



Revue canadienne des technologies de la santé
Novembre 2023 Volume 3 Numéro 11

Examen des technologies de la santé
de l'ACMTS – Recommandation

L'engorgement des urgences au Canada



Messages clés

Quelle est la situation?

- Partout au Canada, les services des urgences sont très sollicités et engorgés, une situation qui survient lorsque la demande de services de santé aux urgences dépasse la capacité du système de santé – ce qui comprend le service, l'hôpital et la communauté – à offrir des soins de qualité dans des délais raisonnables.
- L'engorgement des urgences contribue à une détérioration de la qualité des soins en raison de la surcharge de travail et de l'épuisement des prestataires de soins et du personnel. Cette situation met en danger la santé et la vie des patients, et augmente la pression sur un système de santé déjà débordé.

Qu'avons-nous fait?

- Le Comité d'experts en examen sur les technologies de la santé (CEETS) de l'ACMTS s'est réuni pour élaborer des orientations pancanadiennes objectives, impartiales et fiables visant à guider les décisions sur les solutions fondées sur des données probantes à envisager pour lutter contre l'engorgement des urgences au Canada.

Quelle est la position du CEETS sur l'engorgement des urgences?

- L'engorgement des urgences est un problème complexe qui touche l'ensemble du système de santé. Les services des urgences font partie d'hôpitaux et de systèmes de santé et de services sociaux plus larges, ce qui signifie que la responsabilité des causes, des effets et des solutions ne relève pas uniquement des urgences et de leurs activités.
- Des facteurs relatifs à l'issue (p. ex. décalage entre la capacité d'accueil en soins actifs au sein de l'hôpital et les besoins de la population) et à l'afflux (p. ex. décalage entre les soins offerts en milieu extrahospitalier et les besoins de la population, notamment les soins après les heures normales d'ouverture) sont les principaux responsables de l'engorgement des urgences au Canada. La capacité du système de santé n'a pas suivi le rythme de la croissance et de l'évolution des besoins de la population en matière de soins de santé, et n'y répond donc pas, ce qui se traduit par des services des urgences surchargés.
- Les systèmes de santé obtiendront de meilleurs résultats s'ils mettent en œuvre des stratégies pour améliorer le passage des patients dans l'ensemble du système et se concentrent sur les facteurs relatifs à



Messages clés

l'afflux et à l'issue plutôt que sur des facteurs relatifs à ce qui se passe au sein des urgences.

Que conseille le CEETS pour atténuer l'engorgement des urgences?

- Les interventions visant à atténuer l'engorgement doivent cibler les principaux facteurs contributifs dans le contexte particulier dans lequel elles seront mises en œuvre.
- La première étape pour trouver des solutions fondées sur des données probantes doit être de comprendre le contexte dans lequel l'engorgement des urgences se produit, en prêtant attention aux goulots d'étranglement qui entravent le cheminement des patients.
- La transparence et la responsabilité doivent être des principes clés dans le fonctionnement des urgences, des hôpitaux et des systèmes de santé. Le CEETS recommande d'établir et de maintenir des rôles, des responsabilités et des rapports hiérarchiques clairs, intégrés dans un cadre de responsabilité sur l'engorgement des urgences, pour tous les partenaires du système de santé, y compris un engagement de donner suite aux données.
- Chaque province et territoire devrait exiger une déclaration systématique complète de tous les hôpitaux dans la base de données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé.
- Les orientations du CEETS comprennent un guide de navigation qui vise à aider les décideurs à relever des interventions fondées sur des données probantes qui pourraient aider à lutter contre l'engorgement des urgences.

Le problème examiné : l'engorgement des urgences au Canada

Partout au Canada, les services d'urgence sont très sollicités et engorgés, une situation qui survient lorsque la demande de services de santé aux urgences dépasse la capacité du système de santé – ce qui comprend le service, l'hôpital et la communauté – à offrir des soins de qualité dans des délais raisonnables^{1,2}. Les gens se présentent aux urgences pour des besoins légitimes en soins de santé qui ne peuvent être satisfaits ailleurs, entraînant un engorgement des urgences et un élargissement du champ de pratique des cliniciens et du personnel qui y travaillent.

Des données récentes indiquent que l'engorgement des urgences s'aggrave au pays³. Pour l'exercice financier de 2022–2023, le nombre total de visites aux urgences et le nombre de visites aux urgences par 1 000 personnes sont revenus aux valeurs d'avant la pandémie après avoir connu une diminution en 2020–2021⁴. Au cours de cette même période, le degré de gravité des cas observés aux urgences, mesuré par l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), a augmenté. Bien que la proportion globale de patients chez qui l'on a attribué le niveau de priorité 1 sur l'ÉTG (réanimation requise) soit faible (moins de 1,3 % de toutes les visites aux urgences en 2022–2023), elle ne cesse d'augmenter depuis 2010–2011. Les services des urgences connaissent également une proportion plus élevée de patients de niveau 2 ou 3 sur l'ÉTG (besoin urgent de soins nécessitant une intervention rapide) et une proportion plus faible de patients de niveau 4 (besoin moins urgent de soins). La proportion d'adultes de 65 ans ou plus sur l'ensemble des visites aux urgences augmente également, la proportion de patients qui reçoivent leur congé du service des urgences diminue et le délai d'attente médian pour un lit d'hospitalisation augmente. Ces statistiques tendent à indiquer que les personnes qui se présentent aux urgences ont des besoins plus complexes en matière de soins. La durée médiane du séjour au service des urgences, le délai d'attente avant la première évaluation par un médecin et la proportion de patients qui ont « quitté sans avoir été vus par un médecin » ont également augmenté au cours des dernières années³.

De 2016 à 2023, l'estimation de la population du Canada a augmenté de 11,1 %, passant de près de 36 millions de personnes à environ 40 millions, le principal facteur qui contribue à cette croissance étant l'immigration permanente et temporaire⁵. De 2016 à 2021, le nombre de personnes de 65 ans ou plus a également augmenté de 18,3 % pour atteindre 7 millions⁵. Ces tendances indiquent une population en croissance dont les besoins en soins de santé évoluent, de même qu'une population de plus en plus diversifiée sur le plan culturel. Des données de gestion indiquent que les ressources essentielles au soutien de la demande dans les urgences sont demeurées stables et n'ont pas augmenté proportionnellement à la croissance démographique³. Par exemple, de 2010 à 2021, le nombre total de lits d'hospitalisation par 1 000 personnes et le nombre de lits de soins de longue durée par 1 000 personnes ont diminué. En 2021, le Canada s'est classé parmi les derniers pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) quant au nombre total de lits d'hospitalisation par 1 000 personnes et le nombre de lits de soins de longue durée par 1 000 personnes de 65 ans ou plus. Les taux d'occupation des hôpitaux demeurent élevés, le Canada figurant parmi les premiers pays de l'OCDE en ce qui concerne le taux d'occupation des lits de soins de courte durée en 2021 et de la durée moyenne du séjour en soins de courte durée³.

L'engorgement des urgences contribue à une détérioration de la qualité des soins en raison de la surcharge de travail et de l'épuisement des prestataires de soins et du personnel. Cette situation met en danger la santé et la vie des patients lorsque les besoins thérapeutiques au sein du service des urgences dépassent les ressources et élargissent le champ de pratique nécessaire pour y répondre, et augmente la pression sur un système de santé déjà débordé.

La réponse : Orientations du Comité d'experts en examen sur les technologies de la santé de l'ACMTS

Le mandat du Comité d'experts en examen sur les technologies de la santé (CEETS) de l'ACMTS est de nature consultative et consiste à contribuer à l'élaboration d'orientations ou de recommandations pour des projets de l'ACMTS concernant des dispositifs médicaux, des tests diagnostiques et des interventions cliniques (y compris des modèles et des programmes de soins). À la suite d'une demande des Services de santé de l'Alberta pour obtenir des conseils objectifs, impartiaux et fiables, et en raison de la pertinence pancanadienne de ce problème, le CEETS s'est réuni pour élaborer des orientations pancanadiennes en réponse à ce problème de décision, guidées par les données probantes de l'ACMTS :

Quelles solutions fondées sur des données probantes faudrait-il envisager pour guider la prise de décisions et l'élaboration de politiques afin de lutter efficacement contre l'engorgement des services des urgences pour adultes et pour enfants en régions urbaines, rurales et éloignées au Canada?

Les orientations du CEETS s'adressent aux principaux décideurs responsables d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des systèmes de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux du Canada, de même qu'aux tables décisionnelles et aux équipes responsables des priorités des systèmes de santé. Il s'agit des sous-ministres et des sous-ministres adjoints fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé et autres cadres supérieurs, de même que des dirigeants d'autorités sanitaires provinciales et territoriales, d'organismes de lutte contre le cancer ou d'autres organismes de santé provinciaux, d'hôpitaux et d'organismes de prestation de services de santé.

Processus de rédaction des orientations du Comité d'experts en examen sur les technologies de la santé

Le CEETS est composé de sept membres principaux qui étudient tous les sujets à examiner pendant leur mandat : un président, un éthicien, un économiste de la santé, deux professionnels de la santé, un spécialiste de l'évaluation des technologies de la santé (ETS). En plus des membres principaux, le CEETS compte aussi jusqu'à cinq membres experts nommés pour leur expertise sur un sujet en particulier. Pour élaborer les orientations visant à trouver des solutions pour désengorger les urgences au Canada, le CEETS a nommé trois membres expérimentés dans l'administration des urgences et les soins qui y sont offerts, un membre

ayant vécu l'engorgement des urgences et un membre possédant une expertise dans le domaine de la science de la mise en œuvre. La liste des membres du CEETS figure à l'[annexe 1](#).

L'ACMTS a mené une série d'examens de données probantes et d'information sur l'engorgement des urgences au Canada sous forme d'une mise à jour de ses publications de 2006⁶⁻⁹. Afin d'assurer la qualité et la pertinence de ce travail, l'ACMTS a sollicité la participation d'un large éventail de personnes ayant une vaste expérience personnelle ou professionnelle dans la prestation de soins dans les services des urgences au sein du système de santé canadien. Des patients, des membres de la famille, des membres de la collectivité ainsi que des cliniciens et des membres du personnel des urgences ont été sollicités à titre d'experts-conseils, de pairs examinateurs et de membres du CEETS. D'autres personnes ont pris part à des séances de discussion à plusieurs parties prenantes. Cinq rapports publiés par l'ACMTS se penchent sur les éléments suivants :

- les facteurs qui contribuent à l'engorgement des urgences au Canada et les interventions dont les effets sur le désengorgement des urgences ont été étudiés¹⁰
- les répercussions de ce problème sur la qualité des soins et la sécurité des patients (risques connexes), sur l'expérience des professionnels de la santé en formation et le bien-être du personnel¹¹
- les caractéristiques démographiques et des habitudes d'utilisation des patients se présentant aux urgences au Canada³
- les interventions nouvelles et émergentes visant à désengorger les urgences¹²
- un résumé des séances de discussion à plusieurs parties prenantes tenues par l'ACMTS¹³.

Le CEETS s'est servi de ces rapports de l'ACMTS pour guider ses délibérations et élaborer les présentes orientations visant à répondre au problème de décision. Les membres du CEETS ont examiné les données probantes et les renseignements et en ont discuté, ont pris en considération les commentaires des parties prenantes et des spécialistes et élaboré les orientations par l'intermédiaire d'une série de réunions qui se sont tenues entre mars et septembre 2023. Une version préliminaire de ces orientations a été soumise aux commentaires des parties prenantes et du public du 19 octobre au 5 novembre 2023. La présente version finale rend compte des commentaires recueillis.

