

RAPPORT TECHNOLOGIQUE

HTA | Collecter des données sur les urgences
au Canada
numéro 67.2
mai 2006

En avril 2006, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) est devenu l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).

Adresser toute demande de publications à:

ACMTS
600-865, avenue Carling
Ottawa (Ontario) Canada K1S 5S8
Tél.: (613) 226-2553
Télec.: (613) 226-5392
Courriel: pubs@cadth.ca

ou télécharger les publications du site
Web de l'ACMTS à :
<http://www.acmts.ca>

Citer comme suit : Rowe B, Bond K, Ospina M, Blitz S, Schull M, Sinclair D, Bullard M. *Collecter des données sur les urgences au Canada* [rapport technologique n° 67.2]. Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2006.

Ce rapport ainsi que la version anglaise de ce rapport intitulée *Data Collection on Patients in Emergency Departments in Canada* sont affichés sur le site Web de l'ACMTS.

Ce rapport est le deuxième d'une série de quatre rapports de l'ACMTS sur le surpeuplement des urgences au Canada. Les quatre rapports se penchent sur les indicateurs du surpeuplement des urgences et examinent les bases de données et les systèmes d'information conçus pour surveiller le phénomène. Ils relèvent également la fréquence, les déterminants et les répercussions du surpeuplement, puis évaluent les interventions destinées à contrer le problème du surpeuplement pour en déterminer l'efficacité. Les quatre rapports sont résumés dans un aperçu technologique.

La production de ce rapport a été rendue possible par l'apport financier de Santé Canada et des gouvernements d'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, du Nouveau Brunswick, de la Terre-Neuve-et-Labrador, des Territoires du Nord-Ouest, de la Nouvelle-Écosse, du Nunavut, de l'Ontario, de la Saskatchewan et du Yukon. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé assume l'entière responsabilité de la forme finale et du contenu de ce rapport. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas forcément celles du Santé Canada ou de gouvernements provinciaux ou territoriaux.

La reproduction de ce document à des fins non commerciales est autorisée à condition que l'ACMTS soit dûment mentionné. L'ACMTS est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux canadiens.

Dépôt légal - 2006
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 1-897257-44-9 (imprimée)
ISBN : 1-897257-45-7 (en ligne)
H0320B – mai 2006

CONVENTION DE LA POSTE-PUBLICATIONS N° 40026386
RETOURNER TOUTE CORRESPONDANCE NE POUVANT ÊTRE LIVRÉE AU CANADA À
AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ
600-865, AVENUE CARLING
OTTAWA ON K1S 5S8

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Collecter des données sur les urgences au Canada

Brian H. Rowe, médecin, M.Sc., CCFP (EM), FCCP¹

Kenneth Bond, B.Ed., MA²

Maria B. Ospina, B.Sc., M.Sc.²

Sandra Blitz, M.Sc.³

Michael Schull, médecin, M.Sc., FRCPC⁴

Douglas Sinclair, médecin, FRCPC⁵

Michael Bullard, médecin, FRCPC¹

mai 2006

¹ Département de médecine d'urgence, Evidence-based Practice Center de l'Université de l'Alberta, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

² Evidence-based Practice Center de l'Université de l'Alberta, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

³ Département de médecine d'urgence, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

⁴ Division de médecine d'urgence, Université de Toronto, et Institut de recherche en services de santé, Toronto (Ontario)

⁵ Département de médecine d'urgence, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Examineurs

Les personnes mentionnées ci-dessous ont eu l'amabilité d'offrir leurs observations sur le présent rapport.

Examineurs externes

Christopher MB Fernandes, médecin
Professeur et chef de la division de médecine
d'urgence
McMaster University
Hamilton (Ontario)

Examineurs du Conseil consultatif scientifique de l'ACMTS

Jeff Scott, MBChB, MHSc, MHSA, FRCPC
Médecin conseil en santé publique
Province de la Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Charles Wright, médecin, M.Sc., FRCS (C, E, Ed)
Scientifique, Fondation canadienne de la recherche
sur les services de santé
Toronto (Ontario)

Le présent rapport est un examen d'articles, d'études, de documents et d'autres renseignements publiés (regroupés sous l'appellation « documentation d'origine ») auxquels l'ACMTS a pu avoir accès. L'ACMTS ne peut donner l'assurance, ni être tenu responsable, de l'exactitude du contenu de la documentation d'origine sur laquelle se fonde le rapport; l'ACMTS décline également toute responsabilité quant à la qualité, la propriété, l'inexactitude ou le bien-fondé des énoncés, renseignements ou conclusions qui figurent dans la documentation d'origine.

L'ACMTS assume la pleine responsabilité quant à la forme et au contenu définitifs du présent rapport. Les énoncés et conclusions qui y apparaissent reflètent l'opinion de l'ACMTS, et non celle des membres de ses conseils ou des examineurs.

Paternité de l'ouvrage

Brian H. Rowe a contribué à préciser les questions de recherche, a dirigé l'élaboration du protocole, a supervisé la collecte et l'analyse des données, a rédigé et révisé le rapport.

Kenneth Bond a contribué à préciser les questions de recherche, a participé à l'élaboration du protocole, a coordonné les enquêtes et a participé à la préparation du rapport aux fins de publication.

Maria B. Ospina a contribué à préciser les questions de recherche, a participé à l'élaboration du protocole et à la préparation du rapport aux fins de publication.

Sandra Blitz a participé au plan de synthèse des données pour les besoins de l'enquête auprès des directeurs de service d'urgence, a exécuté la synthèse des données quantitatives et a participé à la rédaction et à la révision du rapport.

Michael Schull, Douglas Sinclair et Michael Bullard ont contribué à préciser les questions de recherche, ont participé à l'élaboration du protocole et à la collecte des données et ont révisé le rapport aux fins de publication.

Remerciements

Les auteurs remercient les membres du groupe d'experts techniques dont les noms figurent ci-après de leur expertise, leur contribution et leurs observations réfléchies qui se sont révélés inestimables tout au long du projet.

- Terry Klassen, médecin, M.Sc., FRCPC, Département de pédiatrie et Evidence-based Practice Center, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)
- Carla Policicchio, B.Sc.N., inf. aut., National Emergency Nurses Affiliation (NENA), Edmonton (Alberta)
- Brian Holroyd, médecin, FACEP, FRCPC, Département de médecine d'urgence, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)
- Gil Curry, médecin, FRCPC, Département de médecine d'urgence, District sanitaire de Calgary, Calgary (Alberta)
- Sam Campbell, médecin, BCH, CCFPEM, Département de médecine d'urgence, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)
- Philip Yoon, médecin, CCFP-EM, MBA, Département de médecine d'urgence, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)
- Marc Afilalo, médecin, MCFP-EM, FACEP, FRCPC, Service d'urgence, Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis et Faculté de médecine, Université McGill, Montréal (Québec)
- Grant Innes, médecin, CCFP, FRCPC, Département de médecine d'urgence, Providence Health Care, St. Paul's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique)
- Mukarram Ali Zaidi, MBBS, M.Sc., Conseil canadien d'agrément des services de santé, Ottawa (Ontario)

Les auteurs tiennent également à remercier les fournisseurs de systèmes d'information en service d'urgence (SISU), les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux et les médecins d'urgence qui ont offert de l'information en matière de SISU et de collecte des données à l'échelle des provinces et du pays.

