Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence

Rapport

Novembre 2014

Performance du système de santé

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Résumé 4

Remerciements 5

Introduction 6

Visites au SU pour des CPMF : peut-on les éviter en améliorant l'accès aux soins dans d'autres milieux? 7

- Visites en raison de CPMF : plus fréquentes chez les nourrissons et les jeunes enfants que chez tout autre groupe d'âge 10
- Les visites en raison de CPMF : plus courantes en région rurale qu'en région urbaine 11
- Avantages potentiels de diriger les CPMF vers des milieux de soins plus appropriés 13
- Réduction du nombre inapproprié de visites au SU 13

Visites au SU de personnes âgées vivant en établissement de soins de longue durée : peut-on les éviter en améliorant l'accès à des services précis? 15

- Infections des voies urinaires et pneumonies : motif de plus de la moitié des visites au SU pour des affections potentiellement évitables 17
- Les chutes, cause importante de visites au SU pour des affections mineures ne nécessitant pas d'hospitalisation 19
- Séjour au SU : plus long pour les personnes âgées vivant en établissement de SLD....20

Conclusion 22

Annexe A : Définitions, sources des données, sélection des cas et limites de l'étude 24

Annexe B : Comparaison des visites en raison de CPMF aux autres visites au SU sans hospitalisation, 2013-2014 27

Annexe C : Caractéristiques des visites au SU par des personnes âgées vivant en établissement de SLD et dans la collectivité, 2013-2014....29

Références 32

Résumé

Les Canadiens visitent fréquemment les services d'urgence (SU), souvent pour des problèmes de santé mineurs qui pourraient être traités plus adéquatement dans un autre milieu de soins. Les SU traitent en priorité les patients qui ont des besoins urgents et qui nécessitent des soins très spécialisés[1]. Ainsi, pour favoriser la continuité des soins et améliorer l'expérience globale des patients qui présentent des problèmes médicaux mineurs, il pourrait être bénéfique de les diriger vers d'autres milieux de soins, comme les cabinets de médecin. Il y aurait également des avantages pour le système de soins de santé, puisque les ressources des SU pourraient être consacrées en priorité aux patients qui en ont réellement besoin.

S'appuyant sur des travaux antérieurs de l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario et le Health Quality Council of Alberta, la présente étude porte sur 2 groupes de patients susceptibles d'obtenir des soins plus appropriés dans des milieux autres que les SU :

1. Les patients qui ont visité le SU pour des problèmes de santé pouvant être traités dans un cabinet de médecin ou une clinique, appelés « conditions propices à la médecine familiale ».
    - Entre dans cette catégorie une visite au SU sur 5 où les patients ont obtenu leur congé sans être hospitalisés.
    - Les motifs les plus courants des visites de ce groupe de patients sont les infections des voies respiratoires supérieures comme les rhumes (13 %), les traitements par antibiotiques (13 %), les maux de gorge (8 %), les otites (7 %) et les soins de contrôle chirurgicaux, comme les changements de pansements et l'enlèvement de points de suture (5 %). En 2013-2014, ces 5 catégories représentaient près de la moitié (46 %) de l'ensemble des visites au SU pour des conditions propices à la médecine familiale.
    - Les jeunes enfants et les patients habitant en région rurale étaient plus susceptibles que ceux des autres groupes à effectuer ce type de visites. En effet, plus du tiers (35 %) des visites n'ayant pas mené à une hospitalisation chez les enfants de moins de 5 ans étaient motivées par des conditions propices à la médecine familiale, contre seulement 12 % chez les patients de 85 ans et plus. De même, 32 % des visites sans hospitalisation chez les patients habitant en région rurale entraient dans cette catégorie (contre 17 % chez les patients des régions urbaines).
2. Les personnes âgées qui résident dans un établissement de soins de longue durée, où les soins préventifs et les traitements de base sont souvent offerts sur place. À partir des résultats d'études antérieures, ces patients ont été divisés en 2 sous-groupes : ceux ayant visité le SU pour des affections potentiellement évitables, et ceux ayant visité le SU pour des affections jugées moins urgentes et n'ayant pas mené à une hospitalisation.
    - En 2013-2014, une personne âgée sur 3 vivant en établissement de soins de longue durée a visité le SU, un ratio similaire à celui des personnes âgées demeurant dans la collectivité.
    - Un tiers de ces visites auraient pu être évitées :
        - 24 % des visites étaient motivées par une affection potentiellement évitable. Les infections des voies urinaires et les pneumonies en représentaient plus de la moitié (56 %).
        - 10 % des visites étaient motivées par des problèmes non urgents ne nécessitant pas d'hospitalisation. Les chutes en représentaient le quart (25 %).

Bon nombre de provinces et de territoires évaluent actuellement des stratégies de réduction des visites évitables au SU en vue d'améliorer la pertinence des soins. L'identification et la quantification des types précis de visites potentiellement évitables au SU contribueront à orienter leurs démarches.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport, qui n'aurait pu voir le jour sans l'aide et l'appui généreux des membres de notre groupe consultatif d'experts :

- Marilyn ElBestawi, IA, M. Sc. en administration des services de santé, CHE, employée contractuelle du Réseau universitaire de santé
- Graham Fast, responsable, Emergency Department Waits and Patient Flow Initiative, Provincial Kaizen Operational Team, Saskatchewan Health Quality Council
- Howard Ovens, M.D., CCMF (MU), FCMF, directeur, service d'urgence Schwartz/Reisman, Hôpital Mount Sinai, et professeur, Département de médecine communautaire et familiale, Université de Toronto
- Jody Pow, M.A., gestionnaire de données et responsable de la mesure de la performance des soins de santé primaires, Health Quality Council of Alberta
- Eleanor Risling, directrice, initiatives RAI intégrées, Services de santé de l'Alberta
- Averil Suriyakumaran, directrice principale des opérations, Soins aux aînés, Edmonton General Continuing Care Centre

Veuillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Nous tenons à remercier le personnel de l'ICIS qui a participé au projet, à savoir les membres de l'équipe principale, de l'équipe des services à domicile et des soins de longue durée et de l'équipe des bases de données clinico-administratives, de l'équipe des classifications, les gestionnaires des relations avec les clients ainsi que toutes les autres sections de l'ICIS qui ont contribué à l'élaboration du projet. Les membres de l'équipe principale responsables de la rédaction du rapport sont Allie Chen, Clare Cheng, Dennis Christy, Keith Denny, Alexey Dudevich, Josh Fagbemi, Omid Fekri, Jennifer Frood, Cheryl Gula, Sharon Gushue, Marufa Hoque, Hong Ji, Tracy Johnson, Derek Lefebvre, Michelle Martin-Rhee, Kathleen Morris, Geoff Paltser, Jessica Ramirez Mendoza, Ben Reason et Jeremy Veillard.

Introduction

Les services d'urgence (SU) ont pour mission de dispenser des soins aux patients qui présentent des problèmes urgents ou dont la vie est en danger, de traiter en urgence les affections et les blessures graves et de fournir l'accès à un large éventail de spécialistes des soins de santé et d'appareils diagnostics[1, 2].

Les Canadiens semblent avoir plus fréquemment recours aux SU que les habitants d'autres pays. Selon le Commonwealth Fund International Health Policy Survey de 2013, 41 % des adultes canadiens ont déclaré avoir visité les SU au cours des 2 années précédentes[3]. Il s'agit d'un pourcentage similaire à celui des États-Unis (39 %), mais supérieur à la moyenne (29 %) des 11 pays sondés[3].

Comparativement aux répondants des autres pays, les Canadiens ont également déclaré des temps d'attente plus élevés pour voir un médecin lorsqu'ils avaient besoin de soins, et étaient plus susceptibles de se rendre au SU pour des affections qui auraient pu être traitées par leur dispensateur de services habituel. Pour certains, le SU est le seul milieu de soins disponible ou accessible[4]. Dans le cadre d'un sondage commandé aux fins de la présente étude (sondage de Research House pour l'ICIS), 47 % des personnes qui se rendent au SU pour recevoir des soins le font parce qu'elles n'ont pas réussi à obtenir un rendez-vous avec leur dispensateur de services principal. 38 % avaient l'impression que le SU était l'endroit où elles recevraient les meilleurs soins, et 7 % ignoraient l'existence d'autres milieux de soins à leur disposition.

Étant donné le taux élevé d'utilisation déclarée des SU au Canada et les difficultés d'accès aux soins primaires en milieu communautaire, des experts et des responsables de l'élaboration des politiques ont fait valoir que les SU pourraient être utilisés plus judicieusement. Ils s'inquiètent également du fait que les Canadiens utilisent souvent le SU de façon inappropriée et que cela peut nuire à la continuité des soins pour de nombreux patients.

L'accès à des soins appropriés peut mener à une utilisation plus efficace des services de santé et à de meilleurs résultats pour les patients[5]. Dans certains cas, les soins prodigués au SU sont plus coûteux que ceux fournis dans d'autres milieux de soins, sans compter les inconvénients liés à la continuité des soins. Par ailleurs, les patients dont l'état est moins urgent se heurtent parfois à des temps d'attente élevés au SU. En cernant et en ciblant les types de visites au SU pour lesquelles les patients pourraient recevoir des soins plus appropriés dans d'autres milieux, il sera possible d'améliorer la continuité des soins et l'expérience globale des patients. La qualité des soins s'en trouvera rehaussée, et les ressources des SU pourront être plus adéquatement dirigées vers ceux qui en ont le plus besoin.

La présente étude vise à mettre en lumière la pertinence de visiter le SU pour des affections qui seraient mieux traitées dans d'autres milieux de soins. Il existe différentes façons d'examiner la question. Cette étude porte sur 2 types de visites potentiellement évitables au SU qui illustrent différents aspects de la pertinence de visiter le SU :

1. **Visites au SU pour des conditions propices à la médecine familiale (CPMF)**

   Il s'agit de visites au SU pour des affections qui seraient mieux prises en charge dans un cabinet de médecine familiale. Elles sont généralement motivées par des problèmes mineurs qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. En 2013-2014, une visite au SU sur 5 où les patients ont obtenu leur congé sans être hospitalisés était motivée par une CPMF.

2. **Visites au SU de personnes âgées vivant en établissement de soins de longue durée (SLD)**

   En 2013-2014, une visite au SU sur 3 de personnes âgées vivant en établissement de SLD a été classée comme potentiellement évitable ou motivée par une affection mineure ne nécessitant pas d'hospitalisation. Les patients auraient pu être traités à l'établissement de SLD si celui-ci avait disposé de ressources ou de pratiques cliniques appropriées.

La présente étude examine la fréquence et les caractéristiques de ces visites potentiellement évitables et dresse un portrait détaillé des patients qui les effectuent en vue d'orienter la discussion sur la pertinence des soins et les obstacles potentiels à l'accès aux soins appropriés, au bon endroit et au bon moment. Elle présente également des exemples d'initiatives mises en place pour réduire le nombre de visites non nécessaires au SU ou pour améliorer l'accès aux soins primaires ainsi que la continuité des soins pour les patients.

Visites au SU pour des CPMF : peut-on les éviter en améliorant l'accès aux soins dans d'autres milieux?

Chaque année, des millions de Canadiens visitent les SU pour des affections mineures, comme des maux de gorge, des maux d'oreille et des problèmes de peau. Cependant, les SU sont conçus pour traiter en priorité les patients qui se trouvent dans un état critique ou qui nécessitent des soins rapides et très spécialisés[6]. D'autres milieux de soins, comme des cabinets de médecin, peuvent être mieux adaptés aux besoins des patients qui souffrent de problèmes de santé mineurs.

Une des approches utilisées pour cerner les caractéristiques des patients qui se rendent au SU, mais qui recevraient des soins plus appropriés dans d'autres milieux, est l'analyse des CPMF, un ensemble de conditions élaboré initialement par le Health Quality Council of Alberta et adapté pour les besoins de la présente étude[i]. Ces conditions sont associées à un très faible taux d'hospitalisations en soins de courte durée à la suite d'une visite au SU (moins de 1 %).

En 2013-2014, 83 % des visites au SU n'ont pas nécessité d'hospitalisation. Parmi celles-ci, environ une visite sur 5 avait pour motif une CPMF. Ces chiffres sont basés sur les données des provinces et des territoires qui ont soumis à l'ICIS des enregistrements sur les SU contenant des codes de diagnostic complets[ii]. Ce taux, stable depuis 5 ans, se traduit par un peu plus de 1,4 million de visites potentiellement évitables (soit 21 % de toutes les visites au SU n'ayant pas mené à une hospitalisation). Si ce même taux (21 %) était appliqué à l'ensemble du pays, il représenterait plus de 2,7 millions de visites potentiellement évitables au SU pour des CPMF chaque année.

i. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir des renseignements détaillés sur les CPMF utilisées dans le cadre de la présente étude.

ii. Tous les établissements de l'Alberta et de l'Ontario, et certains établissements du Yukon, de la Saskatchewan, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. Voir l'annexe A pour plus de renseignements.

Les 2 CPMF les plus courantes, représentant chacune 13 % de l'ensemble des visites en raison de CPMF, étaient les *infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations non précisées*[iii] et les *autres soins médicaux* (principalement des traitements par antibiotiques). Venaient ensuite les *inflammations aiguës de la gorge* (8 %), les *infections bactériennes de l'oreille moyenne* (7 %) et les *autres soins de contrôle chirurgicaux* (principalement des changements de pansements et l'enlèvement de points de suture; 5 %). Collectivement, ces 5 motifs représentaient près de la moitié (46 %) des visites au SU pour des CPMF en 2013-2014. Le tableau 1 fournit des renseignements plus détaillés sur les 5 CPMF les plus courantes.

Tableau 1 : Les 10 conditions propices à la médecine familiale les plus courantes dans les SU canadiens, 2013-2014

Conditions	Volume de visites au SU	Pourcentage des visites au SU
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées (p. ex. un rhume)	186 055	13
Autres soins médicaux : principalement des traitements par antibiotiques, comme l'injection par intraveineuse de céphalosporine ou d'autres agents anti-infectieux	183 271	13
Pharyngite aiguë (inflammation de la gorge)	107 198	8
Otite moyenne suppurée et sans précision (infection bactérienne de l'oreille moyenne)	92 874	7
Autres soins de contrôle chirurgicaux (principalement des changements de pansements et l'enlèvement de points de suture)	75 991	5
Migraine	45 118	3
Sujets ayant recours aux services médicaux en d'autres circonstances (principalement pour des ordonnances répétées)	41 326	3
Conjonctivite (inflammation de la couche extérieure de l'œil et de la surface interne de la paupière)	36 641	3
Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes, comme un suivi médical après un traitement	34 197	2
Maladies des tissus pulpaires (centre de la dent) et périphériques (sommet de la racine de la dent)	33 105	2
Autres CPMF	567 329	40
Total	**1 403 105**	**100**

Remarques

Les pourcentages étant arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %.

Les CPMF sont repérées au moyen du code de diagnostic principal de la CIM-10-CA. Seuls les patients renvoyés à leur domicile sont inclus. Sont exclus les patients décédés au SU, admis en soins de courte durée, transférés vers un autre établissement, ou sortis contre l'avis du médecin ou sans être vus.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

iii. Un diagnostic non précisé peut être attribué lorsqu'aucun diagnostic définitif n'a été établi à la fin de la consultation, qu'il n'y a pas suffisamment d'information clinique connue ou disponible sur une affection en particulier, ou que l'information dans le dossier médical n'est pas suffisante pour la codification des données.

La fréquence de ces conditions varie selon le groupe d'âge. Les infections aiguës des voies respiratoires supérieures à localisations non précisées sont plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans que dans les autres groupes d'âge et représentaient 40 % des visites de nourrissons et 32 % des visites de jeunes enfants au SU pour des CPMF. La deuxième CPMF la plus courante chez les enfants de moins de 5 ans était l'infection bactérienne de l'oreille moyenne (13 % et 24 % des visites de nourrissons et de jeunes enfants au SU, respectivement). Chez les patients de plus de 17 ans, les infections de l'oreille moyenne ne figuraient pas parmi les 3 principales CPMF ayant entraîné une visite au SU. Par exemple, chez les personnes âgées, les conditions les plus courantes étaient les *autres soins médicaux* (principalement des traitements par antibiotiques; 26 %) et les *autres soins de contrôle chirurgicaux* (principalement les changements de pansements et l'enlèvement de points de suture; 10 %).

Les infections des voies respiratoires supérieures sont généralement de courte durée et couramment traitées dans les cabinets de médecin[7]. De même, l'administration d'antibiotiques, une intervention non urgente, peut avoir lieu dans un centre de soins d'urgence, une clinique ou même un cabinet de médecin. De nombreuses visites pour soins de contrôle chirurgicaux pourraient également être dirigées ailleurs qu'au SU. Par exemple, les centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario offrent aux patients orientés par un médecin des programmes de soins des plaies à domicile comme suivi postopératoire. Les visites pour renouvellement d'ordonnance ne constituent pas non plus une utilisation appropriée des ressources des SU, et peuvent indiquer des difficultés liées à l'accès aux soins primaires.

Les CPMF contribuent-elles à l'engorgement des SU?

Le débat est animé parmi les cliniciens, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs en services de santé sur les causes fondamentales de l'engorgement des SU au Canada. Des études antérieures ont porté sur le nombre d'utilisateurs des SU, les niveaux de soins alternatifs (c.-à-d. les patients qui occupent un lit en soins de courte durée en attendant qu'un lit se libère dans un autre niveau de soins) ou d'autres facteurs, comme l'efficacité du cheminement des patients.

Dans le cadre de la présente étude, une analyse distincte a été réalisée afin de déterminer si les CPMF contribuent à l'engorgement des SU. Aux fins de l'analyse, une période « achalandée » au sein d'un SU correspond à 90 % ou plus du taux d'occupation maximal de ce SU au cours d'une année donnée. Une comparaison du nombre de patients qui se présentent au SU en raison de CPMF au cours des périodes achalandées et moins achalandées a été effectuée à l'aide des données de l'exercice 2012-2013 du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS.

Les résultats montrent que les patients qui se sont présentés aux SU en raison de CPMF n'étaient pas plus susceptibles de le faire pendant les périodes achalandées (alors qu'ils représentaient 17 % de la population des SU) que pendant les périodes plus tranquilles (18 % de la population des SU). Ces patients affichaient également des durées de séjour (DS) totales moins longues que les autres patients (hospitalisés et non hospitalisés), peu importe le taux d'occupation du SU. La DS au SU était plus longue pour tous les patients en période achalandée.

La faible complexité des soins requis par les patients souffrant de CPMF explique en partie ce résultat, puisqu'ils n'ont pas besoin de civière et n'ont pas à attendre de résultats de tests. Cela laisse croire que la réduction du nombre de visites évitables au SU pourrait avoir d'importantes retombées positives pour les patients et entraîner des économies de coûts pour le système, mais qu'elle ne permettra pas de désengorger les SU ou de réduire les temps d'attente de façon marquée.

Comparativement aux patients non hospitalisés qui ont visité un SU pour d'autres raisons, les patients souffrant de CPMF étaient plus susceptibles de présenter les caractéristiques suivantes :

- jeunes : environ le tiers (30 %) des patients souffrant de CPMF avaient moins de 18 ans, contre le cinquième (20 %) des autres patients;
- habitants d'une région rurale : 41 % des patients souffrant de CPMF habitaient en région rurale, contre 23 % des autres patients;
- affections mineures : 70 % des visites en raison de CPMF ont été évaluées comme des visites en raison d'affections mineures par le personnel du SU (niveaux de triage[iv] IV et V), contre 39 % des autres visites;
- visites le matin : les visites en raison de CPMF (20 % contre 15 % des autres visites) ont eu lieu entre 6 h et 10 h;
- visites de courte durée : les visites au SU en raison de CPMF affichent une DS médiane inférieure (moins de 90 minutes) à celle des autres visites (plus de 2,5 heures);
- sans intervention : seul un patient sur 6 (17 %) ayant visité le SU en raison de CPMF a subi une intervention documentée, contre 47 % des autres patients.

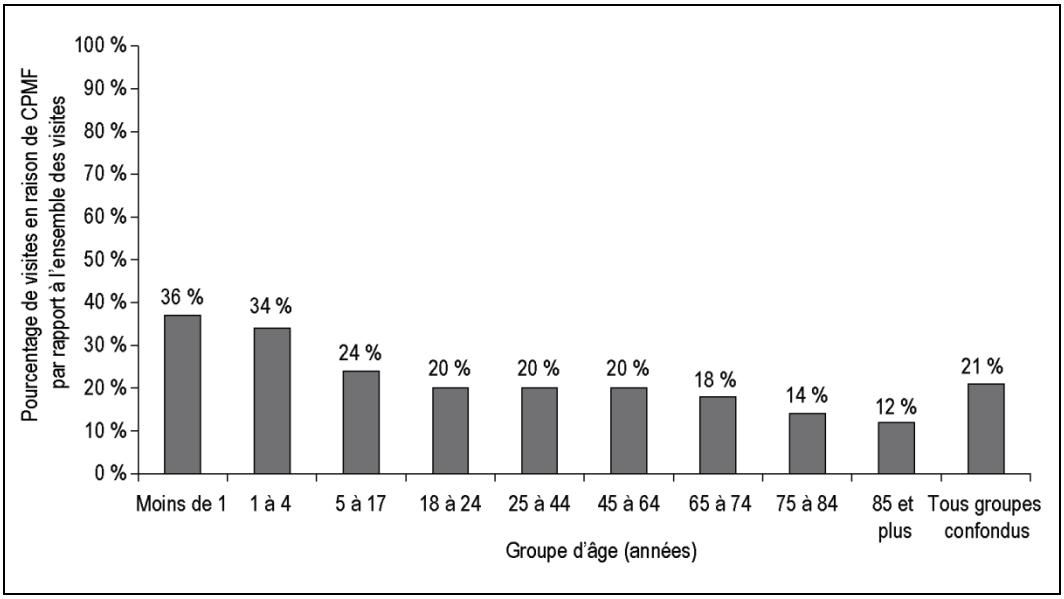
Le profil détaillé des visites en raison de CPMF se trouve à l'annexe B. D'autres données, dont les taux régionaux de visites en raison de CPMF pour l'Ontario et l'Alberta, peuvent être téléchargées gratuitement avec les tableaux de données complémentaires du présent rapport.

Visites en raison de CPMF : plus fréquentes chez les nourrissons et les jeunes enfants que chez tout autre groupe d'âge

Les nourrissons (enfants de moins d'un an) et les jeunes enfants (enfants de un à 4 ans) affichent les taux les plus élevés de visites en raison de CPMF de tous les groupes d'âge. Comme le montre la figure 1, les CPMF constituaient le motif principal des visites sans hospitalisation de plus du tiers (34 %) des jeunes enfants et de 36 % des nourrissons. À titre comparatif, 12 % seulement des visites sans hospitalisation de patients de 85 ans et plus avaient pour motif des CPMF. Dans l'ensemble, les patients de moins de 18 ans ont effectué 30 % des visites en raison de CPMF; plus de la moitié de ces visites ont été effectuées pour des nourrissons et des jeunes enfants.

iv. Les niveaux de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) pour les services d'urgence sont les suivants : I Réanimation; II Très urgent; III Urgent; IV Moins urgent; V Non urgent.

Figure 1 : Taux de visites en raison de CPMF, par groupe d'âge, 2013-2014



Remarque
L'ensemble des visites inclut les visites ayant pour motif des CPMF et toutes celles n'ayant pas entraîné d'hospitalisation.
Source
Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

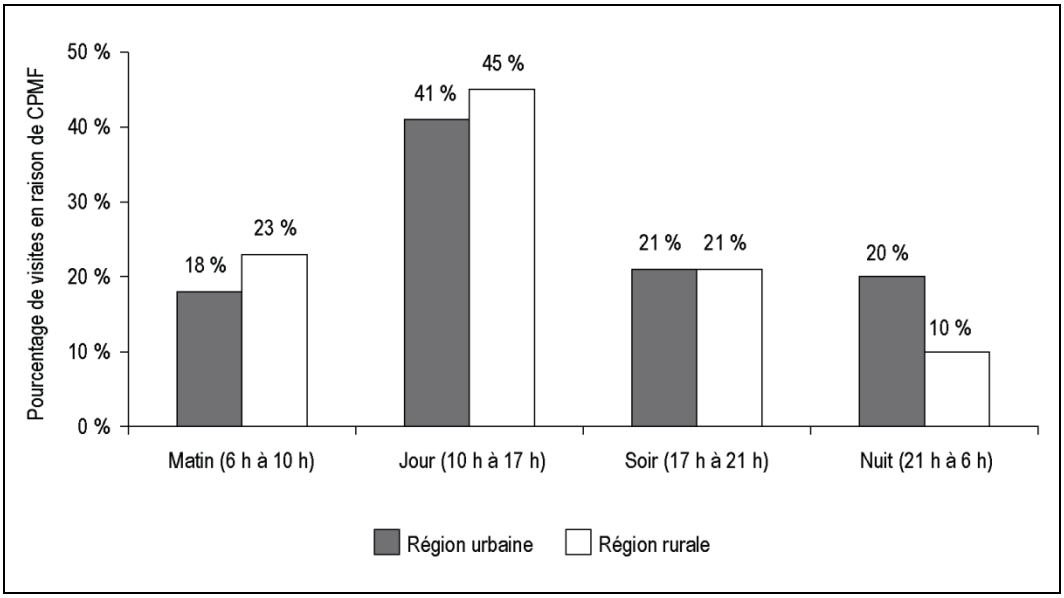
Il importe de cerner les facteurs non médicaux qui peuvent également contribuer au taux plus élevé de CPMF chez les enfants. Par exemple, une récente étude américaine montre qu'une proportion importante de parents ont amené leur enfant au SU afin d'obtenir un billet du médecin autorisant le retour en garderie ou justifiant les absences du travail pour prendre soin de l'enfant[8]. Cependant, les enfants de moins de 5 ans ayant participé à cette étude étaient plus susceptibles d'avoir reçu un niveau de triage correspondant à un problème grave (niveaux I, II ou III de l'ETG) comparativement aux autres groupes d'âge. La fréquence élevée d'infections des voies respiratoires supérieures a sans doute contribué à ce résultat, puisque les signes de détresse respiratoire comptent parmi les premiers facteurs modifiant le niveau de triage au SU chez les nourrissons et les jeunes enfants[9].

Les visites en raison de CPMF : plus courantes en région rurale qu'en région urbaine

Les patients des régions rurales ont visité beaucoup plus fréquemment les SU pour des CPMF que ceux des régions urbaines. En 2013-2014, 32 % des visites au SU sans hospitalisation effectuées par des patients des régions rurales avaient pour motif des CPMF, contre 17 % des visites de patients des régions urbaines. Parmi toutes les visites en raison de CPMF en 2013-2014, 41 % ont été effectuées par des patients qui habitent en région rurale. À titre comparatif, les patients des régions rurales ne représentaient que 23 % des visites sans hospitalisation en raison d'autres affections.

Le taux plus élevé de visites en raison de CPMF en région rurale peut s'expliquer par un accès plus difficile à d'autres milieux de soins, par la prestation d'un éventail plus large de soins dans les SU en région rurale, ou par ces 2 facteurs. La figure 2 indique à quel moment de la journée les populations urbaines et rurales sollicitent des soins au SU en raison de CPMF. Les patients des régions urbaines étaient plus susceptibles de se rendre au SU le soir, et ceux des régions rurales, pendant les heures de travail (soit de 6 h à 17 h).

Figure 2 : Heure des visites au SU par les populations urbaines et rurales en raison de CPMF, 2013-2014



Remarque
Les visites de patients dont le lieu de résidence n'a pu être classé comme urbain ou rural ont été exclues.
Source
Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

On observe également des différences au chapitre des visites en raison de CPMF entre les patients des régions urbaines et rurales en ce qui a trait à l'âge et à la gravité : les patients des régions rurales étaient plus âgés et souffraient d'affections moins graves que ceux des régions urbaines. Les principaux problèmes observés variaient également selon le groupe. Des données détaillées à ce sujet peuvent être téléchargées gratuitement avec les tableaux de données complémentaires du présent rapport.

Avantages potentiels de diriger les CPMF vers des milieux de soins plus appropriés

La réduction du nombre de visites au SU en raison de CPMF pourrait avoir des retombées positives pour le système de santé. En 2013-2014, le coût total des visites liées à des CPMF excédait 200 millions de dollars[v], soit 13 % du coût de l'ensemble des visites sans hospitalisation au SU des établissements inclus dans les analyses. Si l'on extrapole pour inclure l'ensemble des visites en raison de CPMF au Canada, les coûts atteignent environ 400 millions de dollars. Même si l'on éliminait ces coûts en dirigeant tous les patients qui visitent le SU pour des CPMF vers d'autres milieux de soins, cela ne se traduirait cependant pas par une économie réelle pour le système de santé. En effet, ces visites à d'autres milieux de soins entraîneraient elles aussi des coûts potentiellement considérables, surtout si les milieux visés devaient se doter de ressources additionnelles pour accroître leur capacité ou leur couverture. De même, la création de solutions de rechange au SU, là où il n'en existe pas actuellement, entraînerait des dépenses considérables.

Par ailleurs, une utilisation appropriée des soins de santé primaires pourrait améliorer l'expérience globale des patients et permettre une affectation plus ciblée des ressources des SU aux patients qui en ont réellement besoin. Bien que les soins de santé primaires constituent parfois un milieu nécessitant moins de ressources pour les patients, il peut également assurer une meilleure continuité des soins. Les avantages de dispenser des soins appropriés dans le respect des principes de la continuité des soins sont les suivants[10] :

- une bonne connaissance des antécédents médicaux d'un patient, ce qui permet d'adapter plus facilement les traitements aux besoins du patient et réduit le nombre de tests inutiles;
- une surveillance continue des réactions aux médicaments, qui permet d'ajuster plus rapidement les posologies en cas d'effets indésirables;
- un médecin de famille est mieux placé pour prédire et prévenir l'éventuelle exacerbation de maladies chroniques.

Réduction du nombre inapproprié de visites au SU

Dans plusieurs provinces et territoires du Canada, des programmes et des politiques sont mis en place en vue de réduire le nombre de visites potentiellement évitables au SU. Des experts ont mis en garde les responsables de l'élaboration des politiques : les stratégies mises en œuvre ne doivent pas avoir pour effet d'accroître l'utilisation des SU ou de dissuader les personnes préoccupées par leur état de santé de se rendre au SU. Bien que l'évaluation de l'efficacité et du rendement sur l'investissement de telles stratégies ne s'inscrive pas dans la portée de la présente étude, voici quelques faits saillants de certaines stratégies courantes utilisées actuellement :

- renforcer les effectifs en soins de santé primaires en augmentant le nombre de médecins de première ligne ainsi qu'en encourageant les groupes de pratique à offrir des heures de consultation prolongées et une prise en charge croisée par les médecins[11]. Une amélioration de la couverture peut accroître les possibilités qu'un patient reçoive des soins le jour même et n'ait plus besoin de visiter le SU;

v. Selon la méthodologie de regroupement des maladies analogues GMA+ de l'ICIS.

- utiliser une combinaison de cliniques sans rendez-vous, de cliniques ouvertes en dehors des heures de travail et de centres de soins d'urgence pour rediriger les patients nécessitant des soins pour des affections peu complexes[12];
- offrir des services par téléphone ou par Internet où des dispensateurs de soins comme des infirmières, des diététistes et des pharmaciens répondent aux questions des patients sur leur santé et les dirigent vers les milieux de soins appropriés[13, 14];
- afficher les temps d'attente au SU en ligne pour que les patients puissent les consulter avant de se rendre à un établissement pour y recevoir des soins[15].

Voici des exemples précis d'initiatives provinciales :

- En Ontario, les **infirmières d'intervention rapide** rendent visite aux patients à domicile dans les 24 heures suivant l'obtention de leur congé[16]. Elles s'assurent principalement que le patient soit en contact avec un médecin ou une infirmière praticienne dans les 7 jours suivant son congé afin de prévenir les visites au SU et les réadmissions[16].
- De nombreuses régions de différentes provinces comme la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan, l'Ontario et l'Alberta ont désormais recours à des **ambulanciers paramédicaux en soins avancés**[17-20]. Lors de certains incidents médicaux, ils sont en mesure d'évaluer et de traiter les patients sur le lieu de l'incident ou de les transporter dans un milieu de soins, comme un centre de soins d'urgence[20]. Ils recommandent ensuite un suivi par le médecin de famille pour favoriser la continuité des soins.
- Plusieurs provinces dispensent des **soins prioritaires aux grands utilisateurs des services de santé**[21-23], soit ceux qui effectuent chaque année de nombreuses visites au SU. En Saskatchewan, l'initiative **Hotspotting** cible les grands utilisateurs des SU en les mettant en lien avec des équipes multidisciplinaires qui possèdent une expertise dans différents domaines comme le travail social et l'éducation[21]. En Ontario, les **maillons en santé communautaire** ciblent les grands utilisateurs en coordonnant leurs soins et en leur accordant le soutien d'équipes concertées regroupant des hôpitaux, des établissements de soins primaires, des organismes communautaires et des établissements de soins de longue durée[22]. Au Québec, **Défi Santé** étudie le dossier des grands utilisateurs et leur affecte des gestionnaires de cas afin d'améliorer la continuité des soins entre les différents milieux de soins et de réduire la fréquence des réadmissions[23].

Visites aux centres de soins d'urgence en raison de CPMF

Les centres de soins d'urgence (CSU) offrent une solution de rechange au SU pour les affections qui nécessitent des soins urgents, mais ne mettent pas la vie en danger[24]. Ils sont particulièrement efficaces lorsqu'ils sont situés dans des régions à forte densité de population qui se trouvent loin des SU ou sont mal desservies par ceux-ci,
et qu'ils sont affiliés à des hôpitaux pour faciliter la dotation en personnel, les transferts, les admissions, les consultations et le suivi. Il existe de nombreux CSU au pays, et on y retrouve des professionnels de la santé spécialisés en médecine d'urgence, dont des médecins et des infirmières. Ils sont généralement dotés d'appareils diagnostiques qui leur permettent de procéder sur place à des interventions comme des échographies, des radiographies et des tests sanguins.

(suite à la page suivante)

Si le patient n'est pas en mesure d'obtenir rapidement un rendez-vous en soins de santé primaires, les CSU peuvent prendre en charge un éventail d'affections, comme des plaies, des brûlures mineures, des infections et des maladies touchant l'oreille, le nez et la gorge. Les taux d'hospitalisation sont généralement beaucoup moins élevés dans les CSU que dans les SU. Les visites aux CSU ne sont pas incluses dans le présent rapport, mais, selon les données du SNISA de l'ICIS, on a dénombré plus de 142 000 visites dans des CSU en raison de CPMF en 2013-2014. Cela représente 27 % de l'ensemble des visites sans hospitalisation aux CSU pendant cet exercice, un pourcentage plus élevé que dans le cas des visites en raison de CPMF au SU (21 %).

Les patients qui ont visité des CSU et des SU en raison de CPMF présentaient généralement des caractéristiques similaires en ce qui a trait à l'âge, au sexe et au quintile de revenu du quartier. Ils sollicitaient le plus souvent des soins pour des problèmes similaires (voici les 3 principaux pour les CSU) :

1. infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées;
2. pharyngite aiguë (inflammation de la gorge);
3. otite moyenne suppurée et sans précision (infection bactérienne de l'oreille moyenne) .

Les patients qui habitent en région rurale se sont rendus beaucoup plus souvent dans les SU que dans les CSU en raison de CPMF (41 % contre 9 %, respectivement). Cela s'explique sans doute par l'emplacement des CSU au Canada, qui se trouvent principalement dans les régions urbaines densément peuplées et qui sont souvent affiliés à des hôpitaux d'enseignement ou à de grands hôpitaux communautaires.

Visites au SU de personnes âgées vivant en établissement de soins de longue durée : peut-on les éviter en améliorant l'accès à des services précis?

Les visites effectuées par des personnes âgées (65 ans et plus) qui résident dans les établissements de SLD[vi] représentent une faible proportion de l'ensemble des visites au SU (0,8 %). Cependant, pour cette population, les transferts au SU peuvent présenter d'importants risques pour la santé et constituent une expérience peu agréable :

- L'âge avancé (58 % ont 85 ans et plus)[25] et la déficience cognitive[26] ou la démence[25, 27] contribuent à la complexité de leurs besoins en soins de santé.
- Les transitions exposent les patients à des endroits peu familiers et à du personnel qui ne connaît pas leur état de santé, ce qui les rend particulièrement vulnérables.
- Une communication insuffisante entre les dispensateurs de services de santé de différents milieux a souvent pour effet de nuire à la continuité des soins.

vi. Inclut de l'information du Yukon, de l'Alberta et de l'Ontario (à l'exclusion des patients en soins continus complexes). Voir l'annexe A pour des renseignements détaillés sur les soins de longue durée et la cohorte utilisée aux fins de la présente étude.

- Le transport des résidents des établissements de SLD est souvent assuré par ambulance. Les services ambulanciers entraînent des coûts supplémentaires qui s'ajoutent à ceux de la prestation des soins. De plus, les experts affirment que l'attente d'une ambulance pour ramener le patient à l'établissement de SLD une fois le traitement terminé peut retarder la sortie.

Selon la méthodologie d'études antérieures de l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario[27], 2 catégories de visites potentiellement évitables au SU effectuées par des personnes âgées qui résident dans les établissements de SLD ont été déterminées aux fins de la présente étude[vii] :

- visites pour certaines affections potentiellement évitables — similaires aux conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) et validées pour les résidents des établissements de SLD;
- visites classées moins urgentes ou non urgentes (affections mineures) — selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité — et sans hospitalisation, qui se soldent par un retour direct à l'établissement de SLD.

Les visites de personnes âgées résidentes d'établissements de SLD qui ont accès en tout temps à des soins supervisés, à des traitements de base et à des soins préventifs sur place sont considérées comme des visites potentiellement évitables sur plusieurs plans. Premièrement, pour ces types d'affections, une identification et un traitement précoces peuvent prévenir une détérioration de l'état de santé du résident jusqu'au point où une visite au SU soit nécessaire. Deuxièmement, les visites pour des raisons médicales relativement moins urgentes et qui ne nécessitent pas d'hospitalisation pourraient sans doute être prises en charge dans un milieu différent ou tout simplement évitées.

En 2013-2014, une personne âgée sur 3 vivant en établissement de SLD a visité le SU, une proportion similaire à celle des personnes âgées demeurant dans la collectivité. Parmi ces visites, une sur 3 (plus de 21 600) était potentiellement évitable, soit parce qu'il s'agissait d'affections potentiellement évitables (24 %) ou qu'elle était motivée par des raisons moins urgentes ou non urgentes ne nécessitant pas d'hospitalisation (10 %). La présente analyse cible 3 provinces et territoires — l'Ontario, l'Alberta et le Yukon — qui ont soumis des données comparables à l'ICIS. Si la même tendance était reproduite dans l'ensemble du pays, elle représenterait près de 48 000 visites potentiellement évitables de personnes âgées vivant en établissement de SLD. Le taux de visites au SU pour des affections potentiellement évitables est similaire à celui de résultats d'études antérieures réalisées en Ontario[27, 28].

Les personnes âgées qui résident dans les établissements de SLD étaient aussi susceptibles que leurs homologues demeurant dans la collectivité de visiter le SU, mais pour des motifs différents. Comparativement aux personnes âgées demeurant dans la collectivité, les résidents des établissements de SLD étaient plus susceptibles de visiter le SU pour des affections potentiellement évitables (24 % contre 16 %), mais moins susceptibles de le faire pour des affections mineures et ne nécessitant pas d'hospitalisation (10 % contre 25 %). Elles étaient également plus susceptibles d'être hospitalisées (62 % contre 35 %).

vii. Des définitions plus détaillées de ces catégories se trouvent à l'annexe A.

Les personnes âgées qui résident dans les établissements de SLD étaient également plus susceptibles que celles demeurant dans la collectivité de subir des interventions documentées pendant leurs visites au SU. Le recours à des interventions peut révéler la complexité d'évaluer des patients confus et justifier la nécessité de le faire au SU. Dans le cas de la plupart (83 %) des visites de résidents d'établissements de SLD en raison d'affections potentiellement évitables, au moins une intervention documentée a été réalisée. Cette proportion est plus faible (60 %) chez les personnes âgées demeurant dans la collectivité. La majorité des interventions (58 %) pratiquées sur les résidents des établissements de SLD étaient des radiographies ou des examens par tomodensitométrie (TDM) uniquement. Voir l'annexe C pour de plus amples renseignements.

Les taux plus élevés de visites potentiellement évitables chez les résidents des établissements de SLD peuvent s'expliquer par les difficultés uniques liées à l'accès à des médecins, à des spécialistes ou à des services spécialisés (p. ex. des services diagnostiques) en milieu de SLD. Selon les renseignements obtenus de différents établissements de SLD, beaucoup souhaiteraient voir une plus grande disponibilité des médecins sur place. Cependant, les différences dans les caractéristiques démographiques et cliniques des personnes âgées qui résident en établissement de SLD et celles qui demeurent dans la collectivité permettent également de mettre en contexte les résultats.

Les résidents des établissements de SLD se distinguent des personnes âgées demeurant dans la collectivité par le fait qu'ils ont des déficiences cognitives et fonctionnelles plus grandes et qu'ils ont davantage besoin de soins professionnels[29]. Par ailleurs, ils sont généralement plus âgés que leurs homologues demeurant dans la collectivité : en 2013-2014, la proportion de personnes de 85 ans et plus vivant en établissement de SLD était de 58 %[25], contre 13 % de toute la population canadienne de personnes âgées[30].

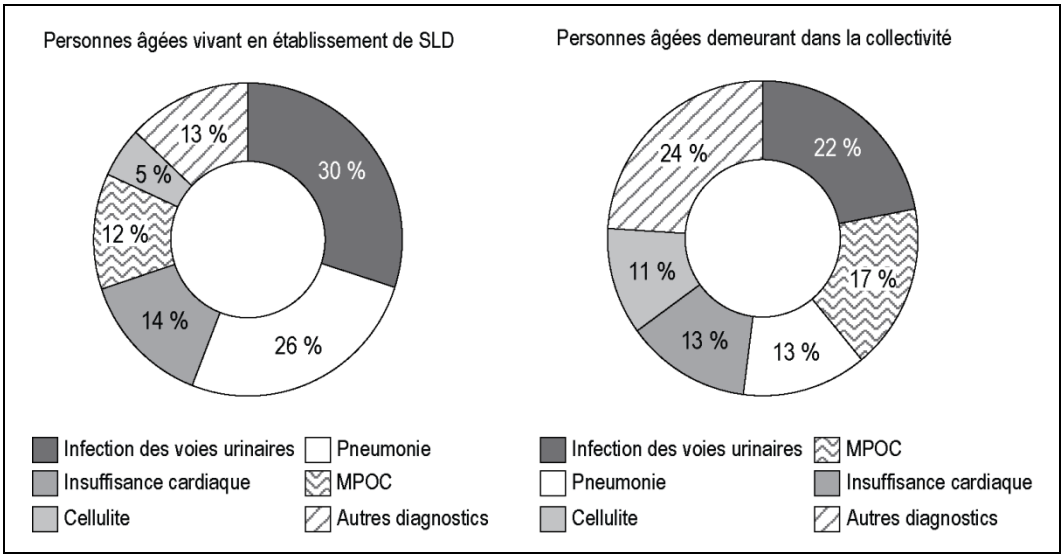
Des données plus détaillées sur les différences dans les profils des patients, les niveaux de triage, la durée du séjour, les diagnostics, les interventions et les coûts des visites au SU par les personnes âgées qui résident en établissement de SLD comparativement à celles demeurant dans la collectivité se trouvent à l'annexe C.

La section suivante contient des analyses distinctes des visites au SU pour des affections potentiellement évitables, suivies d'analyses des visites pour des affections mineures et ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Infections des voies urinaires et pneumonies : motif de plus de la moitié des visites au SU pour des affections potentiellement évitables

Les infections des voies urinaires étaient la cause de 30 % des visites au SU pour des affections potentiellement évitables effectuées par des personnes âgées vivant en établissement de SLD, suivies des pneumonies (26 %) et de l'insuffisance cardiaque (14 %). La figure 3 montre les affections potentiellement évitables les plus courantes, de même que les différences en ce qui a trait au classement et au pourcentage de ces visites dans les 2 groupes de personnes âgées.

Figure 3 : Affections potentiellement évitables les plus courantes, 2013-2014



Remarque
SLD : soins de longue durée.
MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.
Sources
Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information sur les soins de longue durée, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

Comparativement à leurs homologues demeurant dans la collectivité, les personnes âgées qui résident en établissements de SLD avaient des niveaux de triage plus élevés et affichaient des taux d'admission plus élevés en cas d'infection urinaire et de pneumonie. Consultez le tableau 2 pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Tableau 2 : Gravité et destination à la sortie pour les visites au SU effectuées par des personnes âgées souffrant d'une infection des voies urinaires ou d'une pneumonie, 2013-2014

	Personnes âgées vivant en établissement de SLD		Personnes âgées demeurant dans la collectivité	
	Infection des voies urinaires	Pneumonie	Infection des voies urinaires	Pneumonie
Niveau de triage				
Degré de gravité élevé : niveaux I à III à l'ETG (%)	91	94	64	84
Degré de gravité faible : niveaux IV et V à l'ETG (%)	9	5	36	15
Admission en soins de courte durée pour patients hospitalisés (%)	52	72	20	51

Remarques
SLD : soins de longue durée.
ETG : Échelle canadienne de triage et de gravité.
Seules les visites avec des valeurs valides de niveau de triage sont incluses.
Sources
Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information sur les soins de longue durée, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

On considère que les visites au SU pour certaines affections, comme une infection des voies urinaires, une pneumonie et de la déshydratation, peuvent être évitées, car une identification précoce et une prise en charge adéquate permettent d'en réduire l'occurrence. Par exemple, les infections des voies urinaires peuvent être évitées grâce à l'application des mesures de contrôle des infections recommandées[31]. Plusieurs provinces canadiennes sont dotées de lignes directrices en matière de prévention et de traitement des infections des voies urinaires dans les établissements de SLD[32, 33] et fournissent aux établissements des ressources et des outils supplémentaires pour les aider à cerner, à prendre en charge et à prévenir ces infections[34].

Les chutes, cause importante de visites au SU pour des affections mineures ne nécessitant pas d'hospitalisation

Les chutes sont une cause courante de visites au SU en raison d'affections mineures ne nécessitant pas d'hospitalisation chez les personnes âgées vivant en établissement de SLD. En 2013-2014, elles ont motivé le quart (25 %) des 6 400 visites et plus au SU en raison d'affections mineures ne nécessitant pas d'hospitalisation de ce groupe. À titre comparatif, le pourcentage de ces visites n'était que de 10 % chez les personnes âgées demeurant dans la collectivité.

La prévention des chutes dans les établissements de SLD est une priorité reconnue en matière de santé et de sécurité publiques au Canada[35, 36] et à l'étranger[37, 38]. Plusieurs provinces et territoires ont mis en place des programmes visant à réduire les chutes et les blessures chez les personnes âgées. Par exemple, le programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* a élaboré un guide afin d'aider les professionnels qui travaillent dans les établissements de SLD et dans d'autres milieux à mettre en œuvre des programmes de prévention des chutes et de réduction des blessures chez les personnes de 65 ans et plus. Le guide comprend des outils d'évaluation des risques multifactoriels, des recommandations sur la mise en œuvre de stratégies de prévention des chutes à l'échelle des organismes et des outils de mesure des résultats[39]. Beaucoup d'établissements de SLD ont dit s'être dotés de programmes de prévention des chutes.

Comme la population visée par la présente étude n'a pas été hospitalisée en soins de courte durée, le traitement offert lors des visites pour affections mineures aurait sans doute pu être offert à l'établissement de SLD dans la majorité des cas. Cela signifie que les résidents n'auraient pas eu besoin d'un transfert au SU. En plus de constituer une expérience stressante pour les bénéficiaires, ces transferts entraînent d'autres conséquences négatives, comme une rupture de la continuité des soins, de l'inconfort, de longs séjours au SU et des coûts potentiellement plus élevés que dans d'autres milieux de soins. Consultez l'annexe C pour obtenir des renseignements détaillés.

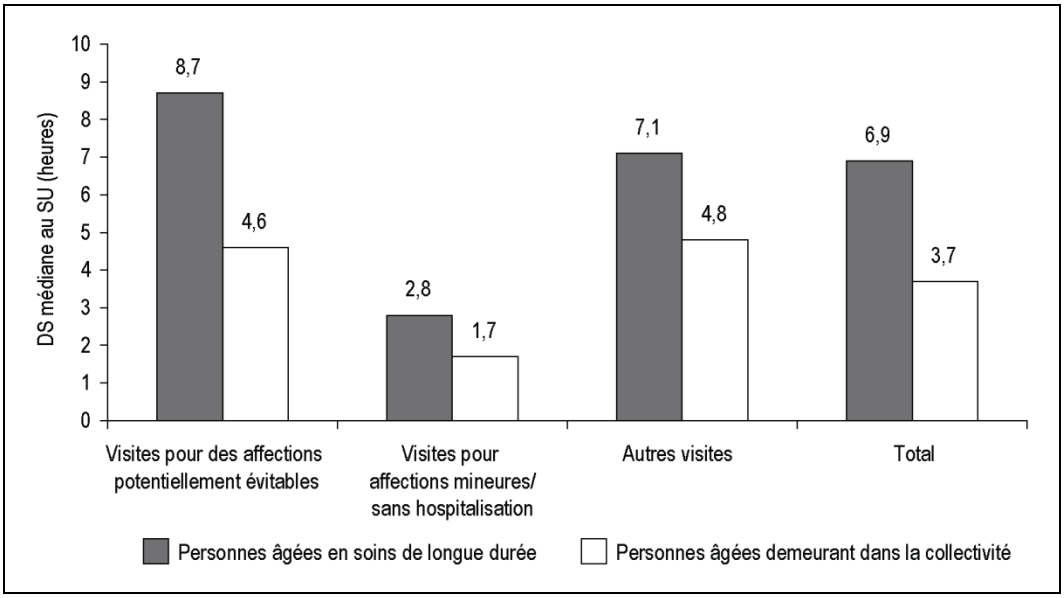
Par ailleurs, 4 patients sur 10 (42 %) n'ont subi aucune intervention documentée pendant leur visite au SU. Parmi ceux qui ont subi une intervention documentée, il s'agissait uniquement d'une radiographie ou d'un examen par TDM dans 4 cas sur 10 (43 %). Ces données montrent une fois de plus qu'un grand nombre de ces patients pourrait être pris en charge à l'établissement de SLD s'ils avaient facilement accès aux services (p. ex. services diagnostiques) et aux dispensateurs (p. ex. médecins pour interpréter les diagnostics) appropriés.

Séjour au SU : plus long pour les personnes âgées vivant en établissement de SLD

En 2013-2014, les personnes âgées vivant en établissement de SLD qui ont visité le SU présentaient une DS médiane plus longue que celle des personnes demeurant dans la collectivité (6,9 contre 3,7 heures). L'écart était observable pour tous les types de visites (figure 4). Au moment de l'admission, les résidents des établissements de SLD ont également attendu plus longtemps avant d'obtenir un lit (4,1 contre 3 heures). Certains experts croient que les personnes âgées qui ne sont pas hospitalisées et qui doivent retourner à l'établissement de SLD en ambulance pourraient demeurer plus longtemps au SU parce qu'elles attendent leur moyen de transport. L'écart entre les 2 groupes en ce qui a trait au temps passé au SU pourrait également s'expliquer par des différences au niveau de l'âge et de l'état de santé de base.

Les DS relativement longues au SU des personnes âgées vivant en établissement de SLD mettent en relief l'importance de dispenser des soins dans les milieux appropriés pour ces patients. Les visites au SU ont été associées à un risque accru de nouvelle infection aiguë chez les personnes âgées en général[40]. Une DS plus longue pour les personnes âgées vivant en établissement de SLD vient exacerber ce risque. De plus, une exposition prolongée à un endroit inconnu peut créer une grande détresse chez les personnes très âgées, qui sont également nombreuses à souffrir de déficience cognitive. Plus de la moitié des visites potentiellement évitables touchent des patients de 85 ans et plus.

Figure 4 : Durée médiane du séjour au SU des personnes âgées, 2013-2014



Remarque

Les patients ayant visité le SU en raison d'affections potentiellement évitables et d'affections mineures sont classés sous Visites pour des affections potentiellement évitables.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information sur les soins de longue durée, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

Réduction du nombre de visites au SU des personnes âgées vivant en établissement de SLD

Un certain nombre d'initiatives ont été mises en place au Canada pour réduire le nombre de visites potentiellement évitables au SU effectuées par des résidents des établissements de SLD. Une pratique courante consiste à tenir des discussions sur les « objectifs des soins » avec le résident, sa famille ou son mandataire spécial et le personnel de l'établissement de SLD pour veiller à ce que les soins soient dispensés en respectant la volonté du patient. Voici d'autres exemples de programmes et de stratégies :

- Les **programmes de prévention des chutes** sont largement répandus au pays et visent à réduire le nombre de chutes dans les établissements de SLD au moyen de programmes d'exercice et de séances de formation[35, 36, 39]. Les blessures liées aux chutes entraînent une perte de mobilité et d'autonomie, et leur prévention peut réduire la fréquence des visites au SU et les coûts des soins qui y sont associés[35, 36, 39].
- En Nouvelle-Écosse, certains établissements de SLD emploient du **personnel paramédical en soins prolongés**, en poste 7 jours sur 7, qui bénéficie de l'appui d'un médecin pour coordonner les traitements nécessaires ou le transport[17]. Des résultats initiaux montrent que le personnel paramédical en soins prolongés a été en mesure de traiter 73 % des patients sur place, sans devoir les transporter par ambulance jusqu'au SU[17].
- En Ontario, un nouvel outil d'évaluation administré par les préposés aux services de soutien à la personne affiche des résultats prometteurs en matière de détection de déclin de l'état de santé des résidents des établissements de SLD avant qu'un transfert à l'hôpital ne soit nécessaire. Baptisé **PREVIEW-ED©**, l'outil a pour objectif de réduire le nombre de visites au SU associées à des affections courantes comme des pneumonies, des infections des voies urinaires, de la déshydratation et de l'insuffisance cardiaque congestive[41]. Un autre outil récemment adopté par certains établissements, INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfers), est conçu pour améliorer les soins et réduire la fréquence des transferts potentiellement évitables à l'hôpital[42].

Clients des services à domicile et visites au SU

Au Canada, beaucoup de personnes âgées demeurant dans la collectivité bénéficient de services à domicile financés par l'État. Les responsables de l'élaboration des politiques cherchent à connaître l'utilisation que font ces bénéficiaires des SU. Des données du Système d'information sur les services à domicile (SISD) de l'ICIS ont été utilisées pour évaluer à quelle fréquence et pour quelles raisons les personnes âgées bénéficiaires des services à domicile de longue durée visitent le SU. Les clients des services à domicile de longue durée ont généralement besoin de services pendant plus de 60 jours.

Selon l'analyse des données sur les services à domicile de l'Ontario et du Yukon, 46 % des personnes âgées bénéficiaires des services à domicile de longue durée ont visité le SU en 2013-2014. Une visite sur 3 aurait pu être évitée, car elle avait pour motif des affections potentiellement évitables (21 %) ou des affections mineures ne nécessitant pas d'hospitalisation (12 %). Les infections des voies urinaires étaient la cause de 25 % des visites qui auraient pu être évitées, suivies de l'insuffisance cardiaque (18 %) et des pneumonies (16 %). Les chutes n'étaient responsables que de 14 % des visites pour des motifs moins urgents ou non urgents ne nécessitant pas d'hospitalisation.

(suite à la page suivante)

Le profil et les tendances d'utilisation du SU des clients des services à domicile de longue durée se rapprochent davantage de ceux des personnes âgées vivant en établissement de SLD que de ceux des personnes âgées demeurant dans la collectivité. Ces similitudes peuvent expliquer pourquoi les clients des services à domicile de longue durée font souvent la transition vers un établissement de SLD et révéler des difficultés liées à l'accès à des services à domicile appropriés.

D'autres données détaillées sur les clients des services à domicile qui ont visité le SU peuvent être téléchargées gratuitement avec les tableaux de données complémentaires du présent rapport.

Conclusion

Chaque année, de nombreuses visites dans les SU du Canada pourraient être évitées, notamment par une amélioration de l'accès aux soins et aux services dans des milieux plus appropriés. La présente étude a révélé qu'en 2013-2014, une visite sur 5 ne nécessitant pas d'hospitalisation et une visite sur 3 de personnes âgées vivant en établissement de SLD auraient pu être évitées.

Certaines de ces visites potentiellement évitables au SU sont la conséquence des difficultés d'accès aux soins de santé primaires touchant les Canadiens en général et les personnes âgées vivant en établissement de SLD. Les principaux motifs de visites en raison de CPMF (infections des voies respiratoires supérieures, otites et changements de pansements) sont des affections et des traitements souvent pris en charge par les cabinets de médecin. Le taux plus élevé de visites en raison de CPMF en région rurale peut également révéler des difficultés accrues liées à l'accès à d'autres milieux de soins ou à un éventail élargi de soins dans les SU. Par ailleurs, les infections des voies urinaires, les pneumonies et les chutes sont les principales causes de visites potentiellement évitables au SU chez les personnes âgées vivant en établissement de SLD. Cela peut signifier qu'un meilleur accès à des soins préventifs plus adéquats, à des médecins, à des spécialistes ou à des services spécialisés (p. ex. services diagnostiques) est nécessaire.

Plusieurs provinces et territoires évaluent des stratégies visant à réduire le nombre de visites évitables au SU afin de fournir des soins plus appropriés à leurs habitants. Une stratégie courante consiste à élargir l'accès aux soins de santé primaire en augmentant le nombre de médecins de famille ainsi que la proportion d'entre eux qui dispensent des soins pendant des heures de service prolongées. Une autre stratégie courante consiste à sensibiliser la population aux différents niveaux de soins offerts afin de l'aider à faire des choix plus éclairés. La publication des temps d'attente au SU par établissement a également été mise à l'essai dans un certain nombre de provinces et de territoires. Cependant, les sondages continuent de montrer que certains Canadiens ignorent encore les options qui s'offrent à eux. Par exemple, un sondage commandé dans le cadre de la présente étude a révélé que 7 % des répondants ne connaissaient pas les milieux de soins à leur disposition autres que le SU.

D'autres stratégies, comme l'élargissement des services à domicile et le recours à des infirmières d'intervention rapide et à du personnel paramédical en soins avancés, ont pour objectif principal de répondre aux besoins des patients à domicile. L'élargissement du champ de pratique des pharmaciens peut également jouer un rôle puisque ceux-ci pourraient renouveler certaines ordonnances, évitant ainsi aux patients de visiter inutilement le SU. Plusieurs provinces et territoires offrent également des soins prioritaires aux grands utilisateurs du système de santé, qui visitent généralement le SU à de nombreuses reprises pendant l'année.

La réduction du nombre de visites au SU par les personnes âgées vivant en établissement de SLD est également une priorité pour un grand nombre de provinces et territoires. Même si elles représentent moins de 1 % de toutes les visites, les visites inutiles au SU exigent la communication d'antécédents médicaux souvent complexes et peuvent nuire à la continuité des soins. De plus, le transport par ambulance et un environnement inconnu peuvent perturber les patients, surtout ceux atteints de démence. Pour y remédier, des programmes de prévention ont été mis en place afin de réduire les chutes, un motif important de visites au SU chez les personnes âgées. Dans certaines provinces, du personnel paramédical en soins prolongés qui travaille en collaboration avec des médecins a été intégré aux équipes de soins dans les établissements de SLD. Le recours à des laboratoires mobiles qui offrent des services diagnostiques est également utilisé pour réduire le nombre de visites au SU à des fins diagnostiques.

D'autres programmes visent à renforcer les capacités des préposés aux services de soutien à la personne afin qu'ils soient plus alertes à certains symptômes qui se manifestent chez les résidents et qu'ils puissent les signaler au personnel approprié. Une surveillance diligente pourrait prévenir des visites au SU en raison d'affections courantes, comme des pneumonies, des infections des voies urinaires et la déshydratation. Malgré les multiples stratégies utilisées, les experts croient que les personnes âgées vivant en établissement de SLD, leur famille et leur mandataire spécial doivent être mieux informés des options qui s'offrent à eux. De plus, les difficultés associées à la dotation en personnel et à d'autres ressources dans les établissements de SLD sont des facteurs à prendre en considération pour réduire le nombre de visites potentiellement évitables au SU des résidents des établissements de SLD.

La présente étude porte sur 2 groupes de patients susceptibles d'obtenir des soins plus adéquats dans des milieux autres que le SU et fait ressortir un nombre considérable de visites au SU qui auraient pu être évitées ou orientées vers d'autres milieux. L'orientation des patients souffrant de problèmes de santé mineurs vers des milieux plus appropriés, comme les cabinets de médecin, pourrait entraîner des retombées positives pour les patients en améliorant la continuité de leurs soins et leur expérience globale. Elle serait également bénéfique pour le système de santé, car les ressources des SU pourraient être affectées en priorité aux patients qui en ont réellement besoin.

Annexe A : Définitions, sources des données, sélection des cas et limites de l'étude

Définitions

1. Conditions propices à la médecine familiale (CPMF) : Affections ou motifs de visites au service d'urgence (SU) qui pourraient être adéquatement pris en charge dans un cabinet de médecin. La méthodologie des CPMF, élaborée initialement par le Health Quality Council of Alberta, repose sur une liste de codes de diagnostic à 3 chiffres utilisés dans les SU et tirés de la CIM-10-CA pour lesquels la probabilité d'hospitalisation est inférieure à 1 %. Des exemples de CPMF sont la conjonctivite (H10) et la pharyngite aiguë ou inflammation de la gorge (J02). Une version légèrement modifiée de la méthodologie et de la liste de conditions initiales a été utilisée aux fins de la présente étude.

   Les CPMF se distinguent des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA). Alors que les premières sont généralement des affections mineures, les secondes regroupent plutôt des maladies chroniques, comme le diabète ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), qui pourraient être efficacement prises en charge dans la collectivité et pour lesquelles des soins ambulatoires adéquats peuvent prévenir ou réduire le recours à l'hospitalisation.

2. Visites potentiellement évitables chez les personnes âgées vivant en établissement de soins de longue durée (SLD) : Visites au SU en raison d'affections qui pourraient être évitées au moyen de soins primaires adéquats ou visites en raison d'affections mineures (moins urgentes ou non urgentes) selon l'Échelle de triage et de gravité (ETG) et qui n'entraînent pas d'hospitalisation, ce qui fait en sorte que le patient retourne directement à l'établissement de SLD. Les affections qui pourraient être évitées au moyen de soins primaires adéquats sont similaires aux CPSA, mais ont été validées pour les bénéficiaires de SLD.

3. Soins de longue durée (SLD) : Soins dispensés dans un éventail de milieux ou d'établissements résidentiels qui servent une population variée principalement composée de personnes âgées qui a besoin en tout temps de soins infirmiers, de soins personnels et d'autres services thérapeutiques et de soutien. Les soins de longue durée en milieu hospitalier de l'Ontario ont été exclus du cadre de la présente étude.

Sources des données et sélection des cas

La présente étude repose sur les données de l'exercice 2013-2014 tirées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) de l'ICIS.

Pour réaliser les analyses visant les CPMF, les données tirées du SNISA utilisées sont celles des provinces et du territoire suivants qui ont soumis à l'ICIS des enregistrements sur les SU avec codes de diagnostic complets (données de niveau 3) : l'Ontario (tous les établissements), l'Alberta (tous les établissements), la Nouvelle-Écosse (5 établissements), la Saskatchewan (4 établissements), l'Île-du-Prince-Édouard (un établissement) et le Yukon (un établissement).

Toutes les visites non prévues aux SU (à l'exclusion des centres de soins d'urgence) pour lesquelles les patients ont été renvoyés à leur domicile (issus de la visite = 01) ont été sélectionnées. Parmi celles-ci, les cas de CPMF ont été identifiés en utilisant les raisons principales des visites qui correspondent aux affections figurant sur la liste modifiée des CPMF. Cette liste peut être obtenue sur demande.

Aux fins de l'évaluation, les visites en raison de CPMF ont uniquement été comparées aux autres visites au SU pour lesquelles les patients ont été renvoyés à leur domicile.

Dans le cas des analyses des visites au SU de personnes âgées vivant en établissement de SLD, les données du SISLD (à l'exception des données sur les soins continus complexes) de tous les établissements de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon ont été couplées aux données correspondantes du SNISA afin de créer des épisodes de soins. Les personnes de 65 ans et plus vivant en établissement de SLD ont d'abord été identifiées, puis leurs enregistrements ont été couplés aux visites correspondantes au SU. Ces visites ont été classées en 2 catégories :

1. Visites potentiellement évitables, soit les visites en raison d'un groupe d'affections validées pour les résidents des établissements de SLD, soit les pneumonies, les infections rénales ou des voies urinaires, l'angine, l'asthme, la cellulite, la MPOC, l'insuffisance cardiaque congestive, la déshydratation, le diabète, la gastroentérite, les convulsions, l'hypertension, l'hypoglycémie et les infections graves de l'œil, du nez et de la gorge.
2. Les visites en raison d'affections mineures, soit celles de niveaux IV et V (moins urgent et non urgent) à l'Échelle canadienne de triage et de gravité et ne nécessitant pas d'hospitalisation (le patient retourne directement à l'établissement de SLD).

D'autres renseignements sur la sélection de la cohorte et la méthodologie de l'étude sont disponibles sur demande.

Limites de l'étude

Les renseignements suivants ont une incidence sur la compréhension et l'interprétation des conclusions de l'étude.

Disponibilité des données

Seules les données de niveau 3 de la plupart des établissements déclarants des provinces qui soumettent des données au SNISA de l'ICIS ont été incluses aux fins des analyses touchant les CPMF. Les SU qui ne soumettent pas de données de niveau 3 ou de codes de diagnostic complets ont été exclus. De même, seules les provinces dont les données ont été soumises aux SISLD et au SNISA ont été incluses dans les analyses visant les SLD.

Mises en garde sur l'interprétation des résultats

Étant donné la nature incomplète des données nationales sur les SU et les SLD, il faut faire preuve de prudence avant de généraliser les résultats de la présente étude.

Les visites au SU effectuées par des personnes âgées vivant en établissement de SLD ont été obtenues en couplant les enregistrements du SISLD avec les données sur les SU du SNISA. Il peut donc y avoir des différences entre l'information sur les visites au SU utilisée dans le cadre de la présente étude et d'autres sources fondées sur l'information sur les visites saisies seulement à partir des évaluations des résidents contenues dans le SISLD. Les différences peuvent être attribuables aux facteurs suivants :

1. Les visites au SU prises en compte dans la présente étude couvrent une période d'un an; la déclaration des évaluations peut se faire sur une période différente, comme un trimestre.
2. Les résidents peuvent avoir effectué de multiples visites au SU au cours d'une même période, et la présente étude en tiendrait compte. D'autres rapports pourraient être fondés uniquement sur l'information indiquant qu'un résident a eu une visite pendant la même période.
3. La déclaration des visites au SU fondée sur les évaluations peut refléter uniquement les visites effectuées par les résidents couvertes par des évaluations du SISLD. L'information sur les évaluations peut ne pas être disponible (l'évaluation est manquante ou a été rejetée en raison d'erreurs et n'a pas été soumise de nouveau) ou ne pas avoir été recueillie (durée du séjour très courte en SLD ou résident décédé dans un autre milieu de soins). Les visites au SU effectuées par des résidents et non couvertes par une évaluation sont prises en compte dans la présente étude.

Annexe B : Comparaison des visites en raison de CPMF aux autres visites au SU sans hospitalisation, 2013-2014

	Conditions propices à la médecine familiale	Toutes les autres visites au SU sans hospitalisation
Visites/patients uniques	1 403 105 (21 %)/959 665	5 261 481 (79 %)/3 374 171
Femmes (%)	52	53
Groupe d'âge (%)		
Moins de 18 ans	30	20
18 à 44 ans	36	38
45 à 64 ans	22	24
65 ans et plus	12	17
Degré de gravité élevé : niveaux I à III à l'ETG (%)	30	61
Degré de gravité faible : niveaux IV et V à l'ETG (%)	70	39
Région rurale (%)	41	23
Quintile de revenu (%)		
Faible	24	23
Faible-moyen	20	20
Moyen	21	20
Moyen-élevé	19	19
Élevé	17	17
DS médiane totale (en heures)	1,4	2,6
Les 3 diagnostics les plus courants (codes à 3 chiffres de la CIM-10-CA)	• Infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées (13 %) • Autres soins médicaux (13 %) • Pharyngite aiguë (8 %)	• Douleur abdominale et pelvienne (6 %) • Douleur au niveau de la gorge et de la poitrine (4 %) • Dorsalgie(3 %)
Intervention (%)	17	47
3 interventions les plus courantes	• Radiographie du thorax (26 %) • Céphalosporine, approche percutanée (5 %) • Anti-infectieux non précisés, approche percutanée (4 %)	• Radiographie du thorax (23 %) • Radiographie de l'abdomen (4 %) • Radiographie de l'articulation de la cheville (4 %)

(suite à la page suivante)

	Conditions propices à la médecine familiale	Toutes les autres visites au SU sans hospitalisation
Distance parcourue (km)		
Médiane	7	6
Moins de 5	42	44
5 à 10	16	20
Plus de 10	42	36
Moment de la visite (%)		
Entre 21 h et 6 h	16	20
Entre 6 h et 10 h	20	15
Entre 10 h et 17 h	43	44
Entre 17 h et 21 h	21	22
Type d'établissement (%)		
Enseignement	17	26
Communautaire — de grande taille	20	33
Communautaire — de taille moyenne	22	20
Communautaire — de petite taille	41	21

Remarques

Les pourcentages étant arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %.

Les visites associées à un code postal invalide ou manquant ont été exclues des pourcentages visant les régions rurales et urbaines.

Les pourcentages visant les niveaux de l'ETG incluent uniquement les visites avec données valides et complètes sur le triage.

La distance parcourue est fondée sur les visites associées à un code postal valide qui permet de calculer la distance parcourue.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe C : Caractéristiques des visites au SU par des personnes âgées vivant en établissement de SLD et dans la collectivité, 2013-2014

Caractéristiques	Personnes âgées vivant en établissement de SLD				Personnes âgées demeurant dans la collectivité			
	Affections potentiellement évitables	Affections mineures/sans hospitalisation	Autres	Total	Affections potentiellement évitables	Affections mineures/sans hospitalisation	Autres	Total
Visites (N)	15 202	6 465	42 085	63 752	241 220	385 827	910 192	1 537 239
Visites (%)	24	10	66	100	16	25	59	100
Patients uniques (N)	12 040	5 075	28 725	37 703	171 661	244 259	546 690	744 859
Âge (médiane)	85	85	85	85	77	74	76	76
Groupe d'âge (%)								
65 à 69 ans	5	5	6	5	20	29	23	24
70 à 74 ans	7	8	8	8	19	23	20	20
75 à 79 ans	12	12	12	12	19	19	19	19
80 à 84 ans	21	21	21	21	19	15	18	17
85 ans et plus	54	54	54	54	23	14	21	20
Femmes (%)	62	65	64	63	55	52	54	54
Transport par ambulance (%)	92	60	91	88	35	7	37	29
Région rurale : utilisation du SU (%)	10	37	9	12	21	43	13	22
Région rurale : utilisation de l'établissement de SLD (%)	13	38	12	15	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Durée du séjour (DS)								
DS médiane totale (en heures)	9	3	7	7	5	2	5	4
DS médiane des patients non hospitalisés	6	3	5	5	3	2	4	3
DS médiane des patients hospitalisés	13	S.O.	11	12	11	S.O.	10	10
État à la sortie (%)								
Patients hospitalisés en soins de courte durée	62	0	43	43	35	0	29	22
Domicile ou résidence	37	100	53	54	63	100	65	74
Transfert	<1	0	3	2	1	0	3	2
Autre	<1	0	1	1	<1	0	3	2
Diagnostic précis								
Chutes (%)	1	25	23	18	<1	10	11	9
Blessures (%)	0	32	24	19	0	20	14	13

(suite à la page suivante)

Caractéristiques	Personnes âgées vivant en établissement de SLD				Personnes âgées demeurant dans la collectivité			
	Affections potentiellement évitables	Affections mineures/sans hospitalisation	Autres	Total	Affections potentiellement évitables	Affections mineures/sans hospitalisation	Autres	Total
Les 3 diagnostics les plus courants								
1	Infection urinaire évitable (30 %)	Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques (17 %)	Blessures à la tête (8 %)	Infection urinaire évitable (7 %)	Infection urinaire évitable (22 %)	Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques (16 %)	Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire (7 %)	Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire (11 %)
2	Pneumonie évitable (26 %)	Blessures à la tête (10 %)	Blessures à la hanche et à la cuisse (7 %)	Blessures à la tête (6 %)	MPOC évitable (17 %)	Blessures au poignet et à la main (5 %)	Symptômes et signes généraux (5 %)	Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques (16 %)
3	Insuffisance cardiaque congestive évitable (14 %)	Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs (5 %)	Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire (7 %)	Pneumonie évitable (6 %)	Pneumonie évitable (13 %)	Sujets ayant recours aux services de santé pour des examens divers (4 %)	Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen (5 %)	Symptômes et signes généraux (8 %)
Les 3 interventions les plus courantes								
1	Radiographie du thorax (54 %)	Radiographie du thorax (6 %)	Radiographie du thorax (24 %)	Radio-graphie du thorax (29 %)	Radiographie du thorax (41 %)	Radiographie du thorax (5 %)	Radiographie du thorax (21 %)	Radiographie du thorax (20 %)
2	Examen par TDM du cerveau (4 %)	Radiographie de la hanche (4 %)	Examen par TDM de la tête (8 %)	Examen par TDM de la tête (6 %)	Électrocardio-gramme (2 %)	Radiographie du genou (2 %)	Examen par TDM de la tête (5 %)	Examen par TDM de la tête (3 %)
3	Examen par TDM de la tête (4 %)	Réparation du cuir chevelu (2 %)	Examen par TDM du cerveau (7 %)	Examen par TDM du cerveau (6 %)	Agent antiasthmatique (2 %)	Radiographie du pied (2 %)	Examen par TDM du cerveau (5 %)	Examen par TDM du cerveau (3 %)
Aucune intervention	17	41	21	22	40	62	35	42
Groupes d'interventions								
Intervention diagnostique (%)	79	56	76	75	85	60	82	79
Intervention thérapeutique (%)	2	31	6	7	2	33	7	10
Interventions diagnostique et thérapeutique (%)	19	13	18	18	13	7	11	10
Radiographie seulement (%)	56	40	41	44	62	46	42	46
Examen par TDM seulement (%)	3	3	8	6	3	3	11	9
Radiographie et examen par TDM seulement (%)	9	4	15	12	5	1	10	8

(suite à la page suivante)

Caractéristiques	Personnes âgées vivant en établissement de SLD				Personnes âgées demeurant dans la collectivité			
	Affections potentiellement évitables	Affections mineures/sans hospitalisation	Autres	Total	Affections potentiellement évitables	Affections mineures/sans hospitalisation	Autres	Total
Coûts								
Coût médian d'une visite au SU pour cette population	627	219	519	507	413	200	432	332
Coût total des visites au SU pour cette population	8 827 676	1 894 167	22 884 237	33 606 079	111 946 729	92 472 827	428 038 749	632 458 305

Remarques

Les pourcentages étant arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %.

Le nombre de patients uniques a été déterminé à partir des enregistrements avec un numéro d'assurance-maladie valide seulement.

Les patients ayant visité le SU en raison d'affections potentiellement évitables et d'affections mineures sont classés sous « affections potentiellement évitables ».

Les enregistrements associés à un code postal invalide ou manquant ont été exclus des pourcentages visant les régions rurales et urbaines.

Les estimations des coûts ont été calculées selon la méthodologie GMA+ 2013 de l'ICIS, à partir des valeurs de coût par cas pondéré des provinces pour 2012.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information sur les soins de longue durée, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Santé Î.-P.-É. Emergency department wait times. http://www.healthpei.ca/erWaitTimes/. Consulté le 18 août 2014.

2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Emergency room. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2008. http://www.hco-on.ca/english/Search/. Dernière modification le 1er novembre 2010. Consulté le 9 septembre 2014.

3. Osborn R, Schoen C; The Commonwealth Fund. *The Commonwealth Fund 2013 International Health Policy Survey in Eleven Countries—Appendices*. New York, États-Unis : The Commonwealth Fund; 13 novembre 2013. http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/in-the-literature/2013/nov/2013-ihp-survey-article-appendices.pdf. Consulté le 15 septembre 2014.

4. Haggerty JL, Roberge D, Pineault R, Larouche D, Touati N. Features of primary healthcare clinics associated with patients' utilization of emergency rooms: urban–rural differences. *Healthc Policy*. Novembre 2007;3(2):72-85.

5. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Ontario's Action Plan for Health Care*. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_healthychange.pdf. Consulté le 18 août 2014.

6. Beveridge R, Clarke B, Janes L, et al. *Implementation Guidelines for the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)*. Ottawa, ON : Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA), Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ); 16 décembre 1998.

7. Zoorob R, Sidani MA, Fremont RD, Kihlberg C. Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections. *Am Fam Physician*. 1er novembre 2012;86(9):817-822.

8. Hashikawa AN, Brousseau DC, Singer DC, Gebremariam A, Davis MM. Emergency department and urgent care for children excluded from child care. *Pediatrics*. Juillet 2014;134(1):e120-e127.

9. Warren DW, Jarvis A, LeBlanc L, Gravel J, CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS). *CJEM*. Mai 2008;10(3):224-232

10. Health Quality Council of Alberta. *2009 Measuring and Monitoring for Success*. Calgary, AB : HQCA; 2009.

11. Aggarwal M, Hutchison B. *Toward a Primary Care Strategy for Canada*. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; décembre 2012.

12. Wong WB, Edgar G, Liddy C, Vaillancourt C. Can after-hours family medicine clinics represent an alternative to emergency departments? Survey of ambulatory patients seeking after-hours care. *Can Fam Physician*. Novembre 2009;55(11):1106-1107.

13. Gouvernement du Nouveau-Brunswick — ministère de la Santé. Tele-care—Frequently asked questions. https://www.gnb.ca/0217/faq-e.asp. Consulté le 12 septembre 2014.

14. HealthLink BC. Services and resources. http://www.healthlinkbc.ca/servicesresources/811/. Consulté le 12 septembre 2014.

15. Santé Î.-P.-É. Queen Elizabeth and Prince County hospitals' emergency department wait times now online. 28 novembre 2013. http://www.healthpei.ca/index.php3?number=news&newsnumber=9337&dept=&lang=E. Consulté le 12 septembre 2014.

16. Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. Rapid response nurses. http://oaccac.com/Innovations-In-Care/Nursing-Initiatives/rapid-response-nurses. Consulté le 10 septembre 2014.

17. Emergency Health Services. *Nova Scotia—Extended Care Paramedic Program*. http://ipac.ca/documents/Extended-Care-Paramedic-Program.pdf. Consulté le 29 août 2014.

18. Santé Î.-P.-É. Community paramedicine pilot program underway in western PEI. 12 mai 2011. http://www.healthpei.ca/index.php3?number=news&dept=&newsnumber=7737&lang. Consulté le 18 août 2014.

19. Smith J;. *Role of Paramedics to Support an Aging Population*. Mississauga, ON : région de Peel; 2013. http://www.peelregion.ca/council/agendas/pdf/2013/2013-11-21/apsc-4d.pdf. Consulté le 11 septembre 2014.

20. Santé Alberta. 5-year health action plan—progress update. Gouvernement de l'Alberta. http://www.health.alberta.ca/initiatives/5-year-plan-progress.html. Consulté le 10 septembre 2014.

21. Ministry of Health and Healthcare System. *Plan for 2014–15*. Gouvernement de la Saskatchewan. http://www.finance.gov.sk.ca/PlanningAndReporting/2014-15/HealthPlan1415.pdf. Consulté le 21 août 2014.

22. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Transforming Ontario's health care system—Community Health Links provide coordinated, efficient and effective care to patients with complex needs. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2009-2010. http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/transformation/community.aspx. Dernière modification le 31 juillet 2014. Consulté le 18 août 2014.

23. Mireault J, Laframboise F, Closson T. Addressing the needs of high users of the health system: where do you start? Healthy Debate; 30 avril 2014. http://healthydebate.ca/opinions/addressing-needs-high-users-health-system-resources-start. Consulté le 9 septembre 2014.

24. Weinick RM, Burns RM, Mehrotra A. Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. *Health Aff*. Septembre 2010;29(9):1630-1636.

25. Institut canadien d'information sur la santé. CCRS profile of residents in continuing care facilities, 2012-2013. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Quick_Stats/quick+stats/quick_stats_main?pageNumber=1&resultCount=10. Consulté le 29 août 2014.

26. Bronskill SE, Corbett L, Gruneir A, Stevenson JE. Introduction. Dans : Bronskill SE, Camacho X, Gruneir A, Ho MM, eds. *Health System Use by Frail Ontario Seniors: An In-Depth Examination of Four Vulnerable Cohorts*. Toronto, ON : Institut de recherche en services de santé; novembre 2011.

27. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents—a population-based study. *J Am Geriatr Soc*. Mars 2010;58(3):510-517.

28. Qualité des services de santé Ontario. *Quality Monitor—2011 Report on Ontario's Health System*. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2011. http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/qmonitor-full-report-2011-en.pdf. Consulté le 21 août 2014.

29. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*. Ottawa, ON : ICIS; 2011. https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf. Consulté le 25 août 2014.

30. Statistique Canada. Table 051-0001—Estimates of population, by age group and sex for July 1, Canada, provinces and territories, annual (persons unless otherwise noted), CANSIM (base de données). Ottawa, ON : Statistique Canada. Consulté le 10 octobre 2014..

31. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol*. Avril 2010;31(4):319-326.

32. Toward Optimized Practice. *Guideline for the Diagnosis and Management of Urinary Tract Infection in Long Term Care*. Edmonton, AB : Toward Optimized Practice; 2010. http://www.topalbertadoctors.org/download/401/urinary_tract_infection_guideline.pdf. Consulté le 21 août 2014.

33. Saskatchewan Infection Prevention and Control Program. *Guidelines for the Prevention and Treatment of Urinary Tract Infections (UTIs) in Continuing Care Settings*. Regina, SK : ministère de la Santé de la Saskatchewan; avril 2013. http://www.health.gov.sk.ca/UTI-guidelines-apr2013. Consulté le 17 août 2014.

34. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. *Best Practices for Surveillance of Health Care-Associated Infections in Patient and Resident Populations*. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; octobre 2011. http://www.myhealthunit.ca/en/partnerandhealthproviderresources/resources/LTCH/BP_Surveil_of_HC_Associated_Infections_in_Patients_Oct2011.pdf. Consulté le 21 août 2014.

35. Agence de la santé publique du Canada. *Seniors' Falls in Canada: Second Report*. Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé; 2014. http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-eng.pdf. Consulté le 20 août 2014.

36. Scott V, Higginson A, Sum A, Metcalfe S. *Falls and Related Iinjuries in Residential Care: A Framework and Toolkit for Prevention*. Vancouver, BC: Centre of Excellence on Mobility, Fall Prevention and Injury in Aging—Centre for Hip Health and Mobility; 2010. http://www.injuryresearch.bc.ca/wp-content/uploads/2012/03/3_20110811_100931Residential-Care-Framework_Aug-10_2011.pdf. Consulté le 21 août 2014.

37. Charters A. *Falls Prevention Exercise—Following the Evidence*. Londres, R.-U. : Age UK; juin 2013. http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Falls_Prevention_Guide_2013.pdf?dtrk=true. Consulté le 21 août 2014.

38. Peel N, Bell RAR, Smith K. *Queensland Stay on Your Feet® Community Good Practice Guidelines—Preventing Falls, Harm From Falls and Promoting Healthy Active Ageing in Older Queenslanders*. Brisbane, Australie : The State of Queensland, Queensland Health; janvier 2008.

39. *Reducing Falls and Injuries From Falls—Getting Started Kit*. Edmonton, AB : juin 2013. http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/Falls/Documents/Falls%20Getting%20Started%20Kit.pdf. Consulté le 21 août 2014.

40. Quach C, McArthur M, McGeer A, et al. Risk of infection following a visit to the emergency department: a cohort study. *CMAJ*. 6 mars 2012;184(4):E232-E239.

41. El Bestawi, Marilyn R, Piazza L. Novel tool prevents avoidable emergency department visits by long-term care residents. *Challenge*. 2013; 09.

42. Commission du droit de l'Ontario. Application of the law of health care consent and advance care planning in Ontario. http://lco-cdo.org/en/capacity-guardianship-commissioned-paper-ace-ddo-sectionVI. Consulté le 9 octobre 2014.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

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
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-321-7 (PDF)

© 2014 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence*. Ottawa, ON : ICIS; 2014.

This publication is also available in English under the title *Sources of Potentially Avoidable Emergency Department Visits*.
ISBN 978-1-77109-320-0 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

8726-1014

20 ANS • YEARS 1994 • 2014

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information