Position du CEETS sur l'engorgement des urgences

- Toute personne qui a besoin de soins médicaux immédiats doit se présenter au service des urgences s'il n'y a aucune autre façon de recevoir des soins urgents dans les meilleurs délais.
- L'engorgement des urgences est un problème complexe qui touche l'ensemble du système de santé, ce qui signifie que la responsabilité des causes, des répercussions et des solutions n'appartient pas uniquement aux urgences et à leurs activités. Les services des urgences font partie d'hôpitaux et de systèmes de santé et de services sociaux plus larges qui contribuent aux situations d'engorgement et à leurs solutions possibles. En tant que problème complexe qui touche l'ensemble du système de santé, l'engorgement des urgences est attribuable à plusieurs facteurs interreliés et interdépendants

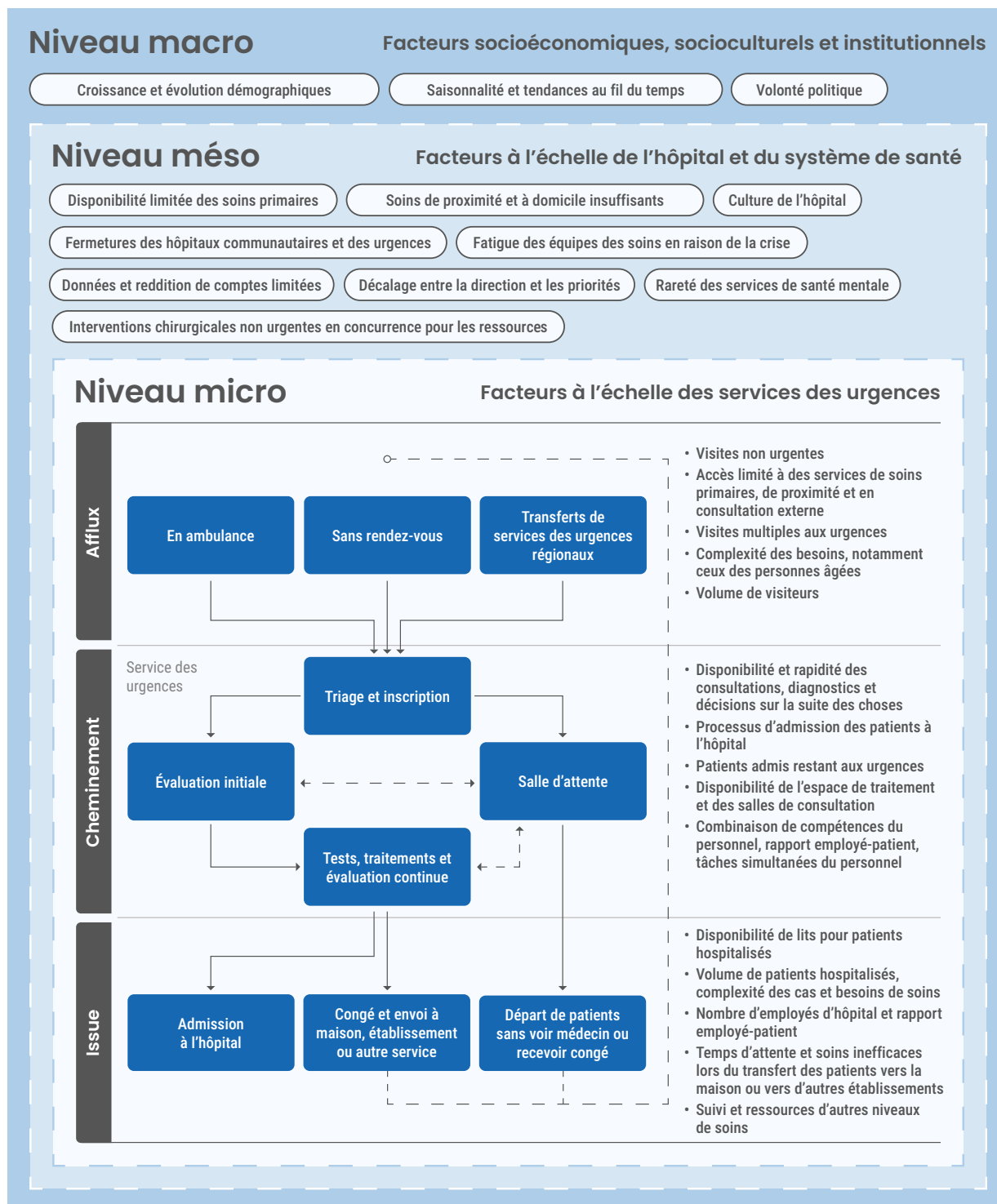
aux niveaux micro, méso et macro de différents contextes. Il n'y a pas une seule cause ni une solution unique. Un modèle conceptuel du cheminement des patients au service des urgences au sein du système de santé est présenté à la [figure 1](#).

- Certaines personnes sont plus vulnérables aux effets de l'engorgement des urgences en raison, du moins en partie, des inégalités sociales et structurelles existantes, comme l'isolement social, la pauvreté, la capacité limitée d'autonomie sociale, les urgences en santé mentale, le manque d'accès aux soins primaires, la toxicomanie et le manque d'accès à un logement sûr et sécuritaire. Des solutions pour aider à pallier l'engorgement doivent être élaborées et mises en œuvre en tenant compte de ces inégalités et doivent viser à les réduire et non à les accentuer.

Facteurs d'engorgement des urgences au Canada

- La considération et la responsabilité de l'efficacité du cheminement des patients le long de leur parcours clinique, de l'arrivée au service des urgences à la sortie du service ou de l'hôpital, sont essentielles pour trouver des solutions de désengorgement. Les facteurs qui interrompent le cheminement des patients et contribuent à l'engorgement des urgences peuvent être classés selon qu'ils sont relatifs à l'afflux, au cheminement, à l'issue, au contexte et aux systèmes. De nombreux facteurs pouvant contribuer à l'engorgement des urgences ont été relevés et publiés dans la documentation scientifique¹⁰. Certains sont plus pertinents que d'autres dans le contexte canadien, certains ne sont pas du tout pertinents et d'autres peuvent être plus pertinents ou moins pertinents selon un contexte local en particulier.
 - Les **facteurs relatifs à l'afflux** influent sur le besoin de services aux urgences et sont liés à l'accès aux urgences (p. ex., accès limité à des services de soins à l'extérieur des urgences).
 - Les **facteurs relatifs au cheminement** sont liés au cheminement du patient au sein du service des urgences (p. ex., retards dans les consultations, les tests et les décisions).
 - Les **facteurs relatifs à l'issue** portent sur le devenir du patient après son passage au service des urgences, soit qu'il reçoit des soins hospitaliers, des soins extrahospitaliers ou qu'il retourne à la maison (p. ex., occupation des urgences).
 - Les **facteurs relatifs aux contextes et aux systèmes** ne font pas partie des catégories afflux-cheminement-issue (p. ex., facteurs de niveau méso et macro, comme la fatigue des équipes de soins en raison de la crise et la croissance et l'évolution démographiques).

Figure 1 : Cheminement des patients au service des urgences au sein du système de santé



Importance des facteurs relatifs à l'afflux ou à l'issue qui contribuent à l'engorgement des urgences au Canada

- Le CEETS estime que les facteurs relatifs à *l'issue* sont les principaux responsables de l'engorgement des urgences au Canada et entravent le cheminement des patients, suivis des facteurs relatifs à *l'afflux*. La capacité des systèmes de santé n'a pas suivi le rythme de la croissance et de l'évolution des besoins de la population en matière de soins de santé, et n'y répond donc pas. Cela a pour effet d'engorger les urgences. Plus précisément, le CEETS classe en ordre de priorité les principaux facteurs contribuant à l'engorgement des urgences au Canada.
 - **Décalage entre la capacité d'accueil en soins actifs au sein de l'hôpital et les besoins de la population (facteur d'issue)** : la capacité d'accueil limitée en soins actifs entraîne la retenue des patients au service des urgences. Cette situation fait en sorte que le patient qui doit être hospitalisé demeure au service des urgences dans l'attente d'un lit de soins actifs, ce qui réduit la capacité de soigner les autres patients du service.
 - **Décalage entre le nombre de lits de soins de longue durée en milieu extrahospitalier et les besoins de la population (facteur d'issue)** : la proportion élevée de patients hospitalisés nécessitant d'autres niveaux de soins et qui ne peuvent recevoir leur congé du service des urgences ou de l'hôpital contribue à accentuer l'occupation des urgences. C'est une situation où les patients sont incapables d'avoir accès à des ressources adéquates en matière de soins de santé (p. ex., des espaces pour d'autres niveaux de soins) en raison d'une capacité d'accueil limitée.
 - **Décalage entre les soins de proximité et les besoins de la population, notamment les soins après les heures normales d'ouverture (facteur d'afflux et d'issue)** : en l'absence d'autres options, les gens ont recours aux services de santé des urgences au Canada pour diverses raisons légitimes qui dépassent le cadre des soins d'urgence, dont les soins urgents, l'accès à des tests diagnostiques ou à des spécialistes, les soins primaires et le suivi postopératoire. Comme le Canada connaît une croissance et une évolution démographiques, il en va de même des besoins en matière de soins de santé.
- Il est bien sûr essentiel de prêter attention aux facteurs relatifs au cheminement pour désengorger les urgences. Toutefois, le CEETS affirme que, comme le problème complexe touche l'ensemble du système, les parties prenantes des systèmes de santé constateront des répercussions plus importantes sur le désengorgement des urgences en mettant en œuvre des interventions et des stratégies qui améliorent le passage du patient dans l'ensemble du système et sont axées sur des facteurs relatifs à *l'issue* et à *l'afflux* plutôt que sur ceux relatifs au **cheminement**.

Solutions fondées sur des données probantes visant à désengorger les urgences

- Le CEETS conseille de tenir compte de la nature complexe de l'engorgement des urgences au sein de l'ensemble du système de santé dans l'interprétation des données probantes sur l'efficacité des interventions visant à atténuer l'engorgement. Les interventions peuvent être classées comme suit :
 - **l'intervention liée à l'afflux** est associée au besoin de services et à l'accès des patients aux urgences (p. ex., meilleur accès aux soins non urgents à l'extérieur des services des urgences, gestion et prévision des pointes d'achalandage);
 - **l'intervention liée au cheminement** est mise en œuvre au sein du service des urgences (p. ex., interventions faites par le personnel infirmier, adaptation de la dotation en personnel aux profils d'arrivée);
 - **l'intervention liée à l'issue** est associée au départ du service des urgences pour des soins hospitaliers, des soins extrahospitaliers ou un retour à la maison (p. ex., stratégies de coordination et de transition des soins, harmonisation de la capacité d'accueil en soins actifs au sein des hôpitaux);
 - **l'intervention liée à des facteurs relatifs aux systèmes et aux contextes à l'extérieur du service des urgences** (p. ex., hôpitaux suivant un horaire de 7 jours par semaine ou de 16 heures par jour, cadres de responsabilité partagée pour tous les partenaires des systèmes de santé);
 - **l'intervention à volets multiples** combine au moins deux interventions.
- Les rapports de données probantes de l'ACMTS indiquent que de nombreuses interventions sont élaborées et mises en œuvre pour aider à désengorger les urgences, dont des interventions liées à l'afflux, au cheminement et à l'issue, de même que des interventions à l'extérieur des services des urgences. Un vaste corpus de recherches résume les résultats et les expériences de bon nombre de ces interventions¹⁰. Bien que les données sur l'efficacité des interventions mises en œuvre dans un contexte canadien soient limitées, on constate de nombreux exemples d'interventions novatrices mises en œuvre pour aider à réduire l'engorgement des urgences au Canada¹².
- En raison de la nature complexe de l'engorgement, la mise en œuvre d'interventions dépend du contexte. Si des données probantes publiées montrent des résultats limités ou que l'intervention n'a aucun effet sur l'engorgement des urgences, il n'est pas impossible que cette même intervention entraîne de meilleurs résultats dans un autre contexte ou milieu lorsqu'elle est mise en œuvre de la façon prescrite.
- Au-delà des données probantes examinées par l'ACMTS, d'autres types et sources de données probantes peuvent s'avérer pertinents pour guider la prise de décisions relatives à l'engorgement des urgences, dont la documentation scientifique du domaine de l'éthique philosophique ou d'autres domaines des sciences sociales, la recherche opérationnelle et en ingénierie, les médias et les études, la jurisprudence et les théories d'allocation des ressources, de la justice et de la théorie des jeux.