Conflits d'intérêts

Kenneth Bond, Maria B. Ospina et Sandra Blitz n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer. Brian H. Rowe et Michael Bullard collaborent à titre d'auteurs aux rapports de l'Atlas des services d'urgence en Alberta, cités ici. Michael Schull est l'un des auteurs des rapports de l'Atlas des services d'urgence en Ontario cités ici. Douglas Sinclair préside le Comité du système d'information sur les départements d'urgence canadiens (SIDUC) de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), tandis que Brian Rowe et Michael Bullard sont membres de ce comité. Brian Rowe et Michael Bullard ont participé à la mise au point de eTRIAGE®.

Collecter des données sur les urgences au Canada

Le sujet et la méthode

La surveillance efficace du surpeuplement de l'urgence favoriserait l'établissement de points de repère, utiles dans l'établissement et dans la comparaison entre les établissements, ainsi que la conception et la mise en œuvre d'interventions destinées à réduire le surpeuplement des urgences au Canada. Il est donc nécessaire d'évaluer la capacité des urgences et des administrations publiques à quantifier l'activité à l'urgence et à rendre compte d'indicateurs du surpeuplement de l'urgence. Une enquête a été menée auprès de 243 directeurs de service d'urgence (158 répondants, taux de réponse de 65 %) et une autre a été menée auprès de fournisseurs de systèmes d'information du service d'urgence (SISU), de représentants d'administrations publiques provinciales et territoriales, et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Incidence sur la prise de décisions

- **Les indicateurs du surpeuplement de l'urgence et la collecte de ces données doivent être uniformisés.** L'hétérogénéité de l'acquisition, de la collecte et de la définition des données, ainsi que le recours à divers éléments de données et paramètres pour déterminer le surpeuplement ne font qu'accroître la confusion au sujet des problèmes auxquels sont confrontés les urgences. Les indicateurs qui revêtent de l'importance pour les prestataires de services d'urgence, comme le pourcentage de l'urgence occupée par des malades hospitalisés, ne sont que rarement collectés.

- **Il serait indiqué que l'on procède à la collecte électronique des données pertinentes pour mesurer et prévoir le surpeuplement.** Seuls 39 % des directeurs interrogés font usage d'un SISU, qui permet la collecte électronique de données sur l'urgence. En 2005, neuf (69 %) des ministères provinciaux et territoriaux collectaient certaines données sur les urgences, mais la plupart (78 %) les tirent des dossiers médicaux. L'Alberta, l'Ontario et le Yukon disposaient en 2005 d'une base de données provinciale, exhaustive, sur les urgences. Six provinces ont l'intention de modifier leur collecte de données sur les urgences dans les deux ans.
- **La transmission d'information à un fichier central pancanadien serait utile pour les décideurs.** En 2005, l'Ontario et le Yukon transmettaient déjà des données exhaustives sur les urgences au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS, cependant que des établissements de soins d'autres provinces y transmettent des données locales.
- **Des systèmes d'information électroniques prévus pour l'urgence sont répandus au Canada.** Sept des 11 (64 %) fournisseurs de SISU interrogés en 2005 mentionnent que leur logiciel est utilisé dans des urgences au Canada. La plupart d'entre eux offrent les mêmes options de base en SISU (mappage et suivi dans 100 % des cas, triage électronique dans 91 % des cas); toutefois, les fonctionnalités avancées (p. ex., le dossier électronique, la planification du congé, la saisie des ordonnances) ne sont pas disponibles en général dans le logiciel de base ou ne le sont qu'à titre facultatif.

Le présent résumé est tiré d'un rapport exhaustif d'évaluation d'une technologie de la santé disponible uniquement dans le site Web de l'ACMTS (www.acmts.ca) : Rowe BH, Bond K, Ospina MB, Blitz S, Schull M, Sinclair D, Bullard M. *Collecter des données sur les urgences au Canada*

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)

600-865, avenue Carling, Ottawa (Ontario) Canada K1S 5S8 Tél. : 613 226-2553 Téléc. : 613 226-5392 www.acmts.ca

L'ACMTS est un organisme sans but lucratif indépendant qui appuie la prise de décisions éclairées en matière de soins de santé en fournissant de l'information fiable et objective sur les technologies de la santé.

RÉSUMÉ

Le sujet

La disparité dans la présentation des données concernant le service d'urgence par les hôpitaux empêche les établissements de soins et les administrations publiques de quantifier le surpeuplement. L'hétérogénéité de la collecte des données est un problème sous-estimé qui a entravé l'étude des causes, des caractéristiques et des répercussions du surpeuplement des urgences, et l'élaboration de solutions efficaces.

Cerner des modes de collecte des données valides (électronique ou autre) sur l'urgence, préciser les lacunes en matière d'information, déterminer la portée des bases de données provinciales sur les urgences et examiner la transmission d'information au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) sont nécessaires pour connaître l'activité des services d'urgence au Canada et en rendre compte. Ces connaissances permettront de définir une méthode uniforme de mesure du surpeuplement de l'urgence, qui permettrait de comparer des services d'urgence de diverses tailles et capacités, et les provinces entre elles.

Le présent rapport de l'ACMTS est le deuxième d'une série de quatre, dont l'objectif consiste à évaluer de façon exhaustive le phénomène du surpeuplement des urgences au Canada.

Objectifs

Le premier objectif consiste à mener une enquête auprès de directeurs de service d'urgence afin de recenser les systèmes d'information en service d'urgence (SISU) d'usage courant au Canada. Le deuxième objectif consiste à mener une enquête auprès de fournisseurs de SISU afin de déterminer les options disponibles au Canada et le niveau d'utilisation du SISU. Le troisième objectif consiste à mener une enquête auprès des ministères de la Santé provinciaux et d'organisations canadiennes du domaine de la santé afin de déterminer l'accessibilité de données provinciales sur la fréquentation des urgences. Le dernier objectif consiste à préciser les éléments de données et les modes de collecte de données des SISU à l'échelle du pays.

Méthode

L'enquête auprès des directeurs de service d'urgence est une enquête ponctuelle canadienne auprès de 243 directeurs d'un service d'urgence d'un hôpital dans des municipalités canadiennes comptant plus de 10 000 habitants. L'enquête de 54 questions, rédigée en anglais et en français, a été mise à l'essai selon des techniques standard. La version électronique hébergée dans le Web a été acheminée par un système de courrier électronique automatique, alors que le questionnaire sur papier a été distribué par Postes Canada. L'enquête auprès des fournisseurs de logiciels est en fait un questionnaire d'une page transmis à 11 fournisseurs de SISU connus du groupe d'experts techniques (GET). La troisième enquête, également un questionnaire d'une page, a été envoyée au coordonnateur du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et à des représentants des administrations publiques provinciales et territoriales expérimentés dans la collecte de données sur les urgences. Dans la mesure du possible, nous avons vérifié l'information obtenue des représentants gouvernementaux en communiquant avec un clinicien ou un chercheur possédant de l'expérience dans la collecte de données. Les désaccords le cas échéant ont été réglés par consensus. Les données ont été synthétisées pour aboutir aux pourcentages des variables nominales. Les données en continu sont présentées par la moyenne accompagnée de l'écart-type (ÉT) ou la médiane accompagnée de l'intervalle interquartile (IIQ).

