15
Millions de visites	4,47	0,94	0,25	110,15	5,86

**Sources :**

<sup>†</sup> SNISA, ICIS. (Remarque : Ces données représentent les visites aux urgences dans 163 services d'urgence de l'Ontario et dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse [4], en Colombie-Britannique [3] et à l'Île-du-Prince-Édouard [1]).

<sup>§</sup> SNISA, ICIS. (Remarque : Ces données représentent les visites à 20 services d'urgence de la région du Grand Toronto.)

<sup>^</sup> Les données correspondent à l'exercice 2004-2005 des établissements de soins actifs de la région sanitaire de Calgary seulement. Les données ont été obtenues au moyen du système REDIS de la région sanitaire de Calgary (Regional Emergency Department Information System).

<sup>‡</sup> D'après le CDC National Ambulatory Care, Advance Data (mars 2004). Le National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) classe l'immédiateté en quatre groupes : très urgent, urgent, moins urgent et non urgent.

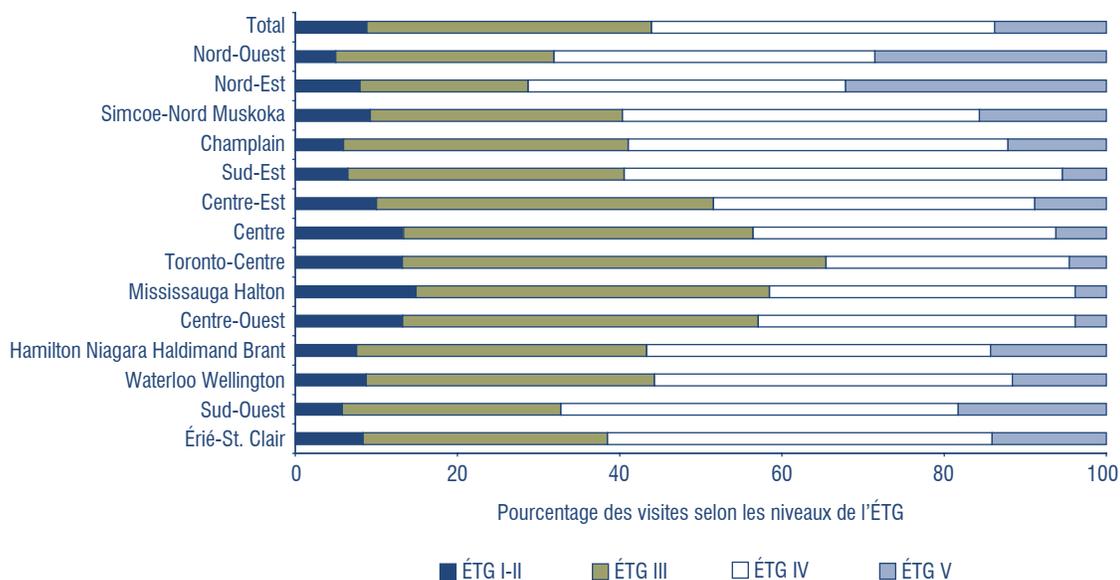
\* D'après l'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2005. Statistiques tirées des hôpitaux australiens en 2003-2004. AIHW. N° HSE 37 au catalogue. Canberra : AIHW (Health Services Series n° 23). On classe les niveaux de triage en cinq groupes : réanimation, très urgent, urgent, moins urgent et non urgent.

Les services d'urgence situés en zone urbaine sont généralement fréquentés par une population différente de ceux situés en zone rurale. Par exemple, dans la région sanitaire de Calgary, seulement 3 % des patients vus en 2004-2005 étaient dans l'état le moins grave (ÉTG V). Un pourcentage similaire de tels patients (5,5 %) a été enregistré à Toronto en 2003-2004. Selon les données du SNISA, 14 % des visites appartiennent à cette catégorie.

La différence entre les services d'urgence des zones urbaines et rurales apparaît clairement au sein des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario, récemment mis en place. Les RLISS qui desservent principalement des populations urbaines ont en effet reçu, en 2003-2004, de plus faibles pourcentages de patients exigeant des soins non urgents que les RLISS qui desservent principalement des populations rurales.

## 9 Différence de gravité de l'état des patients en Ontario

En 2005, l'Ontario a annoncé la mise sur pied de ses réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). La répartition des patients dans les services d'urgence de l'Ontario selon le degré de gravité de leur état en 2003-2004 variait selon les régions où avaient été implantés les RLISS. Les RLISS desservant principalement des populations urbaines ont vu une proportion plus importante de patients dont l'état était le plus grave que ceux desservant une population rurale.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence situés en Ontario.  
**Source :** SNISA, ICIS.

## L'effet du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) sur les visites aux services d'urgence à Toronto, en Ontario

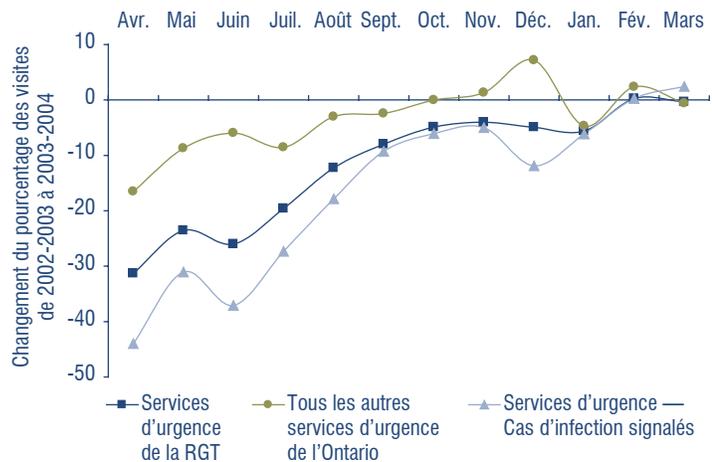
En 2003, le système de soins de santé de l'Ontario a dû faire face à une difficulté majeure. Les hôpitaux de la région du Grand Toronto (RGT) se trouvaient en effet dans la zone du Canada la plus exposée au SRAS. La très grande majorité des cas de SRAS et tous les décès liés à cette maladie sont survenus dans cette région<sup>19</sup>.

De mars à juillet 2003, l'épidémie de SRAS a eu un effet majeur sur la disponibilité de bon nombre de services de santé. Les services d'urgence, surtout ceux de la RGT, ont été particulièrement touchés. Durant cette période, les cliniques et les visites non urgentes ont été annulées. Des gardes ont été postés aux entrées des services d'urgence pour que seuls le personnel et les patients des services d'urgence puissent y accéder, les visiteurs, membres de la famille compris, se voyant refoulés. Le fonctionnement quotidien des services d'urgence a fréquemment été perturbé, et diverses stratégies ont été mises en place pour réduire le taux de transmission de la maladie.

La crise du SRAS a mis en lumière bon nombre des difficultés particulières que doivent relever les services d'urgence pour traiter les maladies contagieuses. Comment, notamment, maintenir les services essentiels durant une épidémie? Si les patients exigeant des soins immédiats ont pu recevoir ces soins à peu près dans les mêmes délais que par les années passées, d'autres, dont l'état était moins grave, ont eu beaucoup moins accès aux services d'urgence durant la crise du SRAS et même une fois celle-ci passée. Une chute réelle du nombre de visites aux services d'urgence a été observée non seulement dans la RGT, où se trouvaient la plupart des cas de SRAS, mais également à l'extérieur de celle-ci. Les leçons tirées de la crise du SRAS en Ontario peuvent aider à prendre des mesures éclairées dans l'ensemble du Canada pour renouveler les services de santé primaires.

### 10 SRAS et visites aux services d'urgence en Ontario

L'écllosion de SRAS qui a eu lieu au cours du printemps et de l'été 2003 a eu des conséquences sur les visites aux services d'urgence en Ontario. En effet, en 2003-2004, le nombre de visites aux services d'urgence fut moins important qu'en 2002-2003, tant dans les hôpitaux qui enregistraient des cas d'infection que dans ceux où aucun cas d'infection n'avait été enregistré. La diminution des visites était manifeste et allait bien au-delà de l'écllosion initiale.



**Remarque :** Les services d'urgence infectés sont ceux où au moins un cas de SRAS a été signalé; les services d'urgence de la RGT englobent les hôpitaux infectés; tous les autres services d'urgence de l'Ontario comprennent ceux situés à l'extérieur de la RGT (p. ex., hôpitaux où aucun cas d'infection n'a été signalé). Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence situés en Ontario.  
**Source :** SNISA, ICIS.

## Le nombre de patients varie en fonction de l'heure et du jour de la semaine

La gestion efficace d'un service d'urgence exige une équipe de dispensateurs capables de cerner correctement les besoins des patients, d'établir des priorités et de mettre en œuvre des stratégies d'évaluation, de traitement et de sortie adéquates. Les capacités de ces dispensateurs doivent de plus être en phase avec le nombre et les besoins des patients, variables selon l'heure, le jour de la semaine et la période de l'année.

Selon une étude menée en 2001 par Statistique Canada, 93 % des Canadiens de 15 ans et plus ont indiqué que, s'ils éprouvaient un problème de santé mineur durant la nuit, ils se rendraient à l'hôpital ou aux services d'urgence pour être traités immédiatement. Un moindre pourcentage des répondants ont indiqué qu'ils se rendraient à l'hôpital ou aux services d'urgence s'ils éprouvaient un problème durant le jour ou même si leur état ne nécessitait pas de soins immédiats.

## 11 Où vont les Canadiens pour se faire soigner?

Les Canadiens qui ont besoin de soins ont tendance à recourir à des services de premier contact dans des endroits différents selon le moment de la journée. Le tableau ci-dessous illustre où les Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré être le plus enclins à obtenir des soins de routine ou immédiats pour des problèmes de santé mineurs en 2001, pour leur compte ou un membre de leur famille, pendant les heures d'ouverture normales (de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi), le soir (de 17 h à 21 h) ainsi que la fin de semaine et la nuit.

Milieu	Soins de routine ou soins de suivi			Soins immédiats pour des problèmes de santé mineurs		
	Jour	Soir et fin de semaine	Nuit	Jour	Soir et fin de semaine	Nuit
Cabinet d'un médecin de famille	80 %	20 %	s.o.	49 %	8 %	**
Clinique sans rendez-vous	12 %	42 %	s.o.	23 %	34 %	1 %*
Hôpitaux ou urgences	4 %	32 %	s.o.	23 %	53 %	93 %
Centre de santé communautaire	3 %	4 %*	s.o.	4 %*	3 %*	**
Autre	1 %*	2 %*	s.o.	1 %*	1 %*	**

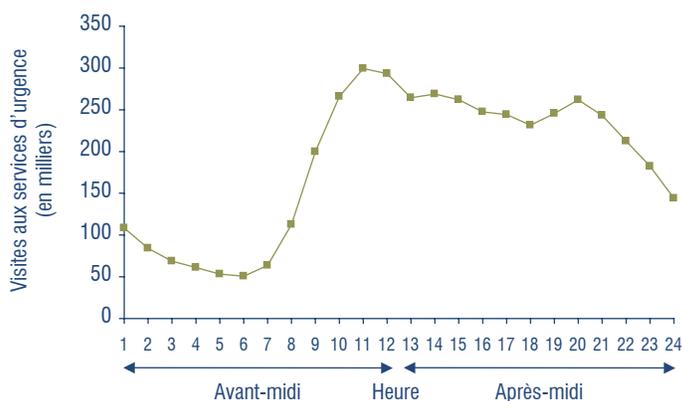
**Remarques :**

- \* À interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée de l'échantillon.
  - \*\* Données trop peu fiables pour être publiées en raison de la variabilité élevée de l'échantillon.
- Peut ne pas correspondre à 100 % en raison de l'arrondissement ou des non-réponses.

Source : Statistique Canada, *Access to Health Care Services in Canada, 2001*, Ottawa, Statistique Canada, 2001, catalogue n° 82-575-XIE.

## 12 Différences selon les heures

En 2003-2004, les visites aux services d'urgence fluctuaient tout au long de la journée. Le volume de visites aux services d'urgence commençait à augmenter peu après 7 h, puis de façon constante jusqu'à 11 h.



Les données du SNISA indiquent que le nombre de visites aux services d'urgence varie selon les heures. Par exemple, en 2003-2004, ce nombre a eu tendance à augmenter de 7 h à midi environ, à se stabiliser ensuite, puis à chuter vers 20 h.

**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).

Source : SNISA, ICIS.

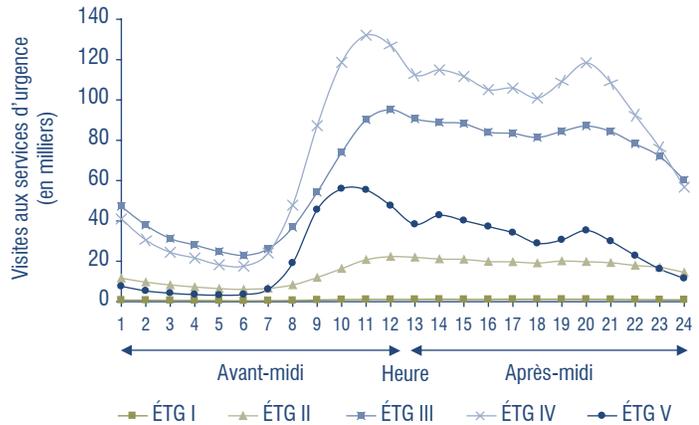
La répartition du nombre de visites est valable pour la plupart des groupes de patients, sans égard à la gravité de leur état. Dans les hôpitaux pédiatriques, le nombre de visites atteint un second sommet à l'heure du repas du soir ou juste après celui-ci. Cela s'explique peut-être par le fait que les parents y conduisent leurs enfants pour des problèmes apparus pendant les heures de travail, ou par le fait que la fièvre tend à augmenter en soirée<sup>10</sup>.

Cette répartition des visites aux services d'urgence en fonction de l'heure est relativement semblable à celle observée dans d'autres pays. Par exemple, en 2003, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis font état d'une augmentation des visites aux services d'urgence dès le matin, cette augmentation se poursuivant jusqu'en fin d'après-midi et même jusqu'en début de soirée (de 16 à 20 h). Aux États-Unis, moins de 7 % des visites aux services d'urgence ont lieu au petit matin, soit entre 4 h et 8 h. En Australie, une augmentation du nombre de visites de patients dans un état gravissime est observée vers 8 h<sup>14</sup>. Comme aux États-Unis, ce nombre continue de progresser jusque vers 20 h, avant de commencer à baisser.

Certaines données laissent par ailleurs penser que les heures où culmine le nombre de visites ne sont pas les mêmes dans les services d'urgence situés en zone rurale et dans ceux situés en zone urbaine. Une étude menée par l'Institut de recherche en services de santé a permis d'établir que, en Ontario, les services d'urgence situés en zone urbaine enregistrent un pourcentage de visites après minuit sensiblement supérieur à celui enregistré par les services d'urgence situés en zone rurale<sup>3</sup>.

### 13 Fluctuation accrue du nombre de visites pour les patients dans l'état le moins grave

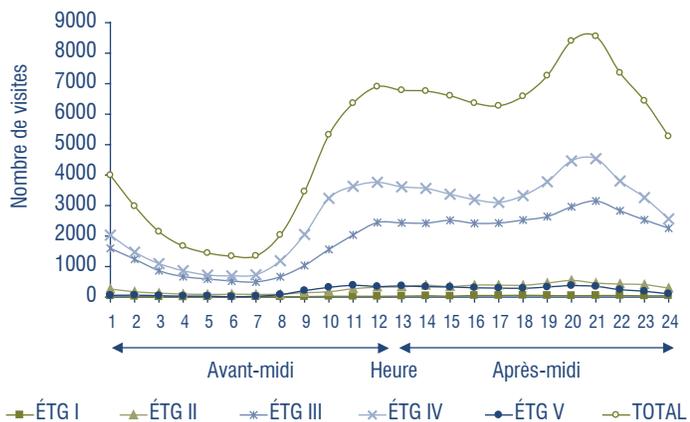
En 2003-2004, la hausse du nombre de visites aux services d'urgence effectuées le matin était la plus manifeste pour les patients dans l'état le moins grave. Puisqu'un nombre beaucoup plus important de personnes se présentent aux services d'urgence pour des affections peu urgentes telles que des maux de gorge, des douleurs dorsales chroniques et des problèmes menstruels (ÉTG IV et V) que pour des problèmes nécessitant une réanimation (ÉTG I), cette tendance a une influence importante sur les variations du nombre de visites tout au long de la journée.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

### 14 Deux périodes d'affluence dans les hôpitaux pédiatriques

En 2003-2004, les services d'urgence d'hôpitaux pédiatriques ont connu la même augmentation dans le nombre de visites en avant-midi que les autres services d'urgence. Toutefois, le nombre de visites atteignait un nouveau sommet en début de soirée, peut-être parce que les parents venaient faire soigner les problèmes de santé de leurs enfants apparus durant la journée.

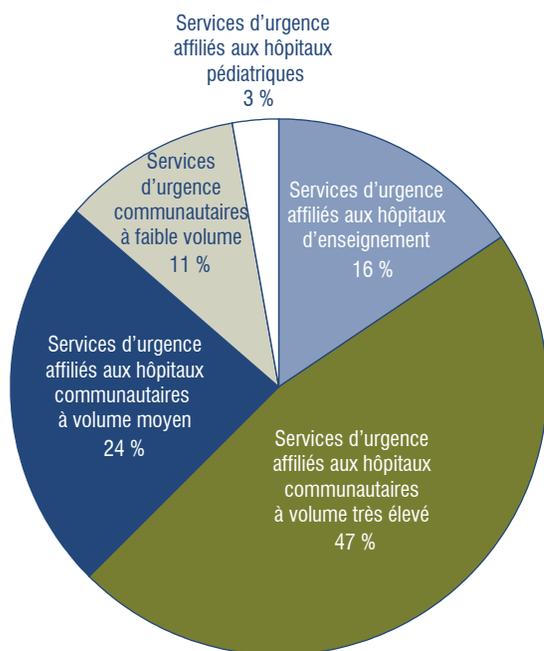


**Remarque :** Ces données représentent les visites dans trois services d'urgence d'hôpitaux pédiatriques.  
**Source :** SNISA, ICIS.

Dans certains endroits, le nombre de visites fluctue également selon le jour de la semaine. Ainsi, au Royaume-Uni et aux États-Unis, les études indiquent que le plus grand nombre de visites est enregistré le lundi. En Alberta en revanche, selon une autre étude, le plus grand nombre de visites est enregistré le dimanche et les jours fériés<sup>20</sup>. Les données du SNISA de l'ICIS, par ailleurs, n'indiquent qu'une légère augmentation des visites le lundi (1 300 en moyenne) par rapport aux autres jours de la semaine (1 250 en moyenne), et ce, aussi bien pour les patients dans l'état le plus grave que pour ceux dans l'état le moins grave.

## 15 Services d'urgence les plus fréquentés

Les services d'urgence n'accueillent pas tous le même nombre de patients. C'est pourquoi ils ont été classés selon cinq différents groupes de patients : hôpitaux d'enseignement, hôpitaux pédiatriques et hôpitaux communautaires à faible volume, à volume moyen et à volume très élevé\*. En 2003-2004, les services d'urgence des hôpitaux communautaires traitant un nombre élevé de patients ont vu près de la moitié (47 %) des personnes qui se sont rendues aux urgences, tandis que les services d'urgence à faible volume n'ont vu que 11 % des personnes s'étant présentées aux services d'urgence.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1). La somme des pourcentages ne totalise pas 100, car les chiffres ont été arrondis.

\* Services d'urgence communautaires à faible volume — moins de 15 000 visites annuelles;  
 Services d'urgence communautaires à volume moyen — de 15 000 à 30 000 visites annuelles;  
 Services d'urgence communautaires à volume très élevé — plus de 30 000 visites annuelles;

**Source :** SNISA, ICIS.

## Les services d'urgence à volume très élevé enregistrent davantage de visites de patients dans un état très grave

Le nombre et la nature des visites aux services d'urgence varient selon les types de patients et l'emplacement des hôpitaux. Les services d'urgence des hôpitaux situés en zone urbaine et de ceux affiliés à des écoles de médecine tendent à enregistrer plus de visites que les services d'urgence des hôpitaux situés en zone rurale ou non affiliés à de telles écoles. Par exemple, les services d'urgence des hôpitaux communautaires à volume très élevé, à savoir ceux qui reçoivent plus de 30 000 visites annuellement, ont enregistré 47 % du nombre total de visites aux services d'urgence en 2003-2004. En revanche, les services d'urgence des hôpitaux à volume moyen (de 15 000 à 30 000 visites annuellement) ou à faible volume (moins de 15 000 visites annuellement) n'ont respectivement représenté que 24 % et 11 % de ce total. Enfin, les services d'urgence des hôpitaux d'enseignement ont enregistré 16 % du nombre total de visites aux services d'urgence.

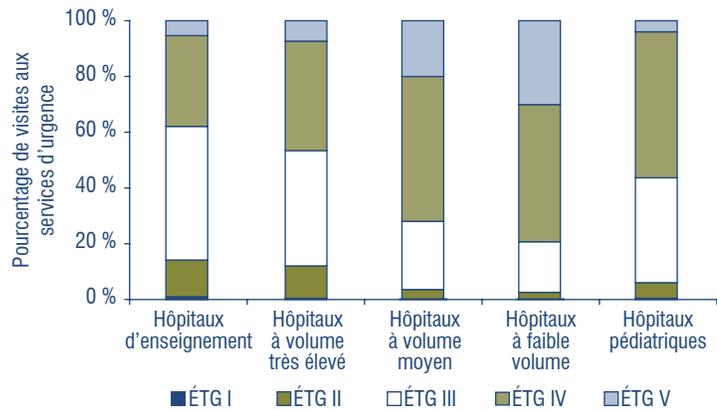
Les hôpitaux qui reçoivent davantage de patients de toutes catégories reçoivent également plus de patients dans l'état le plus grave. Par exemple, 1 % des patients ayant visité les services d'urgence des hôpitaux d'enseignement ou des hôpitaux à volume très élevé étaient de type ÉTG I en 2003-2004. Dans les hôpitaux à faible volume ou à volume moyen, ce pourcentage n'était que de 0,2 % environ.

Le taux de fréquentation d'un service d'urgence et les temps d'attente avant d'être traités dépendent de nombreux facteurs, dont le type de service d'urgence, le nombre de personnes qui s'y présentent à une heure donnée et la gravité de leur état. Le degré d'influence de ces facteurs sur les temps d'attente dans les services d'urgence fait l'objet de la section suivante. Par contre, les conséquences des facteurs liés au système, comme le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux, sur les temps d'attente fera l'objet du troisième rapport de la présente série, qui permettra de mieux comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence. Surveillez le site Web de l'ICIS ([www.icis.ca](http://www.icis.ca)) : ce troisième rapport devrait y être publié dès le printemps 2006.

## 16

### Nombre accru de patients dans un état grave dans les services d'urgence à volume très élevé

En 2003-2004, les services d'urgence affiliés à des hôpitaux d'enseignement et des hôpitaux communautaires ont vu une proportion accrue de patients dans l'état le plus grave. Les services d'urgence à faible volume et à volume moyen affiliés à des hôpitaux communautaires, en revanche, voyaient souvent une proportion accrue de patients dans l'état le moins grave.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.



## Temps d'attente dans les services d'urgences

Arrivé au service d'urgence à 22 h, Dylan a été envoyé en radiographie pour sa main blessée. L'enfant et sa mère ne sont ensuite revenus au service d'urgence qu'à 22 h 45. Ils ont alors attendu sur place, au milieu des autres patients, jusqu'à ce qu'un médecin vienne leur communiquer les résultats de la radiographie. Au fil des trois heures qui ont suivi, Dylan n'a cessé de demander à sa mère : « Quand est-ce qu'on rentre chez nous? » À 2 h, Dylan était enfin de retour chez lui, dans son lit, la main fraîchement plâtrée.

Dans un premier temps, il importe d'établir ce que l'on entend exactement par « attente » : quand débute-t-elle, et quand prend-elle fin? En réalité, la réponse à cette question est très relative. Ainsi, il se peut que le patient qui s'informe sur les temps d'attente désire simplement connaître la durée totale de son séjour aux services d'urgence. Mais il peut aussi vouloir savoir combien de temps il devra patienter pour voir un médecin une fois inscrit et trié. Il peut également vouloir savoir combien de temps il devra patienter avant de connaître les résultats de ses examens, ou encore d'être transféré dans un lit une fois son hospitalisation décidée.

Ce rapport met l'accent sur deux des principales mesures du « temps d'attente » : la durée de séjour dans les services d'urgence, qui correspond au temps passé au service d'urgence par un patient entre son inscription (ou son triage) et son congé, et le délai précédant l'évaluation initiale par un médecin, qui correspond au temps que doit attendre un patient une fois inscrit avant d'être évalué par un médecin.

## « Quand vais-je pouvoir rentrer chez moi? » — Comprendre la durée de séjour dans les services d'urgence

Le temps que passe un patient au service d'urgence varie selon la gravité de son état. Les patients atteints d'affections ou de blessures mineures (ÉTG IV ou V) séjournent généralement moins longtemps au service d'urgence que les autres. L'état de ces patients étant moins complexe, ils peuvent être traités plus rapidement. Par contre, si des tests diagnostiques s'imposent ou si les médecins du service d'urgence doivent consulter d'autres spécialistes, les patients séjournent généralement plus longtemps au service d'urgence et doivent donc attendre plus longtemps. Enfin, les patients qui doivent être hospitalisés dans le même établissement que celui où se trouvent le service d'urgence peuvent avoir à patienter plus longtemps en attendant qu'un lit soit libre.

Selon les données du SNISA, les patients qui se sont rendus aux services d'urgence en 2003-2004 y ont passé en moyenne un peu plus de deux heures (128 minutes) : la moitié y a passé moins de temps, l'autre moitié davantage. La durée de séjour dans les services d'urgence a peu fluctué en fonction du nombre de patients, sauf aux heures les plus surchargées de la matinée (de 7 h à 10 h) où elle chutait pendant un court moment.

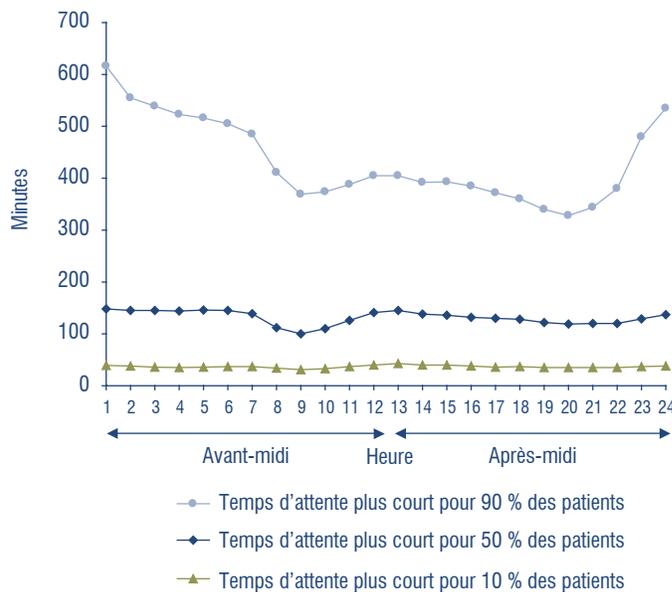
### Durée de séjour dans les services d'urgence — Définition

Aux fins de ce rapport, la durée de séjour dans les services d'urgence va de l'inscription initiale ou du triage du patient au moment où le dispensateur de soins lui permet de quitter le service d'urgence. La durée de séjour dans les services d'urgence comprend le temps passé par le patient avant d'être évalué ou traité et celui qu'il passe à recevoir des soins. Pour plus de détails sur le mode de calcul de la durée de séjour dans les services d'urgence, voir Annexe A — Notes techniques.



## 17 Durée de séjour dans les services d'urgence

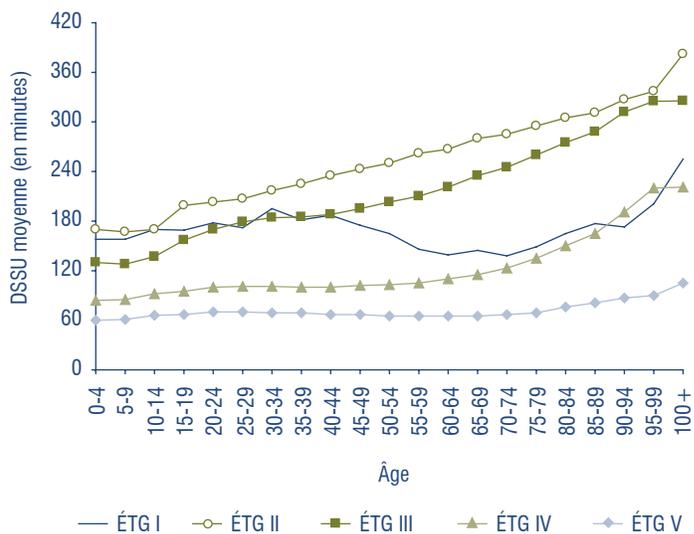
En 2003-2004, dans l'ensemble, le temps d'attente moyen aux services d'urgence (également appelé durée de séjour aux services d'urgence [DSSU]) était d'un peu plus de 2 heures. Toutefois, la DSSU fluctuait selon le moment de la journée. Par exemple, les patients se présentant aux services d'urgence le matin avaient tendance à faire des visites plus brèves, ce qui reflète peut-être un afflux de personnel hospitalier et des urgences en mesure de libérer les patients plus rapidement qu'à d'autres moments de la journée ou de la nuit.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

## 18 Durée de séjour dans les services d'urgence proportionnelle à l'âge des patients

En 2003-2004, la durée de séjour aux services d'urgence (DSSU) augmentait proportionnellement avec l'âge des patients, peu importe la gravité de leur état. La DSSU comprend le temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin (ÉIM), les tests diagnostiques ou les interventions et les traitements.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

La durée de séjour dans les services d'urgence varie toutefois en fonction de la gravité de l'état des patients. En 2003-2004, ceux dans l'état le plus grave ont séjourné plus longtemps au service d'urgence que les autres. La durée de séjour moyenne des patients dans l'état le plus grave (ÉTG I) était de 161 minutes, comparativement à 67 minutes pour ceux dans l'état le moins grave (ÉTG V). Cette différence témoigne, en partie, du fait que les problèmes de santé plus complexes exigent plus de tests diagnostiques et plus de suivi que les problèmes plus simples (retrait d'agrafes, plâtrage d'un bras, etc.). L'augmentation de la durée de séjour moyenne avec l'âge des patients vient d'ailleurs confirmer ce fait.

Une augmentation de la durée de séjour dans les services d'urgence proportionnelle à la gravité de l'état des patients a été aussi observée dans les services d'urgence des hôpitaux publics d'Australie en 2003-2004. Les patients dans l'état le plus grave ont, en moyenne, séjourné un peu plus de trois heures (195 minutes) au service d'urgence, alors que ceux dont l'état était le moins grave n'y ont séjourné en moyenne beaucoup moins longtemps (75 minutes)<sup>14</sup>.

## Durée de séjour dans les services d'urgence et nombre de patients

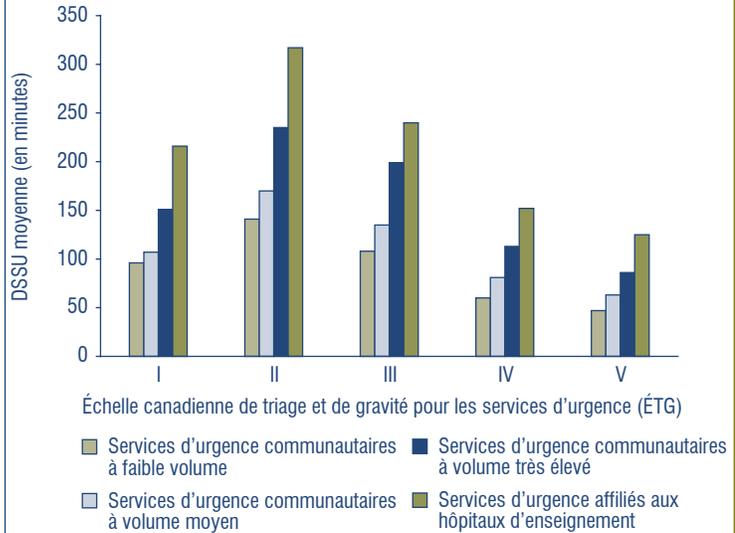
Les patients qui se sont rendus aux services d'urgence situés dans les hôpitaux d'enseignement y ont séjourné plus longtemps que les patients qui se sont rendus dans les services d'urgence peu, moyennement ou à volume très élevé. En 2003-2004, la durée de séjour moyenne des patients dans les services d'urgence des hôpitaux d'enseignement a été de 203 minutes, contre 61 minutes dans les services d'urgence à faible volume.

Les hôpitaux d'enseignement sont principalement situés en zone urbaine. La durée de séjour supérieure enregistrée dans ces hôpitaux tient en partie au fait que, comme mentionné précédemment, ils sont fréquentés par une population différente de celle qui fréquente les hôpitaux situés en zone rurale. Cela dit, la durée moyenne du séjour dans les hôpitaux d'enseignement était plus élevée pour toutes les étapes de triage. Cette situation a été plus clairement mise en lumière en 2003-2004 par le calcul de la durée de séjour dans les services d'urgence des territoires des nouveaux RLISS de l'Ontario. Ce calcul a montré que les patients ayant visité les services d'urgence de la région Toronto-Centre y avaient séjourné en moyenne plus longtemps. Signalons par ailleurs que, même si la majorité des patients se sont rendus dans les services d'urgence de leur région, 31 % de ceux qui ont visité les services d'urgence de la région de Toronto-Centre résidaient hors de celle-ci.

19

## Nombre de patients annuel et temps passé dans les services d'urgence

Le temps passé aux services d'urgence varie en général selon la gravité de la maladie et le type de services d'urgence. Dans l'ensemble, en 2003-2004, les patients visitant les services d'urgence affiliés à des hôpitaux d'enseignement présentaient la durée moyenne de séjour la plus longue, peu importe la gravité de leur état.

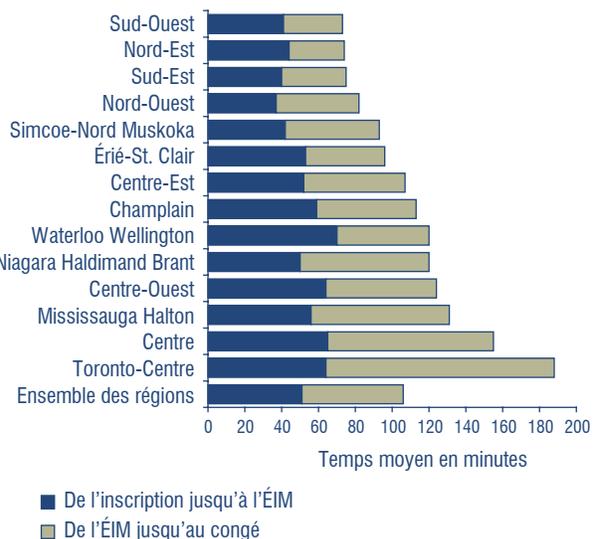


**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

20

## Durée de séjour dans les services d'urgence par RLISS en Ontario

L'Ontario a récemment mis en œuvre des soins organisés au moyen des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les barres représentent la DSSU par RLISS. Chaque barre illustre deux segments : de l'inscription (ou du triage) jusqu'au moment de la consultation avec un médecin et du moment à partir duquel on voit un médecin jusqu'à la sortie. Les différences dans la DSSU pourraient s'expliquer en partie par des différences dans la répartition du degré de gravité des maladies des patients vus par les RLISS.



**Remarque :** Ces données représentent les visites de 163 services d'urgence situés en Ontario.  
**Source :** SNISA, ICIS.

## Comparaison des durées de séjour dans les services d'urgence

Le Royaume-Uni a récemment annoncé s'être fixé pour objectif que 95 % des patients visitant les services d'urgence reçoivent leur congé au bout de quatre heures tout au plus<sup>20</sup>. De récentes études, bien qu'elles soient controversées, indiquent que cet objectif est réaliste. On n'a pas encore établi si un tel objectif serait adéquat pour les patients qui visitent les services d'urgence au Canada. Signalons toutefois que, selon les données du SNISA, en 2003-2004, la durée de séjour dans les services d'urgence de 76 % des patients n'a pas excédé quatre heures, et que seulement 7 % d'entre eux ont séjourné aux services d'urgence durant plus de huit heures.

Aux États-Unis en 2004, les Centers for Disease Control and Prevention ont indiqué que, dans le cadre des 110 millions de visites enregistrées en 2002, les patients avaient passé en moyenne 3,2 heures aux services d'urgence, et que moins de 1 % d'entre eux y avaient séjourné plus de 24 heures.

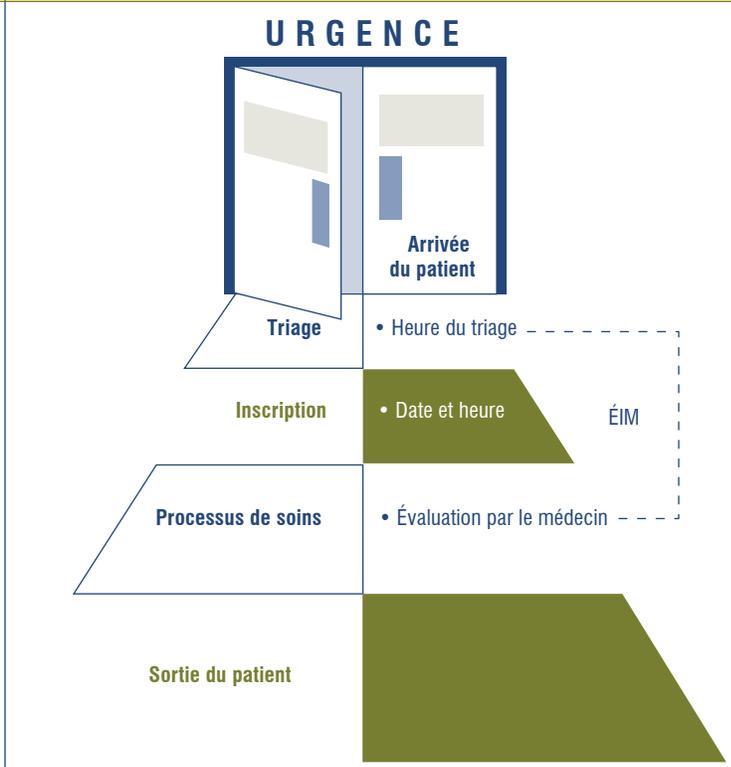
### 21 Durée du séjour dans les services d'urgence au Canada, aux États-Unis et en Angleterre

La proportion de patients ayant passé moins de quatre heures aux urgences aux États-Unis et dans les services d'urgence sélectionnés du Canada (SNISA)\* est similaire. En Angleterre, toutefois, presque tous les patients passent moins de quatre heures aux services d'urgence. Cette proportion a par contre augmenté dans les dernières années, soit après la mise en œuvre, en 2004, d'un programme ciblant un taux d'au moins 95 %.

	 *		
<b>Pourcentage des patients passant &lt; de 4 heures aux services d'urgence</b>	76 %	72 %	96 %
<b>Millions de visites</b>	4,3	110,2	17,8
<b>Période</b>	De avril 2003 à mars 2004	2002	De avril 2004 à mars 2005

\* Ces données représentent les visites aux urgences dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
 Sources : SNISA, ICIS;  
 États-Unis : National Ambulatory Medical Survey, « 2002 Emergency Department Summary », Advance Data (18 mars 2004); Angleterre : Department of Health, Hospital Activity Statistics, « Attendances at accident and emergency departments, minor injury units and walk in centres », Strategic Health Authorities. <http://www.performance.doh.gov.uk/hospitalactivity> et National Health Services, Angleterre. <http://www.hesonline.nhs.uk>.

### 22 Attente précédant l'évaluation initiale par le médecin



**Remarque :** Dans certains cas, l'inscription peut précéder le triage.

### Temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin

La durée totale du séjour des patients malades ou blessés aux services d'urgence est l'une des mesures du temps d'attente pour obtenir des soins. Toutefois, les patients se préoccupent davantage du temps qu'ils doivent attendre pour voir le médecin une fois inscrits.

Le temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin est inclus dans la durée de séjour dans les services d'urgence. Il importe toutefois de le connaître, car il influe sur la durée de séjour dans les services d'urgence<sup>21</sup>. De plus, dans certains cas précis, comme une attaque d'apoplexie aiguë ou un infarctus aigu du myocarde, le temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin est en effet l'un des principaux facteurs qui influent sur le sort du patient<sup>22</sup>. Les temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin liés à des problèmes de santé précis font l'objet du deuxième rapport de cette série. Le présent rapport, pour sa part, fait état de nouvelles études réalisées en 2003-2004 et portant sur les temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin, tous problèmes de santé confondus.

Dans l'ensemble, selon les données du SNISA, les patients ont attendu en moyenne 51 minutes en 2003-2004 avant d'être évalués par un médecin, la moitié ayant attendu moins longtemps, l'autre davantage. Pour 10 % d'entre eux, ce délai n'a pas dépassé 10 minutes (10<sup>e</sup> percentile), alors qu'il a été de 165 minutes ou plus pour un autre 10 % (90<sup>e</sup> percentile). En règle générale, le temps d'attente moyen pour voir un médecin a très peu varié selon le nombre de patients présents au service d'urgence au moment de la visite; toutefois, il a varié davantage selon la gravité de leur état.

## Définition des temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin

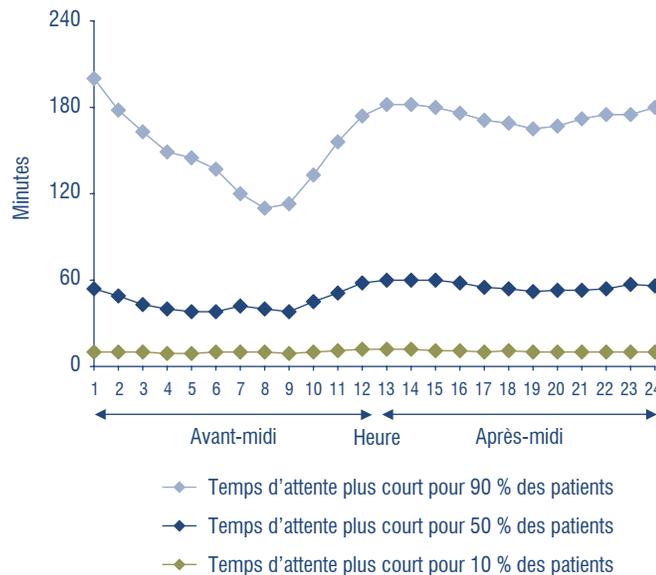
Le temps qui s'écoule entre l'inscription du patient et le moment où il est vu pour une première fois par un médecin sont maintenant versées au SNISA. Il s'agit plus précisément du temps écoulé entre l'inscription initiale ou le triage du patient au service d'urgence et son évaluation initiale par un médecin urgentiste, temps consigné par ce dernier.

Les nouvelles données recueillies présentent souvent des failles, et celles relatives au temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin ne font pas exception. Par exemple, ce dernier n'est pas consigné dans le cas d'environ 25 % des visites en 2003-2004, la première année de collecte. Sa consignation serait d'ailleurs sans fondement pour certains patients, comme ceux qui quittent les services d'urgence avant même d'avoir été vus par un médecin. Malgré ce pourcentage de données manquantes, les analyses de la qualité des données du SNISA menées par l'ICIS n'ont pas révélé d'erreurs systématiques en ce qui a trait au délai précédant l'ÉIM. De fait, il est fort probable que les temps d'attente propres aux enfants et aux personnes âgées ne soient pas saisis, quelle que soit l'heure de la journée. Il est intéressant de noter que l'Australie a récemment fait part d'un pourcentage similaire de données non consignées en ce qui a trait au temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin<sup>14</sup>.

23

## Temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin variable en fonction du nombre quotidien de patients

Le temps d'attente pour voir un médecin représente une autre mesure du temps passé aux services d'urgence. En 2003-2004, les patients voyaient un médecin plus rapidement s'ils s'étaient inscrits ou si leur état avait été évalué entre 7 h et 9 h, comparativement à d'autres moments du jour ou de la nuit. Cette observation est vraie malgré l'augmentation du volume de patients entre ces heures et elle pourrait refléter un afflux de personnel hospitalier durant ce quart de travail.

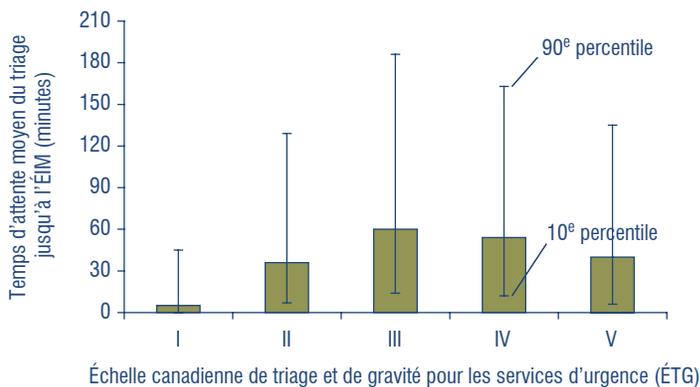


**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.



## 24 Temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin dans les services d'urgence

Dans l'ensemble, la moitié de tous les patients ayant fréquenté les services d'urgence en 2003-2004 ont attendu 51 minutes ou moins pour consulter un médecin une fois le triage effectué par un professionnel de la santé compétent. Le temps d'attente pour consulter un médecin variait en fonction de la gravité de la maladie. Les patients dans l'état le plus grave attendaient le moins longtemps, soit en moyenne cinq minutes. Toutefois, 10 % de ces patients ont été vus immédiatement (10<sup>e</sup> percentile = 0 minute) tandis qu'un autre 10 % a attendu au moins 45 minutes (90<sup>e</sup> percentile).

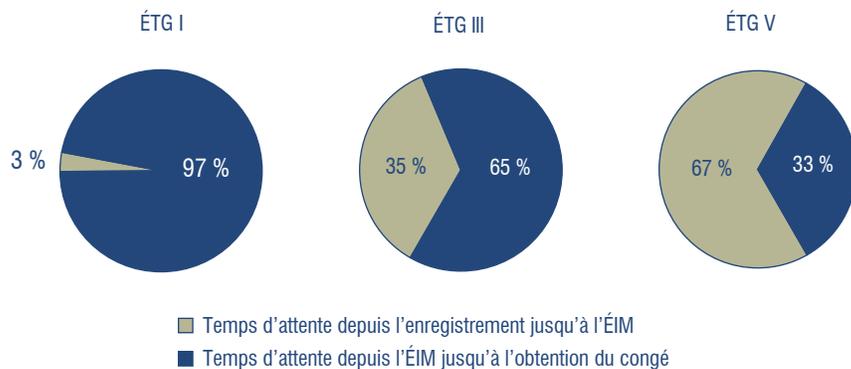


Les patients dans l'état le plus grave (ÉTG I) ont été vus par un médecin au bout de cinq minutes environ, alors que ceux exigeant des soins urgents (ÉTG III) ont attendu un peu moins de 60 minutes. La plus grande part du temps passé aux services d'urgence par les patients ÉTG I (97 % de leur durée de séjour) s'est écoulée après qu'ils ont été vus par un médecin. En revanche, le temps passé par les patients ÉTG III à attendre de voir un médecin correspond à 35 % de leur durée de séjour.

**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

## 25 Temps d'attente pour recevoir des soins

Le temps d'attente aux services d'urgence peut généralement être divisé entre le temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin et le temps d'attente suivant le diagnostic et le traitement. Dans l'ensemble, en 2003-2004, les patients dans l'état le plus grave (ÉTG I, p. ex., choc, traumatisme majeur et arrêt cardiaque) ont passé le moins de temps aux services d'urgence avant d'être évalués par un médecin. Inversement, les patients dont l'état a été jugé non urgent (ÉTG V, p. ex., mal de gorge ou douleurs dorsales chroniques) ont passé le plus de temps à attendre avant d'être évalués par un médecin.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

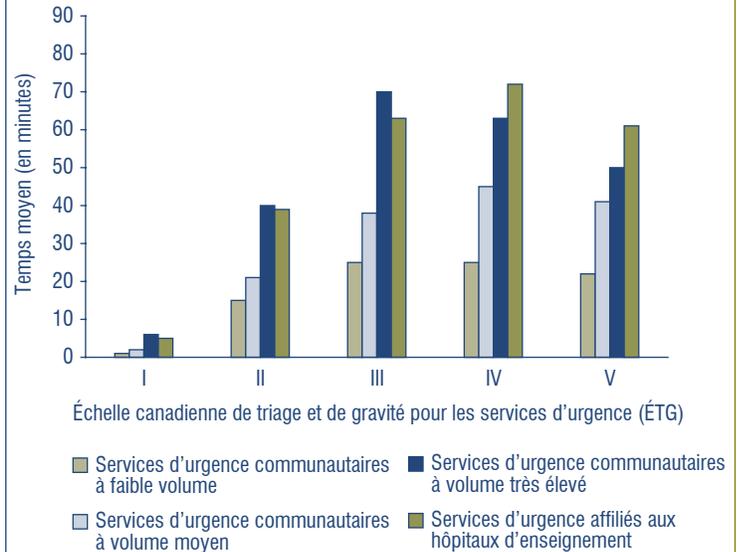


Les patients ÉTG I ont été en général vus rapidement par un médecin, peu importe le type de service d'urgence où ils se sont rendus. Les patients dans un état moins grave qui se sont rendus dans les services d'urgence à faible volume ou à volume moyen ont toutefois attendu moins longtemps pour voir un médecin. Dans l'ensemble, c'est dans les services d'urgence des hôpitaux d'enseignement que les temps d'attente les plus longs ont été enregistrés.

## 26

### Variation du temps d'attente pour voir un médecin selon le type de services d'urgence

En 2003-2004, le temps d'attente pour voir un médecin variait en fonction du type de service d'urgence. Dans l'ensemble, les patients ayant visité des services d'urgence à faible volume affiliés à des hôpitaux communautaires présentaient le temps d'attente moyen le plus court, à partir de l'inscription ou du triage jusqu'à ce qu'ils voient un médecin, peu importe la gravité de leur état.



**Remarque :** Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, ICIS.

### Établissement d'objectifs en matière de temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin

Le temps passé à attendre de voir un médecin peut être d'une importance fondamentale dans le cas de certains patients. Au moment de l'établissement de l'Échelle canadienne de triage et de gravité, les objectifs suivants avaient été fixés en matière de temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin :

- **ÉTG I** Réanimation requise : Aucun délai
- **ÉTG II** Soins très urgents requis : 15 minutes
- **ÉTG III** Soins urgents requis : 30 minutes
- **ÉTG IV** Soins moins urgents requis : 60 minutes
- **ÉTG V** Soins non urgents requis : 120 minutes

Ceux qui ont élaboré l'ÉTG ont été clairs sur le fait que ces délais ne sont pas des normes absolues et peuvent se révéler inapplicables dans certains établissements, comme ceux qui ne disposent pas de médecins sur place<sup>12</sup>. Leur respect ou non permet toutefois d'établir des comparaisons entre divers types d'établissements ou même avec les autres pays qui ont adopté ces objectifs.

L'analyse des données de 2003-2004 du SNISA en fonction de ces objectifs indique que la plupart des patients sont vus à l'intérieur de ces délais, ce qui n'est pas le cas pour tous. Une plus grande proportion de patients exigeant des soins non urgents (ÉTG V) que de patients dans l'état le plus grave (ÉTG I) sont vus dans les délais prescrits. En effet, 87 % des premiers sont vus au bout de moins de 120 minutes, tandis que 54 % seulement des seconds sont vus au bout de moins de cinq minutes. Toutefois, 10 % des patients de cette dernière catégorie ont dû attendre 45 minutes ou plus avant d'être évalués par un médecin. En Australie, où le triage et les objectifs sont identiques et aussi basés sur une échelle à cinq niveaux, environ 99 % des patients des services d'urgence des hôpitaux publics « ayant besoin d'être réanimés » ont été vus dans les délais prescrits en 2003-2004. Ce pourcentage variait de 61 à 82 % pour les patients des autres niveaux<sup>14</sup>.

## Sortie des services d'urgence

En 2003-2004, une fois traités dans les services d'urgence, la majorité des patients ont reçu leur congé et ont pu rentrer chez eux, alors qu'une minorité d'entre eux ont dû être hospitalisés. Le taux d'hospitalisation s'est révélé variable en fonction du volume de patients dans les services d'urgence et de la gravité de l'état des patients (ÉTG). Le plus fort taux d'hospitalisation a été enregistré chez les patients des services d'urgence des hôpitaux à volume très élevé ou des hôpitaux d'enseignement, ce qui est logique. En effet, comme on l'a établi précédemment, ces services d'urgence reçoivent une proportion supérieure de patients dans l'état le plus grave (ÉTG I). Dans l'ensemble, les patients ÉTG I ont connu des taux d'hospitalisation plus élevés (50 %) que les patients des autres niveaux ÉTG. Seulement 3 % des patients ont quitté les services d'urgence avant même d'avoir été vus par un médecin, et un pourcentage encore plus faible d'entre eux les ont quittés contre l'avis des médecins ou ont été transférés. (Voir l'annexe B pour les détails.)

À quelques exceptions près, la comparaison des données de l'Ontario et des données antérieures (2001-2002) de l'Alberta fait apparaître des pourcentages similaires en matière de congé. Ainsi, le pourcentage de décès enregistrés dans les services d'urgence était très faible dans les deux provinces (0,1 %). Par contre, les visites aux services d'urgence en Ontario se soldaient plus souvent par une hospitalisation (11 %), tandis que l'Alberta enregistrait un taux d'hospitalisation de 8 %. Les pourcentages de patients autorisés à rentrer chez eux ou ayant quitté les services d'urgence contre l'avis des médecins étaient plus élevés en Alberta qu'en Ontario.

En outre, aux États-Unis en 2002, 12 % des patients qui se sont rendus au service d'urgence ont été hospitalisés, et 44 % d'entre eux ont été dirigés vers d'autres médecins ou envoyés en consultation externe. Toujours aux États-Unis, 8 % des patients qui se sont rendus au service d'urgence n'ont ensuite été astreints à aucun suivi<sup>17</sup>.

## 27 Sortie des services d'urgence

Le tableau ci-dessous illustre les différentes façons dont la visite d'un patient aux services d'urgence peut se terminer. La majorité des patients obtiennent leur congé, ce qui est vrai en Ontario et en Alberta. Toutefois, l'Alberta a déclaré un pourcentage accru de patients ayant obtenu leur congé. L'Ontario a par contre signalé une proportion plus élevée d'hospitalisations (11 %) que l'Alberta (8 %). Il existait également certaines différences entre les deux provinces en ce qui a trait à la proportion de patients ayant quitté les services d'urgence avant l'évaluation initiale par un médecin et qui sont retournés chez eux sans avoir reçu d'avis médical. Certaines de ces différences pourraient s'expliquer par des différences à l'échelle des provinces dans la gravité des cas vus habituellement dans les services d'urgence.

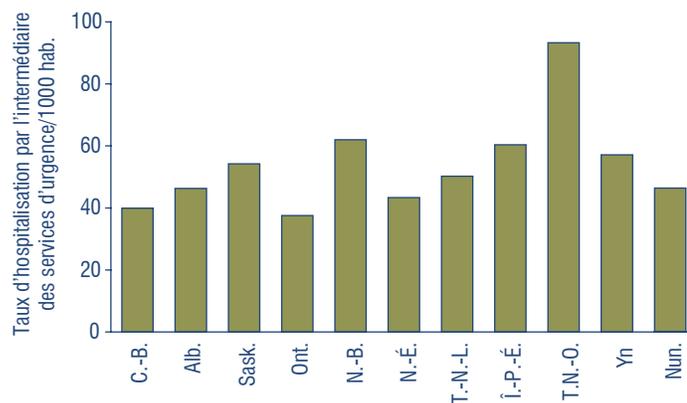
Disposition	Ontario* (2003-2004)		Alberta (2001-2002)	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
<b>Congé</b>	3 660 900	83,9	1 583 400	87,4
<b>Transfert</b>	28 600	0,7	21 200	1,2
<b>Départ avant l'évaluation</b>	136 800	3,1	7 200	0,4
<b>Départ malgré l'avis du médecin</b>	30 200	0,7	41 600	2,3
<b>Hospitalisation</b>	475 600	10,9	146 100	8,0
<b>Mort</b>	6 500	0,1	1 700	0,1
<b>Autre</b>	25 400	0,6	11 100	0,6
<b>Total</b>	<b>4 364 000</b>	<b>100</b>	<b>1 812 300</b>	<b>100</b>

\* Ces données représentent les visites dans 163 services d'urgence situés en Ontario.  
**Sources** : Ontario : SNISA, ICIS; Alberta : Ambulatory care in Alberta, ACCS Report, Alberta Health and Wellness, août 2004.  
 Les données présentées sont fondées sur l'exercice 2001-2002.

Le taux d'hospitalisations est influencé autant par le nombre de personnes se présentant au service d'urgence que par l'état nécessitant une hospitalisation. Par conséquent, au Canada, les taux d'hospitalisation à partir des services d'urgence observés varient d'une province ou d'un territoire à l'autre\*. En 2003-2004, les Territoires du Nord-Ouest ont enregistré le plus fort taux d'hospitalisation à partir des services d'urgence toutes tranches d'âge confondues, soit 97 admissions par 1 000 habitants. L'Ontario a enregistré le taux le plus faible, soit 38 admissions par 1 000 habitants.

## 28 Taux d'hospitalisation à partir des services d'urgence au Canada

Dans l'ensemble du Canada, les taux d'hospitalisation, standardisés selon l'âge, par l'intermédiaire des services d'urgence varient par province et territoire. En 2003-2004, les Territoires du Nord-Ouest présentaient un taux d'hospitalisation par l'intermédiaire des services d'urgence plus élevé que tout autre territoire ou province.



**Remarque :** Les estimations de population pour 2003 dans l'ensemble du Canada ont été fournies par Statistique Canada. Les taux standardisés selon l'âge par population sont standardisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne de 1991. Des données comparables ne sont actuellement pas disponibles pour le Manitoba et le Québec en raison des différences dans la cueillette des données. Les pathologies maternelles sont exclues de la présente analyse.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, ICIS.

\* Les données comparables du Québec et du Manitoba ne sont pas disponibles.



## Conclusion

Les services d'urgence du Canada reçoivent plus de 14 millions de visites de patients par année. Au total, en 2004, plus du tiers des adultes canadiens disent s'être rendus dans un service d'urgence au cours des deux années précédentes, un taux supérieur à celui de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des États-Unis. Les Canadiens étaient également plus enclins à dire qu'ils auraient pu être traités par leur médecin de famille, si celui-ci avait été disponible. Près d'un Canadien sur cinq étaient de cet avis (18 %), un taux semblable à celui des États-Unis, mais supérieur à celui d'autres pays.

Ce rapport est le premier d'une série destinée à identifier les utilisateurs des services d'urgence et à connaître les temps d'attente dans ces services. Il contient de nouvelles données et analyses tirées des bribes d'information sur les soins dispensés dans les services d'urgence, qu'on retrouve au Canada et partout dans le monde. Par exemple, dans le rapport, nous avons démontré que, si les durées de séjour dans les services d'urgence varient en fonction de l'heure du jour, du volume de cas et de la gravité de l'état des patients, ces facteurs n'influent pas tous sur les temps d'attente précédant la consultation avec un médecin, après l'inscription ou le triage. Cependant, la gravité de la maladie entre en ligne de compte dans les temps d'attente et c'est pourquoi les patients les plus malades affichent les temps d'attente les plus courts. Dans l'ensemble, en 2003-2004, les médecins ont examiné un peu plus de la moitié des patients souffrant d'un arrêt cardiaque, d'un traumatisme grave ou de tout autre état mortel ou pouvant se détériorer rapidement dans les cinq minutes suivant l'arrivée du patient au service d'urgence\*. En revanche, le rapport montre aussi qu'un patient sur dix dans la même situation a attendu 45 minutes ou plus avant de voir un médecin.

\* Ces données représentent les visites à 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi qu'aux établissements participants de la Nouvelle-Écosse (4), de la Colombie-Britannique (3) et de l'Île-du-Prince-Édouard (1).

Dans ces domaines et dans d'autres, nous réussissons progressivement à combler les lacunes en matière d'information. Néanmoins, nous avons encore beaucoup à apprendre. Par exemple, comment l'utilisation des services d'urgence et les temps d'attente ont-ils changé au fil du temps? Sont-ils les mêmes dans l'ensemble du pays? Quels facteurs influent sur les temps d'attente dans les services d'urgence et quelles sont les répercussions des soins dispensés dans les services d'urgence sur d'autres secteurs du système de santé?

Bien que nous disposions de renseignements sur le sujet, ces questions, et bien d'autres, restent sans réponse. Dans certains cas, nous avons de grandes chances d'obtenir des réponses. Un certain nombre d'initiatives visant à combler les lacunes en matière d'information sont en cours tant à l'échelle des secteurs de compétence qu'à l'échelle pancanadienne. Dans les rapports à venir, nous espérons prendre appui sur ces efforts afin de contribuer à l'enrichissement de notre base de connaissances collectives.

# Références bibliographiques

1. G. Carriere, « Use of Hospital Emergency Rooms », *Health Reports*, vol. 16, n° 1 (octobre 2004), Statistics Canada. Numéro de catalogue 82-003.
2. C. Schoen et coll., « Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries », *Health Affairs*, Web Exclusive (2004), p. W4-487-503.
3. B. Chan, M. J. Schull et S.E. Schultz, *Emergency Department Services in Ontario, 1993-2000*, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences. Internet : <[http://www.ices.on.ca/file/Emergency\\_department\\_services\\_in\\_Ontario.pdf](http://www.ices.on.ca/file/Emergency_department_services_in_Ontario.pdf)>.
4. M. J. Schull, « Rising Utilization of US Emergency Departments: Maybe It Is Time to Stop Blaming the Patients », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 45, n° 1 (janvier 2005), p. 13-14.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs rendement financier des hôpitaux*, Ottawa, du même auteur, 2005.
6. Canadian Association of Emergency Physicians, *Emergency Medicine: Change and Challenge*, The Canadian Association of Emergency Physicians' Submission to the Commission, résumé. Internet : <<http://www.caep.ca/002.policies/002-04.romanow/002-04.Romanow-CAEP2001.pdf>>.
7. D. H. Wilson, « The development of accident and emergency medicine », *Community Medicine*, n° 2 (1980), p. 28-35.
8. National Academy of Sciences, *Roles and Resources of Federal Agencies in Support of Comprehensive Emergency Systems*, Washington, D.C., National Research Council, (mars 1972).
9. M. Sakr et J. Wardrope, « Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution », *Journal of Accident and Emergency Medicine*, n° 17 (2000), p. 314-319.
10. G. Fitzgerald, « Setting the scene: the history and development of emergency medical service », *Journal of Emergency Medicine*, n° 16 (1998), p. 309.
11. R. Beveridge, « The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform », *Journal of Emergency Medicine*, n° 16 (1998), p. 507-511.
12. R. Beveridge et coll., « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines » (supplément), *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 1, n° 3 (1999).
13. R. Beveridge et coll., « Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement », *Annals of Emergency Medicine*, n° 34 (1999), p. 155-159.
14. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), *Australian Hospital Statistics 2003-2004*, AIHW Cat. No. HSE 37, Canberra, AIHW, 2005 (Health Services Series, n° 23).
15. Department of Health, *Improving Emergency Care In England*, Londres, DH, octobre 2004. Rapport rédigé par le contrôleur et auditeur général, HC 1075, National Audit Office. Internet : <[http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/03-04/03041075.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/03-04/03041075.pdf)>.
16. L. F. McCaig et C. W. Burt, « National Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Emergency Department Summary », *Advance Data*, n° 340 (18 mars 2004), p. 1-33. Internet : <<http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad340.pdf>>.
17. L. F. McCaig et C. W. Burt, « National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 Emergency Department Summary », *Advance Data*, n° 335 (4 juin 2003), p. 1-36. Internet : <<http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad335.pdf>>.
18. B. Borgundvaag et coll., « SRAS outbreak in the Greater Toronto Area: the emergency department experience », *Canadian Medical Association Journal*, n° 171, 11 (23 novembre 2004), p. 1342-1344.

19. E. Braunwald, et coll., eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16th Ed., McGraw-Hill, É.-U., 2005.
20. S. Lamont, « The spread of 'see and treat' » (rapport sommaire), 11 mars 2004. Internet : <<http://www.Modern.nhs.uk/researchintopractice>>.
21. P. Yoon, I. Steiner et G. Reinhardt, « Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 5, n° 3 (2003). Internet : <<http://www.caep.ca/004.cjem-jcmu/004-00.cjem/vol-5.2003/v53.155-161.htm>>.
22. M. J. Schull, « What are we waiting for? Understanding, measuring and reducing treatment delays for cardiac patients », *Emergency Medicine Australasia*, vol. 17, n° 3 (juin 2005), p. 191-192.

# Annexe A — Notes techniques

## Critères d'exclusion et d'inclusion de l'échantillon pour analyse

### Critères d'inclusion

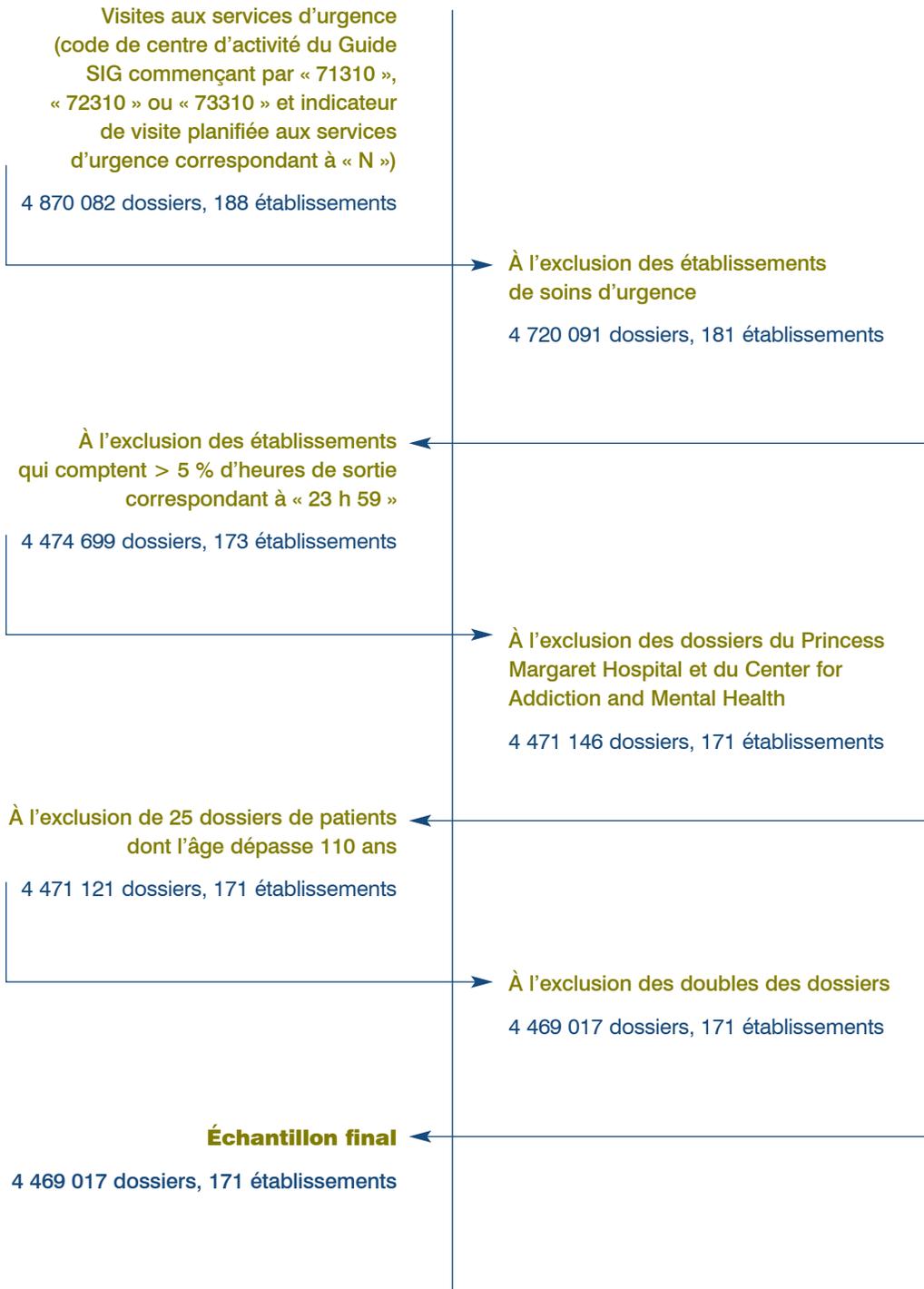
Toutes les visites aux services d'urgence : les visites aux services d'urgence ont été identifiées au moyen d'un code de centre d'activité du Système d'information de gestion (SIG) commençant par « 71310 », « 72310 » ou « 73310 » et de l'indicateur de visite planifiée aux services d'urgence « N » (visite non planifiée).

### Critères d'exclusion

1. Sept établissements ne fournissant que des services de soins d'urgence (c.-à-d. non ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7) ont été exclus.
2. La qualité des données des dossiers fournis par chaque établissement restant a été vérifiée. Huit établissements dont le nombre de dossiers dans lesquels une heure de visite inconnue était inscrite (c.-à-d. que l'heure enregistrée correspondait à « 23 h 59 », valeur par défaut si l'heure de visite est inconnue) dépassait 5 % ont été exclus.
3. De plus, deux autres établissements desservant des populations particulières différentes du reste de l'échantillon ont été exclus. Ces établissements sont le Center for Addiction and Mental Health et le Princess Margaret Hospital (centre d'oncologie).
4. Vingt-cinq dossiers dans lesquels l'âge des patients dépassait 110 ans ont été exclus.
5. Tous les autres dossiers ont été vérifiés afin de s'assurer qu'ils n'existaient pas en double. Les doubles de 2 104 dossiers (0,04 %) ont été retirés.

## Organigramme : échantillon pour analyse

Cet organigramme étaye, étape par étape, la façon dont les critères d'inclusion et d'exclusion ont défini l'échantillon des dossiers utilisés pour le présent rapport.



## Calcul des variables et définitions

### Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgences (ÉTG)

L'ÉTG, conçue par l'Association canadienne des médecins d'urgence, est l'une des mesures permettant d'évaluer la priorité de traitement d'un patient, en plus de constituer un estimateur indirect de la gravité des symptômes à l'arrivée au service d'urgence. L'urgence ou la nécessité d'amorcer un traitement d'urgence diminue à mesure que les cotations de l'ÉTG augmentent. Les niveaux de l'ÉTG utilisés dans le SNISA sont : I) réanimation requise, II) soins très urgents requis, III) soins urgents requis, IV) soins moins urgents requis et V) soins non urgents requis.

### Durée du séjour dans les services d'urgence

Temps total passé par un patient aux urgences à partir de l'inscription ou du triage (selon la première éventualité) jusqu'à la fin de la visite.

#### Méthode de calcul

La durée de séjour dans les services d'urgence est calculée comme la différence, en minutes, entre le début (triage ou inscription) et la fin de la visite.

#### Remarques

Dans le cas des visites ayant mené à une hospitalisation, l'heure de sortie enregistrée dans le SNISA ne correspond pas nécessairement au transfert réel du patient à la chambre d'hôpital ou à l'unité de soins intensifs. Les patients qui ont quitté les urgences sans avoir été vus ont été exclus du calcul de la durée de séjour dans les services d'urgence puisque l'heure de sortie peut ne pas avoir été inscrite correctement.

### Temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin

Temps passé par un patient aux urgences à partir de l'inscription ou du triage (selon la première éventualité) jusqu'à l'évaluation initiale par un médecin.

#### Méthode de calcul

L'heure d'inscription ou du triage, en fonction de la première éventualité, est considérée comme le début de la visite. Le temps d'attente précédant l'évaluation initiale par un médecin est calculé comme la différence, en minutes, entre le début de la visite et l'heure de l'évaluation initiale par un médecin.

#### Remarques

L'heure de l'évaluation initiale du médecin n'a pas été enregistrée pour les patients qui ont quitté les services d'urgence avant l'évaluation ou pour les patients évalués par un fournisseur de soins de santé autre qu'un médecin. Par conséquent, ces dossiers ont été exclus de l'échantillon. Un petit nombre de dossiers dans lesquels l'heure de l'évaluation initiale du médecin correspondait à plus d'une heure avant le début de la visite ont été exclus de l'analyse en raison de la forte probabilité que l'heure de l'évaluation initiale du médecin n'ait pas été enregistrée correctement. Si l'évaluation initiale du médecin correspondait à moins d'une heure avant le début de la visite, elle était alors fixée à zéro.



## Classification des établissements

D'après la répartition du volume annuel de visites par établissement, et en comparaison avec d'autres rapports, les établissements ont été classés selon le nombre de patients traités : à faible volume, à volume moyen et à volume très élevé.

- **Établissements à faible volume** : services d'urgence dont le nombre annuel de visites est inférieur à 15 000.
- **Établissements à volume moyen** : services d'urgence dont le nombre annuel de visites se situe entre 15 000 et 30 000.
- **Établissements à volume très élevé** : services d'urgence dont le nombre annuel de visites est supérieur à 30 000.

De plus, les types d'établissements suivants ont été classés dans des catégories distinctes :

- **Établissements d'enseignement** : services d'urgence affiliés à des hôpitaux membres en règle de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) ou du Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO), y compris à des hôpitaux pédiatriques.
- **Établissements pédiatriques** : services d'urgence affiliés à des hôpitaux offrant des soins pour enfants.
- **Établissements de soins d'urgence** : établissements fournissant des soins d'urgence, mais non ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

## Issue de la visite

- **Congé et retour à la maison** : le patient obtient son congé et retourne à son lieu de résidence, qui peut être une maison privée, un centre de soins infirmiers, une maison de retraite ou une unité pour les malades chroniques.
- **Départ avant l'évaluation** : le patient s'est inscrit et a été évalué par une infirmière, mais il a quitté avant d'être vu par un fournisseur de soins de santé.
- **Départ malgré l'avis du médecin** : le patient a été évalué par une infirmière, s'est inscrit et a été évalué par un fournisseur de soins de santé, mais il a quitté le service d'urgence sans traitement ou, si le traitement a été amorcé, il a quitté avant la fin du traitement malgré l'avis du médecin.
- **Hospitalisation** : le patient est admis à l'établissement déclarant à titre de patient hospitalisé ou de patient dont l'état est critique ou il est transféré directement du service d'urgence au bloc opératoire ou à une autre unité.
- **Transfert** : le patient est transféré directement du service d'urgence déclarant à un autre établissement de soins de courte durée.
- **Décès** : le décès du patient est constaté à l'arrivée au service d'urgence ou peu de temps après.
- **Autre** : autre issue de la visite au service d'urgence non précisée ci-dessus.

## Arrivée par ambulance

Fait référence aux cas où un patient a été amené à un service d'urgence par ambulance terrestre, aérienne ou maritime ou par une combinaison de moyens de transport. Les ambulances englobent toutes les ambulances conduites par des ambulanciers diplômés, les unités de service de transfert entre établissements et les ambulances aériennes et maritimes dans lesquelles un bénéficiaire peut recevoir des soins durant le transport vers la destination.





## Annexe B — Tableaux

- 1** Nombre de visites aux services d'urgence par type d'établissement
- 2** Répartition des patients arrivant aux services d'urgence en ambulance en fonction de l'âge et du sexe
- 3** Temps associé aux soins aux services d'urgence par niveau de l'ÉTG
- 4** Durée de séjour dans les services d'urgence en fonction de la gravité de l'état du patient
- 5a** Établissements par régions où sont implantés les RLISS
- 5b** Répartition des patients visitant les services d'urgence par RLISS en fonction de l'âge et du sexe
- 6** Durée de séjour dans les services d'urgence par type d'établissement
- 7** Congé à la suite de la visite aux services d'urgence en fonction de la gravité de l'état du patient
- 8** Issue de la visite aux services d'urgence par type d'établissement



## 1 Nombre de visites dans les services d'urgence par type d'établissement

Groupe d'établissement	N <sup>bre</sup> d'éta- blissements	% d'éta- blissements	N <sup>bre</sup> de visites	% de visites	Moyenne des visites/jour
Services d'urgence affiliés à des hôpitaux pédiatriques	3	1,8	121 600	2,7	111
Services d'urgence affiliés à des hôpitaux communautaires (à faible volume)	61	35,7	489 600	11	22
Services d'urgence affiliés à des hôpitaux communautaires (à volume moyen)	48	28,1	1 068 400	23,9	61
Services d'urgence affiliés à des hôpitaux communautaires (à volume très élevé)	43	25,1	2 095 500	46,9	133
Services d'urgence affiliés à des hôpitaux communautaires	16	9,4	693 900	15,5	119
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>4 469 000</b>	<b>100</b>	<b>72</b>

**Remarques :**

Faible volume = < 15 000 visites annuelles

Volume moyen = de 15 000 à 30 000 visites annuelles

Volume très élevé = > 30 000 visites annuelles

Les établissements ont été inclus dans le présent rapport en fonction de la définition des services d'urgence à laquelle on réfère dans le texte.

Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en

Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).

Source : SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.

## 2 Répartition des patients visitant les services d'urgence par RLISS en fonction de l'âge et du sexe

Mode d'arrivée	0-4		5-18		19-45		46-65		66-85		85+		TOTAL
	N <sup>bre</sup>	%											
<b>SEXE MASCULIN</b>													
Ambulance	9 200	3,8	21 800	5,9	71 900	8,9	62 200	13,8	79 100	26,3	21 600	47,6	265 900
Par ses propres moyens	232 700	96,2	348 600	94,1	736 200	91,1	387 700	86,2	221 900	73,7	23 700	52,4	1 950 800
<b>Total</b>	<b>242 000</b>	<b>100</b>	<b>370 400</b>	<b>100</b>	<b>808 100</b>	<b>100</b>	<b>450 000</b>	<b>100</b>	<b>301 100</b>	<b>100</b>	<b>45 300</b>	<b>100</b>	<b>2 216 700</b>
<b>SEXE FÉMININ</b>													
Ambulance	6 900	3,6	19 100	5,8	69 000	8,0	54 500	12,3	95 000	28,2	46 500	54,8	291 000
Par ses propres moyens	187 300	96,4	311 500	94,2	793 500	92,0	388 800	87,7	241 700	71,8	38 300	45,2	1 961 000
<b>Total</b>	<b>194 200</b>	<b>100</b>	<b>330 500</b>	<b>100</b>	<b>862 500</b>	<b>100</b>	<b>443 300</b>	<b>100</b>	<b>336 700</b>	<b>100</b>	<b>84 800</b>	<b>100</b>	<b>2 252 100</b>

Remarque : Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).

Source : SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.

## 3 Temps associé aux soins dans les services d'urgence par niveau de l'ÉTG

Niveau de l'ÉTG	DSSU (min.)					Délai précédant l'ÉIM (min.)					Délai entre l'ÉIM et le congé (min.)				
	10°	25°	Moyenne	75°	90°	10°	25°	Moyenne	75°	90°	10°	25°	Moyenne	75°	90°
<b>I (réanimation)</b>	16	74	161	304	544	0	0	5	18	45	13	65	155	303	560
<b>II (très urgent)</b>	85	143	241	403	638	7	18	36	70	129	38	96	190	355	605
<b>III (urgent)</b>	60	106	190	320	510	14	30	60	113	186	13	35	110	229	440
<b>IV (moins urgent)</b>	33	57	100	173	275	12	25	54	101	163	5	10	30	80	175
<b>V (non urgent)</b>	38	67	21	120	194	17	40	6	80	135	10	20	5	45	105

Remarque : Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).

La DSSU correspond au temps passé par un patient aux services d'urgence à partir de l'inscription ou du triage

(selon la première éventualité) jusqu'au congé.

Le temps d'attente précédant l'ÉIM correspond au temps passé par un patient aux services d'urgence à partir de l'inscription ou du triage

(selon la première éventualité) jusqu'à l'ÉIM.

Le temps entre l'ÉIM et le congé correspond au temps passé par un patient aux services d'urgence après l'évaluation par un médecin

jusqu'au congé.

Source : SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.

#### 4 Durée de séjour dans les services d'urgence en fonction de la gravité de l'état du patient

DSSU	Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services des urgences (ÉTG)											
	Global		I		II		III		IV		V	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
0 -1 h	906 500	20,9	4 500	21,0	17 500	4,8	142 900	9,5	484 900	26,4	256 600	42,8
1-2 h	1 119 400	25,9	3 700	17,3	49 100	13,5	295 000	19,6	579 300	31,6	192 200	32,0
2-4 h	1 245 800	28,8	6 000	27,8	113 500	31,2	492 700	32,7	519 800	28,3	113 800	19,0
4-8 h	756 800	17,5	4 600	21,4	117 700	32,3	404 400	26,8	200 700	10,9	29 300	4,9
8-12 h	174 200	4,0	1 300	6,2	37 300	10,2	102 700	6,8	28 900	1,6	4 000	0,7
12-24 h	99 400	2,3	1 000	4,6	22 400	6,2	57 400	3,8	15 900	0,9	2 700	0,4
24 h et +	26 000	0,6	400	1,7	6 200	1,7	13 500	0,9	4 800	0,3	1 200	0,2
<b>Total*</b>	<b>4 328 000</b>	<b>100</b>	<b>21 600</b>	<b>100</b>	<b>363 800</b>	<b>100</b>	<b>1 508 700</b>	<b>100</b>	<b>1 834 300</b>	<b>100</b>	<b>599 600</b>	<b>100</b>

**Remarques :** Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
 \* Le nombre de visites total diffère de l'échantillon global puisque ce nombre exclut les patients qui ont quitté avant l'évaluation et ceux dont les cotations de l'ÉTG étaient manquantes.  
**Source :** SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.

#### 5a Établissements par régions où sont implantés les RLISS

RLISS	N <sup>bre</sup> de visites	% de visites
Érié-St. Clair	280 300	6,4
Sud-Ouest	494 100	11,3
Waterloo Wellington	199 500	4,6
Hamilton Niagara Haldimand Brant	463 100	10,6
Centre-Ouest	161 900	3,7
Mississauga Halton	186 100	4,3
Toronto-Centre	261 600	6,0
Centre	310 900	7,1
Centre-Est	529 900	12,1
Sud-Est	138 700	3,2
Champlain	520 600	11,9
Simcoe-Nord Muskoka	217 600	5,0
Nord-Est	416 100	9,5
Nord-Ouest	183 600	4,2
<b>Total</b>	<b>4 364 000</b>	<b>100</b>

**Remarques :** Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario. Les limites territoriales des RLISS proviennent du ministère de la Santé de l'Ontario — Données consultées à [http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhinmap\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhinmap_mn.html).  
**Source :** SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.



## 5b

### Répartition des patients visitant les services d'urgence par RLISS en fonction de l'âge et du sexe

RLISS	Global N <sup>bre</sup> de visites	Taux d'utili- sation**	H		F		0-4		5-18		19-45		46-65		66-85		85+	
			%	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
			Érié-St. Clair	280 300	26,1	48,7	51,3	27 100	9,7	41 800	14,9	108 700	38,8	54 700	19,5	39 900	14,2	8 000
Sud-Ouest	494 100	28,0	50,0	50,0	53 400	10,8	89 700	18,1	176 200	35,7	95 900	19,4	66 200	13,4	12 800	2,6		
Waterloo Wellington	199 400	19,9	50,0	50,0	19 200	9,6	29 100	14,6	80 700	40,5	37 200	18,7	27 700	13,9	5 500	2,7		
Hamilton Niagara Haldimand Brant	463 100	23,3	50,2	49,8	40 100	8,6	67 700	14,6	173 500	37,5	93 000	20,1	73 200	15,8	15 600	3,4		
Centre-Ouest	161 900	17,7	51,2	48,8	17 600	10,8	23 700	14,7	66 700	41,2	31 300	19,3	18 900	11,7	3 800	2,3		
Mississauga Halton	186 000	16,2	50,3	49,7	19 900	10,7	27 900	15,0	73 700	39,6	36 200	19,4	23 300	12,5	5 000	2,7		
Toronto-Centre	261 600	15,3	51,1	48,9	35 700	13,7	34 300	13,1	93 000	35,5	50 000	19,1	38 900	14,9	9 800	3,8		
Centre	310 900	15,4	49,5	50,5	29 600	9,5	44 200	14,2	118 700	38,2	60 200	19,4	47 100	15,1	11 200	3,6		
Centre-Est	529 900	20,4	49,9	50,1	41 300	7,8	76 500	14,4	204 100	38,5	111 000	21,0	80 000	15,1	16 900	3,2		
Sud-Est	138 700	27,7	48,8	51,2	10 900	7,8	21 800	15,7	50 200	36,2	28 400	20,5	22 700	16,4	4 600	3,3		
Champlain	520 600	23,5	48,6	51,4	54 200	10,4	86 500	16,6	190 400	36,6	102 700	19,7	71 600	13,8	15 100	2,9		
Simcoe-Nord Muskoka	217 600	31,0	49,4	50,6	19 600	9,0	37 600	17,3	81 200	37,3	42 400	19,5	31 200	14,4	5 600	2,6		
Nord-Est	416 100	36,1	48,2	51,9	31 500	7,6	65 300	15,7	153 600	36,9	94 400	22,7	61 600	14,8	9 600	2,3		
Nord-Ouest	183 600	35,8	49,6	50,4	16 200	8,8	29 200	15,9	72 600	39,6	38 200	20,8	23 400	12,8	4 000	2,2		

**Remarques :** Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence situés en Ontario.

Selon les limites territoriales par RLISS obtenues auprès du ministère de la Santé de l'Ontario — Données consultées à [http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhinmap\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/lhinmap_mn.html).

\*\*Les taux d'utilisation représentent le nombre de personnes ayant visité un service d'urgence dans le RLISS divisé par la population desservie par ce RLISS.

Les prévisions démographiques de chacun des RLISS sont tirées des plus récentes données de Statistique Canada (juillet 2002). Les taux d'utilisation ont été ajustés en fonction de l'âge contre la population canadienne en 1991.

Source : SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.

## 6 Durée de séjour dans les services d'urgence par type d'établissement

Durée du séjour	Hôpitaux pédiatriques		Établissements de soins d'urgence		Hôpitaux peu surchargés		Hôpitaux moyennement surchargés		Hôpitaux très surchargés		Hôpitaux d'enseignement	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
0-1 h	10 800	9,1	46 200	31,1	229 100	47,8	330 600	31,8	289 900	14,4	46 100	6,9
1-2 h	29 900	25,2	53 700	36,2	139 600	29,1	326 900	31,4	497 700	24,7	125 300	18,7
2-4 h	45 900	38,7	38 000	25,6	76 700	16,0	260 800	25,1	644 400	31,9	218 000	32,5
4-8 h	24 300	20,5	9 200	6,2	24 100	5,0	91 500	8,8	435 500	21,6	181 400	27,0
8-12 h	4 300	3,6	800	0,5	4 800	1,0	16 500	1,6	93 700	4,6	54 800	8,2
12-24 h	3 000	2,5	300	0,2	4 000	0,8	10 400	1,0	46 500	2,3	35 500	5,3
24 h et +	500	0,4	100	0,1	1 100	0,2	3 200	0,3	10 900	0,5	10 300	1,5
<b>Total</b>	<b>118 700</b>	<b>100</b>	<b>148 200</b>	<b>100</b>	<b>479 300</b>	<b>100</b>	<b>1 039 900</b>	<b>100</b>	<b>2 018 700</b>	<b>100</b>	<b>671 500</b>	<b>100</b>

**Remarques :** Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario et 7 établissements de soins d'urgence ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).

Faible volume = < 15 000 visites annuelles

Volume moyen = de 15 000 à 30 000 visites annuelles

Volume très élevé = > 30 000 visites annuelles

Les établissements de soins d'urgence ont été définis comme ceux dont les heures d'ouverture sont restreintes (moins que tous les jours, 24 heures sur 24) et qui ne traitent généralement pas de patients arrivant par ambulance (les instituts psychiatriques ont été exclus).

Source : SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.

## 7 Congé à la suite de la visite aux services d'urgence en fonction de la gravité de l'état du patient

Disposition	Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services des urgences (ÉTG)											
	Global		I		II		III		IV		V	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
<b>Congé et retour à la résidence</b>	3 752 000	84,0	4 400	20,5	218 600	59,6	1 196 800	77,1	1 748 700	91,9	583 600	93,4
<b>Transfert</b>	29 400	0,7	1 300	5,9	7 100	2,0	14 700	0,9	5 500	0,3	800	0,1
<b>Départ avant l'évaluation</b>	141 000	3,2	0	0,1	3 000	0,8	42 900	2,8	68 400	3,6	25 400	4,1
<b>Départ malgré l'avis du médecin</b>	30 400	0,7	100	0,3	2 900	0,8	13 000	0,8	11 200	0,6	3 300	0,5
<b>Hospitalisation</b>	483 800	10,8	10 900	50,2	131 500	35,9	270 900	17,5	61 300	3,2	9 300	1,5
<b>Mort</b>	6 600	0,1	4 900	22,5	800	0,2	500	0,0	100	0,0	400	0,1
<b>Autre</b>	25 700	0,6	100	0,5	2 800	0,8	12 900	0,8	7 600	0,4	2 300	0,4
<b>Total</b>	<b>4 469 000</b>	<b>100</b>	<b>21 600</b>	<b>100</b>	<b>366 800</b>	<b>100</b>	<b>1 551 600</b>	<b>100</b>	<b>1 902 700</b>	<b>100</b>	<b>625 000</b>	<b>100</b>

**Remarque :** Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).  
**Source :** SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.

## 8 Issue de la visite aux services d'urgence par type d'établissement

Disposition	Hôpitaux pédiatriques		Établissements de soins d'urgence		Hôpitaux peu surchargés		Hôpitaux moyennement surchargés		Hôpitaux très surchargés		Hôpitaux d'enseignement	
	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%	N <sup>bre</sup>	%
<b>Congé et retour à la résidence</b>	106 200	87,3	141 200	94,1	439 000	89,7	948 000	88,7	1 711 500	81,7	547 400	78,9
<b>Transfert</b>	600	0,5	2 600	1,7	5 500	1,1	9 200	0,9	8 700	0,4	5 400	0,8
<b>Départ avant l'évaluation</b>	3 000	2,5	1 800	1,2	10 200	2,1	28 500	2,7	76 900	3,7	22 400	3,2
<b>Départ malgré l'avis du médecin</b>	400	0,3	500	0,4	2 600	0,5	5 700	0,5	16 400	0,8	5 400	0,8
<b>Hospitalisation</b>	11 200	9,2	1 900	1,2	29 100	6,0	72 600	6,8	263 900	12,6	106 900	15,4
<b>Mort</b>	0	0,0	0	0,0	600	0,1	1 300	0,1	3 500	0,2	1 300	0,2
<b>Autre</b>	300	0,3	2 000	1,4	2 500	0,5	3 100	0,3	14 700	0,7	5 100	0,7
<b>Total</b>	<b>121 600</b>	<b>100</b>	<b>150 000</b>	<b>100</b>	<b>489 600</b>	<b>100</b>	<b>1 068 400</b>	<b>100</b>	<b>2 095 500</b>	<b>100</b>	<b>693 900</b>	<b>100</b>

**Remarques :**

Les données représentent les visites dans 163 services d'urgence de l'Ontario et 7 établissements de soins d'urgence ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse (4), en Colombie-Britannique (3) et à l'Île-du-Prince-Édouard (1).

Les établissements de soins d'urgence ont été définis comme ceux dont les heures d'ouverture sont restreintes (moins que tous les jours, 24 heures sur 24) et qui ne traitent généralement pas de patients arrivant par ambulance.

Faible volume = < 15 000 visites annuelles

Volume moyen = de 15 000 à 30 000 visites annuelles

Volume très élevé = > 30 000 visites annuelles

**Source :** SNISA, exercice 2003-2004, ICIS.