Orientations du CEETS pour guider la prise de décisions et l'élaboration de politiques visant à désengorger les urgences

Harmonisation des facteurs qui contribuent à l'engorgement des urgences et des interventions visant à les désengorger

- Le CEETS est d'avis que :
 - Les interventions visant à lutter contre l'engorgement doivent cibler les principaux facteurs contributifs dans le contexte particulier où elles seront mises en œuvre. Les facteurs particuliers qui contribuent à l'engorgement sont relativement uniques à chaque milieu, que ce soit le service des urgences, l'hôpital ou la région sanitaire correspondante, étant donné la nature complexe du problème et des systèmes de santé et de services sociaux et l'effet des contextes locaux sur les interrelations entre les nombreux facteurs contributifs et interdépendants sous-jacents.
 - Les solutions pour atténuer l'engorgement peuvent nécessiter la mise en œuvre et la coordination de multiples interventions qui visent l'ensemble du système de santé et les systèmes externes et connexes (p. ex., logement, transport et accès à des ressources en santé mentale). Le CEETS suggère un contexte des systèmes de santé apprenants¹⁴ qui reconnaît des systèmes de santé dynamiques dont les multiples influences et l'apprentissage continu permettent d'apporter une grande valeur aux patients, aux prestataires de soins et au système de santé dans son ensemble.
 - La mise en œuvre de toute intervention visant à désengorger les urgences survient dans le contexte d'un cadre de responsabilité qui établit et maintient des rôles, des responsabilités et des rapports hiérarchiques clairs concernant les résultats et les expériences au sein des urgences pour tous les partenaires des systèmes de santé, dont le personnel et l'administration du service des urgences et de l'hôpital, les autorités sanitaires et les ministères de la Santé.
- Le Guide de navigation ([annexe 2](#)) propose un processus en quatre étapes pour aider les décideurs à évaluer l'engorgement des urgences et à envisager des interventions à mettre en œuvre. Le CEETS recommande que la première étape pour trouver des solutions fondées sur des données probantes soit d'analyser le contexte dans lequel l'engorgement des urgences se produit, en prêtant attention aux obstacles au cheminement des patients. Pour aider à réaliser cette étape, ce guide comporte des questions-guides qui tiennent compte des éléments suivants :
 - **des données, des paramètres et des indicateurs locaux et à l'échelle des systèmes de santé sur l'engorgement des urgences**, comme le nombre de visites aux urgences, la durée du séjour aux urgences, le délai d'attente avant la première évaluation du médecin, le délai d'attente pour un lit d'hospitalisation, la proportion de patients nécessitant d'autres niveaux de soins et la proportion de patients qui ont « quitté sans avoir été vus par un médecin ». Ces paramètres doivent être analysés pour cerner des habitudes ou des tendances, comme le moment de la journée, la journée de la semaine ou la période de l'année;
 - **des facteurs relatifs à l'afflux**, comme l'accès à des services de diagnostic à l'extérieur des urgences, l'accès à des services de soins ambulatoires et de spécialistes en milieu

extrahospitalier, l'accès à des soins primaires, les profils d'arrivée des patients et les caractéristiques de la population à qui les services sont destinés;

- **des facteurs relatifs au cheminement**, comme les consultations auprès des spécialistes, l'utilisation des services de diagnostic et d'imagerie et leurs processus, la capacité de dotation en personnel et l'éventail des compétences et leurs processus, les processus de traitement, de triage et d'admission des patients et l'infrastructure des urgences;
- **des facteurs relatifs à l'issue**, comme la proportion de patients nécessitant d'autres niveaux de soins, la disponibilité de ces ressources en milieu extrahospitalier, les processus de planification et de gestion des admissions, la proportion de patients hospitalisés et de ceux recevant leur congé et les délais d'attente pour un lit d'hospitalisation;
- **des facteurs relatifs aux contextes et aux systèmes**, comme le bien-être et l'épuisement professionnel du personnel, les politiques et les cadres de responsabilité, les stratégies de communication et de coordination entre différentes parties du système de santé et la croissance et l'évolution démographiques.

Recensement des solutions possibles fondées sur des données probantes en fonction du contexte dans lequel l'engorgement des urgences se produit

- Une fois que l'on connaît le contexte dans lequel l'engorgement du service des urgences se produit, et les principaux facteurs qui y contribuent, le CEETS recommande de recenser les interventions possibles pour lutter contre l'engorgement à l'aide des documents suivants :
 - un rapport intitulé *L'engorgement des urgences au Canada : Analyse de l'environnement sur les facteurs contribuant au problème et résumé des données probantes issues de revues systématiques sur les Interventions*¹⁰
 - une analyse prospective sur *Les Interventions nouvelles et émergentes visant à désengorger les urgences*¹²
 - le Guide de navigation ([annexe 2](#)) comprenant une interface Web qui détaille toutes les interventions recensées par l'intermédiaire des avis d'experts et des examens de l'ACMTS.
- Compte tenu des données probantes disponibles et des avis d'experts, le CEETS affirme que certaines interventions et stratégies sont prometteuses pour désengorger les urgences dans les provinces et les territoires du Canada si elles ciblent les principaux facteurs contribuant à l'engorgement dans un contexte particulier et si une réussite de la mise en œuvre est possible. L'[annexe 3](#) présente ces interventions sous forme de catégories : afflux, cheminement, issue et systémique.

Faisabilité et évaluation de la mise en œuvre

- Lorsque la mise en œuvre d'une intervention est envisagée, le CEETS recommande une évaluation pour veiller à ce que l'intervention puisse être mise en œuvre avec succès et avoir l'effet escompté sur l'engorgement des urgences. Une telle évaluation exigerait de tenir compte des ressources

financières et humaines et des infrastructures, de l'appui et de la direction de tous les partenaires pertinents du système de santé et des points de vue de ceux qui utilisent et soutiennent le service des urgences, l'hôpital et le ministère de la Santé et de ceux qui y travaillent. Plusieurs cadres publiés peuvent aider à assurer le succès de la mise en œuvre, dont l'Implementation in Context (ICON) Framework (cadre de mise en œuvre en contexte) et le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (cadre consolidé de la recherche en mise en œuvre). La troisième étape du Guide de navigation de l'[annexe 2](#) comporte des questions-guides pour faciliter la conception d'une stratégie de mise en œuvre.

- La mise en œuvre des interventions doit s'effectuer en tenant compte des répercussions différentielles de l'engorgement des urgences sur les personnes différentes, l'idée étant de réduire et non d'exacerber les inégalités existantes. Le CEETS recommande de cerner les personnes pour qui la mise en œuvre d'une intervention pourrait s'avérer avantageuse, leur nuire, les exclure ou être une source de discrimination ou de biais et d'y prêter attention. Des approches ciblées peuvent s'avérer nécessaires pour certains groupes méritant l'équité.
- L'évaluation du processus et des résultats de la mise en œuvre des interventions visant à désengorger les urgences est essentielle pour assurer l'adoption des interventions et l'obtention de l'effet escompté, évaluer la possibilité de devoir apporter des ajustements à la démarche et recueillir de l'information pouvant être communiquée aux autres à des fins d'apprentissage. Le CEETS recommande des plans d'évaluation qui reflètent le caractère dynamique de l'engorgement des urgences comme problème complexe qui touche l'ensemble du système de santé et qui sont eux-mêmes dynamiques pour assurer l'adoption de stratégies différentes à mesure que la situation évolue. Le CEETS recommande de prévoir l'évaluation avant que les interventions soient mises en œuvre et de communiquer les résultats des évaluations par l'intermédiaire d'exposés et de publications pour enrichir la base de données probantes propres au contexte canadien. La quatrième étape du Guide de navigation de l'[annexe 2](#) consiste en une démarche recommandée d'évaluation et de réévaluation à l'aide du cadre d'évaluation RE-AIM (*Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance*)¹⁵.

Transparence et responsabilité dans la collecte, l'analyse, l'utilisation et la déclaration des données

- Le CEETS conseille vivement la transparence et la responsabilité comme principes clés des activités des services des urgences, des hôpitaux et des systèmes de santé, comprenant la collecte, l'analyse, l'utilisation et la déclaration systématiques et exhaustives d'un ensemble d'éléments de données au sein des hôpitaux et des régions sanitaires. Le CEETS recommande d'établir et de maintenir des rôles, des responsabilités et des rapports hiérarchiques clairs, intégrés dans un cadre de responsabilité sur l'engorgement des urgences, pour tous les partenaires du système de santé, et de s'engager à prendre des mesures correspondant aux données, dans un contexte de systèmes de santé apprenants¹⁴.

- Le CEETS est d'avis que chaque province et territoire devrait exiger une déclaration systématique et complète de tous les hôpitaux dans la base de données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour faciliter l'évaluation de la capacité des systèmes de santé par rapport à la demande, à l'équité et à l'accès en matière de services de soins de santé.
- Le CEETS recommande également une collecte, une analyse, une utilisation et une déclaration systématiques, complètes et en temps opportun des données :
 - **au sein de chaque région sanitaire** pour appuyer la planification fondée sur les besoins en comprenant les besoins de la population en matière de santé et la disponibilité des ressources qui concernent les facteurs relatifs à l'afflux et à l'issue dans les urgences, comme l'accès aux services de diagnostic, aux suivis postopératoires, aux soins urgents, aux soins primaires et aux soins de longue durée;
 - **au sein de chaque hôpital**, dont les données sur l'utilisation des services et l'expérience vécue par les patients en temps réel pour aider à caractériser la population ainsi que ses besoins et ses exigences en matière de services. La collecte des données à l'échelle de l'hôpital appuiera également une évaluation des résultats des interventions sur l'engorgement des urgences et des expériences vécues par les patients, les visiteurs et le personnel.
- Le CEETS reconnaît que la collecte, l'analyse et la déclaration des données exigent du temps et d'autres ressources, dont le fardeau pourrait être atténué grâce à l'automatisation et à des systèmes technologiques intégrés et centralisés. Les efforts déployés pour améliorer l'interconnectivité et la communication au sein des régions peuvent également être maximisés. Le CEETS note que pour la plupart des éléments de données, la déclaration des données au SNISA pourrait être automatisée avec un effort technologique minime et être intégrée à la mise en œuvre des systèmes d'information des services des urgences.
- Des échanges avec les représentants des différentes cultures et des différents peuples du Canada sont nécessaires pour s'assurer que les stratégies de collecte, d'analyse et de déclaration des données ne perpétuent aucun tort ni aucune inégalité et respectent des pratiques adéquates en matière de divulgation. À l'heure actuelle, on note que la sous-représentation de groupes marginalisés et méritant l'équité constitue une limite importante dans l'administration des systèmes de collecte de données, et des mesures à cet égard doivent être prises à l'avenir.

Résumé des données probantes ayant servi à guider les orientations du CEETS

La présente section résume les examens de données probantes et de renseignements produits par l'ACMTS sur l'engorgement des urgences au Canada. Le CEETS s'en est servi comme éléments d'information dans leurs délibérations et pour élaborer ses orientations visant à répondre à ce problème de décision. L'ACMTS a produit cinq rapports :

- *Analyse des caractéristiques démographiques et des habitudes d'utilisation des patients se présentant aux services d'urgence au Canada*³
- *Discussions entre plusieurs parties prenantes : L'engorgement des urgences au Canada*¹³
- *Points de vue et expériences relatifs aux effets de l'engorgement des urgences : examen qualitatif*¹¹
- *L'engorgement des urgences : Analyse de l'environnement sur les facteurs contribuant au problème et résumé des données probantes issues de revues systématiques sur les interventions*¹⁰
- *Les interventions nouvelles et émergentes visant à désengorger les urgences : analyse prospective*¹².

Caractéristiques démographiques et habitudes d'utilisation des patients se présentant aux urgences au Canada

Cette analyse de l'utilisation résume les habitudes d'utilisation et l'engorgement des urgences au Canada et repose principalement sur les données provenant du SNISA. Le SNISA réunit des données sur les soins ambulatoires offerts en milieu hospitalier et extrahospitalier, notamment pour les chirurgies d'un jour, les consultations externes, les cliniques et les services d'urgence. L'enquête internationale sur les politiques de santé (EIPS) menée par l'organisation américaine Commonwealth Fund, la base de données Votre système de santé de l'ICIS et la base de données de l'OCDE sont d'autres sources de données utilisées aux fins de cette analyse. La plus grande partie de l'analyse est fondée sur les résultats obtenus de l'Alberta, de l'Ontario et du Yukon, car ce sont dans ces régions que la collecte et la déclaration des données au SNISA sont obligatoires, donc accessibles (la collecte des données est également obligatoire au Québec, mais les données ne sont pas accessibles). Selon ces sources de données :

- de l'exercice financier 2010–2011 à celui de 2019–2020, le nombre de visites aux urgences par 1 000 personnes demeure relativement stable dans les provinces et les territoires qui transmettent leurs données au SNISA, toutes les provinces et tous les territoires ayant constaté une baisse en 2020–2021 et un retour à des valeurs comparables à celles d'avant la pandémie en 2022–2023;
- de l'exercice financier 2010–2011 à celui de 2019–2020, la gravité des cas aux urgences, mesurée par le niveau de priorité selon l'ÉTG, a augmenté. La proportion globale des patients de niveau 1 sur l'ÉTG (réanimation requise) est faible (moins de 1,3 % de toutes les visites aux urgences en 2022–2023), mais elle augmente progressivement depuis 2010–2011 dans toutes les provinces et tous les territoires qui ont l'obligation de transmettre leurs données au SNISA. Ces mêmes provinces et territoires connaissent également une proportion plus importante de patients de niveaux 2 et 3 sur

- l'ÉTg et une proportion plus faible de patients de niveau 4 pour la même période. La proportion de patients de niveau 5 sur l'ÉTg varie au fil du temps et d'une province ou d'un territoire à l'autre;
- le Canada occupe le 35^e rang parmi 47 pays de l'OCDE en ce qui concerne le nombre total de lits d'hospitalisation par 1 000 personnes et le 13^e rang parmi 34 pays de l'OCDE quant au nombre de lits de soins de longue durée par 1 000 personnes de 65 ans ou plus. Au Canada, le nombre total de lits d'hospitalisation par 1 000 personnes et le nombre de lits de soins de longue durée par 1 000 personnes ont diminué de 2010 à 2021;
 - le Canada occupe le deuxième rang en ce qui concerne le taux d'occupation des lits de soins actifs par rapport à 31 autres pays de l'OCDE et se classe au quatrième rang au chapitre de la durée du séjour moyen en soins actifs comparativement à 38 autres pays de l'OCDE. Ces résultats indiquent qu'au Canada, la disponibilité des lits de soins actifs est relativement moindre et que sa population nécessite des séjours plus longs à l'hôpital;
 - la durée du séjour et le délai d'attente avant la première évaluation du médecin médians et selon le 90^e percentile augmentent au fil du temps et varient en fonction de la gravité des cas. Les durées de séjour des patients de niveau 1 et 2 sur l'ÉTg sont plus longues;
 - les patients qui doivent être hospitalisés après leur passage aux urgences connaissent de longs délais d'attente pour un lit d'hospitalisation, un indicateur clé de l'engorgement des urgences, année après année de 2010–2011 à 2022–2023. Année après année, les délais d'attente sont plus longs dans les urgences des milieux urbains que dans celles des milieux ruraux. Les délais d'attente pour un lit d'hospitalisation semblent augmenter plus rapidement depuis 2020–2021;
 - la proportion de patients se présentant aux urgences qui ne sont pas examinés par un médecin ou qui quittent le service (après avoir été vus ou non) est en augmentation depuis 2010–2011. Après une diminution observée en 2020–2021 dans chaque province et territoire soumis à la déclaration des données, l'Alberta et l'Ontario ont connu une augmentation supérieure à 100 % entre 2020–2021 et 2022–2023. Au cours de la même période, le Yukon a connu une augmentation de 45 %;
 - la proportion de patients devant être hospitalisés, transférés à un autre établissement ou transférés au sein du même établissement après leur passage au service des urgences a augmenté de 2010–2011 à 2020–2021 et diminué au cours des années suivantes. Cela peut donner à penser qu'une proportion plus importante de personnes ayant des besoins plus complexes ou graves en matière de soins visitent les urgences et qu'il y a un besoin accru correspondant de soins supplémentaires après le passage au service des urgences;
 - comme il n'est pas obligatoire dans toutes les provinces et tous les territoires de transmettre leurs données au SNISA, d'importantes lacunes subsistent dans les connaissances;
 - bien que l'accès inégal aux urgences ou aux soins une fois admis soit une question importante, les données présentées dans ce rapport ne portent pas sur cet aspect.

Discussions entre plusieurs parties prenantes : l'engorgement des urgences au Canada

L'ACMTS a tenu trois séances de discussion des parties prenantes réunissant les patients, leur famille, les membres des milieux visés et le personnel des urgences, en place et en formation. Voici leurs points de vue et leurs observations :

- L'engorgement des urgences résulte d'un dysfonctionnement généralisé du système de santé, notamment :
 - le nombre limité de lits de soins de longue durée en milieu extrahospitalier signifie qu'une grande proportion de patients qui ont besoin d'un autre niveau de soins ne peuvent pas recevoir leur congé du service des urgences rapidement;
 - le nombre limité de ressources communautaires en soins de santé fait en sorte que les urgences deviennent surchargées de patients qui ont des besoins en matière de soins qui sont légitimes, mais non d'urgence – comme des besoins de soins urgents, de tests diagnostiques ou de spécialistes, de soins primaires et de suivis postopératoires – et qui se retrouvent aux urgences, car ils n'ont pas d'autres options.
- Les solutions au problème d'engorgement des urgences doivent :
 - miser sur la responsabilisation et s'intégrer aux systèmes de santé dans leur ensemble;
 - être motivées par les besoins particuliers de la population;
 - tirer parti des technologies et des données.

Points de vue et expériences relatifs aux effets de l'engorgement des urgences : examen qualitatif

L'ACMTS a réalisé un examen d'études qualitatives sur la façon dont les personnes qui utilisent les services offerts aux urgences vivent et comprennent les répercussions de l'engorgement sur la qualité des soins, la sécurité des patients et le bien-être des professionnels de la santé en poste et en formation qui travaillent aux urgences. Cet examen comprend les observations suivantes :

- L'engorgement des urgences crée un milieu dangereux où les patients font l'expérience de soins en retard, sautés et inappropriés, entraînant un préjudice physique potentiel ou réel, des menaces aux droits de la personne et à la dignité, des expositions à la souffrance d'autrui, une diminution de la satisfaction et une aggravation des états émotionnel et psychologique.
- L'engorgement des urgences a des répercussions négatives sur les professionnels de la santé en poste et en formation qui travaillent aux urgences, notamment la violence et des effets néfastes physiques, une détresse émotionnelle et morale, l'épuisement professionnel et des occasions d'apprentissage manquées.
- Pour remédier aux répercussions négatives de l'engorgement des urgences, les décideurs pourraient envisager d'intégrer des soins préventifs courants dans les processus des services des urgences, d'améliorer la communication au sein de ces services, d'optimiser l'espace et l'équipement disponibles, de donner de l'information aux patients pour gérer leurs attentes et d'améliorer l'accès

du personnel à de la formation et à des ressources qui répondent aux besoins des patients qui séjournent souvent longtemps aux urgences.

- Pour améliorer les conditions de travail au sein d'un service des urgences engorgé, les décideurs pourraient envisager de promouvoir le bien-être et la rétention du personnel des urgences en incitant les cadres supérieurs à demeurer à leur poste, en multipliant les occasions d'apprentissage pour les professionnels de la santé en formation et en favorisant la collaboration interprofessionnelle.
- Pour s'attaquer aux causes de l'engorgement des urgences, les décideurs pourraient envisager d'examiner et de tenter de régler des facteurs systémiques contribuant à l'engorgement et à l'occupation des urgences, de même que le recrutement et le maintien en poste des prestataires de soins dans leur province ou territoire.
- Lorsqu'ils choisissent des interventions pour s'attaquer à l'engorgement des urgences, les décideurs doivent examiner comment les interventions proposées atténueraient ou exacerberaient les enjeux d'éthique et d'équité.
- Les études retenues ne contiennent que peu ou pas d'information sur les points de vue de personnes appartenant à un groupe méritant l'équité ayant des expériences antérieures d'effets néfastes ou de difficultés à faire entendre leurs voix dans les services d'urgence. Aucune des études retenues n'a été menée au Canada.

L'engorgement des urgences : analyse de l'environnement sur les facteurs contribuant au problème et résumé des données probantes issues de revues systématiques sur les interventions

Une analyse de l'environnement a été réalisée pour trouver de la documentation sur les facteurs qui contribuent à l'engorgement des urgences. Une évaluation des données probantes issues de revues systématiques sur l'efficacité de différentes interventions visant à désengorger les urgences a également été réalisée. L'ACMTS a produit un rapport sur ces deux examens, que les décideurs peuvent utiliser pour les aider à trouver les interventions à mettre en œuvre dans leurs contextes locaux.

L'analyse de l'environnement a permis de constater ce qui suit :

- Peu de facteurs contribuant à l'engorgement des urgences se trouvent au sein des urgences. Par conséquent, la plupart des solutions se trouvent hors des urgences ou entre les urgences et les autres services de soins de santé.
- La complexité accrue des besoins des patients, l'accès limité aux tests et aux procédures diagnostiques après les heures normales d'ouverture, l'occupation des urgences et les ressources limitées en santé mentale et en toxicomanie en milieu extrahospitalier sont des exemples de facteurs relevés dans la documentation publiée.

Le résumé des revues systématiques relève plusieurs interventions qui pourraient aider à désengorger les urgences. La plupart des études évaluent les résultats relatifs aux visites ou aux retours au service des urgences, à la durée totale des séjours au service, aux délais d'attente liés au service des urgences et au nombre de patients qui quittent prématurément le service des urgences sans avoir été vus par un médecin.

Voici des exemples d'interventions efficaces, dont la plupart seraient mises en œuvre à l'extérieur des services des urgences :

- la prise de décisions par les premiers répondants en contexte préhospitalier, qui réduit le nombre de visites aux urgences;
- les unités de crise accueillant pour de brefs séjours les personnes ayant des problèmes de santé mentale, ce qui entraîne des améliorations sur le plan de la durée de séjour aux urgences, des temps d'attente, de l'occupation des urgences ainsi que de la sécurité des patients;
- la planification des congés aux services des urgences, qui réduit les retours;
- les réformes politiques prévoyant des cibles temporelles, qui réduisent la durée des séjours aux urgences.

Les interventions nouvelles et émergentes visant à désengorger les urgences : analyse prospective

Une analyse prospective a été réalisée pour recenser les interventions nouvelles et émergentes qui pourraient désengorger les urgences. Les interventions retenues dans cette analyse ne figurent pas dans le résumé des données probantes des revues systématiques de l'ACMTS décrit précédemment, car soit elles sont nouvelles ou elles ne sont pas encore largement utilisées dans les urgences et les systèmes de santé au Canada. Les décideurs peuvent consulter le rapport d'analyse prospective pour trouver des interventions à mettre en œuvre au sein de leurs contextes locaux.

- Au total, 87 interventions ont été recensées. De ce nombre, 32 % s'attaquent à des facteurs relatifs à l'afflux qui contribuent à l'engorgement des urgences, 29 % s'attaquent à des facteurs relatifs à des contextes qui ne font pas partie des catégories afflux-cheminement-issue, 18 % s'attaquent à des facteurs relatifs au cheminement, 13 % s'attaquent à des facteurs relatifs à l'issue et 8 % s'attaquent à plus d'un facteur.
- Les interventions qui s'attaquent aux facteurs relatifs à l'afflux et à l'issue visent à améliorer l'accès aux soins primaires et de proximité, à renforcer les soins préventifs, à accroître l'accès aux tests diagnostiques et à améliorer l'accès à des services de soins de santé en milieu extrahospitalier.
- Bon nombre des interventions recensées sont mises en œuvre dans des services d'urgence au pays.

Références

1. Affleck A, Parks P, Drummond A, Rowe BH, Ovens HJ. Emergency department overcrowding and access block. *CJEM*. 2013;15(6):359-384. [PubMed](#)
2. Rowe BH, McRae A, Rosychuk RJ. Temporal trends in emergency department volumes and crowding metrics in a western Canadian province: a population-based, administrative data study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):356. [PubMed](#)
3. Li Y, Chao Y-S. An analysis of demographic and utilization patterns of patients accessing emergency departments in Canada. (*CADTH health technology review*). Ottawa (ON): CADTH; 2023: <https://www.cadth.ca/analysis-demographic-and-utilization-patterns-patients-accessing-emergency-departments-canada>. Consulté le 5 oct. 2023.
4. Canadian Institute for Health Information. NACRS emergency department visits and lengths of stay. 2023; <https://www.cihi.ca/en/nacrs-emergency-department-visits-and-lengths-of-stay>. Consulté le 5 oct. 2023.
5. Annual demographic estimates: Canada, provinces and territories. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2023: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/91-215-X>. Consulté le 5 oct. 2023.
6. Bond K, Opsina M, Blitz S, et al. Interventions to reduce overcrowding in emergency departments. (*CADTH Technology report no. 67.4*). Ottawa (ON): CADTH; 2006: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/320d_overcrowding_tr_e_no-appendices.pdf. Consulté le 28 mars 2023..
7. Ospina MB, Bond K, Schull M, et al. Measuring overcrowding in emergency departments: a call for standardization. (*CADTH Technology report no. 67.1*). Ottawa (ON): CADTH; 2006: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/320a_overcrowding_tr_e_no-appendices.pdf. Consulté le 28 mars 2023.
8. Rowe B, Bond K, Opsina M, et al. Frequency, determinants, and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey of emergency department directors. (*CADTH Technology report no. 67.3*). Ottawa (ON): CADTH; 2006: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/320c_Overcrowding_tr_e_no-appendices.pdf. Consulté le 28 mars 2023.
9. Rowe B, Bond K, Opsina M, et al. Data collection on patients in emergency departments in Canada. (*CADTH Technology report no. 67.2*). Ottawa (ON): CADTH; 2006: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/320b_overcrowding_tr_e_no-appendices.pdf. Consulté le 28 mars 2023.
10. Haas R, Francesca Brundisini F, Barbara A, et al. Emergency department overcrowding: an environmental scan of contributing factors and a summary of systematic review evidence on interventions. (*CADTH health technology review*). *Can J Health Technol*. 2023;3(11). <https://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/OP0553r/OP0553r>. Consulté le 22 nov. 2023.
11. Bentz JA, Brundisini F, MacDougall D. Perspectives and experiences regarding the impacts of emergency department overcrowding: a rapid qualitative review. (*CADTH health technology review*). *Can J Health Technol*. 2023;3(9). <https://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/HC0067/HC0067>. Consulté le 17 nov. 2023.
12. Mason J, Secord S, MacDougall D. New and emerging interventions to alleviate emergency department overcrowding: a compilation of new and emerging health technologies and interventions from around the world. (*CADTH horizon scan*). *Can J Health Technol*. 2023;3(10). <https://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/EN0051/EN0051>. Consulté le 25 oct. 2023.
13. Rader T, Ritchie L. Multi-stakeholder dialogue: emergency department overcrowding in Canada. (*CADTH health technology review*). *Can J Health Technol*. 2023;3(10). <https://canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/view/OP0553/OP0553>. Consulté le 25 oct. 2023.
14. Menear M, Blanchette MA, Demers-Payette O, Roy D. A framework for value-creating learning health systems. *Health Res Policy Syst*. 2019;17(1):79. [PubMed](#)
15. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1322-1327. [PubMed](#)
16. Kreindler SA. Six ways not to improve patient flow: a qualitative study. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(5):388-394. [PubMed](#)
17. Squires JE, Graham ID, Santos WJ, Hutchinson AM, Icon Team. The Implementation in Context (ICON) Framework: a meta-framework of context domains, attributes and features in healthcare. *Health Res Policy Syst*. 2023;21(1):81. [PubMed](#)
18. Consolidated Framework for Implementation Research. Ann Arbor (MI): CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research; 2022: <https://cfirguide.org/>. Consulté le 6 avril 2023.

19. Toolkit part 1: Implementation Science Methodologies and Frameworks. Bethesda (MD): Center for Global Health Studies at the Fogarty International Center, National Institutes of Health (NIH): <https://www.fic.nih.gov/About/center-global-health-studies/neuroscience-implementation-toolkit/Pages/methodologies-frameworks.aspx>. Consulté le 8 nov. 2023.
20. Benkhalti M, Espinoza M, Cookson R, Welch V, Tugwell P, Dagenais P. Development of a checklist to guide equity considerations in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2021;37:e17. [PubMed](#)
21. EUnetHTA Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model® version 3.0. Diemen (NL): EUnetHTA; 2016: <https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/03/HTACoreModel3.0-1.pdf>. Consulté le 5 oct. 2023.
22. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci*. 2022;17(1):75. [PubMed](#)
23. Langley G, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. Hoboken (NJ): Jossey-Bass Publishers; 1996.
24. RE-AIM. Planning Tool. 2023; <https://re-aim.org/applying-the-re-aim-framework/re-aim-guidance/use-when-planning-a-project/planning-tool/>. Consulté le 5 oct. 2023.
25. Evidence-Based Cancer Control Programs (EBCCP). RE-AIM Scoring Instrument. Bethesda (MD): Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute; 2013: <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/reAimCriteria.do>. Consulté le 5 oct. 2023.
26. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061. [PubMed](#)
27. Barker LC, Lee-Evoy J, Butt A, et al. Delivering collaborative mental health care within supportive housing: implementation evaluation of a community-hospital partnership. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):36. [PubMed](#)
28. Jones A, Bronskill SE, Schumacher C, Seow H, Feeny D, Costa AP. Effect of access to after-hours primary care on the association between home nursing visits and same-day emergency department use. *Ann Fam Med*. 2020;18(5):406-412. [PubMed](#)
29. Pharmacy Association of Nova Scotia (PANS). Community Pharmacy Primary Care Clinics. 2023; <https://pans.ns.ca/cppcc>. Consulté le 16 août 2023.
30. Kobewka DM, Kunkel E, Hsu A, Talarico R, Tanuseputro P. Physician availability in long-term care and resident hospital transfer: a retrospective cohort study. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(4):469-475.e461. [PubMed](#)
31. Ontario connecting long-term care home residents to more diagnostic services. (News release). Toronto (ON): Government of Ontario; 2023: <https://news.ontario.ca/en/release/1002675/ontario-connecting-long-term-care-home-residents-to-more-diagnostic-services>. Consulté le 15 août 2023.
32. Cassarino M, Robinson K, Quinn R, et al. Impact of early assessment and intervention by teams involving health and social care professionals in the emergency department: a systematic review. *PLoS One*. 2019;14(7):e0220709. [PubMed](#)
33. Cabilan CJ, Boyde M. A systematic review of the impact of nurse-initiated medications in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*. 2017;20(2):53-62. [PubMed](#)
34. Burgess L, Kynoch K, Theobald K, Keogh S. The effectiveness of nurse-initiated interventions in the Emergency Department: a systematic review. *Australas Emerg Care*. 2021;24(4):248-254. [PubMed](#)
35. Berkman ND, Chang E, Seibert J, et al. Management of high-need, high-cost patients: a “best fit” framework synthesis, realist review, and systematic review. (Comparative effectiveness review no. 246). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2021: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK575200/pdf/Bookshelf_NBK575200.pdf. Consulté le 27 mars 2023.
36. Benabbas R, Shah R, Zonnoor B, Mehta N, Sinert R. Impact of triage liaison provider on emergency department throughput: a systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2020;38(8):1662-1670. [PubMed](#)
37. Beals T, Naraghi L, Grossestreuer A, Schafer J, Balk D, Hoffmann B. Point of care ultrasound is associated with decreased ED length of stay for symptomatic early pregnancy. *Am J Emerg Med*. 2019;37(6):1165-1168. [PubMed](#)
38. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani J, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2022;8(4):e144. [PubMed](#)

39. Aghajafari F, Sayed S, Emami N, Lang E, Abraham J. Optimizing emergency department care transitions to outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2020;38(12):2667-2680. [PubMed](#)
40. Abraham J, Kannampallil T, Caskey RN, Kitsiou S. Emergency department-based care transitions for pediatric patients: a systematic review. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20160969. [PubMed](#)
41. Tampere University Hospital. NCT05174481: Forecasting ED overcrowding with statistical methods: a prospective validation study. *ClinicalTrials.gov*. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 2022: <https://classic.clinicaltrials.gov/show/NCT05174481>. Consulté le 17 juil. 2023.
42. Tuominen J, Koivistoinen T, Kannianen J, Oksala N, Palomaki A, Roine A. Early warning software for emergency department crowding. *J Med Syst*. 2023;47(1):66. [PubMed](#)
43. Kadri F, Harrou F, Chaabane S, Tahon C. Time series modelling and forecasting of emergency department overcrowding. *J Med Syst*. 2014;38(9):107. [PubMed](#)
44. Ziabari MK, Amyot D, Michalowski W, Bouattane EM, Hafez N. Creating mobile self-triage applications: requirements and usability perspectives. Notre Dame (IN): 2021 IEEE 29th International Requirements Engineering Conference Workshops (REW); 2021 Sep 20-24.
45. Rushton S, Boggan JC, Lewinski AA, et al. Effectiveness of remote triage: a systematic review. (*Evidence Synthesis Program project #09-010*). Washington (DC): U.S. Department of Veterans Affairs; 2019: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553039/pdf/Bookshelf_NBK553039.pdf. Consulté le 27 mars 2023.
46. Alberta Health Services. EMS mobile integrated healthcare: Community Paramedicine. 2023; <https://www.albertahealthservices.ca/ems/Page16487.aspx>. Consulté le 17 aout 2023.
47. Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine. A healthy Ontario: building a sustainable health care system: 2nd report from the Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2019: <https://files.ontario.ca/moh-healthy-ontario-building-sustainable-health-care-en-2019-06-25.pdf>. Consulté le 17 aout 2023.
48. Niagara Region. Mobile integrated health model of care. https://www.niagararegion.ca/living/health_wellness/ems/mobile-integrated-health.aspx. Consulté le 16 aout 2023.
49. Huntley AL, Chalder M, Shaw ARG, et al. A systematic review to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission. *BMJ Open*. 2017;7(7):e016236. [PubMed](#)
50. Health Standards Organization (HSO). Leading practices: utilizing patient flow simulation to alleviate emergency department overcrowding. 2019; <https://healthstandards.org/leading-practice/utilizing-patient-flow-simulation-alleviate-emergency-department-overcrowding/>. Consulté le 16 aout 2023.
51. Curr S, Xyrichis A. Does nurse-led initiation of Ottawa ankle rules reduce ED length of stay? *Int Emerg Nurs*. 2015;23(4):317-322. [PubMed](#)
52. St. Joseph's Home Care. Neighbourhood Model for Seniors at risk. <https://www.stjosephshomecare.ca/client-services/assisted-living-in-supportive-housing/neighbourhood-model-for-seniors-at-risk>. Consulté le 16 aout 2023.
53. Evans R, Connell J, Ablard S, Rimmer M, O'Keeffe C, Mason S. The impact of different liaison psychiatry models on the emergency department: a systematic review of the international evidence. *J Psychosom Res*. 2019;119:53-64. [PubMed](#)
54. Grant KL, Bayley CJ, Premji Z, Lang E, Innes G. Throughput interventions to reduce emergency department crowding: a systematic review. *CJEM*. 2020;22(6):864-874. [PubMed](#)
55. Vimalananda VG, Orlander JD, Afafe MK, et al. Electronic consultations (E-consults) and their outcomes: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(3):471-479. [PubMed](#)
56. Liddy C, Boulay E, Crowe L, et al. Impact of the Connected Medicine collaborative in improving access to specialist care: a cross-sectional analysis. *CMAJ Open*. 2021;9(4):E1187-E1194. [PubMed](#)
57. Chang Y, Carsen S, Keely E, Liddy C, Kontio K, Smit K. Electronic consultation systems: impact on pediatric orthopaedic care. *J Pediatr Orthop*. 2020;40(9):531-535. [PubMed](#)

58. McLeod S, Tarride J, Mondoux S, et al. Healthcare utilization and outcomes of patients seen by virtual urgent care compared to traditional in-person emergency department care. In: CAEP/ACMU 2023 Scientific Abstracts. *CJEM*. 2023;25(Suppl 1):S68. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s43678-023-00508-z.pdf>. Consulté le 9 août 2023.
59. Osmanliu E, Gagnon I, Weber S, Bach CQ, Turnbull J, Seguin J. The Waiting Room Assessment to Virtual Emergency Department pathway: initiating video-based telemedicine in the pediatric emergency department. *J Telemed Telecare*. 2022;28(6):452-457. [PubMed](#)
60. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203316. [PubMed](#)
61. Doan Q, Enarson P, Kissoon N, Klassen TP, Johnson DW. Rapid viral diagnosis for acute febrile respiratory illness in children in the Emergency Department. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;9:CD006452. [PubMed](#)
62. Considine J, Shaban RZ, Curtis K, Fry M. Effectiveness of nurse-initiated X-ray for emergency department patients with distal limb injuries: a systematic review. *Eur J Emerg Med*. 2019;26(5):314-322. [PubMed](#)
63. Soster CB, Anschau F, Rodrigues NH, Silva L, Klafke A. Advanced triage protocols in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3511. [PubMed](#)
64. Makarem D, Sarraj F, Alkandarie F, Thuwaini S, Tafesh Y, Kula U. A simulation study on bed capacity management in a public hospital: systems simulation and probability and statistics in engineering applications. Dubai (UAE): Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management; 2020 March 10-12: <http://www.ieomsociety.org/ieom2020/papers/798.pdf>. Consulté le 15 août 2023.
65. Vedel I, Khanassov V. Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2015;13(6):562-571. [PubMed](#)
66. Lowthian JA, McGinnes RA, Brand CA, Barker AL, Cameron PA. Discharging older patients from the emergency department effectively: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2015;44(5):761-770. [PubMed](#)
67. Tricco AC, Antony J, Ivers NM, et al. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2014;186(15):E568-578. [PubMed](#)
68. Hammer C, DePrez B, White J, Lewis L, Straughen S, Buchheit R. Enhancing hospital-wide patient flow to reduce emergency department crowding and boarding. *J Emerg Nurs*. 2022;48(5):603-609. [PubMed](#)
69. Kelen GD, Wolfe R, D'Onofrio G, et al. Emergency department crowding: the canary in the health care system. *NEJM Catalyst*. 2021. <https://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.21.0217>. Consulté le 30 juin 2023.
70. van den Broek S, Westert GP, Hesselink G, Schoon Y. Effect of ED-based transitional care interventions by healthcare professionals providing transitional care in the emergency department on clinical, process and service use outcomes: a systematic review. *BMJ Open*. 2023;13(3):e066030. [PubMed](#)
71. Atkinson P, Innes G. Patient care accountability frameworks: the key to success for our healthcare system. *CJEM*. 2021;23(3):274-276. [PubMed](#)
72. Jones P, Haustead D, Walker K, et al. Review article: has the implementation of time-based targets for emergency department length of stay influenced the quality of care for patients? A systematic review of quantitative literature. *Emerg Med Australas*. 2021;33(3):398-408. [PubMed](#)
73. Voaklander B, Gaudet LA, Kirkland SW, Keto-Lambert D, Villa-Roel C, Rowe BH. Interventions to improve consultations in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2022;29(12):1475-1495. [PubMed](#)
74. Suarathana E, Almeida N. The feasibility and clinical value of establishing hospital capacity command centres. (Report no. 92). Montreal (QC): Technology Assessment Unit (TAU) of the McGill University Health Centre (MUHC); 2023: <https://muhc.ca/sites/default/files/micro/m-TAU/tau-report-2023-02-20.pdf>. Consulté le 8 nov. 2023.
75. Almeida N, Suarathana E. Hospitals at home: guiding principles for establishing virtual acute care wards. (Report no. 93). Montreal (QC): Technology Assessment Unit (TAU) of the McGill University Health Centre (MUHC); 2023: https://muhc.ca/sites/default/files/micro/m-TAU/Home_Hospitals_report_2023-07-18.pdf. Consulté le 8 nov. 2023.

Annexe 1 : Comité d'experts en examen sur les technologies de la santé de l'ACMTS

Il est à noter que cette annexe n'a pas fait l'objet d'une révision.

Le mandat du Comité d'experts en examen sur les technologies de la santé (CEETS) de l'ACMTS est de nature consultative et consiste à contribuer à l'élaboration d'orientations ou de recommandations pour des projets de l'ACMTS concernant des dispositifs médicaux, des tests diagnostiques et des interventions cliniques (y compris des modèles et des programmes de soins).

Le CEETS est composé de sept membres (et spécialistes) principaux qui étudient tous les sujets à examiner pendant leur mandat : un président, un éthicien, un économiste de la santé, deux professionnels de la santé, un spécialiste de l'ETS. En plus des membres (et spécialistes) principaux, le CEETS compte aussi jusqu'à cinq membres experts nommés pour leur expertise sur un sujet en particulier. Dans le cadre de ce projet, trois membres possédant une expertise et expérimentés dans l'administration des urgences et les soins qui y sont offerts, un membre ayant vécu l'engorgement des urgences et un membre possédant une expertise dans le domaine de la science de la mise en œuvre ont été nommés.

CEETS – membres principaux

Leslie Anne Campbell – présidence, Nouvelle-Écosse

Louise Bird – patiente, Saskatchewan

Brian Clarke – professionnel de la santé, Colombie-Britannique

Sandor Demeter – professionnel de la santé, Manitoba

Lawrence Mbuagbaw – spécialiste de l'évaluation des technologies de la santé, Ontario

CEETS – membres spécialistes

Lisa Schwartz – éthicienne, Ontario

Jean-Éric Tarride – économiste de la santé, Ontario

Membres experts

Marc Afilalo, Hôpital général juif, Québec

Marilyn Barrett, personne ayant un vécu pertinent, Île-du-Prince-Édouard

Janet Curran, Université Dalhousie, Nouvelle-Écosse

Howard Ovens, Hôpital Mount Sinai, Ontario

Adam Topp, ancien PDG de Soins communs Manitoba

Conflits d'intérêts

Aucune constatation ni déclaration de conflit d'intérêts

Annexe 2 : Guide de navigation en quatre étapes – Recherche de solutions fondées sur des données probantes pour désengorger les urgences

Il est à noter que cette annexe n'a pas fait l'objet d'une révision.

Étape 1 : Analyser le contexte dans lequel l'engorgement des urgences se produit

Le CEETS est d'avis que les interventions visant à lutter contre l'engorgement doivent cibler les principaux facteurs contributifs dans le contexte particulier où elles seront mises en œuvre, et recommande donc que la première étape pour trouver des solutions fondées sur des données probantes soit d'analyser le contexte dans lequel l'engorgement des urgences se produit, en prêtant attention aux goulots d'étranglement qui entravent le cheminement des patients.

Le CEETS reconnaît que les facteurs qui contribuent à l'engorgement sont relativement uniques à chaque milieu, que ce soit le service des urgences, l'hôpital ou la région sanitaire correspondante, étant donné la nature complexe du problème et des systèmes de santé et de services sociaux. Les solutions pour atténuer l'engorgement peuvent nécessiter la mise en œuvre et la coordination de multiples interventions qui visent l'ensemble du système de santé et les systèmes externes et connexes (p. ex., logement, transport et accès à des ressources en santé mentale). Les questions-guides pour l'analyse du contexte figurent au [tableau 1](#).

Tableau 1 : Questions-guides pour l'analyse du contexte de l'engorgement des urgences

Questions-guides	Sources d'information et de données probantes
<p>Collecte des données et de l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que constatez-vous et qu'entendez-vous de la part du personnel et de la direction des urgences et des hôpitaux, et des usagers? • Que révèlent les sources de données locales des urgences et des hôpitaux pour vous aider à caractériser l'engorgement des urgences et le cheminement des patients (p. ex., offre et demande de lits de soins actifs, délais d'attente pour un lit d'hospitalisation, durée des séjours en soins actifs, délais d'attente avant d'être examiné par un médecin, satisfaction et moral du personnel des urgences et des hôpitaux, satisfaction des patients, patients qui quittent le service des urgences sans avoir vu un médecin ou terminé un traitement)? • Que révèlent les sources de données des systèmes de santé pour vous aider à caractériser l'engorgement des urgences et le cheminement des patients (p. ex., offre et demande de lits de soins de longue durée, offre et demande de soins en milieu extrahospitalier, notamment les soins urgents, les tests diagnostiques, le suivi postopératoire et les soins primaires)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Engorgement des urgences : Analyse de l'utilisation des urgences de l'ACMTS • Systèmes d'information locale des urgences • Base de données de l'OCDE sur l'utilisation des soins de santé • Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) • Base de données sur les congés des patients de l'ICIS • Système national d'information sur la réadaptation de l'ICIS • Système d'information sur les soins de longue durée de l'ICIS

Questions-guides	Sources d'information et de données probantes
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles habitudes et tendances constatez-vous en ce qui concerne l'arrivée, le cheminement et la sortie des patients (p. ex., selon le jour de la semaine, le moment de la journée ou le moment de l'année)? 	
<p>Repérage des goulots d'étranglement et facteurs qui pourrait y contribuer</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ce qui concerne le cheminement des patients, de l'arrivée au service des urgences à la sortie du service ou de l'hôpital, où trouve-t-on des goulots d'étranglement qui contribueraient à l'engorgement? La confrontation des mesures du service des urgences à des points de référence peut aider à déceler les goulots d'étranglement ou les inefficacités dans le cheminement. • Quelles sont les populations qui connaissent des problèmes relatifs à leur cheminement et quels sont leurs besoins? Établir une différenciation entre les principaux sous-groupes et différents ensembles de besoins. • Quels ajustements faudrait-il apporter si le goulot d'étranglement se déplace? • Quels facteurs peuvent contribuer aux goulots d'étranglement et à l'engorgement des urgences? • Ces facteurs peuvent-ils être caractérisés comme étant relatifs à l'afflux, au cheminement, à l'issue, au contexte (micro, méso, macro) ou à une combinaison de ces facteurs? • Quel partenaire du système de santé a la responsabilité principale des facteurs relevés (p. ex., personnel du service des urgences ou des hôpitaux, la direction et les administrateurs des urgences ou des hôpitaux, les autorités sanitaires et les ministères de la Santé)? • Sachant qu'il y a plusieurs facteurs qui pourraient contribuer à l'engorgement du service des urgences, lequel pourrait avoir le plus de répercussions? 	<ul style="list-style-type: none"> • L'engorgement des urgences : Analyse de l'environnement sur les facteurs contribuant au problème et résumé des données probantes issues de revues systématiques sur les interventions • Prise en compte de la population, de la capacité et du processus¹⁶
<p>Points de vue à prendre en considération</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les points de vue de ceux qui utilisent et soutiennent le service des urgences et l'hôpital et de ceux qui y travaillent? • Que disent les patients, le personnel de première ligne, les dirigeants de l'hôpital, les administrateurs de la santé, les responsables des orientations politiques et autres experts à propos de ce problème? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sources de données locales, dont les sondages sur la satisfaction du personnel et des patients, systèmes de plaintes officielles • Activités de sensibilisation communautaire, dont les échanges avec des groupes de patients • Points de vue et expériences relatifs aux effets de l'engorgement des urgences, examen qualitatif de l'ACMTS • L'engorgement des urgences au Canada, sommaire des séances de discussion de l'ACMTS à plusieurs parties prenantes

Étape 2 : Recenser les interventions possibles pour lutter contre l'engorgement

Une fois que l'on connaît le contexte dans lequel l'engorgement du service des urgences se produit, et les principaux facteurs qui y contribuent, le CEETS recommande de recenser les interventions possibles pour lutter contre l'engorgement à l'aide du présent Guide de navigation et des rapports de l'ACMTS suivants :

- L'engorgement des urgences : Analyse de l'environnement sur les facteurs contribuant au problème et résumé des données probantes issues de revues systématiques sur les interventions¹⁰;
- Analyse prospective : Interventions nouvelles et émergentes pour atténuer l'engorgement des urgences¹².

Questions-guides pour faciliter le recensement des interventions visant à désengorger les urgences :

- Compte tenu des facteurs qui semblent constituer des goulots d'étranglement dans le cheminement des patients et contribuer à l'engorgement des urgences, souhaitez-vous envisager des interventions relatives à l'afflux, au cheminement ou à l'issue, à des interventions à volets multiples, ou encore des interventions à l'extérieur du service des urgences (à l'échelle des systèmes)?
- Voulez-vous tenir compte de l'ensemble des données probantes ou uniquement de celles du Canada?
- Voulez-vous tenir compte de l'ensemble des données probantes ou uniquement de celles des milieux ruraux, éloignés ou urbains?
- Y a-t-il une population en particulier sur laquelle vous aimeriez vous concentrer (p. ex., enfants, adultes, aînés, personnes ayant des problèmes de santé particuliers, nouveaux arrivants)?
- Voulez-vous tenir compte uniquement des données probantes issues de la documentation publiée ou également des interventions émergentes pour lesquelles des données probantes n'ont pas encore été publiées ou évaluées?

L'ACMTS a développé une interface Web pour aider les utilisateurs du présent Guide de navigation à recenser les interventions possibles pour lutter contre l'engorgement, à partir des réponses aux questions-guides. Cette interface comprend toutes les interventions recensées par l'intermédiaire des avis d'experts et des examens de l'ACMTS :

- interventions prometteuses;
- données probantes concluantes de qualité élevée ou modérée;
- interventions nouvelles et émergentes;
- données probantes non concluantes, défavorables ou de faible qualité.

Étape 3 : Conception d'une stratégie de mise en œuvre

Lorsque la mise en œuvre d'une intervention est envisagée, le CEETS recommande une évaluation pour veiller à ce que l'intervention puisse être mise en œuvre avec succès et avoir l'effet escompté sur l'engorgement des urgences. Une telle évaluation nécessiterait de tenir compte des ressources financières et humaines et des infrastructures, de l'appui et de la direction de tous les partenaires pertinents du système

de santé, d'une analyse des données et des paramètres locaux et à l'échelle du système de santé provenant de l'étape 1 et des points de vue de ceux qui utilisent et soutiennent le service des urgences, l'hôpital et le ministère de la Santé et de ceux qui y travaillent pour indiquer si l'intervention fonctionnerait dans le contexte local et de quelle manière.

Plusieurs cadres publiés peuvent aider à assurer le succès de la mise en œuvre, dont l'Implementation in Context (ICON) Framework¹⁷ (cadre de mise en œuvre en contexte), le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)¹⁸, (cadre consolidé de la recherche en mise en œuvre), la trousse de cadres et de méthodologies de science de la mise en œuvre¹⁹, les facteurs à prendre en considération en matière d'équité dans l'évaluation des technologies de la santé²⁰ et l'analyse éthique dans l'évaluation des technologies de la santé²¹. Les questions-guides issues de ces cadres et de ces outils pour évaluer la faisabilité de la mise en œuvre figurent au [tableau 2](#).

Tableau 2 : Questions-guides pour appuyer la mise en œuvre

Facteurs à prendre en considération	Questions-guides	Outil/cadre
Mise en œuvre en contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les caractéristiques des patients et des professionnels de la santé au service des urgences, à l'hôpital et dans la région sanitaire qui pourraient influencer sur la faisabilité de l'intervention, la façon de la mettre en œuvre et le choix des mesures de soutien à sa mise en œuvre? • Quelles sont les caractéristiques du service des urgences, de l'hôpital, de la région sanitaire et du régime politique dans son ensemble, dont leur complexité, qui pourraient influencer sur la faisabilité de l'intervention, la façon de la mettre en œuvre et le choix des mesures de soutien à sa mise en œuvre? • En ce qui concerne la façon dont vous pourriez aborder la mise en œuvre de l'intervention, quelles seraient les caractéristiques des gestes que vous poseriez, et à quel moment et de quelle façon vous les poseriez qui pourraient influencer sur la faisabilité de l'intervention, la façon de la mettre en œuvre et le choix des mesures de soutien à sa mise en œuvre? • De quelle façon la disponibilité des ressources humaines et financières pourrait-elle influencer sur la faisabilité de l'intervention, la façon de la mettre en œuvre et le choix des mesures de soutien à sa mise en œuvre? • Y a-t-il d'autres facteurs contextuels qui pourraient influencer sur la faisabilité de l'intervention, la façon de la mettre en œuvre ou le choix des mesures de soutien à sa mise en œuvre? 	Implementation in Context (ICON) Framework ¹⁷ Outil de dépistage qualitatif de mise en œuvre en contexte ¹⁷ Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ²² Trousse de cadres et de méthodologies de science de la mise en œuvre ¹⁹

Facteurs à prendre en considération	Questions-guides	Outil/cadre
	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les commentaires des patients, du personnel du service des urgences et de l'hôpital, de la direction de l'hôpital et d'autres parties prenantes et experts de votre milieu local à propos de la mise en œuvre de certaines interventions? • Y a-t-il des facteurs particuliers à prendre en considération attribuables à la saisonnalité ou au moment de l'année? 	
Facteurs à prendre en considération en matière d'équité et d'éthique	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des inégalités (p. ex., selon la race, le sexe, la région) au sein des populations qui ont accès (ou sont privées d'un accès) aux urgences qui auront une incidence sur qui peut ou non tirer profit des interventions? • Y a-t-il des populations qui sont touchées de manière disproportionnée par l'engorgement et toute intervention qui peut être mise en œuvre? • La priorisation des interventions à mettre en œuvre et les stratégies retenues pour leur mise en œuvre avantagent-elles certains groupes de population par rapport à d'autres? • Y a-t-il des facteurs à prendre en considération concernant l'intersectionnalité des visiteurs des urgences et la possibilité que l'intervention fonctionne de différentes façons pour différentes personnes? • Certains groupes de population au sein de chaque catégorie d'intervenants ou de collaborateurs nécessitent-ils des approches de participation ciblées? • Y a-t-il des préjugés institutionnels qui pourraient contribuer à des inégalités en matière d'accès ou d'expériences concernant les soins prodigués aux urgences ou les interventions? • Quels types d'accidents du travail ressortent des différentes interventions? Quelles tâches reviennent aux professionnels de la santé travaillant au service des urgences et à l'hôpital, y compris pendant l'engorgement? • De quelle façon la mise en œuvre d'interventions, ou l'absence d'intervention, influe-t-elle sur la répartition des ressources en matière de soins de santé au sein des établissements et de l'ensemble du système de santé? La capacité d'exercer un choix véritable de patients ou de prestataires de soins (p. ex., transferts de patients, l'obligation de soigner du prestataire de soins ou détresse morale)? 	<p>Facteurs à prendre en considération en matière d'équité dans l'évaluation des technologies de la santé²⁰</p> <p>Analyse éthique dans l'évaluation des technologies de la santé²¹</p>

Facteurs à prendre en considération	Questions-guides	Outil/cadre
	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi l'engorgement pourrait-il avoir une incidence sur la confidentialité dans les rencontres entre patients et prestataires de soins au service des urgences et dans toute intervention qui est mise en œuvre? • Quelles considérations en matière d'affectation des ressources les interventions supposent-elles? • Quelles sont les conséquences de la prise en considération des coûts de renonciation liés à la mise en œuvre les interventions? 	
Amélioration de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'essayez-vous d'accomplir? • Quel changement à apporter produira une amélioration? • Comment saurez-vous qu'un changement constitue une amélioration? 	<p>Idéalement, les interventions seraient mises en œuvre au sein de structures existantes d'amélioration de la qualité. Voici des cadres qui pourraient soutenir leur élaboration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • modèle d'amélioration²³; • cycle planification-exécution-étude-action; • méthode Lean.

Étape 4 : Évaluer et réévaluer l'engorgement des urgences pour tirer des enseignements qui serviront au retour à l'étape 1 du cycle

L'évaluation du processus et des résultats de la mise en œuvre des interventions visant à désengorger les urgences est essentielle pour assurer l'adoption des interventions et l'obtention de l'effet escompté, évaluer la possibilité de devoir apporter des ajustements à la démarche et recueillir de l'information qui peut être communiquée aux autres à des fins d'apprentissage. CEETS recommande des plans d'évaluation qui reflètent le caractère dynamique de l'engorgement des urgences comme problème complexe qui touche l'ensemble du système de santé et qui sont eux-mêmes dynamiques pour assurer l'adoption de stratégies différentes à mesure que la situation évolue.

Le CEETS recommande de prévoir l'évaluation avant que les interventions soient mises en œuvre et de communiquer les résultats des évaluations par l'intermédiaire d'exposés et de publications pour enrichir la base de données probantes propres au contexte canadien. Le [tableau 3](#) présente des facteurs à prendre en considération, des questions et des outils issus du cadre d'évaluation RE-AIM (*Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance*) et d'autres cadres pour appuyer la planification de l'évaluation et la réévaluation qui serviront à alimenter l'étape 1 du cycle.

Tableau 3 : Questions-guides pour appuyer l'évaluation et la réévaluation

Facteurs à prendre en considération	Questions-guides	Outil/cadre
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la portée (proportion de la population cible sur laquelle l'intervention aura un effet)? • Quelle est l'efficacité escomptée de l'intervention, évaluée par les résultats sur l'engorgement des urgences, comprenant, mais sans s'y limiter : durée du séjour au service des urgences; délais d'attente liés au service des urgences; résultats sur la capacité d'accueil ou l'occupation du service des urgences; taux d'occupation du service; taux d'exigence d'autres niveaux de soins; nombre ou proportion de patients qui quittent le service des urgences sans avoir vu un médecin ou terminé leur traitement; sécurité des patients; satisfaction des patients; mortalité au service des urgences; satisfaction et expériences du personnel (p. ex., épuisement professionnel, charge de travail, pénuries) • Quels sont les changements plus larges qui peuvent découler de l'intervention? • Quel est le taux d'adoption (proportion de milieux, de pratiques et de plans qui adopteront cette intervention)? • Dans quelle mesure l'intervention est-elle mise en œuvre comme prévu dans la pratique? • Dans quelle mesure le programme est-il maintenu au fil du temps? • Quels renseignements sont requis pour déterminer si l'intervention devrait se poursuivre telle quelle, être modifiée ou être abandonnée avant de retourner à l'étape 1? 	Cadre RE-AIM ¹⁵ Outil de planification RE-AIM ²⁴ Outil de pointage RE-AIM ²⁵ Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ¹⁸ Medical Research Council Guidance for Developing and Evaluating Complex Interventions ²⁶
Facteurs à prendre en considération en matière d'équité et d'éthique	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les avantages et les dangers connus et estimés pour les patients lorsque l'on met en œuvre ou non certaines interventions? • Quels sont les avantages et les dangers des interventions pour la famille, les autres patients, les professionnels de la santé, les organisations de soins de santé, les entités commerciales, la société, etc.? • Les mesures de résultats choisies sont-elles pertinentes du point de vue des patients et des prestataires de soins? • Les méthodes utilisées pour recueillir et déterminer les données sont-elles propices à la recherche de données sur les groupes défavorisés? • Y a-t-il des désavantages passés ou actuels (ou disparités ou inégalités) à prendre en considération qui pourraient avoir une incidence sur le choix des variables à évaluer, le choix des méthodes, etc.? • L'approche méthodologique choisie permet-elle d'analyser des données désagrégées selon le groupe de population, s'il y a lieu? 	Facteurs à prendre en considération en matière d'équité dans l'évaluation des technologies de la santé ²⁰

Annexe 3 : Interventions prometteuses

Compte tenu des données probantes, de l'information et des avis d'experts dont il dispose, le CEETS affirme que la liste non exhaustive ci-après comporte des interventions et des stratégies prometteuses pour désengorger les urgences dans les provinces et les territoires du Canada si elles ciblent les principaux facteurs contribuant à l'engorgement des urgences dans un contexte particulier et si une réussite de la mise en œuvre est possible.

En raison de la nature complexe de l'engorgement, la mise en œuvre d'interventions dépend du contexte et exige en général une coordination et une coopération de divers paliers du système de santé (p. ex., service des urgences, hôpital, région, ministère) et éventuellement des systèmes externes et connexes (p. ex., logement et transport). Il est possible que certaines interventions entraînent une amélioration des résultats dans certains contextes, mais pas dans d'autres.

La présente liste contient des interventions et des stratégies répondant aux critères suivants :

- jugées comme étant favorables (c'est-à-dire un degré de certitude élevé ou modéré que l'efficacité est meilleure grâce à l'intervention par rapport au comparateur) d'après les examens de données probantes de l'ACMTS¹⁰;
- jugées comme étant neutres (c'est-à-dire que des données probantes ou des données probantes comportant une certaine incertitude montrent que ni l'intervention ni le comparateur n'est supérieur à l'autre) d'après les examens de données probantes de l'ACMTS¹⁰;
- déterminées par le CEETS comme étant prometteuses, selon l'avis et l'expérience d'experts.

Afflux

Les **interventions relatives à l'afflux** sont associées au besoin de services et à l'accès des patients aux urgences. La responsabilité de trouver, de mettre en œuvre et d'évaluer les interventions relatives à l'afflux incombe généralement à l'**autorité ou à la région sanitaire**, lorsqu'elle existe, ou au **ministère de la Santé**.

Le CEETS a cerné un décalage entre les soins offerts en milieu extrahospitalier et les besoins de la population, notamment les soins après les heures normales d'ouverture qui, en ce qui concerne les besoins des patients, constituent l'un des trois facteurs les plus importants qui contribuent à l'engorgement des urgences au Canada. Des interventions prometteuses pour remédier à ce décalage, ainsi qu'à d'autres facteurs relatifs à l'afflux qui contribuent à l'engorgement des urgences, figurent au [tableau 4](#).

Tableau 4 : Interventions prometteuses relatives à l'afflux

Intervention ou stratégie	Description
Meilleur accès aux soins non urgents à l'extérieur des services des urgences ²⁷⁻³¹	Meilleur accès aux spécialistes externes, à l'imagerie médicale ou à d'autres interventions diagnostiques, aux soins à domicile, aux soins primaires, au suivi postopératoire et aux soins de longue durée, y compris l'accès après les heures normales d'ouverture.
Gestion et prévision des pointes d'achalandage ³²⁻⁴⁰	Planification et outils pour appliquer des protocoles en temps réel afin de remédier à l'incertitude liée à la demande de services aux urgences et d'aider à assurer des niveaux de ressources appropriés et à gérer les pointes d'achalandage avant qu'elles ne surviennent.
Adapter la dotation en personnel aux profils d'arrivée des patients ⁴¹⁻⁴³	Analyser les profils d'arrivée des patients (p. ex., selon le moment de la journée, le jour de la semaine ou la saison) et adapter la capacité de dotation en personnel et l'éventail des compétences à ces profils.
Télétriage ^{44,45}	Télétriage, notamment par téléphone, vidéo, Web ou texto.
Service d'ambulanciers paramédicaux ⁴⁶⁻⁴⁹	Les ambulanciers paramédicaux reçoivent de la formation supplémentaire (p. ex., en soins palliatifs et en gériatrie) pour « examiner et traiter » ou pour aiguiller les personnes âgées présentant divers problèmes de santé, dans le cadre des soins préhospitaliers.
Prise de décisions en contexte préhospitalier par les services médicaux d'urgence ⁴⁹	Prise de décisions en contexte préhospitalier par les premiers répondants détenant une formation sur les systèmes décisionnels en contexte préhospitalier et les outils connexes de soutien à la prise de décisions et qui y ont accès.
Stratégies d'accueil des patients arrivant par ambulance ⁵⁰	Personnel affecté à l'accueil des patients qui arrivent par ambulance et espace réservé à cette fin, dont ceux qui peuvent attendre installés sur une chaise.
Stratégies de détournement d'ambulances ^{6,7,9,51}	Protocoles de détournement des ambulances transportant des patients dont l'état ne nécessite pas de soins urgents et qui peuvent recevoir des soins à des établissements offrant des soins pour affections subaiguës (établissements offrant des soins primaires ou multidisciplinaires aux patients qui ne requièrent pas de soins immédiats ou actifs) plutôt qu'aux urgences.
Stratégies de soins à domicile ⁵²	Soins de santé et de soutien fournis à domicile par un professionnel, qui peuvent comprendre de l'aide pour diverses d'activités, comme le bain, la toilette, l'alimentation et autres activités de la vie quotidienne. Les prestataires de soins à domicile peuvent également surveiller les signes vitaux, exécuter les ordonnances des médecins et faciliter les tests et la surveillance de l'état des patients.

Cheminement

Les **interventions relatives au cheminement** sont mises en œuvre au sein du service des urgences. La responsabilité de trouver, de mettre en œuvre et d'évaluer les interventions relatives au cheminement incombe généralement à **l'administration du service des urgences et de l'hôpital**, avec le soutien de l'autorité ou de la région sanitaire, lorsqu'elle existe.

Le CEETS affirme qu'il est essentiel de prêter attention aux facteurs relatifs à l'intervention dans la prise en charge de l'engorgement des urgences; toutefois, les systèmes de santé constateront que les répercussions sur le désengorgement des urgences seront plus importantes en mettant en œuvre des interventions et des stratégies axées sur les facteurs relatifs à l'issue et à l'afflux plutôt que sur ceux relatifs au cheminement.

Tableau 5 : Interventions prometteuses relatives au cheminement

Intervention ou stratégie	Description
Zones d'évaluation rapide, ou zones de traitement rapide, dans les urgences de tailles moyenne et grande ^{53,54}	Les zones d'évaluation rapide ou de traitement rapide viennent compléter ou remplacent les processus habituels de triage pour distinguer les patients qui demeureront probablement ambulatoires de ceux qui exigeront d'autres services de soins de santé du service des urgences, de l'hôpital ou d'ailleurs. Ces zones comprennent généralement des espaces réservés au sein du service des urgences pouvant accueillir des patients qui occupent une chaise plutôt qu'un lit et requièrent une observation relativement limitée.
Soins virtuels du service des urgences ⁵⁵⁻⁵⁹	Soins du service des urgences fournis à l'aide d'un logiciel de vidéoconférence sécurisé ou de la télémédecine par vidéo, intégré idéalement dans le dossier médical électronique de l'hôpital.
Responsabilité continue du cheminement des patients ⁶⁰	Déterminer et mettre en œuvre l'affectation des ressources humaines responsables du cheminement des patients durant l'ensemble des heures d'ouverture. Cela peut être possible par l'intermédiaire d'une directive de la direction générale, en recrutant un directeur du cheminement des patients ou par d'autres interventions.
Dépistage rapide des virus ⁶¹	Détection le jour même du virus de la grippe, du virus parainfluenza, du virus de la COVID-19, du virus respiratoire syncytial et de l'adénovirus pour guider les décisions sur la prise en charge et le triage des patients.
Demandes de radiographies par l'infirmière au service des urgences ⁶²	Demandes de radiographies par les infirmières, au lieu des médecins, au service des urgences et utilisation de protocoles de prise de décision de référence en matière de prescription de radiographies, comme les règles d'Ottawa concernant les blessures à la cheville (<i>Ottawa Ankle Rules</i>), lorsqu'elles existent.
Unités d'intervention en situation de crise pour les personnes ayant des troubles de santé mentale ³⁸	Espaces thérapeutiques pour la stabilisation, l'évaluation et l'aiguillage approprié des cas, dans le but de réduire le nombre de cas liés à des troubles de santé mentale au service des urgences, de même que les délais d'attente, et le nombre d'admissions en psychiatrie.
Protocoles de triage avancé ⁶³	Approches normalisées, applicables à des groupes de patients en particulier, où un professionnel au triage prend des mesures sur le plan diagnostique ou thérapeutique avant que le patient ne soit vu par un médecin.

Issue

Les **interventions relatives à l'issue** sont associées au soutien des patients lorsqu'ils quittent le service des urgences pour obtenir des soins hospitaliers, extrahospitaliers, de longue durée ou à domicile. La responsabilité de trouver, de mettre en œuvre et d'évaluer les interventions relatives à l'issue exige généralement une coordination et une coopération de **l'administration du service des urgences et de l'hôpital, des autorités ou des régions sanitaires et des ministères de la Santé**.

Le CEETS a cerné un décalage entre la disponibilité des ressources (comme le nombre de lits de soins de longue durée en milieu extrahospitalier) et les types de services (dont les soins après les heures normales d'ouverture), et les besoins de la population; il s'agit des facteurs qui contribuent le plus à l'engorgement des urgences au Canada. Des interventions prometteuses pour remédier à ce décalage, ainsi qu'à d'autres facteurs relatifs à l'issue qui contribuent à l'engorgement des urgences, figurent au [tableau 6](#).

Tableau 6 : Interventions prometteuses relatives à l'issue

Intervention ou stratégie	Description
Harmonisation de la capacité en lits de soins de courte durée au sein des hôpitaux ⁶⁴	Pour représenter la suroccupation et les goulots d'étranglement dans les services, particulièrement celui de chirurgie, des mises à l'essai de scénarios (simulations) ont été réalisées pour appuyer la gestion de la capacité en lits. On juge que la solution optimale consisterait en un taux d'occupation en lits d'hospitalisation de 70 % à 85 %.
Gestion des lits actifs ⁶⁰	Affectation de personnel à des postes pour assurer le recensement et l'attribution rapides des lits d'hospitalisation, dont la communication concernant les congés et la disponibilité des lits.
Soins de transition pilotés par l'hôpital ⁶⁵	Services de santé à durée limitée pouvant comprendre des renseignements à l'intention des patients ou des aidants sur la prise en charge personnelle, la planification des congés, le suivi structuré et la coordination parmi les professionnels de la santé qui jouent un rôle dans la planification de la transition entre les services des urgences, les hôpitaux et les soins primaires et extrahospitaliers.
Stratégies de coordination et de transition des soins ^{66,67}	Coordination délibérée des soins entre au moins deux partenaires du système de santé, et pouvant comprendre la prise en charge, les changements dans les rôles et le soutien dans la prise en charge personnelle et la prise de décisions.
Transfert rapide des patients admis au service des urgences aux autres services d'hospitalisation ^{68,69}	Stratégies pour augmenter la capacité et l'efficacité afin de transférer rapidement les patients admis au service des urgences aux autres services d'hospitalisation, par exemple, les rondes multidisciplinaires ou la capacité d'accueil des patients dans les services par opposition au service des urgences.
Services de planification des congés et de coordination ⁷⁰	Affecter un professionnel de la santé à l'amélioration des soins de transition à domicile ou à d'autres établissements de soins de santé (p. ex., retour à la maison ou admission à un centre d'hébergement de soins de longue durée, hospitalisation, centre de réadaptation) en élaborant des plans de congé personnalisés qui comprennent un résumé des traitements, un plan de médication et d'aiguillage, un plan de transport, des services communautaires et un aiguillage vers les soins primaires.

Interventions systémiques

Les **interventions systémiques** sont mises en œuvre à l'extérieur du service des urgences. La responsabilité de trouver, de mettre en œuvre et d'évaluer les interventions systémiques incombe aux **ministères de la Santé**, et dans certains cas aux systèmes externes et connexes (p. ex., logement et transport), avec la coordination et la coopération de l'autorité ou de la région sanitaire, lorsqu'elle existe, et de l'administration des urgences et des hôpitaux.

Tableau 7 : Interventions systémiques prometteuses

Intervention ou stratégie	Description
Modèles d'exploitation de l'hôpital 7 jours par semaine ou 16 heures par jour ⁶⁹	Accès à des services hospitaliers à l'extérieur des urgences (p. ex., tests diagnostiques et imagerie médicale) après les heures normales d'ouverture, y compris sept jours par semaine ou en prolongeant les heures d'ouverture.
Cadres de responsabilité ⁷¹	Les cadres de responsabilité veillent à ce que la responsabilité des résultats d'engorgement des urgences n'incombe pas uniquement aux services des urgences. Ils établissent clairement des rôles, des responsabilités et des attentes au sein des différentes zones ou limites (p. ex., chirurgie et tests diagnostiques) et partagent et répartissent la responsabilité entre les partenaires du système de santé, dont le service des urgences et l'hôpital, et, de façon importante, les régions ou les autorités sanitaires dans lesquelles ils se trouvent. Un exemple de cadre de responsabilité est l'incitation au rendement, comme un paiement en fonction des résultats, accompagné de ressources appropriées et d'une responsabilité partagée des résultats entre les partenaires du système de santé.
Cibles temporelles ⁷²	La mise en œuvre de cibles temporelles, par exemple la durée du séjour au service des urgences, le devenir des patients ou le délai d'attente pour un lit d'hospitalisation.
Coordination des dossiers de santé électroniques et de l'information sur la santé parmi les partenaires du système de santé ⁷³	La communication et la documentation électroniques entre les cliniciens peuvent aider à alléger le besoin de consultations en personne chez les spécialistes et à améliorer l'accès aux soins chez les patients qui ont divers besoins.
Centres opérationnels de suivi de la capacité des hôpitaux ⁷⁴	Unités physiques et multifonctionnelles composées d'équipes interdisciplinaires qui influencent le cheminement des patients, utilisent des données en temps réel intégrées à partir des dossiers de santé électroniques et assurent la gestion de multiples processus de cheminement des patients (p. ex., admission, gestion des lits, gestion des transferts interhospitaliers, transport des patients, services environnementaux).
Modèles de soins d'hospitalisation à domicile ⁷⁵	Les patients reçoivent des soins chez eux, permettant ainsi de cibler de multiples facteurs, comme éviter les hospitalisations et fournir une continuité des soins après un congé précoce de l'hôpital.

ISSN : 2563-6596

Avis de non-responsabilité : L'information contenue dans le présent document se veut utile aux décideurs, aux professionnels de la santé et aux dirigeants de systèmes de santé ainsi qu'aux responsables des orientations politiques du secteur de la santé au Canada; elle est destinée à éclairer leur prise de décisions et, par là, à améliorer la qualité des services de santé. Le document, auquel des patients et d'autres personnes peuvent avoir accès, est diffusé à titre d'information exclusivement, et rien n'est dit ou garanti quant à son adéquation à une finalité déterminée. L'information que renferme le document ne saurait tenir lieu de l'avis ou de l'opinion en bonne et due forme d'un médecin, du discernement ou du jugement du clinicien dans la prise en charge chez un patient en particulier ni d'un autre jugement professionnel qui intervient dans la prise de décisions. L'ACMTS – l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé – n'appuie, ne promeut ou n'encourage aucune information ou thérapie ni aucun médicament, traitement, produit, processus ou service.

Bien que l'ACMTS ait tout mis en œuvre pour veiller à l'exactitude, à l'exhaustivité et à l'actualité de l'information présentée dans le document à la date de sa publication, elle n'offre aucune garantie à cet égard. Elle n'offre aucune garantie non plus quant à la qualité, à l'actualité, au bienfondé, à l'exactitude ou à la vraisemblance des énoncés, des renseignements ou des conclusions paraissant dans le matériel d'un tiers utilisé dans la rédaction du présent document. Les points de vue et les opinions de tiers figurant dans le présent document ne représentent pas forcément ceux de l'ACMTS.

L'ACMTS ne saurait être tenue responsable des erreurs ou des omissions, des blessures, des pertes, des dommages ou des préjudices découlant de l'usage ou du mésusage de l'information, des déclarations, des énoncés ou des conclusions contenus ou sous-entendus dans le présent document ni dans les sources d'information de référence.

Il peut y avoir des liens à des sites Web de tiers dans le présent document. L'ACMTS n'exerce aucun contrôle sur le contenu de ces sites. Ce sont les modalités et les conditions énoncées sur ces sites qui en régissent l'utilisation. L'ACMTS n'offre aucune garantie quant à l'information contenue dans ces sites et elle n'est pas responsable des blessures, des pertes ou des dommages découlant de l'utilisation de sites de tiers. Elle ne saurait être tenue responsable non plus des pratiques de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels des sites de tiers.

Dans les limites et sous les conditions précisées ci-dessus, les points de vue exprimés ici sont ceux de l'ACMTS et ils ne représentent pas forcément ceux du gouvernement du Canada, des provinces ou des territoires ni de tout fournisseur d'information tiers.

Le présent document, dans son contenu et son utilisation prévue, s'inscrit dans le contexte du système de santé canadien. C'est à ses risques que l'utilisateur de ce document l'appliquera ailleurs qu'au Canada.

Le présent avertissement et tout litige ou question de quelque nature que ce soit ayant trait au contenu ou à l'usage ou au mésusage qui est fait du présent document sont régis et interprétés conformément aux lois de la province de l'Ontario et aux lois du Canada applicables, et toute procédure sera du ressort exclusif d'un tribunal de la province de l'Ontario au Canada.

L'ACMTS et ses concédants de licence sont les détenteurs du droit d'auteur et des autres droits de propriété intellectuelle relatifs au présent document. Ces droits sont protégés en vertu de la Loi sur le droit d'auteur du Canada et d'autres lois en vigueur au pays et d'accords internationaux. La reproduction du présent document est autorisée à des fins non commerciales seulement pourvu qu'il ne soit pas modifié et que l'ACMTS et ses concédants de licence soient dûment mentionnés.

L'ACMTS : L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) est un organisme indépendant sans but lucratif qui a pour mandat d'offrir des preuves objectives aux décideurs du secteur de la santé au Canada afin d'éclairer la prise de décisions sur l'utilisation optimale des médicaments, des dispositifs médicaux, des tests diagnostiques et des interventions chirurgicales ou médicales dans le système de santé canadien.

Financement : L'ACMTS bénéficie d'un soutien financier des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception de celui du Québec.