Résultats

Enquête auprès des directeurs de service d'urgence : Dans l'ensemble, 158 des 243 directeurs sélectionnés ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 65 %). Ils sont 39 % à faire usage d'un SISU électronique; aucun fournisseur n'a le monopole au Canada. Le triage est un trait commun à près de tous les services d'urgence; le triage électronique est en vigueur dans 19 % des cas.

Enquête auprès des fournisseurs de SISU : Les 11 fournisseurs de SISU ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 100 %). La plupart d'entre eux offrent les mêmes options de base en SISU : mappage et suivi dans 100 % des cas, triage électronique dans 91 % des cas. Les fonctionnalités avancées, comme le dossier électronique, la planification du congé ou la saisie des ordonnances, ne sont pas disponibles en général dans le logiciel de base ou ne le sont qu'à titre facultatif.

Enquête sur la collecte de données sur l'urgence à l'échelle provinciale ou territoriale et du pays : Les 13 représentants des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral ont répondu à l'enquête (taux de réponse de 100 %). Neuf provinces et territoires (69 %) collectent des données sur l'urgence, mais la source d'information diffère. L'Ontario, le Québec et le Nunavut produisent un rapport annuel sur les urgences. Cinq provinces et territoires (38 %) collectent des données sur le triage. L'Alberta, le Yukon et l'Ontario (23 %) se sont dotés d'une base de données exhaustive sur les services d'urgence, qui couvre leur population respective. Une province et un territoire, l'Ontario et le Yukon, transmettent de l'information à un fichier central canadien. Six provinces ou territoires (46 %) ont l'intention de modifier leur collecte de données sur les urgences dans les deux prochaines années.

Conclusion

La collecte de données pertinentes et exhaustives, fiables et valides, par les hôpitaux et les administrations publiques provinciales et territoriales s'impose pour cerner l'activité et le surpeuplement des urgences au Canada. Un fichier central canadien sur les urgences, auquel chaque province et territoire transmettrait des données à ce sujet, se révélerait utile aux décideurs, aux administrateurs, au personnel hospitalier et aux patients. Uniformiser les éléments de données pertinents et le mode de collecte des données permettrait d'établir des comparaisons dans l'établissement de soins et entre les établissements, et faciliterait la conception et la mise en œuvre d'interventions destinées à réduire le surpeuplement des urgences au Canada.

GLOSSAIRE

Ambulatory Care Classification System (ACCS) : registre provincial du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta; il renferme des données exhaustives sur toutes les urgences de l'Alberta, qui remontent à 1997.

Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) : appellation de l'organisation canadienne qui regroupe les médecins d'urgence du Canada, vouée à la promotion, à l'éducation et à la recherche dans le domaine de la médecine d'urgence.

Blocage de l'accès : se dit de la situation où les patients aux urgences nécessitant des soins hospitaliers ne peuvent disposer d'un lit dans un délai raisonnable.

Comité du système d'information sur les départements d'urgence canadiens (SIDUC) : nom du comité [composé de représentants de l'ACMU et de National Emergency Nurses Affiliation (NENA)] qui définit et rend public les éléments de données pertinents concernant les urgences.

Données administratives : désigne les données qui sont collectées à des fins administratives, qui peuvent être utilisées pour caractériser une population ou un échantillon de cette population.

Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) : désigne le système de cotation à cinq niveaux conçu pour déterminer la gravité de la maladie ou de la blessure afin de cerner rapidement les cas où la vie du patient est en danger et d'établir l'ordre de priorité de soins selon l'acuité; l'échelle est également utilisée pour déterminer le lieu de traitement le plus approprié des patients au service d'urgence; norme canadienne de triage, l'échelle a été mise au point par l'ACMU.

Hébergement des patients : s'entend de la situation où les patients aux urgences nécessitant des soins hospitaliers sont hébergés au service d'urgence en raison de l'indisponibilité de lits.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : organisme fédéral chargé de collecter, d'entreposer et d'analyser des données de diverses catégories cliniques, notamment sur les services d'urgence, les établissements de soins de longue durée ou les hôpitaux.

Intervalle interquartile : désigne l'intervalle statistique entre le premier et le troisième quartiles où viennent se placer les observations qui portent sur la moitié de l'effectif total.

Système d'information au service d'urgence (SISU) : désigne le système d'information conçu pour le service d'urgence, qui comporte en général la liste des éléments de données pertinents; le système est présenté sur papier ou en version électronique.

Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) : base de données sur les services d'urgence tenus par l'Institut canadien d'information sur la santé, qui ne contient actuellement que les données de l'Ontario sur les services d'urgence.

ABRÉVIATIONS

ACMU	Association canadienne des médecins d'urgence
ÉT	écart-type
ÉTG	échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence
eTRIAGE®	système de triage électronique mis au point à l'Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)
GET	groupe d'experts techniques
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IIQ	intervalle interquartile
MU	médecin d'urgence
NENA	National Emergency Nurses Affiliation
QSE	quitte sans avoir été examiné
SIDUC	Système d'information sur les départements d'urgence canadiens
SISU	système d'information au service d'urgence
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
STÉ	système de triage électronique
SU	service d'urgence

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iv
GLOSSAIRE	vi
ABRÉVIATIONS	vii
1 INTRODUCTION	1
1.1 Contexte.....	1
2 SUJET	3
3 OBJECTIFS	3
4 MÉTHODE	3
4.1 Conception des enquêtes.....	3
4.1.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence	3
4.1.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU	4
4.1.3 Enquête sur la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne	4
4.2 Schéma d'échantillonnage et composition des échantillons	4
4.2.1 Enquête auprès de directeurs de service d'urgence	4
4.2.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU	5
4.2.3 Enquête sur la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne	5
4.3 Questionnaires d'enquête	5
4.3.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence	5
4.3.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU	5
4.3.3 Enquête sur la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne	6
4.4 Protocole de l'étude.....	6
4.4.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence	6
4.4.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU	6
4.4.3 Enquête sur la collecte des données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne	6
4.5 Analyse des données	7
4.6 Éthique	7
5 RÉSULTATS	7
5.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence	7
5.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU	7
5.3 Enquête sur la collecte des données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne	8
6 DISCUSSION	8
6.1 Synthèse des résultats	8
6.1.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence	9
6.1.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU	9

6.1.3	Enquête sur la collecte des données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne	9
6.1.4	Hétérogénéité de la collecte des données	9
6.2	Limites	10
6.2.1	Enquête auprès des directeurs de service d'urgence	10
6.2.2	Enquête auprès des fournisseurs de SISU	10
6.2.3	Enquête sur la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne	11
6.3	Caractère applicable des constatations	11
6.4	Retentissement sur les services de santé	11
6.5	Lacunes	11
7	CONCLUSION	12
8	RÉFÉRENCES	13

ANNEXES – disponibles dans le site Web de l'ACMTS au www.acmts.ca

- ANNEXE 1 : Réponses des directeurs de service d'urgence à l'enquête sur les systèmes d'information au service d'urgence
- ANNEXE 2 : Réponses des fournisseurs de SISU à l'enquête
- ANNEXE 3 : Réponses des ministères de la Santé provinciaux à l'enquête sur la collecte de données
- ANNEXE 4 : Information disponible pour déterminer l'ampleur du surpeuplement de l'urgence dans les provinces canadiennes
- ANNEXE 5 : Enquête sur les SISU
- ANNEXE 6 : Enquête sur la collecte de données sur l'urgence à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne

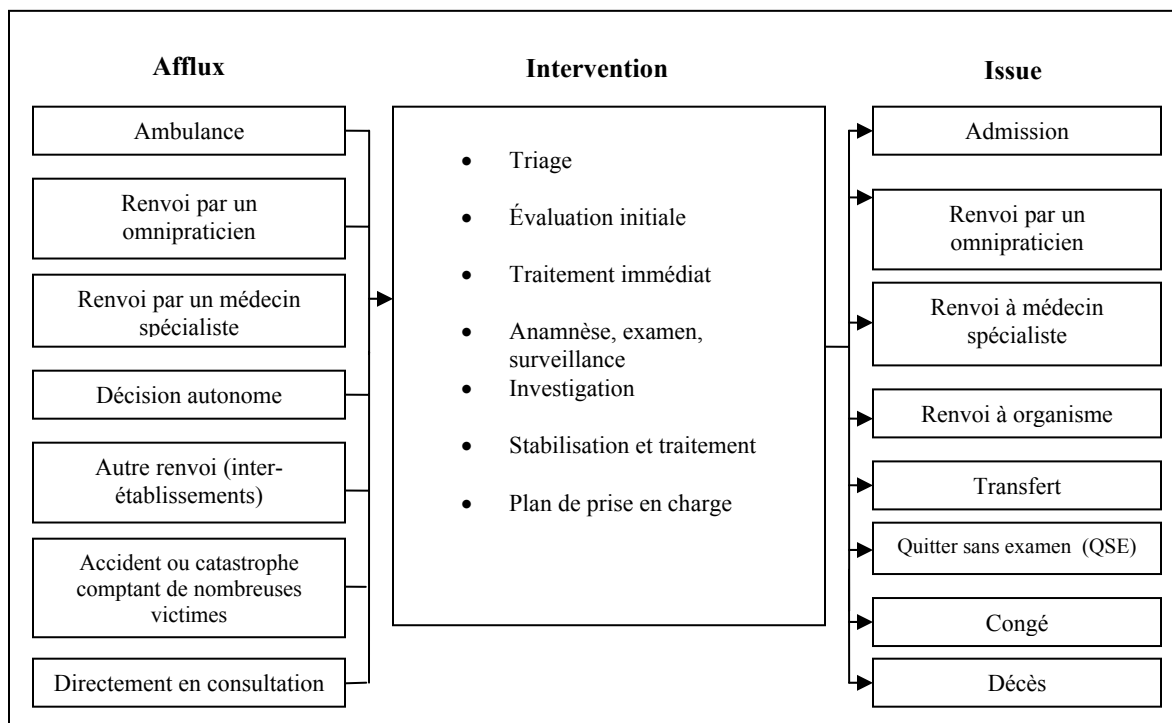
1 INTRODUCTION

1.1 Contexte

Chaque année, près de 14 millions de Canadiens et 110 millions d'Américains se rendent à l'urgence pour un motif ou un autre. Pour nombre de personnes, l'urgence est la porte d'entrée du système de santé, même si elles sont sous les soins d'un médecin de premier recours. Parce que l'urgence est ouverte sans restriction, et que le service permet d'atténuer la tension ailleurs dans l'hôpital, il subit beaucoup les contrecoups des déficiences du système de santé. La réingénierie hospitalière, la diminution de la capacité d'accueil et le nombre croissant de personnes âgées et de personnes aux prises avec des problèmes de santé complexes sont tous des facteurs qui exercent une énorme tension opérationnelle sur l'urgence et entraînent le surpeuplement. Le surpeuplement est la situation où la demande de services d'urgence excède la capacité de dispenser des soins dans un délai raisonnable, empêchant en fait les médecins et les infirmières d'offrir des soins optimaux¹. La longue attente avant l'évaluation², l'hébergement prolongé à l'urgence des patients admis par manque de lits, les patients qui quittent sans avoir été examinés (QSE)³, le déroutement et la saturation du réseau routier des ambulances⁴ et le roulement accru du personnel de l'urgence sont des manifestations du surpeuplement.

Le surpeuplement de l'urgence soulève de plus en plus des préoccupations dans de nombreux systèmes de santé, et est un sujet abondamment discuté dans la documentation biomédicale. Le phénomène a été schématisé en fonction de l'afflux de patients à l'urgence, des interventions à l'urgence et de l'issue (voir la figure 1).

Figure 1 : Modèle conceptuel du surpeuplement de l'urgence en fonction de l'afflux, de l'intervention et de l'issue



(Adapté de Asplin et collab.¹ et Fatovich⁵)

La notion de surpeuplement de l'urgence varie d'un établissement à un autre, selon le contexte local et l'information disponible. La capacité des organisations locales, provinciales et territoriales, et canadiennes de quantifier l'activité à l'urgence et de rendre compte d'indicateurs du surpeuplement de l'urgence repose sur la disponibilité d'information fiable et accessible. Nous n'en savons pas beaucoup à propos des patients qui se présentent à l'urgence. L'importance de cette information ne se limite pas à la question du surpeuplement. Les renseignements sur les services d'urgence permettraient :

- d'examiner les tendances épidémiologiques générales concernant la fréquentation de l'urgence par la population, et selon certains groupes, dont les enfants, les personnes âgées, les groupes marginalisés;
- d'examiner les tendances épidémiologiques concernant la fréquence de l'urgence en fonction du motif de consultation, tels la blessure, l'essoufflement ou la douleur thoracique, ou des catégories diagnostiques, comme l'insuffisance cardiaque, la colique néphrétique, l'infarctus du myocarde, l'asthme ou la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- de surveiller l'évolution de problèmes de santé, dont les blessures, les maladies infectieuses ou le bioterrorisme.

Des sources d'information permettent d'estimer le nombre de visites et l'activité aux services d'urgence du Canada. En ce qui concerne les États-Unis, l'information sur les patients qui fréquentent les urgences est incomplète, et le présent rapport ne s'attarde qu'à la situation canadienne. Les données sur les urgences peuvent provenir de diverses sources.

- Des renseignements sur la mortalité issus des statistiques de l'état civil, mais ils n'apportent pas beaucoup de précisions sur les aspects du volume étant donné que peu de patients décèdent à l'urgence.
- Des renseignements sur l'hospitalisation provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), exemplaires des points de vue de la codification et de l'exhaustivité, qui offrent un aperçu de la fréquentation des urgences au Canada. Vu qu'un certain nombre de personnes qui se présentent à l'urgence sont admises à l'hôpital, et que cette proportion varie selon le lieu et le type d'établissements, ces renseignements ne concernent que la pointe de la pyramide des données sur les soins ambulatoires⁶.
- Les données sur la facturation médicale pourraient permettre de caractériser les patients qui se présentent à l'urgence, mais la codification et l'accès restreint en limitent l'utilité. Ainsi, les divers régimes de rémunération, comme le salaire ou l'entente contractuelle, et la disparité de la codification limitent l'utilité de ces données.
- Des données sur l'urgence provenant des dossiers médicaux, codées par des nosologistes, saisies dans la base de données de l'hôpital.
- Des enquêtes auprès de la population qui estiment notamment la fréquentation des urgences à l'échelon régional. Par exemple, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (enquête canadienne auprès de 39 000 personnes âgées de plus de 12 ans en Ontario, soit un échantillon représentatif de 9,7 millions de personnes, administrée en 2000 et 2001) renferme de l'information sur l'état de santé, les blessures, les facteurs de risque et l'utilisation des soins de santé. Des biais tenant à la subjectivité du compte rendu, le manque d'information précise sur chacune des visites, la sous-représentation des enfants et d'autres segments de la population, et l'absence d'information sur les visites multiples entravent l'utilisation des données de l'enquête à des fins d'analyse macroscopique.
- Des données sur l'urgence saisies dans un système d'information électronique par des médecins et des infirmières sont disponibles dans quelques hôpitaux, et ce sont ces renseignements qui permettent le mieux de cerner les aspects de la fréquentation de l'urgence et du phénomène de surpeuplement.

2 SUJET

La disparité dans la présentation des données sur l'urgence, que ce soit à l'échelle de l'établissement, de la province ou du pays, empêche les administrations publiques de quantifier la fréquentation et le surpeuplement des urgences. L'hétérogénéité de la collecte des données entrave également l'étude des causes, des caractéristiques et des conséquences du surpeuplement, et l'élaboration de solutions efficaces. Elle nuit également à la recherche sur la fréquentation de l'urgence et la qualité des soins qui y sont dispensés, et à la détermination de l'influence des soins actifs sur le système de santé, passé et futur, afin de bien connaître le rôle de l'urgence dans la prestation des services de santé aux Canadiens.

Cerner des modes de collecte de données pertinentes (électroniques ou autres), préciser les lacunes en matière d'information, déterminer la capacité des bases de données provinciales sur l'urgence et examiner la transmission d'information au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) sont essentiels pour relever l'activité des urgences au Canada. Il serait alors possible de concevoir une méthode uniforme de mesure du surpeuplement de l'urgence qui faciliterait la comparaison entre des urgences de différentes tailles et capacités, et entre les provinces. Mieux connaître la fréquentation des urgences et le degré de surpeuplement améliorerait la communication entre les intervenants qui fondent leurs décisions sur cette information.

3 OBJECTIFS

Le premier objectif consiste à mener une enquête auprès de directeurs de service d'urgence pour répertorier les systèmes d'information en service d'urgence (SISU) les plus courants en usage au Canada. Le deuxième objectif consiste à mener une enquête auprès des fournisseurs de SISU pour déterminer les options disponibles au Canada et le degré d'utilisation des SISU. Le troisième objectif est de mener une enquête auprès des ministères de la Santé provinciaux et d'organisations canadiennes dans le domaine de la santé pour estimer la disponibilité de données provinciales sur la fréquentation des urgences. Le dernier objectif consiste à préciser les éléments de données et les modes de collecte des données des SISU à l'échelle du pays.

4 MÉTHODE

4.1 Conception des enquêtes

4.1.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence

Pour les besoins de l'étude transversale canadienne, la population cible est formée des directeurs de service d'urgence d'hôpitaux de municipalités canadiennes comptant une population de plus de 10 000 habitants. Les établissements dépourvus d'un service d'urgence comme tel, des hôpitaux psychiatriques ou de réadaptation par exemple, ont été exclus. La méthode est décrite dans le rapport sur la fréquence, les déterminants et les répercussions du surpeuplement des urgences au Canada⁷.

4.1.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU

Pour les besoins de l'étude transversale, la population cible est formée de représentants de fournisseurs de SISU actifs au Canada et de fournisseurs de SISU connus du groupe d'experts techniques (GET). Les participants sont des personnes considérées comme étant des utilisatrices expertes d'un logiciel en particulier. Pour les besoins de l'étude, l'expert est un employé d'une entreprise qui connaît tous les aspects ayant trait à l'urgence du logiciel de système d'information. Les fournisseurs de logiciels sans modules sur l'urgence ont été exclus.

4.1.3 Enquête sur la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne

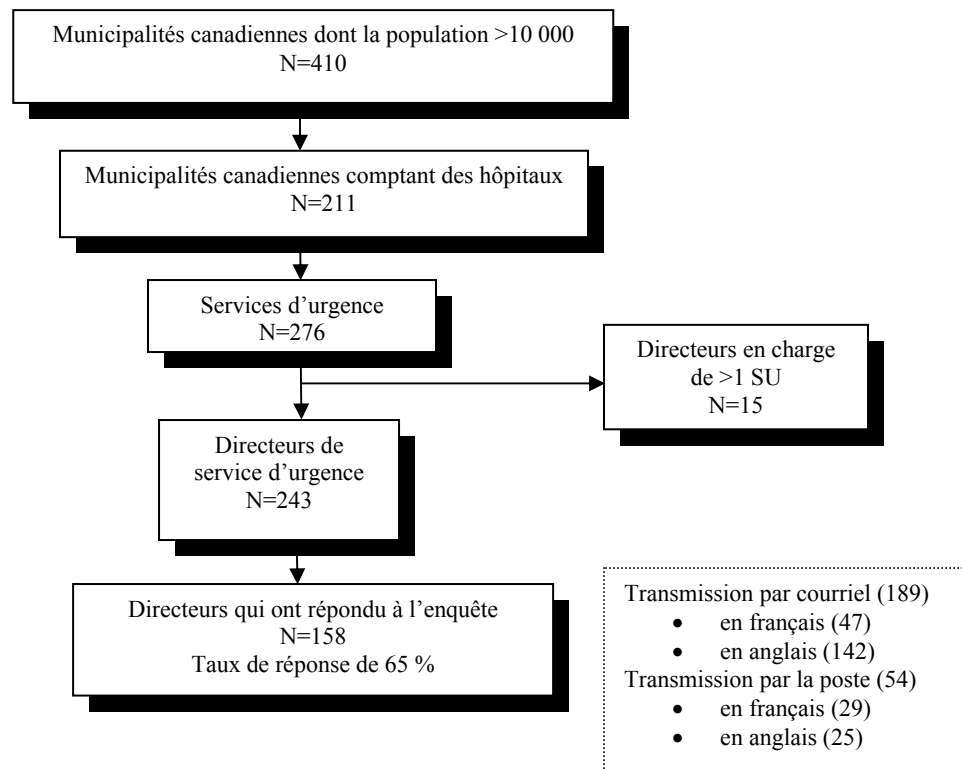
Pour les besoins de cette étude transversale, la population à l'étude est composée des représentants des ministères de la Santé des provinces et territoires du Canada. La liste des représentants a été dressée par le GET, et en fonction des noms contenus dans le SNISA de l'ICIS. L'enquête a également été menée auprès de l'ICIS qui tient le SNISA.

4.2 Schéma d'échantillonnage et composition des échantillons

4.2.1 Enquête auprès de directeurs de service d'urgence

L'échantillon de l'enquête est formé de 243 directeurs, dont 15 en charge de plus d'un service d'urgence, rattachés à 276 services d'urgence au Canada (voir la figure 2).

Figure 2 : Schéma d'échantillonnage de l'enquête auprès de directeurs de service d'urgence



4.2.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU

L'enquête a été acheminée à 11 fournisseurs de SISU d'entreprises de logiciels au Canada et aux États-Unis.

4.2.3 Enquête sur la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne

L'enquête a été acheminée à 14 représentants, un représentant à l'échelle du pays, 10 représentants provinciaux et trois territoriaux.

4.3 Questionnaires d'enquête

4.3.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence

Le questionnaire, rédigé en anglais et en français, a été conçu en fonction d'enquêtes antérieures avec la participation de chercheurs et d'experts sur le surpeuplement de l'urgence⁸⁻¹². Le questionnaire a ensuite été peaufiné de concert avec le GET, formé de 12 experts en médecine d'urgence réputés au Canada. Une enquête pilote a d'abord eu lieu auprès de 10 % des directeurs, sélectionnés de façon aléatoire, pour évaluer la faisabilité, le délai de réponse et la validité apparente du questionnaire. Ni le contenu, ni la structure n'ont été modifiés à la suite de l'enquête pilote. Après en avoir discuté avec le GET une dernière fois, l'équipe a rédigé la version anglaise définitive du questionnaire (voir l'annexe 1 du rapport sur la fréquence, les déterminants et les conséquences du surpeuplement)⁷.

À l'aide de 54 questions, l'enquête a pour objectif de collecter des données sur huit aspects de l'activité de l'urgence. Le présent rapport examine les résultats qui ont trait à la collecte de données électronique, aux SISU et au triage. Le questionnaire en version électronique hébergé dans le Web a été acheminé par un système de courrier électronique automatique [VS Survey (VSS), mis au point par VS Communications, Inc.], tandis que le questionnaire sur papier a été envoyé par la poste. Sous ses deux formes, l'enquête vise à obtenir les mêmes renseignements, la seule différence résidant dans la formulation selon le mode de transmission.

4.3.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU

Les membres du GET et l'équipe de recherche ont rédigé une première liste de questions. Un questionnaire pilote a été envoyé à un échantillon de membres du GET pour évaluer le délai de réponse et le caractère exhaustif du questionnaire. Les répondants avaient également le loisir de mentionner d'autres questions, pertinentes à leur avis. Plusieurs modifications ont été apportées au premier questionnaire pour en arriver à la version définitive.

Le questionnaire d'une page a été transmis par courrier électronique ou par télécopieur aux fournisseurs de SISU ainsi qu'à des cliniciens qui connaissent bien leurs produits. La lettre de présentation (voir l'annexe 5) décrit l'étude sur le surpeuplement de l'urgence et le bien-fondé de l'enquête auprès des fournisseurs de SISU. L'enquête a pour objectif d'obtenir de l'information sur l'utilisation des SISU au Canada, la disponibilité des fonctionnalités élémentaires de SISU (p. ex., le mappage ou le triage) et de fonctions facultatives (p. ex., saisie des ordonnances et dossier électronique).

4.3.3 Enquête sur la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne

Les membres du GET et l'équipe de recherche ont dressé une première liste de questions. Une enquête pilote a été menée auprès d'un échantillon des membres du GET pour déterminer le délai de réponse et le caractère exhaustif du questionnaire. Les répondants avaient le loisir de mentionner d'autres questions, pertinentes à leur avis. Plusieurs modifications ont été apportées au premier questionnaire.

Le questionnaire d'une page a été transmis par courrier électronique aux représentants provinciaux, territoriaux et canadiens. Il a également été acheminé à des cliniciens d'urgence ou des chercheurs qui connaissent bien les bases de données, le cas échéant. La lettre de présentation décrit l'étude sur le surpeuplement de l'urgence et précise le bien-fondé de l'enquête. L'enquête (voir l'annexe 6) a pour objectif d'obtenir de l'information sur les modes de collecte de données sur l'urgence, la présentation d'information annuelle à ce sujet, sur le triage et sur la transmission d'information au SNISA. Elle vise également à savoir si des modifications aux systèmes de collecte de renseignements sont prévues dans un avenir rapproché. Les représentants provinciaux devaient répondre à certaines questions concernant les éléments de données (voir l'annexe 4).

4.4 Protocole de l'étude

4.4.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence

La période d'enquête s'est étendue de février à juin 2005. La version électronique du questionnaire a été acheminée à 142 directeurs anglais et 47 directeurs français. Par un système automatique, les participants ont reçu par courrier électronique une lettre de présentation du président de l'ACMU incitant les médecins à participer à l'enquête et renfermant un lien à l'enquête dans le Web. Il a été prévu que les directeurs ne puissent remplir le questionnaire à plus d'une reprise. La version papier a été postée à 25 directeurs anglais et à 29 directeurs français, dont l'adresse électronique était inconnue. L'enquête transmise par la poste comprend une lettre de présentation et une enveloppe-réponse affranchie. Des rappels ont été adressés aux personnes qui ne répondaient pas à l'enquête, trois par courrier électronique, deux par la poste.

4.4.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU

La période d'enquête s'étale de mai à septembre 2005. Les chercheurs ont identifié 11 participants potentiels du secteur privé offrant des produits d'intérêt pour le marché canadien. Ils ont communiqué avec ces fournisseurs, par courrier électronique ou par téléphone, et tous les fournisseurs ont consenti à participer. Trois rappels leur ont été adressés.

4.4.3 Enquête sur la collecte des données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne

L'enquête a été menée de mai à septembre 2005. Les chercheurs ont identifié dix représentants provinciaux, trois représentants territoriaux et un représentant canadien du secteur public disposant d'information sur la capacité des urgences provinciales et territoriales. Tous ces représentants ont consenti à participer. Trois rappels leur ont été adressés.

4.5 Analyse des données

Les données recueillies dans le cadre de l'enquête auprès des directeurs de service d'urgence ont été importées dans SAS[®] pour Windows (version 8.2; SAS Institute, Cary NC) pour les besoins de l'analyse statistique; les données des autres enquêtes ont été saisies dans Excel[®] 2003 (Microsoft Corporation, Redmond WA). Toutes les données disponibles ont été incorporées dans la synthèse, même si les questionnaires n'ont pas tous été remplis dans la même mesure. S'agissant des variables nominales, les données sont présentées sous forme de pourcentages. Les données en continu sont présentées par la moyenne accompagnée de l'écart-type (ÉT) ou par la médiane accompagnée de l'intervalle interquartile (IIQ) selon le cas.

4.6 Éthique

La présente étude respecte les principes éthiques de la recherche auprès de participants humains du Conseil d'éthique en recherche sur la santé de l'Université de l'Alberta. Les chercheurs ont supposé que les personnes interrogées consentaient à participer si elles répondaient au questionnaire. Les renseignements provenant des répondants ont été codés, et l'anonymat des répondants a été préservé dans la présentation des résultats compilés.

5 RÉSULTATS

5.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence

À l'issue de l'enquête, 158 directeurs ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 65 %). En tout et pour tout, 57 (39 %) directeurs utilisent un SISU électronique (voir l'annexe 1). Les fournisseurs de SISU qui offrent des produits à ces urgences canadiennes sont peu nombreux : iSOFT (21 %), SIURGE (19 %), Cerner (16 %) et MEDITECH (18 %) sont les produits les plus courants. Le triage est une activité commune à 146 (99 %) urgences; l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) est l'instrument le plus répandu [138 urgences (95 %)]. Le triage électronique est en vigueur dans 28 (19 %) urgences.

5.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU

Les 11 fournisseurs ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 100 %). Le logiciel de sept (64 %) d'entre eux est en usage dans des urgences au Canada (voir l'annexe 2). La plupart des fournisseurs offrent le même SISU élémentaire : fonctions de suivi et de mappage dans 100 % des cas, triage électronique dans 91 % des cas. Bien que les options de triage varient, huit (73 %) fournisseurs offrent l'ÉTG. Les fonctions avancées comme le dossier électronique, la planification du congé ou la saisie des ordonnances, sont moins courantes ou ne sont disponibles qu'à titre facultatif. Dans le groupe des fournisseurs, sept (64 %) proposent des options en plus des fonctions de base.

5.3 Enquête sur la collecte des données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne

Les 14 représentants sollicités ont rempli le questionnaire (taux de réponse de 100 %). Neuf (69 %) provinces ou territoires affirment collecter des renseignements précis sur les urgences (voir l'annexe 3). Ils sont sept (54 %) à tirer cette information, en tout ou en partie, des dossiers médicaux. Trois ministères (23 %) produisent un rapport annuel sur les urgences (Ontario, Québec et Nunavut), tandis que trois (23 %) disposent d'une base de données sur les urgences exhaustive, à l'échelle de la province (Alberta, Yukon et Ontario).

Les données collectées ou rendues publiques ne sont pas les mêmes d'une province ou d'un territoire à un autre (voir l'annexe 4). Toutes les provinces et territoires affirment être en mesure de déterminer le nombre total de visites à l'urgence, quoique la méthode et la facilité d'accès varient d'un cas à un autre. Les données sur l'issue ne sont pas reliées dans la même mesure aux données sur l'inscription à l'urgence : neuf ministères (69 %) peuvent obtenir l'information sur l'admission, huit (62 %) ont accès aux dossiers sur la mortalité. Cinq ministères (38 %) collectent des données sur le triage, trois (23 %) collectent des données sur les signes et symptômes qui incitent la personne à se rendre à l'urgence et deux (15 %) collectent les données sur le motif de la consultation. Ils sont huit (62 %) ministères à connaître la durée du séjour des patients admis, six (46 %) le pourcentage des patients qui quittent sans avoir été examinés (QSE), six (46 %) la durée du séjour des patients ayant obtenu leur congé et cinq (38 %) le pourcentage de patients qui quittent l'urgence sans l'autorisation médicale. Ils ne sont pas nombreux à disposer de données sur les périodes de déroutement des ambulances [4 (31 %)] ou sur les délais d'attente à l'urgence [3 (23 %)].

Deux ministères, ceux de l'Ontario et du Yukon, transmettent des données exhaustives sur les urgences à un fichier central canadien (voir l'annexe 3). Une province collecte ces données sans les transmettre à l'ICIS. D'autre part, six (46 %) provinces ou territoires prévoient des modifications à la collecte des données sur l'urgence. Le SNISA est le seul fichier central canadien renfermant de l'information sur les urgences, quoique son utilité à l'échelle du pays soit minime du fait que peu de provinces (une seule y transmet toutes ses données, deux le font en partie, tandis que sept n'y contribuent pas) et de territoires (un seul transmet toutes ses données, les deux autres ne participent pas) y acheminent leur information.

6 DISCUSSION

6.1 Synthèse des résultats

L'étude a pour objectifs d'évaluer la capacité d'un échantillon représentatif de services d'urgence à collecter des données, de répertorier les systèmes d'information conçus pour le service d'urgence disponibles au Canada, d'examiner la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et de déterminer la mesure dans laquelle les provinces et territoires transmettent leur information sur les urgences à un fichier central canadien. L'étude relève des lacunes dans la collecte, l'entreposage et la présentation des données sur l'urgence à l'échelle locale, provinciale ou territoriale, et canadienne. Il importe que la collecte de renseignements sur l'urgence devienne une priorité pour les administrations publiques provinciales et canadiennes, et que cette collecte de données soit uniforme, exhaustive et obligatoire.

6.1.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence

Ils sont moins de 40 % à faire usage d'un SISU électronique. Les autres directeurs s'en remettent vraisemblablement à d'autres modes de collecte des renseignements, des registres papier d'une forme ou d'une autre, ou une méthode quelconque d'extraction des données des dossiers médicaux. L'enquête a été menée auprès de 11 fournisseurs de SISU, et aucun d'eux n'a le monopole du marché canadien. À l'opposé, le logiciel iSOFT (HASS) est implanté dans plus de 70 % des urgences australiennes. Une telle situation comporte des avantages et des désavantages : l'adoption à grande échelle d'un seul SISU accroît l'efficacité de la collecte des données à l'échelle provinciale et du pays par son uniformité, mais l'absence de concurrence n'incite pas les entreprises à peaufiner leurs produits au rythme de l'évolution de l'urgence. Le présent rapport n'entend pas promouvoir un fournisseur de SISU, ni un système en particulier; il préconise l'uniformisation de la collecte des données (p. ex., SIDUC et SNISA).

Les scores de triage, qui sont des indicateurs de l'acuité, rendent compte avec exactitude de l'utilisation des ressources, de la nécessité de la consultation ou de l'admission et des coûts globaux^{13,14}. Malgré que le triage soit une activité commune de la plupart des urgences, et que l'ÉTQ soit l'instrument le plus courant au Canada, les directeurs sont peu nombreux (19 %) à recourir au triage électronique.

6.1.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU

La plupart des fournisseurs de SISU offrent les mêmes options de base en SISU, soit le mappage et le suivi; les fonctionnalités avancées comme le dossier électronique, la planification du congé ou la saisie des ordonnances, ne sont pas disponibles en général dans le logiciel de base, et elles ne le sont qu'à titre facultatif. À ce titre, peu d'urgences y ont recours. Par conséquent, l'urgence dépourvue de SISU électronique ne disposera pas facilement de données exhaustives sur le délai de la prestation des soins, le séjour à l'urgence et les soins dispensés aux patients – qui sont toutes des données nécessaires pour saisir le phénomène du surpeuplement de l'urgence et évaluer avec justesse les interventions destinées à le contrer.

6.1.3 Enquête sur la collecte des données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne

Tous les représentants provinciaux et territoriaux ont répondu au questionnaire. Neuf (69 %) provinces ou territoires collectent des données sur l'urgence, mais la source d'information n'est pas la même. Sept (78 %) ministères tirent cette information, en tout ou en partie, des dossiers médicaux. Trois (33 %) ministères produisent un rapport annuel sur les urgences. Cinq (38 %) collectent des données sur le triage, tandis que trois (Alberta, Yukon et Ontario) se sont dotés d'une base de données sur les urgences, exhaustive, à l'échelle de la province ou du territoire. Une province et un territoire, soit l'Ontario et le Yukon, transmettent des données exhaustives sur les urgences à un fichier central canadien. La plupart des ministères prévoient des modifications au mode de collecte des données sur les urgences dans un avenir rapproché.

6.1.4 Hétérogénéité de la collecte des données

La collecte des données sur les urgences par les provinces et les territoires est caractérisée par de la disparité sur les plans de la qualité et de l'exhaustivité. Des éléments de données, comme les symptômes à l'arrivée, le motif de la consultation ou le triage, sont rarement collectés à l'échelle

provinciale. De même, les indicateurs du surpeuplement, préconisés par la recherche, ne sont pas relevés souvent. Par exemple, un autre rapport de la présente série révèle que le plus important indicateur du surpeuplement est la proportion de l'urgence occupée par des patients admis¹⁵. Cet indicateur est également appelé « blocage de l'accès » ou « patients admis à l'urgence », et il est de plus en plus étudié depuis sa définition par Richardson¹⁶. L'indicateur s'applique à la situation où des patients nécessitant une hospitalisation séjournent à l'urgence longtemps avant de se voir attribuer un lit sur une unité de soins. Aucun des représentants provinciaux ou territoriaux n'a indiqué que leur province ou territoire collecte ou produit cette information. D'autres projets de recherche démontrent que peu d'hôpitaux sont en mesure d'offrir cette information facilement¹⁵.

D'autres indicateurs du surpeuplement de l'urgence, souvent mentionnés dans la documentation, sont le délai d'attente avant d'être examiné, le séjour à l'urgence du patient admis et le séjour à l'urgence du patient qui obtient son congé, le nombre de patients qui QSE ou qui quittent sans l'autorisation médicale, et le nombre de périodes de déroutement des ambulances. Moins de la moitié des provinces et territoires collectent ces données particulières.

Malgré la disparité de l'information recueillie sur les urgences, des bases de données provinciales, soit celle de l'Alberta et celle de l'Ontario, et le fichier canadien, le SNISA, renferment des éléments de données bien précis. L'ACMU a mis sur pied un comité du système d'information sur les départements d'urgence canadiens (SIDUC) qui a formulé des recommandations concernant les éléments de données appropriés que devrait couvrir le SISU électronique futur^{17,18}. Il a également dressé une liste des principales raisons de consultation¹⁹, et une liste des éléments de données à collecter à l'avenir. Si le SNISA, en raison des éléments de données qu'il renferme, peut être considéré comme un SISU approprié, l'on devrait s'efforcer d'adopter le plus rapidement possible ses données à grande échelle.

6.2 Limites

Tous les volets de l'étude comportent des limites.

6.2.1 Enquête auprès des directeurs de service d'urgence

Étant donné que le taux de réponse est de 65 %, il est probable que les résultats soient marqués d'un biais de non-réponse. Nous nous sommes employés à inclure toutes les urgences des grandes régions urbaines, mais l'échantillon pourrait être biaisé si nous avons passé outre quelques hôpitaux moins connus.

6.2.2 Enquête auprès des fournisseurs de SISU

Cette enquête peut également être entachée de certains biais, parce que l'information demandée est rapportée par les participants à l'enquête sans autre vérification ou confirmation à grande échelle. Nous avons tenté de vérifier l'information en comparant les réponses des fournisseurs avec celles de cliniciens d'urgence possédant de l'expertise en logiciel de SISU. En cas de divergence entre les deux, le clinicien a noté que le logiciel n'était pas utilisé à pleine capacité, et la réponse du fournisseur a été jugée exacte. Même si tous les fournisseurs de SISU sollicités ont répondu à l'enquête, il se peut que d'autres fournisseurs proposent des produits appropriés dans le marché canadien.

6.2.3 Enquête sur la collecte de données à l'échelle provinciale ou territoriale et canadienne

Cette enquête peut également souffrir de biais tenant à la subjectivité du compte rendu de l'information par les répondants. Toutefois, ces biais sont peu probables, étant donné l'inutilité de mentionner de l'information inexacte.

Malgré ces limites, le taux de réponse élevé, la collecte de données exhaustive et les mécanismes de vérification appliqués pour s'assurer que les données sont valides et fiables, ont produit des résultats qui rendent compte avec justesse de la collecte de données sur l'urgence au Canada en 2005.

6.3 Caractère applicable des constatations

Les résultats seraient applicables à l'ensemble du Canada. Les réponses des enquêtes auprès des fournisseurs et auprès des représentants gouvernementaux pourraient représenter des paramètres variables dans le temps. Ainsi, les enquêtes pourraient ne pas refléter des modifications récentes, et le caractère dynamique de la collecte de données pourrait limiter la possibilité d'appliquer ces constatations à l'avenir.

D'aucuns pourraient faire valoir que le GET était formé pour la plupart de professionnels de la santé et de chercheurs issus d'établissements universitaires urbains. Cependant, l'hétérogénéité de la composition du groupe a contribué à enrichir la discussion et rehausserait le caractère applicable des résultats concernant les bases de données et le SISU.

6.4 Retentissement sur les services de santé

La plupart des hôpitaux et des provinces ou territoires du Canada ne collectent pas, couramment et méthodiquement, suffisamment de données pour surveiller la fréquentation de l'urgence, pour rendre compte du surpeuplement et pour mieux savoir de quelle façon les services de santé sont utilisés. L'hétérogénéité de l'acquisition, de la collecte et de la définition des données, ainsi que le recours à divers éléments de données et paramètres pour déterminer le surpeuplement ne font qu'accroître la confusion au sujet des problèmes auxquels sont confrontées les urgences. L'un des problèmes que pose la collecte d'information par les logiciels de SISU concerne l'exactitude et la validité des données. La biométrie et le capteur pour saisir l'activité du médecin et de l'infirmière et l'interaction avec le patient en temps réel, plutôt que le compte rendu du personnel, est l'une des façons d'améliorer la précision dans le temps de l'information collectée. Tous ces aspects devront être pris en considération dans la mise au point du système futur. De plus, le développement de banques de données sur les urgences, pertinentes, globales, fiables et valides, permettraient aux cliniciens, administrateurs, chercheurs et décideurs de disposer d'outils inestimables dans la recherche des causes et des solutions au surpeuplement de l'urgence au Canada.

6.5 Lacunes

Les constatations présentées ici font ressortir les lacunes dans la collecte d'information sur les urgences, et indiquent aux décideurs la voie à emprunter pour les combler. La collecte d'information électronique n'est pas répandue dans les urgences au Canada. Connaître les causes et les conséquences, et cerner des solutions potentielles au surpeuplement de l'urgence, ne sera possible que si l'on parvient à une collecte efficace de données pertinentes, exhaustives, fiables et valides,

acheminées dans des fichiers locaux et provinciaux. Il semblerait logique désormais que les provinces et territoires du Canada adoptent les critères de présentation de données du SNISA à tout le moins, et rendent obligatoire la transmission de ces données à un fichier central canadien sur les urgences. Il serait indiqué de plus de peaufiner les éléments de données du SNISA à la lumière des recommandations du comité SIDUC de l'ACMU. Une telle démarche permettrait de mieux connaître la fréquentation et le surpeuplement des urgences, et d'améliorer les services dispensés dans les urgences.

7 CONCLUSION

La collecte de données pertinentes, exhaustives, fiables et valides par les hôpitaux et les provinces et territoires est essentielle pour connaître la fréquentation des urgences et saisir le problème du surpeuplement au Canada. Un fichier central canadien, auquel les provinces et les territoires achemineraient l'information, serait inestimable pour les décideurs, les administrateurs, le personnel et les patients des urgences. Uniformiser la définition des éléments de données et les modes de collecte des données favoriserait les comparaisons, que ce soit dans l'établissement ou entre des établissements, ainsi que la conception et la mise en œuvre d'interventions destinées à réduire le surpeuplement des urgences au Canada.

8 RÉFÉRENCES

1. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2003; 42:173-80.
2. Saposnik G, Leeb K, Webster G, Zelmer J. Understanding emergency department wait times: who is using emergency departments and how long are they waiting? Toronto: Canadian Institute for Health Information; 2005.
3. Rowe BH, Channan P, Bullard M, Alibha A, Saunders D. Reasons why patients leave without being seen from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003; 10:513.
4. