



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

L'accès aux lits d'hospitalisation et le roulement des patients



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

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

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

ISBN 978-1-55465-159-7 (PDF)

© 2007 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : L'accès aux lits d'hospitalisation et le roulement des patients*, Ottawa, ICIS, 2007.

This publication is also available in English under the title *Understanding Emergency Department Wait Times: Access to Inpatient Beds and Patient Flow*.

ISBN 978-1-55465-158-0 (PDF)



Table des matières

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé	iii
Remerciements	v
Points saillants	vii
Au sujet du présent rapport	ix
Sources des données et mise en garde concernant l'interprétation	xi
Les services d'urgence au sein du système de santé	1
Utilisation des hôpitaux et caractéristiques des patients	3
Temps d'attente et soins aux patients hospitalisés dans les services d'urgence ...	7
Variation dans les temps d'attente pour un lit	8
Qui attend le plus longtemps pour un lit d'hospitalisation?	11
Quel est le lien entre le volume de patients hospitalisés et le roulement des patients dans les services d'urgence?	13
Caractéristiques des patients requérant un niveau de soins alternatifs	14
Variation dans les taux de patients requérant un niveau de soins alternatifs selon le type d'hôpital	16
Temps d'attente pour un lit et volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs	17
Conclusion	19
Pour en savoir plus	23
Ce que nous savons	23
Ce que nous ignorons	23
Que se passe-t-il?	23
Annexe A : Notes techniques	25
Source de données	25
Temps d'attente pour un lit	25
Critères de sélection des hôpitaux	29
Groupes de patients	31
Exemple du calcul de variables dérivées	34
Annexe B : Indice de Charlson	37
Annexe C : Groupes de services aux patients	39
Références	41



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

L'**Institut canadien d'information sur la santé** (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour plus d'information, visitez notre site Web à l'adresse www.icis.ca.

En juillet 2007, le Conseil d'administration de l'ICIS était formé des membres suivants :

- **M. Graham W. S. Scott**, C.M., c.r. (président), associé principal, McMillan Binch Mendelsohn LLP
- **M^{me} Glenda Yeates** (d'office), présidente-directrice générale, ICIS
- **D^r Peter Barrett**, médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School
- **M^{me} Roberta Ellis**, vice-présidente, Prevention Division, Workers' Compensation Board of British Columbia
- **M. Kevin Empey**, vice-président à la direction, Clinical Support and Corporate Services, University Health Network
- **D^r Ivan Fellegi**, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada
- **M^{me} Nora Kelly**, sous-ministre, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- **M^{me} Alice Kennedy**, chef des opérations, Soins de longue durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador
- **M. David Levine**, président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- **M. Gordon Macatee**, sous-ministre, British Columbia Ministry of Health
- **D^r Cordell Neudorf**, (président intérimaire, Conseil de l'ISPC), médecin hygiéniste en chef et vice-président, Recherche, Saskatoon Health Region
- **M. Roger Paquet**, sous-ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux
- **D^r Brian Postl**, vice-président du Conseil, président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg
- **M. Morris Rosenberg**, sous-ministre, Santé Canada
- **M. Ron Sapsford**, sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désire remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la production du présent document, tout particulièrement les membres du comité consultatif qui lui ont fourni de précieux conseils :

- **D^r Brian H. Rowe**
Professeur et directeur de recherche,
Chaire de recherche du Canada sur les
troubles respiratoires d'urgence,
Department of Emergency Medicine,
University of Alberta, Edmonton, Alberta
- **D^r Michael Schull**
Chercheur principal, Institut de
recherche en services de santé,
Toronto, Ontario
- **M^{me} Bonnie Adamson**
Présidente-directrice générale,
North York General Hospital,
North York, Ontario
- **D^r Douglas Sinclair**
Chef, Médecine d'urgence, IWK
Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse
- **M^{me} Louise LeBlanc**
Directrice des soins aux patients,
Soins d'urgence, The Scarborough
Hospital, Scarborough, Ontario
- **M. Greg Webster**
Directeur, Recherche et Élaboration
des indicateurs, Institut canadien
d'information sur la santé, Toronto, Ontario

Il faut noter que les interprétations figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement celles de chaque membre du comité consultatif ou de leur organisme affilié.

Le comité de rédaction du rapport incluait Heather Dawson, Sharon Gushue, Greg Webster et Jennifer Zelmer. Les notes techniques ont été rédigées par Audrey Boruvka. D'autres employées ont contribué à la production du rapport, soit Debbie Gibson, Sara Grimwood et Jaya Weerasooriya.



Points saillants

Chaque année, plus d'un million de Canadiens sont admis à l'hôpital à partir des services d'urgence. En 2005-2006ⁱ :

- Plus de la moitié (60 %) des patients ont été admis à partir des services d'urgence. Cette proportion variait à l'échelle du pays, soit de 56 % en Nouvelle-Écosse et en Alberta à 77 % au Nunavut.
- Les 1,1 million de patients admis à partir des services d'urgence représentaient 65 % des jours-présence des patients hospitalisés en soins de courte durée.
- La majorité des patients (68 %) admis à partir des services d'urgence faisaient partie du groupe des soins médicaux; les autres faisaient partie des groupes de la chirurgie (19 %), des nouveau-nés et des enfants (6 %), de la santé mentale (5 %) et de l'obstétrique (1 %).
- Les patients admis à partir des services d'urgence avaient tendance à être plus âgés et plus malades (à avoir des problèmes de santé multiples ou plus graves) que ceux admis autrement. À leur sortie, ces patients étaient également plus susceptibles d'être transférés à d'autres unités de soins.

L'analyse des temps d'attente pour un lit (à partir du moment de la décision d'admettre le patient jusqu'au moment où le patient quitte la salle d'urgence) lors des admissions en 2005 a révélé que dans un échantillon de 277 hôpitaux canadiens :

- Dans l'ensemble, 1 patient sur 25 a attendu plus de 24 heures à l'urgence pour un lit en soins de courte durée une fois que l'on a pris la décision de l'hospitaliser. Dans les grands hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement, 1 patient sur 20 admis à partir des services d'urgence a attendu 24 heures ou plus.
- Le temps d'attente médian pour un lit variait selon le type d'hôpital, soit de 18 minutes dans les petits hôpitaux communautaires à 2,3 heures dans les hôpitaux d'enseignement.
- Dans les petits hôpitaux, 10 % des patients ont attendu à l'urgence 2,8 heures ou plus pour un lit en soins de courte durée. Par comparaison, 10 % des patients ont attendu plus de 17 heures dans les grands hôpitaux et les hôpitaux d'enseignement.
- Dans les petits hôpitaux, 86 % des patients ont attendu deux heures ou moins à l'urgence pour un lit en soins de courte durée. À titre de comparaison, 45 % des patients ont attendu deux heures ou moins dans les hôpitaux d'enseignement.
- Les caractéristiques associées à des temps d'attente plus longs incluaient la grande taille de l'hôpital, la vieillesse, les patients plus malades et les séjours plus longs à l'hôpital.
- Les temps d'attente pour un lit dans les grands hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement avaient tendance à être plus courts pendant les mois d'été et d'hiver, les fins de semaine et le soir.

i. L'analyse n'inclut pas les hospitalisations en soins de courte durée au Québec, les femmes admises pour un accouchement et les enfants nés à l'hôpital.

Un certain nombre de facteurs pourraient influencer sur les temps d'attente pour un lit et le roulement des patients, notamment la capacité d'accorder leur congé aux patients requérant un niveau de soins alternatifs. Les patients qui requièrent de tels soins ne requièrent plus de soins de courte durée. En 2005, nous avons découvert que dans un échantillon de 277 hôpitaux canadiens :

- Les petits et moyens hôpitaux étaient plus susceptibles d'afficher une proportion plus élevée de patients requérant un niveau de soins alternatifs en soins de courte durée que les grands hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement. La variation de la proportion des patients requérant un niveau de soins alternatifs était plus grande dans les petits hôpitaux.
- Pour ce qui est des patients qui ont attendu plus de 24 heures pour un lit en soins de courte durée dans les grands hôpitaux communautaires au moment où l'on a pris la décision de les hospitaliser, le nombre médian de patients requérant un niveau de soins alternatifs au moment où l'on a pris la décision de les hospitaliser était de 11. Dans les hôpitaux d'enseignement, il s'élevait à 20.




Au sujet du présent rapport

Chaque année, plus d'un million de Canadiens sont admis dans des établissements de soins de courte durée à partir des services d'urgence. Compte tenu de l'importance de cet aspect des soins de santé, les patients, les dispensateurs de soins, les planificateurs des systèmes de santé et les responsables de l'élaboration des politiques continuent de s'intéresser de près au temps que les gens passent à l'urgence.

La série de rapports en trois volets intitulée *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence* a pour but de fournir de nouvelles données sur le nombre et le type de patients qui visitent les services d'urgence, et sur le temps qu'ils doivent attendre pour recevoir des soins. Cette série de rapports présente également de l'information sur les facteurs hospitaliers qui peuvent influencer sur les temps d'attente et le roulement des patients, de leur arrivée à l'urgence jusqu'à leur hospitalisation. Ces rapports sont accessibles dans les deux langues officielles, sur le site Web de l'ICIS, à l'adresse www.icis.ca.

Le premier rapport, *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Qui sont les utilisateurs des services d'urgence et quels sont les temps d'attente?*, était axé sur les caractéristiques des patients qui visitent des services d'urgence choisis au Canada, et sur la durée totale des visites aux services d'urgence. Le deuxième rapport, une Analyse en bref, se penchait davantage sur les temps d'attente en Ontario, et plus particulièrement sur les variations dans la durée totale des visites au service d'urgence selon le type d'hôpital et l'emplacement géographique, les temps d'attente précédant l'évaluation initiale d'un médecin ainsi que les variations selon les niveaux de triage et l'état à la sortie des patients. Le présent rapport, troisième de la série, examine les facteurs associés au roulement des patients, de leur arrivée au service d'urgence jusqu'à leur hospitalisation. À l'aide de données recueillies auprès d'un échantillon d'hôpitaux à l'échelle du Canada, on y examine le temps qui s'écoule entre le moment où le médecin prend la décision d'hospitaliser un patient jusqu'au moment où ce dernier quitte le service d'urgence (soit le « temps d'attente pour un lit »). On y traite également de la répartition de ces temps d'attente en fonction du profil des patients, du type d'hôpital et du volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs.

La première section du rapport présente la proportion d'admissions à l'hôpital qui se font à partir des services d'urgence des hôpitaux canadiens et les groupes de patients qui composent la plus forte proportion de ces admissions. La deuxième section du rapport se penche sur les variations dans les temps d'attente pour un lit selon le type d'hôpital, le groupe de patients, le jour de la semaine et la saison. Les facteurs associés à la disponibilité des lits pour patients hospitalisés font l'objet de la troisième partie du rapport. On y traite plus particulièrement du lien entre les temps d'attente pour un lit et les volumes de patients requérant un niveau de soins alternatifs. Enfin, le rapport présente certaines initiatives en cours au Canada dans le but d'améliorer le roulement des patients et les temps d'attente dans les services d'urgence, et souligne ce que nous savons et ignorons des initiatives axées sur le roulement des patients, des services d'urgence jusqu'aux lits pour patients hospitalisés.



L'analyse descriptive des temps d'attente pour un lit et l'aperçu des initiatives présentés dans ce rapport ont pour but de fournir de nouveaux renseignements aux dispensateurs de soins et aux gestionnaires du système de santé lorsqu'ils élaborent des stratégies visant à améliorer le roulement des patients des services d'urgence aux soins de courte durée, puis des soins de courte durée aux soins alternatifs.

Sources des données et mise en garde concernant l'interprétation

Les données utilisées aux fins des analyses présentées dans le rapport ont été puisées dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'ICIS, qui contient des données démographiques, administratives et cliniques sur les sorties des hôpitaux et les chirurgies d'un jour au Canada.

Le présent rapport a pour but d'éclairer les initiatives visant à réduire les temps d'attente aux services d'urgence et à améliorer le roulement des patients. Cela étant dit, les mises en garde suivantes devraient être prises en considération dans l'interprétation des résultats :

1. Bien que l'ICIS ait adopté plusieurs procédures visant à vérifier et à améliorer la qualité des données, aucune étude formelle de seconde saisie des données n'évalue directement la précision des éléments de données de la BDCP concernant la date et l'heure associées à la décision d'hospitaliser le patient et à son départ de l'urgence. Notre analyse inclut un échantillon d'établissements de soins de courte durée répondant aux critères fondés, d'une part, sur la disponibilité des éléments de données requis pour calculer les temps d'attente pour un lit et, d'autre part, sur l'absence de problèmes présumés de qualité des données relevés à partir des abrégés de sortie que l'ICIS a reçus.
2. L'information anecdotique et les caractéristiques de codification pouvant être identifiées dans les données révèlent un écart entre les hôpitaux pour ce qui est du processus utilisé pour attribuer les heures de la décision d'admission et de sortie de l'urgence, et de la précision de la mesure des temps d'attente.
3. Les données sur les temps d'attente pour un lit agrégées selon le type d'hôpital représentent le scénario « moyen » ou « typique », mais la répartition des temps d'attente pour un lit peut varier considérablement entre les hôpitaux, même s'ils sont du même type.
4. L'information anecdotique et les caractéristiques de codification pouvant être identifiées dans les données révèlent une sous-déclaration des patients requérant un niveau de soins alternatifs, à un degré qui varie selon la province ou le territoire.

Précisons également que les hôpitaux du Québec ne soumettent pas de données à la BDCP, et que les données déclarées à l'ICIS par cette province ne contiennent aucune information pouvant identifier les patients hospitalisés en soins de courte durée à partir des services d'urgence, ou ceux requérant un niveau de soins alternatifs. Les résultats présentés excluent donc les hospitalisations au Québec.

Subtilités

Les points suivants viennent mettre en contexte les résultats du rapport :

Source de données. Les résultats proviennent des données sur les hospitalisations en soins de courte durée de la Base de données sur les congés des patients (BDCP). Si l'on exclut les données sur le mode d'admission, l'heure de la décision d'admission et l'heure de sortie de l'urgence, la BDCP ne contient aucune donnée supplémentaire sur les visites à l'urgence précédant l'hospitalisation. Nos résultats ne tiennent donc pas compte des caractéristiques des visites à l'urgence comme le niveau de triage ou le temps passé à l'urgence avant que la décision d'hospitaliser un patient ne soit prise.

Temps d'attente pour un lit. Les temps d'attente dans les services d'urgence faisant l'objet du présent rapport sont les temps d'attente pour un lit, que l'on mesure à partir du moment où un médecin ou un autre professionnel de la santé autorisé prend la décision d'hospitaliser un patient jusqu'à sa sortie des services d'urgence.

Niveau de soins alternatifs. Un patient qui requiert un niveau de soins alternatifs est un patient qui a terminé la phase aiguë de son traitement, mais qui reste dans un lit de soins de courte durée. La majorité des patients recevant un niveau de soins alternatifs attendent d'être placés dans un établissement offrant des soins de suivi, entre autres en soins de longue durée, en soins continus complexes ou en réadaptation.

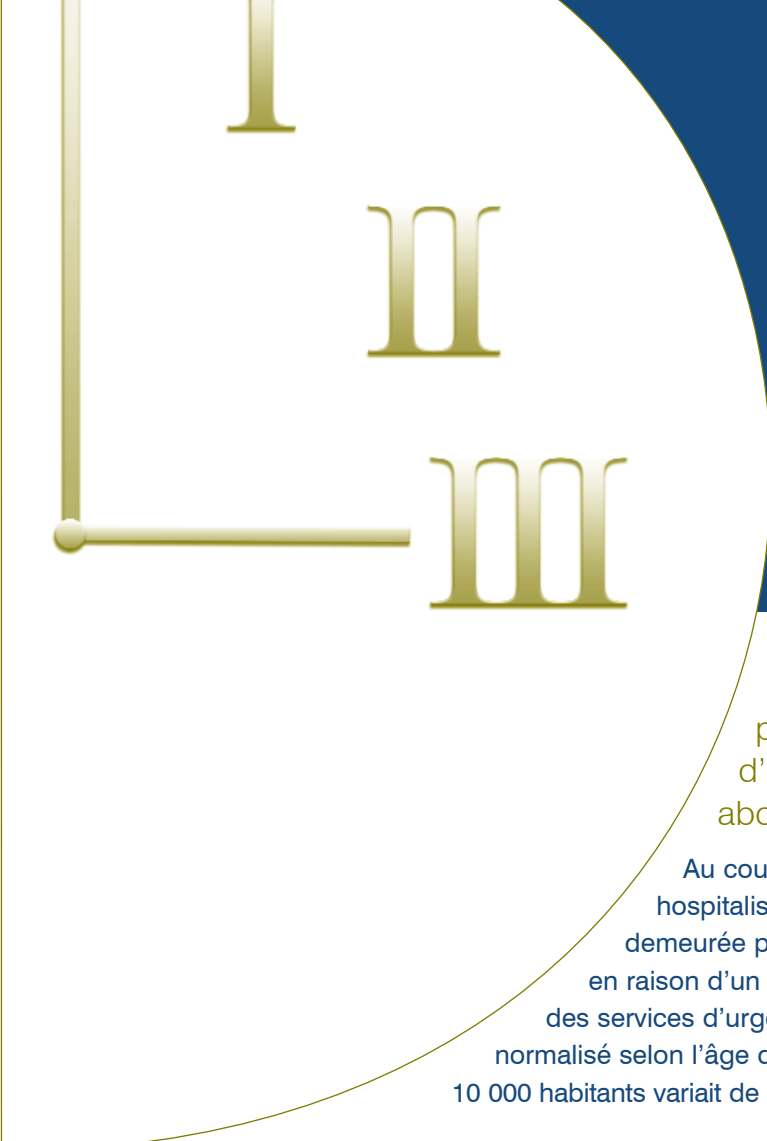
Hospitalisations liées à un accouchement. Les femmes hospitalisées en raison d'un accouchement et les enfants nés à l'hôpital ont été pris en compte comme des hospitalisations liées à un accouchement. La première section du rapport traite de l'utilisation des hôpitaux chez les patients admis à partir des services d'urgence et ceux admis autrement. Afin de restreindre la comparaison surtout aux patients hospitalisés en raison de problèmes de santé, les résultats exposés dans la présente section excluent les hospitalisations liées à un accouchement.

Unités de décision clinique. Certains hôpitaux sont dotés d'unités voisines de l'urgence, soit des unités d'observation ou des unités de décision clinique. Ces dernières sont destinées aux patients qui requièrent un examen approfondi et que l'on doit mettre en observation avant qu'un médecin prenne la décision de l'hospitaliser ou de lui donner son congé de l'urgence. Ces unités font partie d'une stratégie relativement nouvelle, adoptée par de plus en plus d'hôpitaux dans le but de remédier à l'engorgement des urgences et aux longues périodes d'attente¹.

La BDCP ne fait pas toujours de distinction entre les unités de décision clinique et les unités de soins de courte durée, mais il est possible d'identifier les patients qui sont traités exclusivement à une unité de décision clinique en comparant la date et l'heure inscrites dans la BDCP. Les unités de décision clinique sont différentes des unités de soins de courte durée et pour cette raison, les patients traités exclusivement aux unités de décision clinique ont été exclus de l'analyse des temps d'attente pour un lit. L'annexe A contient davantage de précisions sur l'identification de ce type de patients.

Échantillon de 277 hôpitaux. Les hôpitaux ne déclarent pas tous nécessairement les éléments de données de la BDCP nécessaires au calcul des temps d'attente pour un lit (dates et heures auxquelles on a pris la décision d'hospitaliser le patient et auxquelles ce dernier a quitté l'urgence). Par conséquent, le présent rapport fait état des temps d'attente pour un lit au cours de l'année civile 2005, en fonction d'un échantillon de 277 hôpitaux situés principalement dans les provinces où la soumission de ces éléments de données est obligatoire (Alberta, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador). Cet échantillon représente environ 58 % des admissions à partir des services d'urgence dans les hôpitaux canadiens à l'extérieur du Québec.

L'annexe A présente une répartition détaillée des critères d'inclusion et de la représentativité de l'ensemble des données des 277 hôpitaux selon la province et le territoire, ainsi que plus d'information sur les sources de données, la méthodologie et les limites d'interprétation.



Les services d'urgence au sein du système de santé

Chaque année, les Canadiens effectuent plus de 14 millions de visites aux services d'urgence des hôpitaux² dont plus d'un million aboutissent en soins de courte durée.

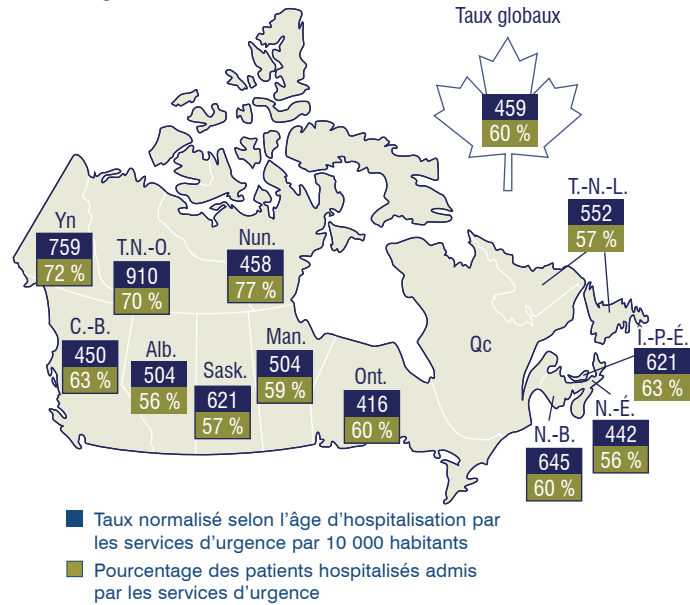
Au cours des cinq dernières années, la proportion de patients hospitalisés à partir des services d'urgence au Canada est demeurée plutôt stable, près de 60 % de patients ayant été admis en raison d'un problème de santé. Les taux d'hospitalisation à partir des services d'urgence varient à l'échelle du pays. En 2005-2006, le taux normalisé selon l'âge d'hospitalisation à partir des services d'urgence par 10 000 habitants variait de 416 en Ontario à 910 dans les Territoires du Nord-Ouest.

Les facteurs qui influencent les taux d'hospitalisation, comme la santé globale de la population³, la présence d'établissements de soins primaires appropriés ou l'accès à ces derniers⁴, et les caractéristiques de pratique ou la gestion des services d'urgence⁵, peuvent contribuer à certaines des variations enregistrées dans les taux d'hospitalisation par les services d'urgence partout au pays. Précisons que si au cours des 10 dernières années, le nombre global d'hospitalisations en soins de courte durée a affiché une tendance à la baisse⁶, le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée par les services d'urgence s'est maintenu à environ 1,1 million par année au cours de la même période.

1

Taux d'hospitalisation des patients par les services d'urgence

Au Canada, les taux d'hospitalisation en soins de courte durée par les services d'urgence, normalisés selon l'âge, varient en fonction de la province et du territoire. La carte qui suit présente la proportion d'hospitalisations par les services d'urgence ainsi que les taux par habitant d'hospitalisation par les services d'urgence au Canada en 2005-2006.



Remarques : Les résultats excluent les patients hospitalisés au Québec en raison des différents codes utilisés pour le mode d'admission. Nous avons également exclu les femmes hospitalisées en raison d'un accouchement et les enfants nés à l'hôpital aux fins de comparaison. Les taux provinciaux et territoriaux par habitant ont été normalisés selon l'âge à partir de la population canadienne en général, à l'exception du Québec. Les taux canadiens, excluant le Québec, correspondent ainsi au taux d'hospitalisation brut. **Sources :** Base de données sur les congés des patients, ICIS; Statistique Canada, Division de la démographie (estimations démographiques de 2005-2006).

Mode d'admission

Les admissions à l'hôpital par les services d'urgence incluent les patients hospitalisés par le service d'urgence de l'hôpital en question. Les patients admis autrement incluent les patients admis de façon élective ou planifiée, les patients admis directement suivant la recommandation d'un cabinet de médecin ou d'une clinique et les patients transférés d'un autre établissement.

Utilisation des hôpitaux et caractéristiques des patients

Nous avons étudié les patients admis par l'urgence et ceux admis autrement afin de déterminer si ces deux groupes de patients présentaient des caractéristiques différentes. Aux fins de comparaison, les hospitalisations ont été examinées selon le mode d'admission, puis classées dans des groupes de services aux patients, surtout selon le domaine du service principal en soins de courte durée ou le dispensateur de soins principal. Les problèmes de santé liés à chaque hospitalisation ont également été mesurés à l'aide de l'indice de Charlson^{7,8}.

Nous avons constaté que si l'on exclut les hospitalisations liées aux accouchements, la majorité des patients (68 %) admis par les services d'urgence faisaient partie du groupe des soins médicaux. En revanche, les patients hospitalisés autrement provenaient surtout du groupe de la chirurgie (58 %). Les patients admis par les services d'urgence avaient tendance à être plus âgés et plus malades (à avoir des problèmes de santé multiples ou plus graves) que les patients admis autrement. Au moment de leur sortie, ces patients étaient également plus susceptibles d'être transférés à d'autres services de soins en milieu hospitalier.

Comprendre les statistiques descriptives

La répartition des variables numériques d'un échantillon, comme la durée du séjour (DS) et le temps d'attente pour un lit, peut se résumer à l'aide de statistiques descriptives variées. La plupart des statistiques décrivent soit le *centre*, soit l'*étendue* de la répartition.

La mesure du centre quantifie la valeur « typique » dans l'échantillon. On utilise habituellement la moyenne pour mesurer le centre. Bien qu'elle soit largement utilisée, la moyenne peut être influencée par un nombre relativement limité d'observations très vastes.

La *médiane*, une autre façon de mesurer le centre, n'est pas aussi sensible aux observations aberrantes. On la calcule en classant les valeurs observées en ordre croissant et en sélectionnant la valeur au centre. Cette valeur correspond au 50^e percentile de la répartition. D'autres percentiles sont calculés de la même façon. Par exemple, le 25^e percentile correspond à la valeur sous laquelle on trouve 25 % des observations ordonnées. Depuis que nous avons découvert que les répartitions des DS et des temps d'attente pour un lit étaient asymétriques (c'est-à-dire que certains patients affichaient des durées de séjour ou des temps d'attente extrêmement longs par rapport à d'autres), nous avons utilisé les percentiles pour résumer ces variables.

Les mesures de l'étendue quantifient la variation qui caractérise l'échantillon. En ce qui concerne la médiane, on a habituellement recours à l'intervalle interquartile (IQR), qui correspond à l'intervalle entre les 25^e et 75^e percentiles de la répartition, pour mesurer l'étendue.

Comprendre l'indice de Charlson

L'indice de Charlson est un indice pondéré des problèmes de santé qui tient compte du nombre et de la gravité de maladies précises⁹. Plus le nombre et la gravité des maladies dont souffrent les patients sont élevés, plus leurs scores sont élevés. Afin de résumer les scores obtenus par un groupe de patients, nous les avons adaptés à une échelle ordinale de quatre points présentant des scores de zéro (aucune maladie) à trois ou plus⁹. Selon notre analyse, 44 % des patients admis à partir des services d'urgence avaient un score de l'indice de Charlson de un ou plus, comparativement à 21 % des patients admis autrement. L'annexe B fournit d'autres détails sur l'indice de Charlson.

2

Caractéristiques des patients admis par les services d'urgence par rapport à ceux admis autrement

Les patients admis par les services d'urgence semblaient différents des patients admis autrement. Le tableau ci-dessous compare ces deux groupes en fonction des hospitalisations en soins de courte durée au Canada en 2005-2006.

Caractéristiques	Hospitalisations par les services d'urgence	Hospitalisations de patients admis autrement
Nombre (%)	1,1 million (60)	0,8 million (40)
Nombre total de jours-présence des patients hospitalisés (%)	9,2 millions (65)	5,0 millions (35)
Âge moyen à l'admission	56	53
Proportion de femmes	51	54
Indice de Charlson		
Proportion avec un score de 0	56	79
Proportion avec un score de 1	22	7
Proportion avec un score de 2	10	8
Proportion avec un score de 3 ou plus	12	6
Durée médiane du séjour en jours (intervalle interquartile)	4 (2-8)	3 (1-6)
Groupe de services aux patients		
Proportion en soins médicaux	68	29
Proportion en chirurgie	19	58
Proportion en soins aux nouveau-nés et aux enfants	6	7
Proportion en obstétrique	1	3
Proportion en santé mentale	5	3
État à la sortie		
Proportion de patients transférés dans un autre établissement	15	7
Proportion en établissement de soins de courte durée	8	5
Proportion en établissement de soins de longue durée	7	2
Proportion dans un autre établissement	1	<1
Proportion de patients renvoyés à leur domicile	78	91
Proportion avec services à domicile	10	7
Proportion sans services à domicile	68	85
Proportion de patients sortis contre l'avis du médecin	2	<1
Proportion de patients décédés	5	2

Remarques : Les résultats excluent les patients hospitalisés au Québec en raison des différents codes utilisés pour le mode d'admission. Nous avons également exclu les femmes hospitalisées en raison d'un accouchement et les enfants nés à l'hôpital aux fins de comparaison.

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

Groupes de services aux patients

Les patients en soins de courte durée sont hospitalisés pour diverses raisons. Afin de mieux comprendre les différences qui caractérisent les types de soins de courte durée reçus par les patients admis par les services d'urgence, on a associé ces derniers à six groupes de services :

- Soins médicaux
- Chirurgie
- Enfants
- Nouveau-nés
- Obstétrique
- Santé mentale

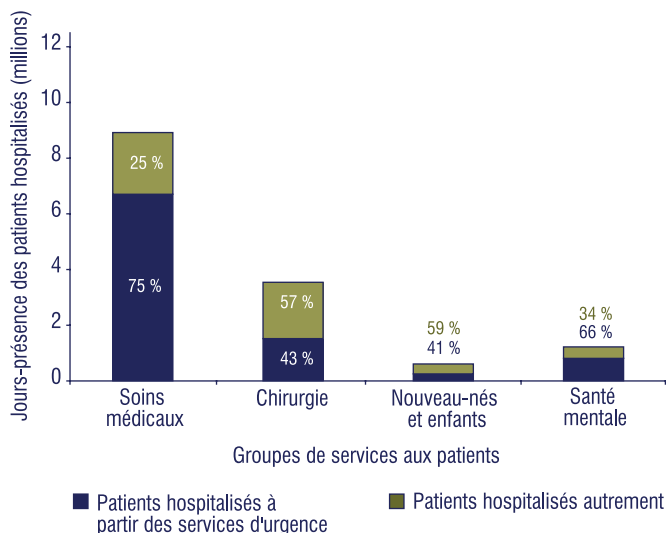
Le classement des patients dans des groupes a surtout été effectué selon le domaine du service principal ou le dispensateur de soins principal. Par exemple, le groupe des soins médicaux incluait les patients admis en médecine générale interne, dans des sous-spécialités (par exemple, en cardiologie ou en neurologie) ainsi qu'en médecine générale. On a créé le groupe des nouveau-nés à partir de renseignements supplémentaires sur le mode d'admission et l'âge. En raison de la taille de l'échantillon et pour simplifier la présentation, on a combiné les groupes des nouveau-nés et des enfants.

En général, le groupe de services aux patients ne reflète pas nécessairement le lieu physique où est hospitalisé le patient pour ce qui est du type de lit ou d'unité. L'annexe C présente d'autres détails sur les groupes de services aux patients.

3

Jours-présence des patients hospitalisés selon le mode d'admission et le groupe de services aux patients

La durée du séjour cumulée, aussi appelée jours-présence des patients hospitalisés, chez les patients en soins de courte durée varie selon le mode d'admission et le groupe de services aux patients. La figure ci-dessous présente les jours-présence des patients hospitalisés selon le mode d'admission (par les services d'urgence ou autrement) et le groupe de services aux patients à l'extérieur du Québec en 2005-2006.



Remarques : Les résultats excluent les patients hospitalisés au Québec en raison des différents codes utilisés pour le mode d'admission. Nous avons également exclu les femmes hospitalisées en raison d'un accouchement et les enfants nés à l'hôpital aux fins de comparaison.

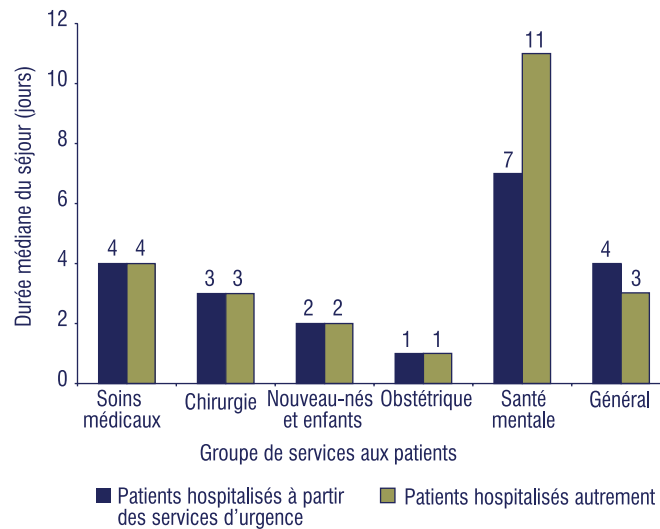
Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Lorsqu'on a comparé les groupes de services aux patients, on a découvert que les différences liées aux hospitalisations et aux jours-présence chez les patients hospitalisés admis par les services d'urgence et ceux admis autrement étaient principalement attribuables aux écarts observés dans le groupe des soins médicaux. Dans l'ensemble, les patients admis par les services d'urgence représentaient 65 % des jours-présence des patients hospitalisés en 2005-2006. Cette proportion s'élevait à 75 % pour le groupe des soins médicaux, mais elle était inférieure dans les autres groupes de services aux patients.

Lorsqu'on compare la durée médiane du séjour selon le groupe de services aux patients, si l'on exclut les patients du groupe de la santé mentale, il ne semble y avoir aucune différence entre les patients admis par les services d'urgence et ceux admis autrement. Les patients admis par les services d'urgence (quatre jours) affichent une durée globale du séjour supérieure à celle des patients admis autrement (trois jours) parce que le volume de patients du groupe des soins médicaux est plus élevé.

4 Durée médiane du séjour selon le mode d'admission et le groupe de services aux patients

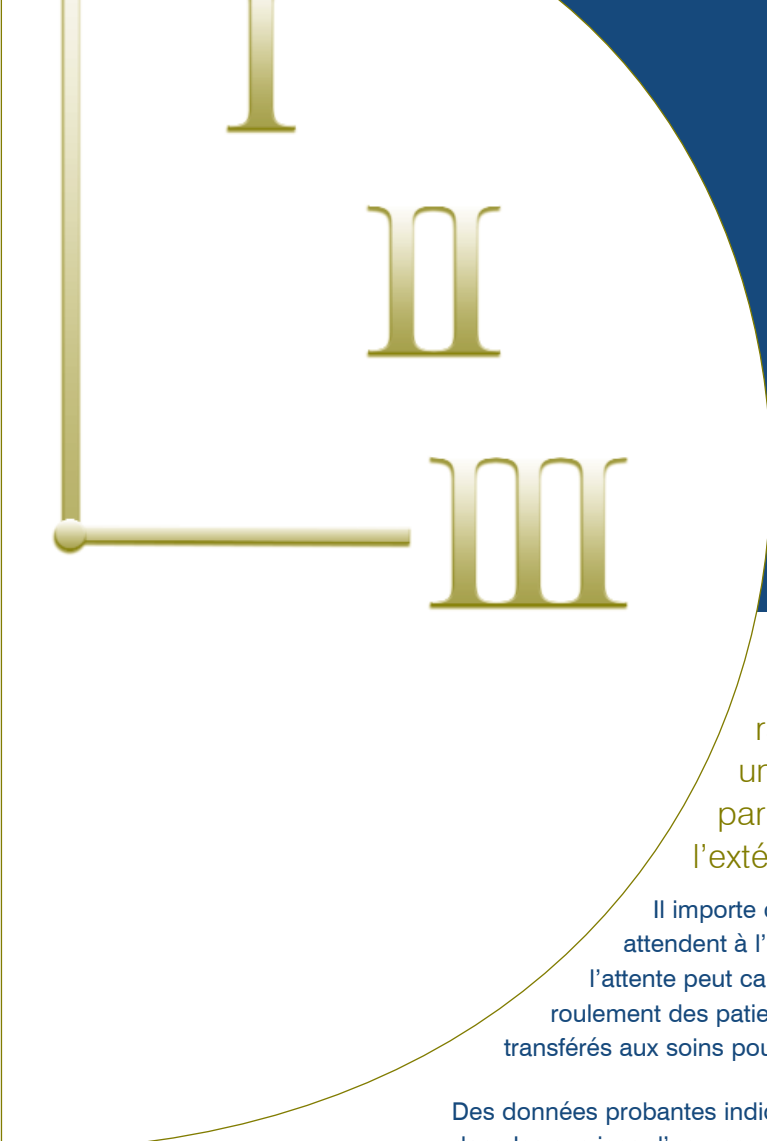
La figure ci-dessous présente la durée médiane du séjour selon le mode d'admission (par les services d'urgence ou autrement) et le groupe de services aux patients.



Remarques : Les résultats excluent les patients hospitalisés au Québec en raison des différents codes utilisés pour le mode d'admission. Nous avons également exclu les femmes hospitalisées en raison d'un accouchement et les enfants nés à l'hôpital aux fins de comparaison.

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

En résumé, les résultats indiquent que dans l'ensemble, l'utilisation des hôpitaux et les caractéristiques des patients varient entre les patients admis par les services d'urgence et ceux admis autrement. En 2005-2006, les patients admis par les services d'urgence avaient tendance à être plus âgés, à être plus malades et à séjourner plus longtemps en soins de courte durée. Dans l'ensemble, les patients admis par les services d'urgence représentaient également une plus forte proportion de patients en soins de courte durée des hôpitaux canadiens que les patients admis autrement.



Temps d'attente et soins aux patients hospitalisés dans les services d'urgence

Le processus qui permet de transférer rapidement les patients admis à l'urgence à un lit d'hospitalisation est complexe et influencé par de nombreux facteurs, tant au sein qu'à l'extérieur des services d'urgence^{10, 11}.

Il importe de bien comprendre dans quelle mesure les patients attendent à l'urgence pour un lit dans les hôpitaux du Canada, puisque l'attente peut causer un retard dans le traitement du patient et nuire au roulement des patients qui doivent être admis à l'urgence avant d'être transférés aux soins pour patients hospitalisés.

Des données probantes indiquent qu'il existe un lien entre le roulement des patients dans les services d'urgence et les délais associés aux soins. Par exemple, on a découvert dans de récentes études que les délais entre l'arrivée à l'hôpital et certains traitements sont associés à l'engorgement ou aux temps d'attente plus longs dans les services d'urgence^{12, 13}.

De plus, certains experts suggèrent qu'un meilleur roulement pourrait éventuellement se traduire par des soins de meilleure qualité¹⁴. Par exemple, les directeurs des services d'urgence canadiens interrogés en 2005 ont qualifié le débordement des urgences de problème majeur ou grave, et ont affirmé que de tels délais nuisaient à la qualité des soins¹⁵. Par ailleurs, selon un sondage mené en 2003 auprès de directeurs d'hôpitaux, les temps d'attente dans les services d'urgence résultant des retards dans les congés en raison du manque de soins posthospitaliers et du transfert de patients à d'autres établissements en raison du manque de capacité étaient très préoccupants, surtout au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni¹⁶.

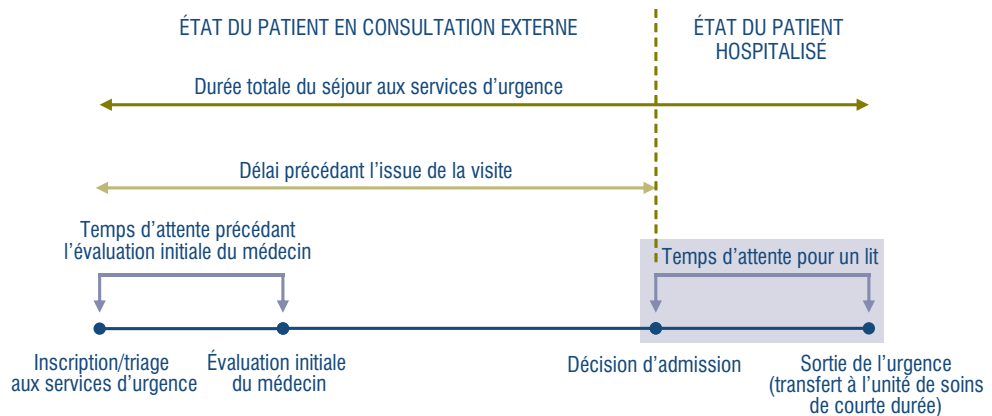
Dans la présente section du rapport, nous analysons des données liées aux temps d'attente dans les services d'urgence en vue d'aider les hôpitaux à réaliser avec succès leurs stratégies de réduction des temps d'attente et à améliorer le roulement des patients. Nous y explorons les variations dans les temps d'attente pour un lit selon le type d'hôpital, le groupe de patients, l'heure, le jour de la semaine ainsi que la saison.

Variation dans les temps d'attente pour un lit

Les rapports antérieurs de la série *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence* révèlent une variation dans l'attente de l'évaluation initiale du médecin et dans la durée totale de l'attente des patients dans les services d'urgence selon le type d'hôpital, le jour de la semaine, l'heure et la saison. C'est également le cas des temps d'attente pour un lit. La variation dans les temps d'attente aux services d'urgence reflète une combinaison de facteurs, incluant les caractéristiques d'exploitation de l'hôpital et les changements dans la demande de services hospitaliers¹⁷⁻¹⁹.

5 Temps d'attente à l'urgence

Dans le présent rapport, les temps d'attente pour un lit d'hospitalisation sont calculés à partir du moment où, à l'urgence, le médecin a pris la décision d'hospitaliser un patient en soins de courte durée jusqu'au moment où ce patient a quitté l'urgence. La section Notes techniques de l'annexe A fournit plus de détails sur le calcul des temps d'attente pour un lit.



Type d'hôpital

Dans le but d'examiner les variations entre différents types d'hôpitaux, les 277 établissements répondant aux critères de validité des données sur les temps d'attente pour un lit ont été regroupés en quatre catégories, selon les groupes d'hôpitaux semblables du Programme de comparaison de l'activité des hôpitaux (CHAP) de l'ICIS :

Les *petits hôpitaux communautaires* englobent 155 hôpitaux comptant jusqu'à 49 lits en soins de courte durée.

Les *hôpitaux communautaires moyens* englobent 64 hôpitaux comptant de 50 à 199 lits en soins de courte durée.

Les *grands hôpitaux communautaires* englobent 34 hôpitaux comptant 200 lits ou plus en soins de courte durée.

Les *hôpitaux d'enseignement* englobent 24 hôpitaux. Les deux hôpitaux pédiatriques de l'échantillon font partie de ce groupe.

Temps d'attente pour un lit selon le type d'hôpital

Des analyses antérieures ont révélé que les patients des grands hôpitaux avaient tendance à attendre plus longtemps à l'urgence pour l'évaluation initiale d'un médecin et pour obtenir leur congé que les patients qui se rendent aux services d'urgence des petits hôpitaux. C'est également le cas des patients qui attendent à l'urgence pour un lit en soins de courte durée dans les grands hôpitaux. Cela signifie que les temps d'attente pour un lit ont tendance à être plus longs dans les grands hôpitaux.

Selon notre analyse des temps d'attente pour un lit réalisée en 2005 auprès de 277 hôpitaux, 86 % des patients des petits hôpitaux ont attendu deux heures ou moins à l'urgence pour un lit en soins de courte durée. En revanche, 45 % des patients dans les hôpitaux d'enseignement ont attendu deux heures ou moins pour un lit.

6 Répartition des temps d'attente pour un lit selon le type d'hôpital

Une plus forte proportion de patients ont été admis dans les deux heures dans les petits et moyens hôpitaux communautaires par rapport aux grands hôpitaux communautaires et aux hôpitaux d'enseignement.

Type d'hôpital	Nombre d'hôpitaux	Nombre de patients (pourcentage)	Pourcentage de patients selon l'intervalle d'attente d'un lit				
			0 à 2 heures	2 à 6 heures	6 à 12 heures	12 à 24 heures	Plus de 24 heures
Petit hôpital communautaire	155	79 827 (12)	86	10	2	2	1
Hôpital communautaire moyen	64	138 542 (21)	66	21	4	5	3
Grand hôpital communautaire	34	248 594 (38)	49	27	9	10	5
Hôpital d'enseignement	24	193 816 (29)	45	29	10	10	5
Total	277	660 779 (100)	56	24	7	8	4

Remarques : En fonction d'un échantillon de 277 hôpitaux. Le nombre total de patients s'élevait à 660 779. Les catégories de temps d'attente pour un lit incluent le point d'extrémité supérieur. Par exemple, la catégorie « 6 à 12 heures » inclut les temps d'attente pour un lit supérieurs à 6 heures et inférieurs ou égaux à 12 heures.

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

Le temps d'attente médian pour un lit correspond à la période pendant laquelle la moitié des patients du groupe à l'étude ont attendu le moins longtemps, ce qui signifie que l'autre moitié a attendu plus longtemps. Dans l'ensemble, le temps d'attente médian pour un lit était le plus long dans les hôpitaux d'enseignement (2,3 heures) et dans les grands hôpitaux communautaires (2,1 heures). Les temps d'attente médians étaient de 1 heure et 18 minutes dans les hôpitaux communautaires moyens et de 18 minutes dans les petits hôpitaux communautaires. Le 90^e percentile correspond à la période pendant laquelle 90 % des patients du groupe à l'étude ont attendu moins longtemps alors que 10 % d'entre eux ont attendu plus longtemps. Nos résultats pour le 90^e percentile ont révélé des écarts entre les types d'hôpitaux variant de 2,8 heures dans les petits hôpitaux communautaires à 17,7 heures dans les grands hôpitaux communautaires.

7 Répartition en percentile des temps d'attente pour un lit selon le type d'hôpital

Les résultats du 90^e percentile indiquent un écart dans les temps d'attente pour un lit; ainsi, 10 % des patients des petits hôpitaux communautaires ont attendu 2,8 heures ou plus, alors que 10 % des patients des grands hôpitaux communautaires et des hôpitaux d'enseignement ont attendu 17,3 heures ou plus.

Type d'hôpital	Nombre d'hôpitaux	Nombre de patients (pourcentage)	Percentile des temps d'attente pour un lit (heures)				
			10 ^e	25 ^e	50 ^e (médiane)	75 ^e	90 ^e
Petit hôpital communautaire	155	79 827 (12)	0	0	0,3	1,2	2,8
Hôpital communautaire moyen	64	138 542 (21)	0	0,4	1,3	2,8	9,1
Grand hôpital communautaire	34	248 594 (38)	0,1	0,8	2,1	5,7	17,7
Hôpital d'enseignement	24	193 816 (29)	0,3	1,0	2,3	6,3	17,3
Total	277	660 779 (100)	0,0	0,6	1,7	4,4	15,1

Remarques : En fonction d'un échantillon de 277 hôpitaux. Le nombre total de patients s'élevait à 660 779.

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

Temps d'attente pour un lit selon l'heure du jour et le jour de la semaine

Des études ont démontré que les temps d'attente et le volume de patients dans les services d'urgence fluctuent aussi tout au long de la semaine²⁰⁻²⁴. Selon ces études, de telles caractéristiques pourraient être le résultat d'une combinaison des éléments suivants :

- Caractéristiques d'exploitation des hôpitaux, comme les admissions urgentes et non urgentes plus nombreuses certains jours de la semaine;
- Congés moins nombreux accordés les fins de semaine, ce qui entraîne une accumulation possible de patients à l'urgence, particulièrement les lundis;
- Caractéristiques du volume de patients à l'urgence.

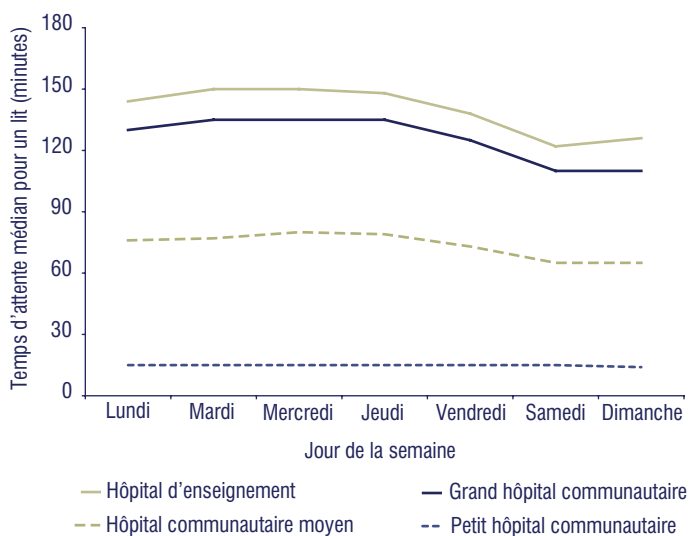
Dans le même ordre d'idées, selon notre échantillon de 277 hôpitaux, les temps d'attente pour un lit enregistrés en 2005 avaient tendance à être plus courts la fin de semaine dans les grands hôpitaux. Par exemple, dans les hôpitaux d'enseignement, les temps d'attente médians des patients que l'on a décidé d'hospitaliser un samedi ou un dimanche étaient de 2,0 et 2,1 heures respectivement. En milieu de semaine, la médiane s'élevait à 2,5 heures.

Du point de vue des stratégies de dotation en personnel et de gestion des lits visant à améliorer le roulement des patients des services d'urgence aux soins pour patients hospitalisés, il est important de comprendre les fluctuations quotidiennes dans le volume des services d'urgence et les admissions qui en découlent.

8

Temps d'attente médian pour un lit selon le type d'hôpital et le jour de la semaine

Selon un échantillon de grands hôpitaux communautaires et d'hôpitaux d'enseignement de partout au Canada, les temps d'attente médians pour un lit en 2005 avaient tendance à être plus courts la fin de semaine que pendant la semaine. L'écart dans les temps d'attente médians pour un lit selon le jour de la semaine dans les petits hôpitaux est très mince, soit de 14 à 15 minutes.



Remarques : En fonction d'un échantillon de 277 hôpitaux. Le nombre total de patients s'élevait à 660 779.

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

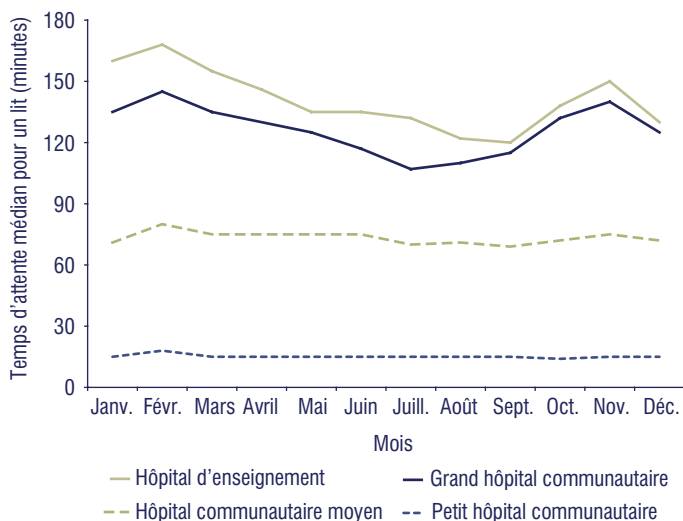
Selon le quart de travail

Les temps d'attente médians varient également selon l'heure à laquelle on prend la décision d'hospitaliser le patient, particulièrement dans les grands hôpitaux. Les temps d'attente médians étaient les plus longs durant la journée, soit 1,4 heure dans les hôpitaux communautaires moyens, 2,4 heures dans les grands hôpitaux communautaires et 2,8 heures dans les hôpitaux d'enseignement. Ils étaient les plus courts en soirée (de 16 h à 23 h 59) dans les grands hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement, ce qui témoigne peut-être de la tendance à souvent accorder leur congé aux patients en fin d'après-midi.

9

Temps d'attente médian pour un lit selon la saison et le type d'hôpital

Selon un échantillon d'hôpitaux de partout au Canada, les temps d'attente médians pour un lit en 2005 étaient habituellement les plus courts en été et plus longs en automne et en hiver dans les grands et moyens hôpitaux communautaires et dans les hôpitaux d'enseignement. Ces caractéristiques pourraient témoigner de la planification opérationnelle des hôpitaux ainsi que des changements dans les hospitalisations au cours de l'année.



Remarques : En fonction d'un échantillon de 277 hôpitaux. Le nombre total de patients s'élevait à 660 779.

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

Temps d'attente pour un lit selon la période de l'année

Des chercheurs ont découvert que les hôpitaux sont habituellement plus achalandés en automne et en hiver qu'en été. Selon les experts, un certain nombre de raisons peuvent expliquer ce phénomène, notamment le fait que les admissions liées aux maladies cardiovasculaires ou respiratoires (par exemple, l'influenza) ont tendance à atteindre leur maximum durant ces périodes²⁵⁻²⁷. En revanche, pendant l'été, le nombre d'admissions non urgentes pourrait être à la baisse en raison de l'horaire du personnel et d'autres facteurs pouvant affecter le nombre de lits disponibles et dotés en personnel²⁵⁻²⁷.

Les temps d'attente pour un lit démontrent aussi des caractéristiques saisonnières. Par exemple, les temps d'attente médians sont habituellement plus longs en automne et en hiver (à l'exception du mois de décembre) et les plus courts

en été (juillet, août et septembre). Cet effet saisonnier était moins marqué dans les petits hôpitaux communautaires.

Qui attend le plus longtemps pour un lit d'hospitalisation?

La plupart des patients admis à partir des services d'urgence sont transférés à un lit d'hospitalisation dans les heures qui suivent, mais ce n'est pas le cas pour tout le monde. Selon l'analyse des temps d'attente pour un lit que nous avons réalisée en 2005 à partir d'un échantillon d'hôpitaux canadiens, 4 % des patients ont attendu plus de 24 heures à l'urgence pour un lit en soins de courte durée une fois que la décision de les hospitaliser a été prise. Les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires affichaient la plus forte proportion de patients qui ont attendu plus de 24 heures pour un lit en soins de courte durée (5 % dans chacun des cas).

Les patients de ce groupe avaient tendance à être différents de ceux qui attendaient moins de 24 heures pour un lit. Les patients dont les temps d'attente pour un lit excédaient 24 heures étaient beaucoup plus susceptibles d'être plus âgés et plus malades. Le type de soins de courte durée dispensés habituellement à ces patients variait également. Par exemple, les patients qui attendaient plus longtemps pour un lit étaient beaucoup plus susceptibles de faire partie du groupe de patients recevant des soins médicaux et étaient moins susceptibles d'être admis, à partir d'un service d'urgence, dans une unité de soins spéciaux, de soins intensifs ou de soins intermédiaires. Après avoir quitté l'urgence, les patients qui ont attendu plus longtemps avaient également tendance à être hospitalisés pour des périodes plus longues. Il n'existe pratiquement aucune différence entre les femmes et les hommes pour ce qui est des temps d'attente pour un lit; pour chaque intervalle que nous avons étudié, la proportion de femmes variait de 51 à 52 %. Ces similitudes et ces différences se sont maintenues, même lorsqu'on a limité notre analyse à chaque type d'hôpital.

10 Caractéristiques des patients selon les temps d'attente pour un lit


Le tableau qui suit illustre les caractéristiques des patients associées à chacun des intervalles de temps d'attente pour un lit. Comme nous l'avons mentionné, les patients qui ont attendu plus de 24 heures avaient tendance à être plus âgés et plus malades.

Caractéristiques	Pourcentage de patients selon l'intervalle d'attente d'un lit				
	0 à 2 heures	2 à 6 heures	6 à 12 heures	12 à 24 heures	Plus de 24 heures
Nombre (%)	369 852 (56)	159 930 (24)	48 068 (7)	54 147 (8)	28 782 (4)
Âge moyen à l'admission	54	57	61	64	67
Proportion de femmes	51	51	51	52	52
Indice de Charlson					
Proportion avec un score de 0	58	52	46	43	39
Proportion avec un score de 1	21	22	24	25	27
Proportion avec un score de 2	10	11	13	14	15
Proportion avec un score de 3 ou plus	11	14	17	18	20
Proportion de patients admis directement à une unité de soins spéciaux	8	5	4	3	2
Groupe de services aux patients					
Proportion en soins médicaux	65	64	74	81	87
Proportion en chirurgie	20	24	18	13	8
Proportion en soins aux nouveau-nés et aux enfants	7	8	4	3	1
Proportion en obstétrique	2	1	< 1	< 1	< 1
Proportion en santé mentale	6	4	3	3	4
Durée médiane du séjour en soins pour patients hospitalisés (jours)	4	4	5	5	5

Remarques : En fonction d'un échantillon de 277 hôpitaux. Le nombre total de patients s'élevait à 660 779. Les catégories de temps d'attente pour un lit incluent le point d'extrémité supérieur. Par exemple, la catégorie « 6 à 12 heures » inclut les temps d'attente pour un lit supérieurs à 6 heures et inférieurs ou égaux à 12 heures.

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

En résumé, malgré le fait que les temps d'attente pour un lit pourraient ne représenter qu'une portion du temps total que les patients admis passent aux services d'urgence, cette variable intéresse les patients, les responsables de l'élaboration des politiques et les dispensateurs de soins^{20, 28}. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les temps d'attente pour un lit étaient plus longs dans les grands hôpitaux. Les patients qui ont attendu plus longtemps dans les services d'urgence pour un lit en soins de courte durée avaient tendance à être plus âgés, à être plus malades et à séjourner plus longtemps à l'hôpital après leur sortie de l'urgence que les patients qui attendaient moins longtemps.



Quel est le lien entre le volume de patients et le roulement des patients dans les services d'urgence?

Selon les chercheurs et les cliniciens, pour comprendre les délais qui affectent le roulement des patients, il faut éviter de se limiter aux services d'urgence et considérer d'autres facteurs liés au système de santé^{11, 20, 29, 30}.

Les facteurs associés aux temps d'attente pour un lit dans les services d'urgence qui sont souvent mentionnés comprennent :

- la disponibilité des lits en soins de courte durée pour patients hospitalisés dans un hôpital en particulier^{15, 17-20, 25};
- la répartition des admissions pour une chirurgie non urgente³³;
- la disponibilité du personnel, par exemple, le ratio employé/patient^{11, 29-32};
- la réduction de la capacité des services d'urgence à traiter des nouveaux patients; au fur et à mesure que le nombre de patients qui attendent à l'urgence augmente, la capacité à traiter les nouveaux patients qui se présentent à l'urgence pourrait être limitée¹¹;
- les processus employés par les hôpitaux pour transférer leurs patients hospitalisés à des unités de soins en phase post-aiguë^{11, 33}.

Des dispensateurs de soins et des chercheurs des quatre coins du pays ont découvert que le nombre élevé de patients requérant un niveau de soins alternatifs est un facteur clé qui nuit, entre autres choses, au roulement des patients des services d'urgence qui attendent d'être hospitalisés³⁴⁻³⁶. Les patients requérant un niveau de soins alternatifs qui occupent des lits en soins de courte durée risquent de subir des conséquences à plus d'un égard; par exemple, des patients requérant un niveau de soins alternatifs qui ne reçoivent pas les soins au bon endroit, des patients transférés dans des lits en soins en phase postaiguë, comme les soins continus complexes, jusqu'à ce qu'on trouve de la place dans le niveau de soins approprié, et le fait que la capacité d'un établissement à dispenser des soins de courte durée soit réduite, ce qui peut entraîner un engorgement dans d'autres unités de l'hôpital, incluant les services d'urgence³⁷.

Dans la présente section du rapport, nous examinons certains des facteurs mentionnés précédemment en mettant l'accent sur les patients hospitalisés en attente d'un lit en soins postaigus.

Caractéristiques des patients requérant un niveau de soins alternatifs

Les niveaux de soins alternatifs sont destinés aux patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins aigus, mais qui nécessitent tout de même une certaine forme de soutien ou de suivi. Ces soins sont souvent appelés « soins postaigus », et ils peuvent inclure des services spécialisés tels que la réadaptation, les soins continus complexes, les soins de santé mentale, les soins palliatifs ou les soins de longue durée. Selon des experts, pour de nombreux patients, ces services devraient idéalement être dispensés dans un environnement autre que les unités de soins de courte durée, comme un établissement de soins de longue durée, un logement supervisé, un programme de services à domicile, ou à domicile, éventuellement avec l'aide de la famille du patient³². Cela étant dit, on ne dispose pas toujours de solutions de rechange au moment où les patients en ont besoin, ce qui peut entraîner des séjours prolongés dans un établissement de soins de courte durée^{16, 38}.

Bien qu'il s'agisse d'une estimation prudente, étant donné la sous-déclaration possible des patients requérant un niveau de soins alternatifs, nous avons découvert qu'en 2005-2006, sauf au Québec, les patients requérant un niveau de soins alternatifs représentaient 4 % des patients en soins de courte durée et 10 % des jours-présence en soins de courte durée. Les patients requérant un niveau de soins alternatifs avaient tendance à être plus âgés, à être plus malades (à avoir des problèmes de santé multiples ou plus graves), à séjourner à l'hôpital plus longtemps et à être transférés dans un autre établissement au lieu de retourner chez eux.

11 Caractéristiques des patients requérant un niveau de soins alternatifs

Le tableau ci-dessous présente le profil des patients qui ont reçu un niveau de soins alternatifs en 2005-2006 par rapport aux autres patients en soins de courte durée. Les patients requérant un niveau de soins alternatifs avaient tendance à être plus âgés, à être plus malades, à séjourner à l'hôpital plus longtemps et à être transférés dans un autre établissement au lieu de retourner chez eux.

Caractéristiques	Patients ayant reçu un niveau de soins alternatifs	Patients n'ayant pas reçu un niveau de soins alternatifs
Nombre (%)	74 093 (4)	1 830 393 (96)
Âge moyen à l'admission	76	54
Proportion de femmes	58	52
Indice de Charlson		
Proportion avec un score de 0	31	61
Proportion avec un score de 1	27	18
Proportion avec un score de 2	17	11
Proportion avec un score de 3 ou plus	25	11
Durée médiane du séjour en jours	23	3
Groupe de services aux patients		
Proportion en soins médicaux	81	52
Proportion en chirurgie	16	35
Proportion en soins aux nouveau-nés et aux enfants	< 1	7
Proportion en obstétrique	< 1	2
Proportion en santé mentale	2	5
Type de congé		
Proportion de patients transférés dans un autre établissement	60	12
Proportion en établissement de soins de courte durée	12	8
Proportion en établissement de soins de longue durée	44	4
Proportion dans d'autres établissements	4	< 1
Proportion de patients renvoyés à leur domicile	31	84
Proportion avec services à domicile	16	10
Proportion sans services à domicile	15	74
Proportion de patients sortis contre l'avis du médecin	< 1	1
Proportion de patients décédés	9	4

Remarques : Fondé sur les patients hospitalisés qui ont obtenu leur congé en 2005-2006, à l'exception du Québec (parce que les données sur les patients requérant un niveau de soins alternatifs sont déclarées autrement).

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

Variation dans les taux de patients requérant un niveau de soins alternatifs selon le type d'hôpital

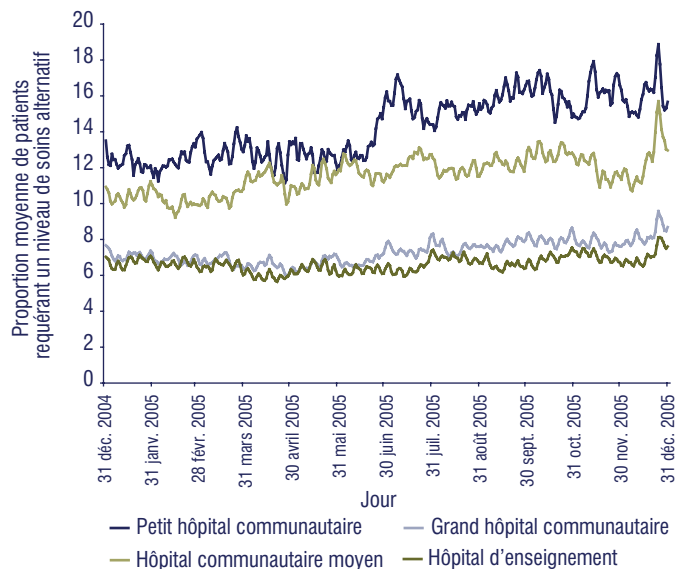
Comme c'est le cas pour les temps d'attente, les variations dans les taux de patients requérant un niveau de soins alternatifs dépendent de plusieurs facteurs, notamment : l'accès aux services de soins postaigus, la communication et la coordination au sein des dispensateurs de soins³⁷, les protocoles de planification des sorties³⁹ ainsi que l'utilisation efficace des lits en soins de courte durée³⁸.

Si l'on examine notre échantillon de 277 hôpitaux en 2005, on constate que les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux communautaires avaient tendance à présenter la plus faible proportion de patients recevant un niveau de soins alternatifs par rapport aux hôpitaux communautaires moyens et aux petits hôpitaux communautaires. Plus particulièrement, les petits hôpitaux communautaires affichaient, en moyenne, un volume plus élevé de patients hospitalisés requérant un niveau de soins alternatifs (14,3 %), suivis des hôpitaux communautaires moyens (11,6 %), des grands hôpitaux communautaires (7,3 %) et des hôpitaux d'enseignement (6,6 %).

12

Variation quotidienne dans la proportion de patients requérant un niveau de soins alternatifs

La figure qui suit présente la proportion moyenne de patients requérant un niveau de soins alternatifs dans chaque type d'hôpital en 2005, selon le nombre total d'heures passées à l'hôpital une journée donnée. À n'importe quel jour, les petits et moyens hôpitaux communautaires affichaient une plus forte proportion de patients requérant un niveau de soins alternatifs que les grands hôpitaux et les hôpitaux d'enseignement. La proportion moyenne de patients requérant un niveau de soins alternatifs dans les petits hôpitaux avait également tendance à afficher une variation plus importante d'une journée à l'autre que celle des plus grands hôpitaux.



Remarque : En fonction d'un échantillon de 277 hôpitaux.
Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

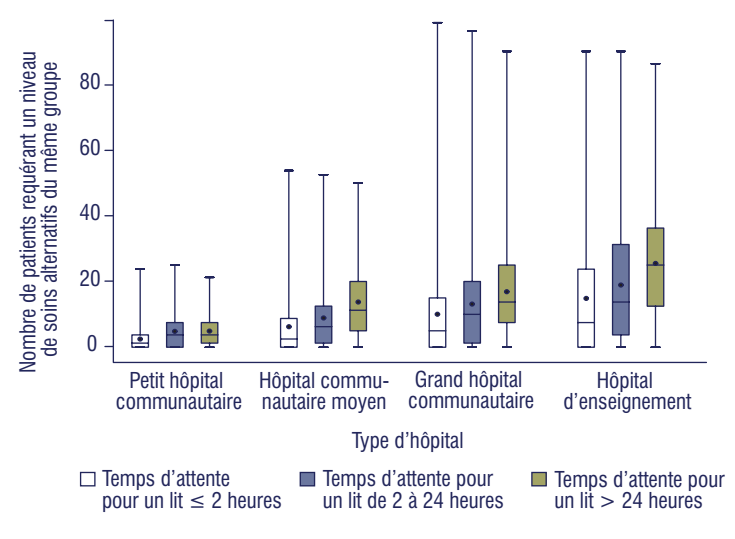
Comprendre les diagrammes des quartiles

Les diagrammes des quartiles constituent une représentation graphique de la répartition d'une variable numérique. La « boîte » présente les 25^e et 75^e percentiles. Une ligne divisant la boîte représente le 50^e percentile, que l'on nomme également médiane. Des lignes verticales partent des bordures de la boîte. La longueur de ces lignes est habituellement déterminée par la distance qui sépare la plus petite observation de la plus grande, entre la boîte et certains multiples de l'intervalle interquartile (représenté par la différence entre les 25^e et 75^e percentiles). Pour une meilleure présentation, nous avons simplement tracé les lignes en fonction des observations minimale et maximale. La valeur moyenne est parfois incluse dans le diagramme sous forme de symbole. Dans le présent rapport, nous avons utilisé un point pour représenter la moyenne.

13

Volume des patients requérant un niveau de soins alternatifs faisant partie du même groupe de patients au moment où la décision d'hospitaliser un patient a été prise

La figure qui suit illustre le volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs et faisant partie du même groupe de patients au moment de la décision relative à l'admission pour chaque patient admis à partir des services d'urgence en 2005. Dans les grands hôpitaux, le nombre médian de patients requérant un niveau de soins alternatifs et faisant partie du même groupe était plus élevé parmi les patients ayant attendu plus longtemps à l'urgence pour un lit d'hospitalisation.



Remarque : En fonction d'un échantillon de 277 hôpitaux.
Source : Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Temps d'attente pour un lit et volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs

Afin d'étudier la relation possible entre le temps d'attente pour un lit et le volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs et occupant un lit en soins de courte durée, nous avons examiné le volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs au moment de la décision relative à l'admission dans le cas de chaque patient admis à partir des services d'urgence. En tenant compte des différences tant sur le plan du temps d'attente pour un lit que du volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs parmi les groupes de patients, nous avons couplé les totaux de patients requérant un niveau de soins alternatifs aux fins de comparaison au sein d'un même groupe.

Le volume du même groupe a été mesuré à l'aide du processus suivant :

- Si le patient en attente a été admis directement à une unité de soins spéciaux, nous avons réglé le volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs à zéro (puisque ces patients ne se retrouvent pas normalement dans une unité de soins spéciaux);
- Autrement, nous avons réglé le volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs pour qu'il corresponde au nombre de patients requérant un niveau de soins alternatifs et faisant partie du même groupe de services aux patients que le patient en attente. Par exemple, si le patient en attente était dans le groupe de services médicaux, le volume de patients requérant un niveau de soins alternatifs correspondait au nombre de patients requérant un niveau de soins médicaux alternatifs.

Nous avons constaté grâce à cette approche que le nombre moyen de patients requérant un niveau de soins médicaux alternatifs dans le même groupe augmentait à mesure que les temps d'attente pour un lit augmentaient. Cette tendance se maintenait généralement parmi tous les types d'hôpitaux, mais elle était plus prononcée dans les moyens et grands hôpitaux ainsi que dans les hôpitaux d'enseignement. Le volume médian de patients requérant un niveau de soins alternatifs dans les hôpitaux communautaires moyens variait de deux patients parmi ceux ayant attendu jusqu'à deux heures à neuf patients parmi ceux ayant attendu plus de 24 heures. Dans les grands hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement, le volume médian variait de 4 à 11 et de 6 à 20 respectivement.

En résumé, selon les experts, un éventail de facteurs liés au système peuvent influencer sur les temps d'attente dans les services d'urgence. Bien que l'analyse présentée ici n'établisse pas de façon certaine un lien entre le volume plus élevé de patients requérant un niveau de soins alternatifs et de plus longs temps d'attente d'un lit, elle fournit tout de même des résultats descriptifs qui permettront de poursuivre les travaux. Un examen plus approfondi nécessiterait probablement la prise en compte de facteurs additionnels, tels que les taux d'occupation des lits, les augmentations soudaines dans les admissions à l'hôpital, la dotation en personnel dans les services d'urgence et de soins de courte durée, la gestion des admissions non urgentes ainsi que le contrôle des infections.



Conclusion

Au Canada et ailleurs, des experts sont d'avis qu'on peut éviter l'engorgement des urgences et s'assurer que les patients qui arrivent à l'urgence reçoivent les soins appropriés si les patients sont transférés régulièrement aux soins de courte durée^{20, 28, 40}.

Nous savons tous déjà qu'il faut remédier aux problèmes de roulement des patients qui touchent le système de santé. Des hôpitaux, des groupes d'hôpitaux et d'autres intervenants ont mis en œuvre de nombreuses initiatives à l'échelle du Canada dans le but de régler ces problèmes. Bon nombre de ces processus ont pour but de réduire l'engorgement et la durée des séjours dans les services d'urgence en augmentant la quantité de lits pour patients hospitalisés.

Par exemple :

- En Nouvelle-Écosse, au Colchester Regional Hospital, on regroupe physiquement les patients requérant un niveau de soins alternatifs dans une unité offrant un niveau de soins alternatifs dotée du personnel qualifié pour répondre à leurs besoins pendant qu'ils attendent d'être placés dans une unité de soins de longue durée. Cette pratique a pour but de libérer les lits en soins de courte durée et le personnel infirmier, créant ainsi un meilleur système pour les patients et le personnel.
- La Cape Breton District Health Authority (CBDHA) s'est attaquée à trois facteurs importants qui contribuent à l'engorgement dans les services d'urgence en établissant les objectifs opérationnels suivants :
 - Que 90 % des patients admis à partir de l'urgence soient admis à un lit d'hospitalisation dans les 6 heures suivant la décision relative à l'admission;
 - Que 60 % des sorties de patients soient effectuées avant midi;
 - Que les patients qui attendent d'être placés en soins de longue durée occupent un maximum de 47 lits dans les unités temporaires de deuxième degré.

Afin de réaliser ces objectifs, la CBDHA a mis sur pied une équipe chargée de l'évaluation et de l'accélération de la sortie des patients âgés à mobilité fonctionnelle réduite, ainsi que de la prévention des admissions non nécessaires. La CBDHA a de plus utilisé des plans d'admissions programmées dans des unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés en vue de déterminer à l'avance l'admission des patients à l'hôpital, et elle a augmenté le nombre de lits dans les centres de soins infirmiers.

- En Saskatchewan, la Regina Qu'Appelle Health Region a mis au point un plan d'accès aux soins de courte durée qui prévoyait l'ouverture d'une unité offrant un niveau de soins alternatifs au Pasqua Hospital. Cette unité offre des soins de soutien et personnels en tout temps aux patients qui attendent d'être placés dans des établissements de soins en phase post-aiguë.
- Dans certains hôpitaux d'Edmonton, de Régina et de Vancouver, on a eu recours à un protocole à portée maximale utilisé seul ou avec un plan régional visant à réduire l'engorgement des services d'urgence. Ce protocole, qui découle de recherches réalisées aux États-Unis, est une stratégie qui consiste à déplacer les patients stables des services d'urgence aux corridors des unités de soins aux patients hospitalisés.

De plus, certaines provinces ont récemment injecté des fonds pour élaborer des stratégies visant à améliorer le roulement des patients de l'urgence aux soins de courte durée et à d'autres unités de soins une fois l'épisode de soins de courte durée achevé.

Par exemple :

- En collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, deux hôpitaux pilotes (l'Hôpital général de North York et le University Health Network) ont conçu un programme en vue de mettre sur pied une gamme d'interventions et d'outils normalisés, qui permettra aux autres hôpitaux d'améliorer le roulement des patients de façon permanente. Les interventions prévues dans ce programme ont été mises en œuvre, testées et évaluées dans les deux hôpitaux pilotes. Le programme inclut également des outils diagnostiques qui aideront les hôpitaux à régler leurs propres problèmes de roulement des patients, ainsi que d'autres éléments qui appuient la volonté de changement. Ce programme devrait être lancée à l'automne 2007.
- En février 2007, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il injectait 13,7 millions de dollars pour diminuer les pressions dans les hôpitaux en augmentant les soins offerts dans la collectivité. Le gouvernement de l'Ontario et les réseaux locaux d'intégration des services de santé ont fourni les fonds nécessaires pour accroître les services à domicile, améliorer l'accès aux services communautaires offerts dans les hôpitaux, mettre en œuvre des programmes de gestion des urgences en gériatrie et financer des lits transitoires dans des collectivités choisies à l'intention des patients qui attendent d'être placés dans des établissements de soins en phase post-aiguë. Cette somme s'ajoute aux 15,3 millions de dollars annoncés en octobre 2006 pour augmenter la capacité des services d'urgence et améliorer les soins dispensés dans les collectivités aux prises avec un manque dans les ressources communautaires et les soins de longue durée.
- Au Québec, en 2006, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a injecté une somme de 39,9 millions de dollars pour réduire les temps d'attente dans les services d'urgence et améliorer le rendement des services d'urgence à Montréal. Les stratégies visant à améliorer le rendement prévoyaient l'ajout des places en soutien intensif à domicile, en soins transitoires et en soins de convalescence.

- En août 2007, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé que le ministère des Services familiaux et communautaires et le ministère de la Santé ont élaboré des initiatives totalisant plus de 7 millions de dollars, visant à prévenir les admissions non nécessaires à l'hôpital et en réduire le nombre. Ces nouvelles initiatives comprennent notamment la création de lits dans les centres de soins spéciaux pour les régions à forte demande de placement dans les centres de soins infirmiers, la mise en disponibilité de lits réservés aux soins d'urgence dans les centres de soins spéciaux, ainsi que l'élargissement des services de soutien à domicile afin de permettre aux personnes qui ont besoin d'aide de rester à la maison.

Plusieurs des nouvelles stratégies ont été évaluées de manière formelle. À mesure que de nouvelles stratégies seront mises en œuvre, ou que des stratégies déjà en place seront éprouvées dans de nouveaux contextes, il sera opportun d'évaluer à quel point elles contribuent à la réduction des temps d'attente dans les services d'urgence, à la diminution des proportions de patients requérant un niveau de soins alternatifs et occupant des lits en soins de courte durée, ainsi qu'à des mesures qualitatives de réussite fondées sur la rétroaction des patients.

Pour en savoir plus

Ce que nous savons

- De nombreux facteurs sont associés au roulement des patients.
- L'engorgement des services d'urgence est un problème complexe qui se fait sentir dans tout le système; aucun facteur unique ne peut l'expliquer, et il n'existe aucune solution unique pour y remédier.
- Les facteurs perçus comme étant ceux qui contribuent le plus à améliorer le roulement des patients et les stratégies établies à cette fin peuvent varier selon la taille et l'emplacement de l'hôpital.
- On peut améliorer le roulement des patients en coordonnant les activités des services d'urgence et des unités de soins aux patients hospitalisés à celles d'autres dispensateurs de soins et services à l'extérieur de l'hôpital.
- Les patients du groupe des soins médicaux composent la plus grande proportion de patients admis à partir des services d'urgence et la plus grande proportion de patients requérant un niveau de soins alternatifs occupant des lits de soins de courte durée.

Ce que nous ignorons

- Dans quelle mesure, et pourquoi, les taux de patients requérant un niveau de soins alternatifs varient-ils selon la province et la région?
- Quelle est l'incidence des initiatives en cours partout au Canada qui visent à améliorer le roulement des patients et les taux d'occupation des unités offrant un niveau de soins alternatifs?
- Quels investissements devons-nous faire pour améliorer le roulement des patients et réduire les temps d'attente pour un lit dans les services d'urgence? Quelles sont les répercussions liées aux ressources humaines ou à la dotation en personnel?
- Quelle devrait être la durée maximale des temps d'attente dans les services d'urgence? Pourquoi?
- Dans quelle mesure des facteurs tels que l'occupation des lits, la répartition des admissions pour une chirurgie non urgente, la dotation en personnel des hôpitaux et la prévention des infections influent-ils sur les temps d'attente pour un lit?

Que se passe-t-il?

- Dans le but d'informer le public sur l'utilisation des services d'urgence, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale publient des statistiques à jour sur l'utilisation des services d'urgence et les temps d'attente.
- L'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) a mené des sondages mensuels auprès des hôpitaux ontariens dans le but de dresser un tableau des défis et des stratégies portant sur les patients requérant un niveau de soins alternatifs à l'échelle provinciale, d'analyser les tendances et d'orienter l'élaboration de solutions. Les résultats sont transmis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et à d'autres partenaires du système de santé.

Annexe A : Notes techniques

Source de données

Les données soumises à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) en 2004-2005 et 2005-2006 constituent la source principale de données du présent rapport. La BDCP est une base de données administratives qui contient de l'information sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour dans les hôpitaux canadiens. Depuis 2004-2005, la BDCP couvre les séjours des patients en soins de courte durée dans l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec.

Le Québec soumet ses données à la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) plutôt qu'à la BDCP. Nous n'avons pas été en mesure d'incorporer les données du Québec parce que la BDMH ne contient pas d'information comparable sur la source d'admission (à l'urgence ou autrement), la date et l'heure requises pour calculer les temps d'attente pour un lit et la durée du séjour dans une unité offrant un niveau de soins alternatif.

L'utilisation des données de la BDCP est un fait nouveau dans le présent rapport sur les temps d'attente. Les deux premiers rapports de la série découlaient principalement du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), une base de données sur les services de soins ambulatoires dispensés principalement dans les hôpitaux ontariens. Cependant, seule la BDCP peut fournir les données sur les temps d'attente et le volume de patients hospitalisés dont traite le présent rapport.

Temps d'attente pour un lit

Les « temps d'attente pour un lit », que l'on mesure à partir du moment où un médecin ou un autre professionnel de la santé autorisé prend la décision d'hospitaliser un patient jusqu'à sa sortie des services d'urgence, composaient la principale variable de l'analyse. Les ouvrages existants sur les temps d'attente dans les services d'urgence et l'utilisation des hôpitaux traitent principalement de la durée totale du séjour à l'urgence plutôt que de la proportion du temps passé aux services d'urgence (figure 1)^{17,18,41}. Nous avons d'abord songé à utiliser la durée totale du séjour à l'urgence mais, pour un certain nombre de raisons, nous avons choisi d'examiner les temps d'attente pour un lit :

- Jusqu'en 2007-2008, ni la BDCP ni la BDMH ne saisissaient les éléments de données requis pour calculer la durée totale du séjour à l'urgence (figure 1). Pour que l'on puisse mesurer cette variable en fonction des années de données disponibles, il faudrait faire un couplage entre le SNISA et la BDCP. Selon les résultats d'une analyse du couplage, parmi 116 hôpitaux qui soumettent des données au SNISA et à la BDCP et qui répondent aux critères de sélection pour l'analyse des temps d'attente pour un lit (figure 3), 97 (84 %) ont obtenu un taux de couplage égal ou supérieur à 95 %. Ces taux de couplage tenaient compte d'écarts ou de chevauchements pouvant aller jusqu'à six heures entre les visites aux services d'urgence et aux unités de soins de courte durée. Lorsqu'on a réduit le taux d'erreur permmissible pour l'écart ou le chevauchement, le taux de couplage a également diminué de beaucoup.

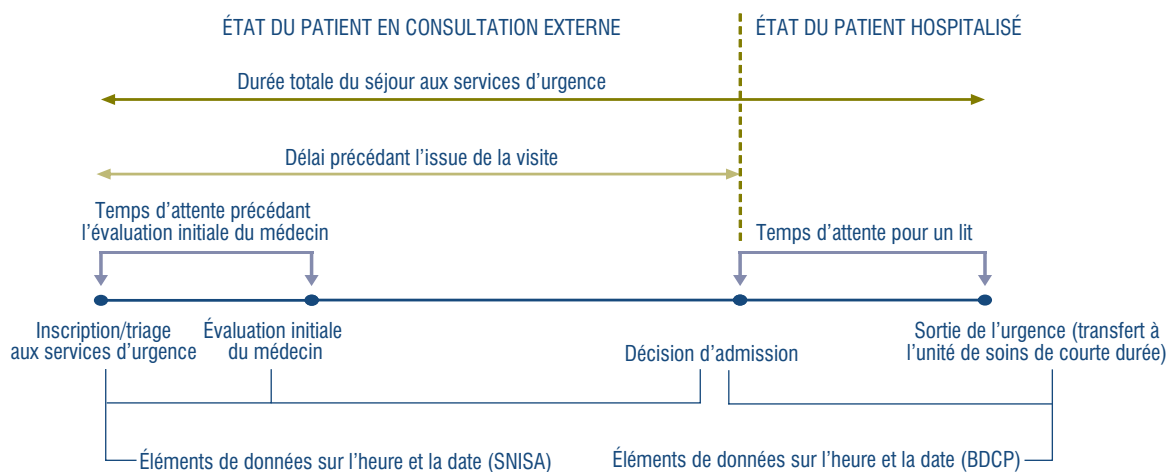
- L'utilisation des temps d'attente pour un lit nous a permis de nous limiter à la BDCP comme source de données, entraînant ainsi la hausse du nombre potentiel d'hôpitaux pouvant être inclus dans l'analyse. L'utilisation des données du SNISA aurait limité l'échantillon principalement aux hôpitaux ontariens.
- Bien que la durée totale du séjour à l'urgence ait été examinée plus souvent dans les ouvrages, les temps d'attente pour un lit sont aussi un indicateur important qui retient l'attention des responsables de l'élaboration de politiques et des intervenants du secteur de la santé^{20, 28, 42}.

Calcul des temps d'attente pour un lit

Dans la BDCP, on calcule les temps d'attente pour un lit à partir du moment où l'on prend la décision d'hospitaliser un patient jusqu'à sa sortie des services d'urgence. La figure 1 présente ces données, ainsi que d'autres éléments chronologiques associés à la durée du séjour à l'urgence.

1 Répartition de la durée totale du séjour à l'urgence des patients hospitalisés

Certains événements qui surviennent durant une visite à l'urgence des patients hospitalisés sont horodatés dans le SNISA et la BDCP. La séquence présentée ci-dessous décrit la situation « typique », mais il arrive parfois que les événements surviennent dans un ordre différent. Par exemple, il est possible que les patients atteints d'un traumatisme grave reçoivent leur évaluation initiale du médecin avant d'être inscrits. Veuillez noter que le calcul de la durée totale du séjour à l'urgence nécessite des éléments de données du SNISA et de la BDCP liés à la date et à l'heure. Nous avons réglé ce problème dans la version 2007-2008 du SNISA, lequel inclut maintenant la date et l'heure de sortie des services d'urgence. D'autres changements apportés au SNISA et à la BDCP en 2007-2008 incluent l'élimination de la date et de l'heure de la décision d'admission. Dans le SNISA, on a intégré de nouveaux éléments de données pour indiquer la date et l'heure de l'issue de la visite de tous les patients de l'urgence, peu importe leur mode d'admission. Dans la BDCP, aucun nouvel élément de données n'était requis pour remplacer le concept de la décision d'admission puisque la date et l'heure d'admission englobaient déjà l'heure de la décision d'admission pour les patients admis à partir de services d'urgence.



Les dates et heures de la décision d'admission et de sortie de l'urgence ont d'abord été intégrées à l'abrégié de la BDCP en 2001-2002, en tant qu'éléments de données facultatifs. Durant les années à l'étude, la soumission de ces données est devenue obligatoire en Alberta, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador. En 2005-2006, le Manitoba a emboîté le pas. Quelques hôpitaux d'autres provinces ont déclaré volontairement ces dates et heures pour les exercices 2004-2005 et 2005-2006.



Limites des temps d'attente pour un lit

Jusqu'à présent, nous n'avons pas évalué officiellement la précision des éléments de données de la BDCP liés à la date et à l'heure de la décision d'admission et de sortie de l'urgence au moyen de méthodes telles que la seconde saisie de données. Par conséquent, les temps d'attente pour un lit découlant de ces éléments de données devraient être interprétés avec prudence.

Selon les pratiques de codification facilement reconnaissables dans les données et l'information anecdotique dont nous disposons, nous avons relevé trois limites principales :

- La capacité restreinte des hôpitaux à enregistrer la date et l'heure précises de la décision d'admission et de sortie de l'urgence pour tous les patients admis à partir des services d'urgence.
- Les différentes pratiques de codification utilisées dans les hôpitaux.
- Le délai entre le moment où la décision d'hospitaliser un patient a été prise et sa sortie de l'urgence ne reflète pas nécessairement les temps d'attente réels pour un lit dans les hôpitaux dotés d'unités de soins aux patients hospitalisés voisines des services d'urgence.

La répartition des heures de la décision d'admission et de sortie de l'urgence consignées par un hôpital est « granulaire », ce qui signifie que la fourchette d'heures déclarées est plus petite que la fourchette des valeurs possibles, de minuit à 23 h 59. Ce phénomène pourrait être attribuable à l'estimation ou à l'arrondissement des heures et démontre qu'il ne faut pas nécessairement présumer que deux temps d'attente pour un lit séparés de moins de 15 minutes sont très différents. En 2003-2004, compte tenu de la difficulté de déclarer toutes les heures d'admission à l'urgence, on a offert aux hôpitaux d'inscrire l'heure de la décision d'admission comme étant « inconnue » au moyen de la valeur 99:99. Cette valeur a été ajoutée à l'heure de sortie de l'urgence en 2005-2006.

En plus des valeurs manquantes ou estimées, nous pouvons également prévoir des différences dans les pratiques de codification des différents hôpitaux. La date et l'heure de la décision d'admission correspondent à la décision d'un médecin et sont donc peut-être consignées dans le dossier du patient. Cependant, les méthodes utilisées par les hôpitaux pour attribuer une heure à cette décision peuvent varier. Par exemple, un hôpital peut documenter de façon systématique la date et l'heure de la décision d'admission alors que d'autres hôpitaux peuvent inscrire une heure approximative, à partir de l'heure à laquelle une autre activité a eu lieu, comme l'heure à laquelle l'hôpital a créé un dossier de patient hospitalisé.

La sortie de l'urgence désigne le moment où un patient est transféré de l'urgence à l'unité de soins de courte durée. Le personnel hospitalier responsable de consigner l'information ne connaît peut-être pas l'heure exacte à laquelle le patient a quitté l'urgence. Ainsi, les hôpitaux peuvent utiliser un autre événement pour estimer ce moment, comme l'heure d'arrivée à l'unité de soins de courte durée. Quoi qu'il en soit, les processus utilisés pour horodater la décision d'admission et la sortie de l'urgence ne sont pas clairement définis et peuvent donc varier d'un hôpital à l'autre.

La dernière limite connue est liée à la codification des admissions aux unités de décision clinique voisines des services d'urgence. Dans la BDCP, bon nombre de ces cas sont caractérisés par des abrégés dont la date et l'heure de sortie de l'urgence correspondent au moment où le patient est renvoyé à son domicile. Parmi ce groupe de patients, le

temps qui s'écoule entre le moment où la décision d'hospitaliser un patient a été prise et sa sortie de l'urgence indique simplement la durée totale du séjour à l'unité de décision clinique, et non pas le temps d'attente pour un lit. Pour un hôpital, ces cas représentent de 0 à 20 % des admissions par les services d'urgence en 2005.

Compte tenu des différentes limites associées aux temps d'attente pour un lit dans la BDCP, certaines règles générales ont été appliquées quant à l'extraction des données ainsi qu'à la dérivation et à l'analyse des variables :

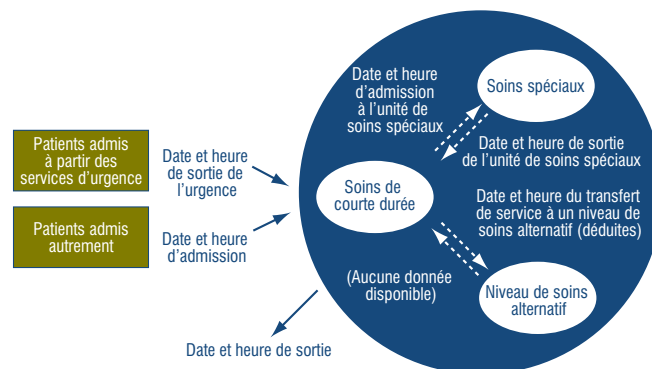
- Lorsqu'on calcule les temps d'attente pour un lit, il faut exclure les patients admis à partir des services d'urgence dont l'heure de sortie de l'urgence correspond au moment où ils sont renvoyés à leur domicile.
- Il faut établir la correspondance entre les heures de la décision d'admission et de sortie de l'urgence et les autres éléments de données chronologiques de la BDCP.
- Il faut exclure les hôpitaux affichant un taux disproportionné (plus de 5 %) de temps d'attente pour un lit manquants, nuls ou excessivement longs (c'est-à-dire supérieurs à 14 jours).
- Il faut exclure les hôpitaux qui semblent régler par défaut l'heure de la décision d'admission, de sortie de l'urgence, d'admission, de renvoi au domicile, d'admission à l'unité de soins spéciaux et de sortie de l'unité de soins spéciaux à une petite série de valeurs de temps valides (p. ex. 23 h 59, minuit).
- Dans la mesure du possible, il faut classer les résultats selon la taille et le statut de l'hôpital.

Veillez noter que la première règle signifie que les temps d'attente pour un lit ont été calculés pour les patients qui ont passé du temps dans une unité de soins de courte durée et non pas uniquement à l'unité de décision clinique. Certains hôpitaux pourraient soumettre un abrégé sur les soins de courte durée à la BDCP comprenant des données sur les patients des unités de décision clinique uniquement, mais ces patients sont très différents des autres patients admis à partir des services d'urgence. En 2005, les patients dont la date de sortie de l'urgence coïncidait avec la date à laquelle ils ont été renvoyés à leur domicile avaient tendance à avoir moins de problèmes de santé que les autres patients admis à partir des services d'urgence (indice de Charlson moyen de 0,55 contre 1,04) et ils ont passé moins de temps à l'hôpital (médiane de 0,8 jour contre 3,9 jours).

Les éléments liés à la date et à l'heure utilisés dans la mise en correspondance sont présentés dans la figure 2. La prochaine section traite davantage des critères d'inclusion et d'exclusion des hôpitaux.

2 Autres éléments de la BDCP liés à la date et à l'heure

En plus des dates et des heures de la décision d'admission et de sortie de l'urgence, nous avons utilisé d'autres éléments de données chronologiques de la BDCP. Le transfert dans un lit en soins de courte durée est horodaté selon la date et l'heure de sortie de l'urgence (pour les patients admis à partir des services d'urgence) ou selon la date et l'heure d'admission (pour les patients admis autrement). Une fois rendu aux soins de courte durée, un patient peut recevoir différents niveaux de soins. Le temps passé aux soins intensifs ou aux unités de soins transitoires est consigné en fonction de la date et de l'heure d'admission et de sortie de l'unité de soins spéciaux. On déduit l'heure à laquelle le patient commence à recevoir des soins en phase post-aiguë ou un niveau de soins alternatif à partir de la date et de l'heure de sortie, de la durée du séjour dans un niveau de soins alternatif ainsi que d'autres éléments de données destinés à la vérification.





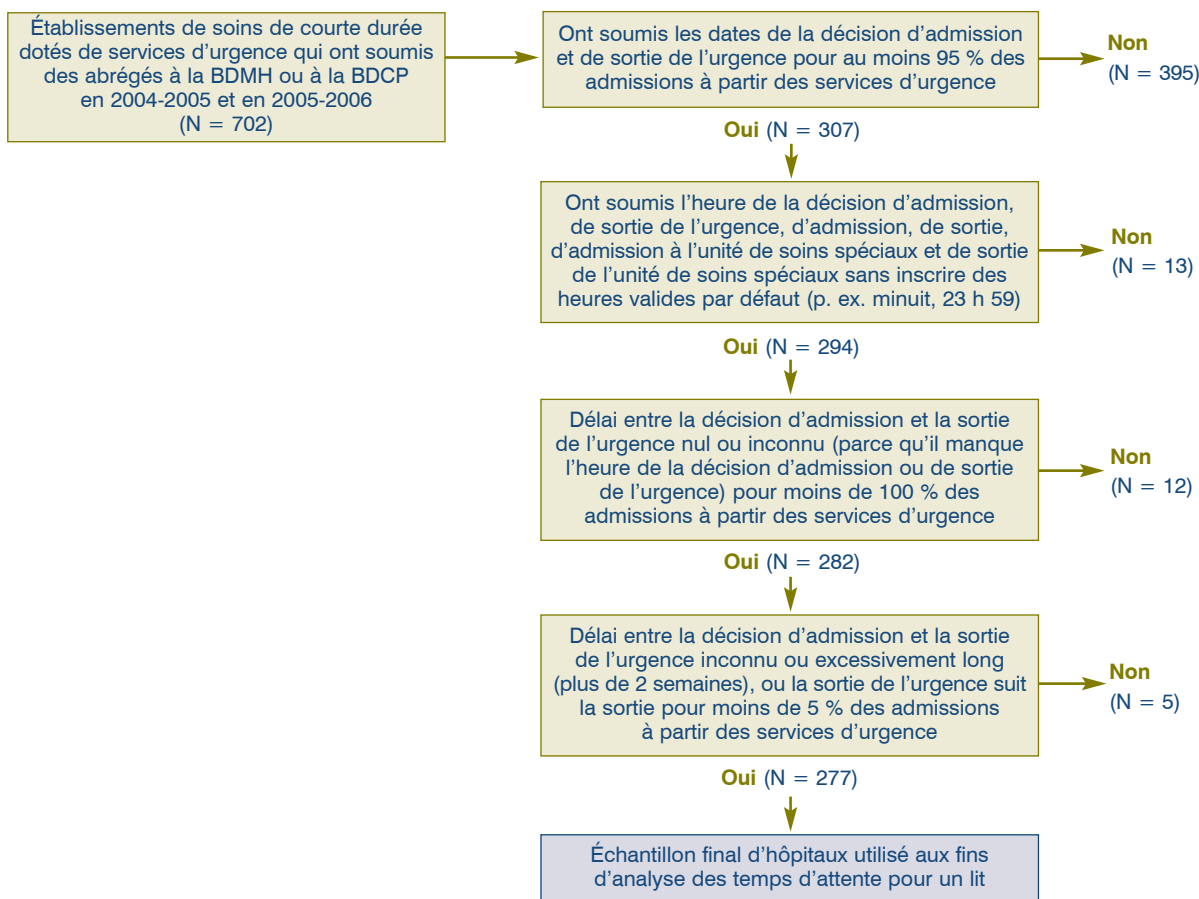
Critères de sélection des hôpitaux

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont d'abord été appliqués au niveau de l'hôpital. L'ICIS a attribué un code de soumission aux hôpitaux aux fins d'identification. En général, cet identificateur correspond à un seul établissement, mais quelques codes de soumission renvoient à deux ou trois hôpitaux affiliés. Les identificateurs d'hôpitaux sont sujets à changer avec le temps. La documentation sur la BDCP nous a permis de réduire les différences entre les identificateurs de 2004-2005 et de 2005-2006.

Pour sélectionner les hôpitaux, nous avons utilisé les critères présentés dans la figure 3. L'échantillon d'hôpitaux susceptibles d'être retenus pour l'analyse était principalement limité par la disponibilité des données. Comme nous l'avons déjà mentionné, les provinces et les territoires n'obligent pas tous les hôpitaux à déclarer les éléments de données sur la décision d'admission et la sortie de l'urgence. Des 702 établissements de soins de courte durée ayant déclaré des données sur les soins de courte durée à l'ICIS en 2004-2005 et 2005-2006, moins de la moitié ont déclaré les éléments de données sur la décision d'admission et la sortie de l'urgence requis pour calculer les temps d'attente pour un lit dans les services d'urgence. Nous avons exclu 30 autres hôpitaux parce qu'ils présentaient des erreurs apparentes de codification. L'échantillon final comprenait 277 hôpitaux.

3 Diagramme du processus de sélection des hôpitaux

Des 702 établissements de soins de courte durée ayant déclaré des données sur les soins de courte durée à l'ICIS en 2005, 307 ont déclaré les éléments de données requis pour calculer les temps d'attente pour un lit. Nous avons exclu 30 autres hôpitaux parce que les données soumises au cours d'une période de 14 mois comportaient des erreurs (de décembre 2004 à février 2006).



L'utilisation des données d'un groupe choisi d'hôpitaux ne permet pas d'appliquer les résultats à l'ensemble de la population des établissements de soins de courte durée du Canada. Pour ce qui est de la représentation selon la province, l'échantillon comprenait plus de 50 % des hôpitaux situés en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse, trois des quatre provinces qui ont rendu obligatoire la soumission des éléments de données sur la décision d'admission et la sortie de l'urgence (figure 4). Dans l'ensemble, plus ou moins 40 % des établissements de soins de courte durée du Canada sont représentés dans notre échantillon de 277 hôpitaux, à divers degrés de représentation selon la province ou le territoire. La figure 5 présente une répartition selon le type d'hôpital. Nous avons défini notre groupe d'hôpitaux semblables en fonction des groupes d'hôpitaux semblables du Programme de comparaison de l'activité des hôpitaux (CHAP). Comme ce programme n'inclut que les établissements qui soumettent des données à la BDCP, nos comparaisons se limitent à notre échantillon d'hôpitaux semblables et aux établissements que nous pouvons qualifier d'hôpitaux de soins de courte durée à l'extérieur du Québec.

4 Répartition des hôpitaux de l'échantillon selon la province ou le territoire

Province/territoire	Nombre approximatif d'établissements de soins de courte durée au Canada*	Nombre d'hôpitaux inclus dans l'analyse sur les temps d'attente pour un lit (%)
Colombie-Britannique	82	5 (6)
Alberta†	96	81 (84)
Saskatchewan	65	6 (9)
Manitoba	71	15 (21)
Ontario†	166	116 (70)
Québec	123	0 (0)
Nouveau-Brunswick	24	12 (50)
Nouvelle-Écosse†	32	28 (88)
Île-du-Prince-Édouard	7	0 (0)
Terre-Neuve-et-Labrador†	30	14 (47)
Yukon	1	0 (0)
Territoires du Nord-Ouest	4	0 (0)
Nunavut	1	0 (0)
Total	702	277 (39)

* Estimé selon le nombre d'hôpitaux qui soumettent des abrégés sur les soins de courte durée à la BDMH ou à la BDCP. Les chiffres pour le Québec indiquent le nombre d'hôpitaux qui ont soumis des abrégés à la BDMH en 2004-2005 et 2005-2006 en citant les services d'urgence comme mode d'admission. Pour les autres provinces et territoires, le nombre indiqué se limite aux établissements de soins de courte durée dotés de services d'urgence qui ont soumis des données à la BDCP en 2004-2005 et en 2005-2006.

† La soumission des éléments de données liés à la date et à l'heure de la décision d'admission et de sortie de l'urgence était obligatoire en 2004-2005 et en 2005-2006.

Le nombre d'hôpitaux selon le type d'hôpital indique que l'échantillon contient une plus faible proportion de petits hôpitaux communautaires et une plus forte proportion de grands hôpitaux communautaires.

5 Répartition des hôpitaux en fonction du type

Type d'hôpital	Nombre approximatif d'établissements de soins de courte durée à l'extérieur du Québec*	Nombre d'hôpitaux inclus dans l'analyse des temps d'attente pour un lit (%)
Petits hôpitaux communautaires (de 1 à 49 lits)	361	155 (43)
Hôpitaux communautaires moyens (de 50 à 199 lits)	120	64 (53)
Grands hôpitaux communautaires (200 lits et plus)	54	34 (63)
Hôpitaux d'enseignement et pédiatriques	44	24 (55)
Total	579	277 (48)

* Estimé selon le nombre d'établissements de soins de courte durée dotés de services d'urgence qui ont soumis des données à la BDCP en 2004-2005 et 2005-2006.

Groupes de patients

Pour un intervalle de référence donné, nous avons réparti les patients dans des groupes distincts et mesuré la taille de chaque groupe. Dans cette section, nous traitons de la façon dont nous avons défini les groupes de patients et des méthodes utilisées pour mesurer le volume de ces groupes.

Définition des groupes de patients

La figure 2 présente les différentes unités ou phases de soins des patients hospitalisés. Nous avons divisé les patients hospitalisés en groupes variés. La figure 6 résume les critères utilisés pour définir chaque groupe.

6 Critères définissant les groupes de patients

Description du groupe	Critères
Groupes de services aux patients	<ul style="list-style-type: none"> Assez conforme à la définition déjà utilisée par l'ICIS⁹. Voir l'annexe C pour plus de détails.
Patients de l'urgence qui attendent pour un lit en soins de courte durée	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a été admis à partir du service d'urgence. La décision d'hospitaliser le patient a été prise. Le patient n'est pas encore sorti de l'urgence. La date de sortie de l'urgence ne correspond pas au moment où le patient a été renvoyé à son domicile.
Patients dont les temps d'attente pour un lit ont été tronqués	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a été admis à partir du service d'urgence. La date de sortie de l'urgence correspond au moment où le patient a été renvoyé à son domicile parce que le patient a été transféré, est sorti contre l'avis du médecin ou est décédé.
Patients admis, mais ayant reçu des soins dans une unité de décision clinique seulement	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a été admis à partir du service d'urgence. La date de sortie de l'urgence correspond au moment où le patient a été renvoyé à son domicile.
Patients occupant un lit en soins de courte durée	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a été admis à partir du service d'urgence et il est sorti de l'urgence OU il a été admis autrement et il a été hospitalisé. Le patient n'a pas encore été renvoyé à son domicile.
Patients hospitalisés dans une unité de soins spéciaux	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a été admis à l'unité de soins spéciaux. Le patient n'est pas encore sorti de l'unité de soins spéciaux
Patients requérant un niveau de soins alternatif	<ul style="list-style-type: none"> Les patients qui occupent un lit et qui requièrent un niveau de soins alternatif OU le nombre de jours précédant la sortie est inférieur ou égal au nombre de jours passés dans une unité offrant un niveau de soins alternatif déclaré dans l'abrégié. Aucun patient n'a visité une unité de soins spéciaux entre le moment où il a été transféré à l'unité offrant un autre niveau de soins et le moment où il a reçu son congé.

Volume des groupes de patients

Notre analyse prévoyait de mesurer la taille de groupes de patients choisis en fonction d'une date et d'une heure précises, ou d'une journée de l'année civile. Nous avons simplement utilisé le nombre de patients faisant partie du groupe pour mesurer le volume du groupe à un moment précis.

Le volume des patients pour une journée donnée est une mesure agrégée que l'on peut quantifier de diverses façons. Une des méthodes standard est le « total des jours-présence des patients hospitalisés », que l'on définit comme le nombre de patients hospitalisés ce soir-là (on le désigne aussi de « bilan de nuit ») et le nombre de sorties survenues le jour même^{17, 43}. Le total des jours-présence des patients hospitalisés dépend exclusivement de l'heure d'admission et de sortie. Il n'est donc pas facile de généraliser le total des jours-présence des patients hospitalisés pour mesurer le volume d'un groupe particulier. Par exemple, supposons qu'un patient a attendu 16 heures pour un lit, soit de 22 h à 8 h le lendemain, et qu'il a passé 8 heures dans une unité de soins aux patients hospitalisés avant de recevoir son congé à 16 h. Ce patient apporterait une journée au total des jours-présence des patients hospitalisés. Si nous devons diviser le total des jours-présence des patients hospitalisés entre les patients qui attendent pour un lit et ceux qui occupent un lit, il semble que nous devrions tenir compte du nombre d'heures qu'un patient passe dans chaque groupe. Cependant, le total des jours-présence des patients hospitalisés ne tient pas compte des heures dans sa définition.

Pour cette raison, nous avons utilisé une autre méthode pour mesurer le volume quotidien de patients, soit le « total d'heures-patients ». On y a déjà eu recours pour quantifier le volume de patients aux services d'urgence selon le niveau de complexité⁴¹. Le total d'heures-patients chez les patients hospitalisés correspond au nombre total d'heures que les patients ont passé aux soins de courte durée pendant la journée. Par exemple, le total d'heures-patients propre aux patients requérant un niveau de soins alternatif peut être calculé simplement en limitant cette somme aux heures-patients requérant un niveau de soins alternatif.

L'une des difficultés associées au dénombrement de patients, de jours-présence des patients hospitalisés ou d'heures-patients consiste à déterminer la façon de traiter les chevauchements de données, les heures manquantes ou les conflits dans les heures. Par chevauchement, on entend par exemple deux enregistrements soumis pour le même patient. D'autres formes de chevauchements peuvent survenir, mais ils finissent tous par entraîner une forme de surdénombrement. Nous avons éliminé les chevauchements, les heures manquantes ou les conflits dans les heures en appliquant les règles de validation suivantes aux abrégés :

1. Si l'on dispose d'abrégés presque semblables pour un patient (identifié à l'aide d'un numéro d'assurance-maladie ou d'un numéro de dossier, du sexe et de l'année de naissance) ou si l'on note deux visites à l'unité de soins spéciaux d'un même hôpital, il faut les combiner.
2. Si la date d'admission est manquante, il faut inscrire la date de la première intervention ou la date d'admission à l'unité de soins spéciaux. Si la date de sortie est manquante, il faut inscrire la date de la dernière intervention ou la date de sortie de l'unité de soins spéciaux. Si ces dates ne sont pas consignées, on doit exclure l'abrégé de l'analyse.

Proportion d'abrévés exclus ou auxquels les règles de validation ont été appliquées

Règle de validation/exclusion	Proportion de cas par hôpital*		
	Moyenne (ET)	Fourchette	
Abrégé en double combiné à un autre	0,05	(0,06)	0,003-0,239
Visite à l'unité de soins spéciaux combinée à une autre	0,71	(1,51)	0,015-4,347
Abrégé supprimé en raison d'un conflit temporel ou d'une durée de séjour nulle	0,12	(0,26)	0,003-1,081
Parmi les patients admis à partir des services d'urgence	0,09	(0,30)	0-1,439
Visites à l'unité de soins spéciaux supprimées en raison d'heures manquantes ou d'une durée de séjour nulle	0,17	(1,18)	0-15,07
Conflit temporel ou écart corrigé	0,54	(1,49)	0-13,70
Au moins une heure inscrite	0,13	(0,44)	0-3,242
Heure de la décision d'admission ou de sortie de l'urgence inscrite	0,21	(0,68)	0-4,485

* Les proportions liées aux exclusions sont fondées sur les nombres initiaux. Les pourcentages d'abrévés auxquels on a appliqué les règles de validation sont fondés sur les nombres finaux, après les exclusions.

3. Si un patient est inscrit à titre de patient en attente d'un lit d'hospitalisation après son admission à l'unité de soins spéciaux, l'heure de sortie de l'urgence doit être la même que celle de l'admission à l'unité de soins spéciaux. À moins que la décision d'admission ne précède la première admission à l'unité de soins spéciaux, l'heure de la décision d'admission doit également correspondre à l'heure d'admission à l'unité de soins spéciaux.
4. Si l'écart entre la date de la décision d'admission et la date d'admission excède trois jours, et si la date de sortie de l'urgence précède la date d'admission de plus d'une journée, il faut réduire l'écart en laissant le temps d'attente tel quel.
5. Si l'heure de la décision d'admission est manquante et qu'on connaît l'heure de sortie de l'urgence, l'heure de la décision d'admission doit être la même que celle de sortie de l'urgence, moins un temps d'attente médian propre à l'hôpital, au groupe d'âge du patient, au mois de sortie de l'urgence, au jour de la semaine, à l'heure du jour et au fait que le patient a été admis directement à l'unité de soins spéciaux. Si l'heure de sortie de l'urgence est également manquante, l'heure de la décision d'admission doit être la même que l'heure d'admission.
6. Si l'heure de sortie de l'urgence est manquante, si le temps d'attente est plus long que deux semaines ou si le patient est inscrit comme un patient qui attend après sa sortie, le temps d'attente du patient doit être le même que le temps d'attente médian propre à l'hôpital, au groupe d'âge du patient, au mois de la décision d'admission, au jour de la semaine et à l'heure du jour.
7. Si l'heure de la décision d'admission ou de sortie de l'urgence entrent encore en conflit avec l'heure d'admission ou de sortie, il faut exclure l'abrévé de l'analyse.
8. S'il manque l'heure d'admission ou de sortie pour une visite à l'unité de soins spéciaux, il faut exclure l'abrévé de l'analyse.
9. Si les heures consignées pour un abrévé ou une visite à l'unité de soins spéciaux affichent une durée de séjour nulle, il faut exclure l'abrévé ou la visite de l'analyse.

La figure 7 résume la fréquence de l'application de ces règles de validation. Ces résultats démontrent que certains hôpitaux ont supprimé une proportion relativement forte de visites à l'unité de soins spéciaux, principalement parce qu'on avait entré une durée de séjour nulle. Les règles de validation ont aussi été appliquées à une forte proportion d'abrévés dans quelques hôpitaux parce que les heures présentaient des conflits. La majorité de ces règles de validation ont été appliquées pour remédier à des conflits mineurs entre les heures d'admission à l'unité de soins spéciaux et d'autres éléments de données chronologiques de la BDCP.

i. Cette modification touche ce que nous croyions être des erreurs typographiques dans les dates correspondant à la décision d'admission et à la sortie des services d'urgence (par exemple, le mois et le jour sont inversés, ou l'année inscrite précède l'année de l'admission et de la sortie).

Limites des groupes de patients

À l'instar des temps d'attente pour un lit, les résultats fondés sur les groupes de patients doivent être interprétés avec prudence. La première limite dont il faut tenir compte porte sur la définition des groupes de services aux patients. À l'exception des visites à l'unité de soins spéciaux, la BDCP ne fournit aucune information sur l'emplacement physique d'un patient hospitalisé à un moment précis. Dans la présente analyse, on a eu recours aux groupes de services aux patients pour classer les patients qui recevaient des services similaires. Les groupes de services aux patients n'indiquent pas l'emplacement physique du patient dans l'hôpital, comme le type de lit ou l'unité de soins.

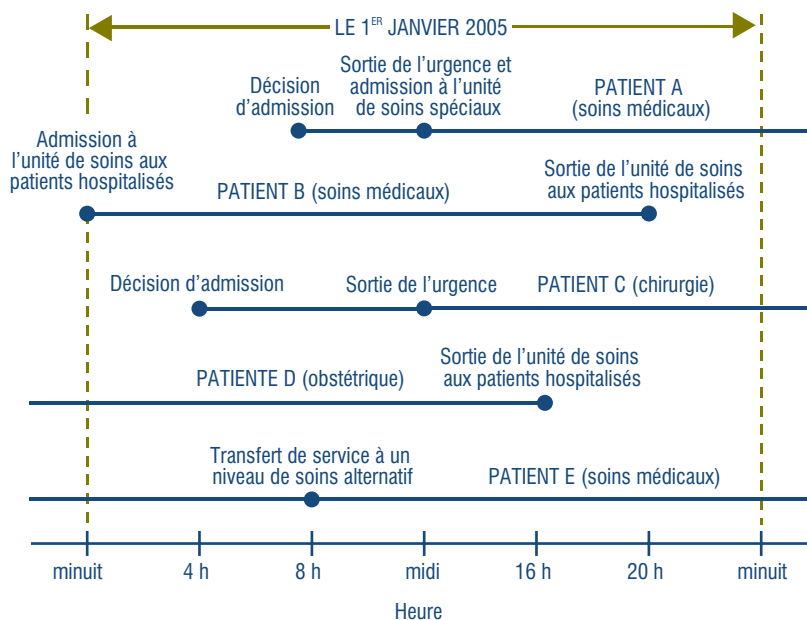
L'information sur le groupe de patients varie également d'un hôpital à l'autre, qu'il s'agisse des pratiques de codification ou des divers services offerts. Par exemple, l'intégralité de la déclaration à la BDCP des jours passés à un niveau de soins alternatif varie^{37, 44}, peut-être en raison des différences dans les soins offerts en phase postaguë. Par exemple, quelques hôpitaux offrent des soins en phase postaguë aux patients hospitalisés, d'autres non. Il n'existe aucune norme à l'échelle nationale, provinciale ou territoriale permettant d'identifier les patients dont les besoins en soins de santé sont mieux satisfaits à une unité offrant un niveau de soins alternatif. Le transfert de sous-services à une unité offrant un niveau de soins alternatif dépend donc du jugement du personnel de l'hôpital³⁷, lequel peut également varier d'un hôpital à l'autre.

Exemple de calcul des variables dérivées

La présente section fournit un glossaire des variables dérivées aux fins d'analyse. À partir des données hypothétiques présentées à la figure 8, nous montrons également comment ces variables ont été calculées.

8 Données hypothétiques sur les patients hospitalisés

Le diagramme qui suit présente la durée du séjour de cinq patients hospitalisés fictifs. L'hôpital a décidé d'hospitaliser le patient A à 8 h, mais n'a pas été en mesure de le transférer à l'unité de soins spéciaux avant midi. Le patient B, un cas de soins médicaux, a été admis ailleurs qu'à l'urgence à minuit. Le patient C, un cas de chirurgie, a attendu à l'urgence de 4 h à midi pour un lit. La patiente D, un cas d'obstétrique, a reçu son congé à 16 h. Le patient E a été transféré des soins médicaux de courte durée à un niveau de soins alternatif à 8 h, en attendant d'être transféré aux soins pour affections subaiguës.



Temps d'attente médian quotidien pour un lit

Définition : Le temps d'attente médian pour un lit, pour une journée et un hôpital donnés, correspond au temps d'attente médian pour un lit des patients que l'on a décidé d'hospitaliser le jour même et dont la date de sortie de l'urgence ne correspondait pas à la date à laquelle ils ont été renvoyés à leur domicile.

Exemple : La figure 8 indique que deux décisions d'admission ont été prises le 1^{er} janvier 2005 (patients A et C). Les temps d'attente pour les patients A et C étaient de quatre et huit heures respectivement. Étant donné que l'on dispose de seulement deux temps d'attente pour un lit, le temps d'attente médian pour un lit correspond à la moyenne, soit six heures.

Total d'heures-patients

Définition : Le nombre cumulatif d'heures que les patients passent aux soins de courte durée une journée donnée. Nous avons limité cette mesure aux patients qui occupaient un lit.

Exemple : Dans la figure 8, le total d'heures-patients chez les patients occupant un lit le 1^{er} janvier 2005 correspond à la somme des heures-patients des cinq patients :
 $12 + 20 + 12 + 16 + 24 = 84$ heures.

Proportion du total d'heures-patients chez les patients requérant un niveau de soins alternatif

Définition : Ratio entre le total d'heures-patients chez les patients requérant un niveau de soins alternatif et le total d'heures-patients chez les patients occupant un lit.

Exemple : Dans la figure 8, le patient E a passé 16 heures à une unité offrant un niveau de soins alternatif. La proportion du total d'heures-patients pour cette unité le 1^{er} janvier 2005 est donc de $16/84 = 0,19$, ou 19 %.

Nombre de patients requérant un niveau de soins alternatif au moment où la décision d'hospitaliser un patient a été prise

Définition : Le nombre de patients hospitalisés aux soins de courte durée et requérant un niveau de soins alternatif au moment où un patient donné a commencé à attendre pour un lit en soins de courte durée.

Exemple : Dans la figure 8, la décision d'hospitaliser le patient A a été prise à 8 h. Au même moment, le patient E a été transféré à une unité offrant un niveau de soins alternatif. On dénombre donc un patient à l'unité offrant un niveau de soins alternatif au moment où la décision d'hospitaliser le patient A a été prise. On a également pris la décision d'hospitaliser le patient C. À ce moment, aucun patient ne recevait un niveau de soins alternatif.

Nombre de patients requérant un niveau de soins alternatif faisant partie du même groupe au moment où la décision d'hospitaliser un patient a été prise

Définition : Le nombre de patients hospitalisés en soins de courte durée et requérant un niveau de soins alternatif au moment où un patient donné a commencé à attendre pour un lit en soins de courte durée, si l'on s'en tient au groupe de patients auquel appartient ce patient.

Exemple : Dans la figure 8, le patient E recevait un niveau de soins alternatif au moment où la décision d'hospitaliser le patient A a été prise. Cependant, le patient A a été transféré de l'urgence à une unité de soins spéciaux. Étant donné qu'aucun patient requérant un niveau de soins alternatif ne peut rester à l'unité de soins spéciaux, on ne dénombre aucun patient requérant un niveau de soins alternatif du même groupe que le patient A.

Annexe B : Indice de Charlson

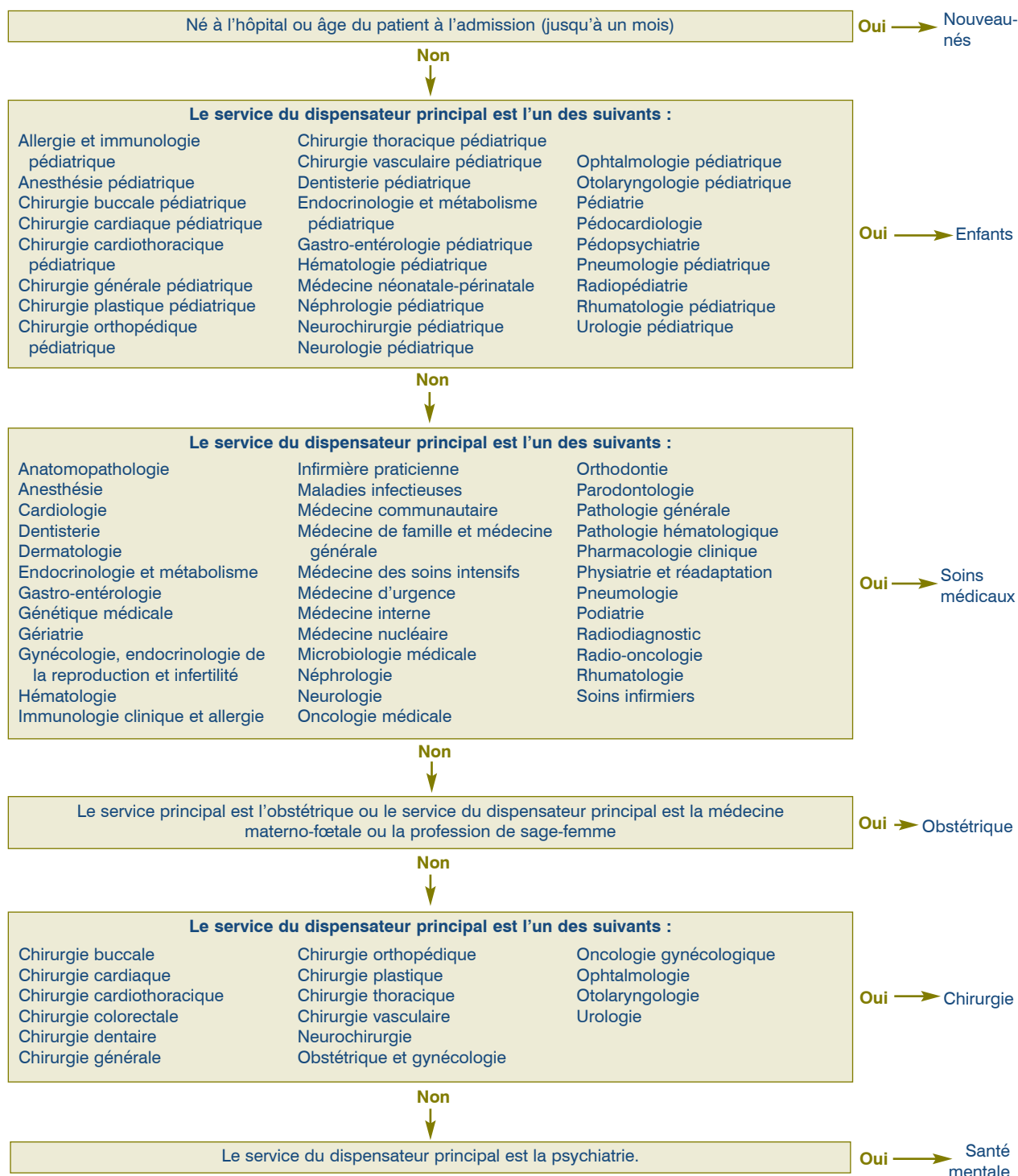
Nous avons mesuré l'indice de Charlson⁸ à partir des codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), 10^e révision, définis dans un article récent⁷. Par souci de conformité aux codes canadiens de la CIM-10-CA, nous avons modifié les codes de la CIM-10, le cas échéant. Nous avons donc attribué des codes de diagnostic de la CIM-10-CA à l'ensemble des données provinciales et territoriales analysées. L'indice n'a pas été appliqué en fonction d'une affection principale et nous avons tenu compte de tous les types de diagnostics. Les scores obtenus ont donc été interprétés en tant qu'indice de la gravité et du nombre d'affections identifiées au cours de l'hospitalisation.

Affection	Codes de la CIM-10-CA
Infarctus du myocarde Pondération = 1	I21, I22, I25.2
Insuffisance cardiaque Pondération = 1	I09.9, I11, I13, I25.5, I42.0, I42.5, I42.6, I42.7, I42.8, I42.9, I43, I50, P29.0
Maladie cérébro-vasculaire Pondération = 1	G45, G46, H34.0, I60-I69
Démence Pondération = 1	F00, F01, F02, F03, F05.1, G30, G31.1
Maladie vasculaire périphérique Pondération = 1	I70, I71, I73.1, I73.8, I73.9, I77.1, I79.0, I79.2, K55.1, K55.8, K55.9, Z95.8, Z95.9
Affection pulmonaire chronique Pondération = 1	I27.8, I27.9, J40-J47, J60, J61, J62, J63, J64, J65, J66, J67, J68.4, J70.1, J70.3
Maladie rhumatoïde Pondération = 1	M05, M06, M31.5, M32, M33.2, M34, M35.1, M35.3, M36.0
Ulcère gastro-duodéal Pondération = 1	K25, K26, K27, K28
Maladie bénigne du foie Pondération = 1	B18, K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.9, K71.3, K71.4, K71.5, K71.7, K73, K74, K76.0, K76.2, K76.3, K76.4, K76.8, K76.9, Z94.4
Diabète sans (mention de) complication chronique Pondération = 1	E1x.0, E1x.1, E1x.6, E1x.9 (où x représente 0, 1, 3 ou 4)
Diabète avec complication chronique Pondération = 2	E1x.2, E1x.3, E1x.4, E1x.5, E1x.7 (où x représente 0, 1, 3 ou 4)
Hémiplégie ou paraplégie Pondération = 2	G04.1, G11.4, G80.1, G80.2, G81, G82, G83.0, G83.1, G83.2, G83.3, G83.4, G83.9
Maladie rénale Pondération = 2	I12, I13, N03.2-N03.7, N05.2-N05.7, N18, N19, N25.0, Z49, Z94.0, Z99.2

Affection	Codes de la CIM-10-CA
Tumeur maligne, à l'exception du cancer de la peau autre que le mélanome Pondération = 2	C00-C97 (excluant C44 et C77-C80)
Maladie du foie modérée à grave Pondération = 3	I85.0, I85.9, I86.4, I98.2, K70.4, K71.1, K72.1, K72.9, K76.5, K76.6, K76.7
Métastase Pondération = 6	C77, C78, C79, C80
SIDA/VIH Pondération = 6	B24

Annexe C : Groupes de services aux patients

Les groupes de services aux patients ont été attribués à partir du mode d'admission, de la date de naissance, du domaine d'activité du dispensateur de soins principal et du domaine du service. La figure qui suit présente l'algorithme utilisé pour classer les patients dans un groupe.



Références

1. S. Daly, D. A. Campbell et P. A. Cameron, « Short-Stay Units and Observation Medicine: a Systematic Review », *Medical Journal of Australia*, vol. 178, n° 11 (2003), p. 559-563.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données canadienne SIG, Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 1999-2000 à 2003-2004*, Ottawa, ICIS, 2006.
3. Agence de santé publique du Canada, *Population Health: What Determines Health?* (en ligne), 2007. Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/index.html>>.
4. D. Cloutier-Fisher, M. J. Penning, C. Zheng et E. B. Druyts, « The Devil Is in the Details: Trends in Avoidable Hospitalization Rates by Geography in British Columbia, 1990-2000 », *BMC Health Service Research*, vol. 6 (2006), p. 104.
5. M. D. Lougheed, N. Garvey, K. R. Chapman, L. Cicutto, R. Dales, A. G. Day, W. M. Hopman, M. Lam, M. R. Sears, K. Szpiro, T. To, N. A. M. Paterson et le Ontario Respiratory Outcomes Research Network, « The Ontario Asthma Regional Variation Study: Emergency Department Visit Rates and the Relation to Hospitalization Rates », *Chest*, vol. 129 (2006), p. 909-917.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des hospitalisations et de la durée moyenne du séjour au Canada, 2003-2004 et 2004-2005*, Ottawa, ICIS, 2005.
7. H. Quan, V. Sundararajan, P. Halfon, A. Fong, B. Burnand, J. C. Luthi, L. D. Saunders, C. A. Beck, T. E. Feasby et W. A. Ghali, « Coding Algorithms for Defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 Administrative Data », *Medical Care*, vol. 43, n° 11 (2005), p. 1130-1139.
8. M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales et C. R. MacKenzie, « A New Method of Classifying Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 40, n° 5 (1987), p. 373-383.
9. R. A. Deyo, D. C. Cherkin et M. A. Ciol, « Adapting a Clinical Comorbidity Index for Use With ICD-9-CM Administrative Databases », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 45, n° 6 (1992), p. 613-619.
10. Institute of Medicine, *Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point (Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System Board on Health Care Services)*, Washington D.C., The National Academies Press, 2006, p. 1-296.
11. B. R. Asplin, D. J. Magid, K. V. Rhodes, L. I. Solberg, N. Lurie et C. A. Camargo, Jr., « A Conceptual Model of Emergency Department Crowding », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 42, n° 2 (2003), p. 173-180.
12. M. J. Schull, M. Vermeulen, G. Slaughter, L. Morrison et P. Daly, « Emergency Department Crowding and Thrombolysis Delays in Acute Myocardial Infarction », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 44, n° 6 (2004), p. 577-585.
13. J. M. Pines, J. E. Hollander, A. R. Localio et J. P. Metlay, « The Association Between Emergency Department Crowding and Hospital Performance on Antibiotic Timing for Pneumonia and Percutaneous Intervention for Myocardial Infarction », *Academic Emergency Medicine*, vol. 13, n° 8 (2006), p. 873-878.
14. Institute for Healthcare Improvement, *Optimizing Patient Flow: Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings*, Boston, IHI, 2003, p. 1-8.
15. B. H. Rowe, K. Bond, M. B. Ospina, S. Blitz, M. Afilalo, S. G. Campbell et M. Schull, *Frequency, Determinants, and Impact of Overcrowding in Emergency Departments in Canada: A National Survey of Emergency Department Directors*, Ottawa, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2006.
16. R. J. Blendon, C. Schoen, C. M. DesRoches, R. Osborn, K. Zapert et E. Raleigh, « Confronting Competing Demands To Improve Quality: A Five-Country Hospital Survey », *Health Affairs*, vol. 23, n° 3 (2004), p. 119-135.

17. A. J. Forster, I. Stiell, G. Wells, A. J. Lee et C. van Walraven, « The Effect of Hospital Occupancy on Emergency Department Length of Stay and Patient Disposition », *Academic Emergency Medicine*, vol. 10, n° 2 (2003), p. 127-133.
18. N. K. Rathlev, J. Chessare, J. Olshaker, D. Obendorfer, S. D. Mehta, T. Rothenhaus, S. Crespo, B. Magauran, K. Davidson, R. Shemin, K. Lewis, J. M. Becker, L. Fisher, L. Guy, A. Cooper et E. Litvak, « Time Series Analysis of Variables Associated With Daily Mean Emergency Department Length of Stay », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 49, n° 3 (2007), p. 265-271.
19. A. Bagust, M. Place et J. W. Posnett, « Dynamics of Bed Use in Accommodating Emergency Admissions: Stochastic Simulation Model », *British Medical Journal*, vol. 319, n° 7203 (1999), p. 155-158.
20. Physician Hospital Care Committee, *Improving Access to Emergency Care: Addressing System Issues*, Toronto, OHA, OMA, MSSLDO, 2006.
21. M. Schull, P. M. Slaughter et D. A. Redelmeier, « Urban Emergency Department Overcrowding: Defining the Problem and Eliminating Misconceptions », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 4, n° 2 (2002), p. 76-83.
22. D. M. Fatovich, Y. Nagree et P. Sprivulis, « Access Block Causes Emergency Department Overcrowding and Ambulance Diversion in Perth, Western Australia », *Emergency Medicine Journal*, vol. 22, n° 5 (2005), p. 351-354.
23. B. Chan, M. Schull et S. Schultz, *Emergency Department Services in Ontario*, Toronto, IRSS, 2001.
24. N. C. Proudlove, K. Gordon et R. Boaden, « Can Good Bed Management Solve the Overcrowding in Accident and Emergency Departments? », *Emergency Medicine Journal*, vol. 20 (2003), p. 149-155.
25. V. H. Menec, N. P. Roos, D. L. Nowicki, L. MacWilliam, G. Finlayson et C. Black, *Seasonal Patterns of Winnipeg Hospital Use*, Winnipeg, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, 1999, p. 1-83.
26. L. Frost, S. P. Johnsen, L. Pedersen, S. Husted, G. Engholm, H. T. Sorensen et K. J. Rothman, « Seasonal Variation in Hospital Discharge Diagnosis of Atrial Fibrillation: A Population-Based Study », *Epidemiology*, vol. 13, n° 2 (2002), p. 211-15.
27. K. J. Fullerton et V. L. Crawford, « The Winter Bed Crisis—Quantifying Seasonal Effects on Hospital Bed Usage », *Quarterly Journal of Medicine*, vol. 92, n° 4 (1999), p. 199-206.
28. Association canadienne des médecins d'urgence, *Position Statement on Emergency Department Overcrowding*, Ottawa, ACMU, 2007.
29. K. Bond, M. B. Ospina, S. Blitz, C. Friesen, G. Innes, P. Yoon, G. Curry, B. Holroyd et B. Rowe, *Interventions to Reduce Overcrowding in Emergency Departments*, Ottawa, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2006.
30. United States General Accounting Office, *Hospital Emergency Departments: Overcrowded Conditions Vary Among Hospitals and Communities*, 2003.
31. D. Cass, « Once Upon a Time in the Emergency Department: a Cautionary Tale (Editorial) », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 46, n° 6 (2005), p. 541-543.
32. A. Jokovic, A. Baibergenova, K. Baldota et K. Leeb, « Alternatives to Acute Care? », *Health Care Quarterly*, vol. 9, n° 2 (2006), p. 22-24.
33. C. Haraden et R. Resar, « Patient Flow in Hospitals: Understanding and Controlling It Better », *Frontiers of Health Services Management*, vol. 20, n° 4 (2004), p. 3-15.
34. Capital Health, *Improving Flow in the QEII and DGH Emergency Departments: Update on Ongoing Improvements*, Nouvelle-Écosse, Capital Health District, 2005, p. 1-10.
35. Hôpital Régional de Sudbury, *Alternate Level of Care: Beyond Beds (Presentation to HRSRH Board of Directors October 2006)* (en ligne), 2006. Consulté le 9 février 2007. Internet : <http://www.hrsrh.on.ca>.

36. Ottawa ALC Strategic Committee, *From Alternative to Appropriate Levels of Care Ottawa ALC Strategic Committee—Report of Recommendations* (en ligne), 2006, p. 1-28. Consulté le 19 février. Internet : <<http://www.ocsa.on.ca>>.
37. Association des hôpitaux de l'Ontario, Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et Ontario Long-Term Care Association, *Alternate Level of Care—Challenges and Opportunities*, Toronto, OHA, 2006.
38. C. Damba et M. Vahabi, *Toronto Local Health System Monitoring Report*, Toronto, Conseil régional de santé de Toronto, 2002, p. 1-249.
39. S. Bruce, C. DeCoster, J. Trumble-Waddell et J. Burchill, « Patients Hospitalized for Medical Conditions in Winnipeg, Canada: Appropriateness and Level of Care », *Healthcare Management Forum*, supplément d'hiver, (2002), p. 53-57.
40. British Columbia Medical Association, *BCMA Policy Backgrounder: Emergency Department Overcrowding* (en ligne), 2006. Consulté le 29 mai 2007. Internet : <http://www.bcma.org/public/news_publications/publications/policy_backgrounders/EmergencyDepartmentOvercrowding.asp>.
41. M. J. Schull, A. Kiss et J. P. Szalai, « The Effect of Low-Complexity Patients on Emergency Department Waiting Times », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 49, n° 3 (2007), p. 257-264.
42. Agency for Healthcare Research and Quality, *Emergency Department Performance Measures and Benchmarking Summit: The Consensus Statement*, Rockville, AHRQ Quality Indicators, 2006.
43. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction des finances et de la gestion de l'information, *Daily Census Summary Instruction Guide*, Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006.
44. Institut canadien d'information sur la santé, *Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD)*, Ottawa, ICIS, 2003.

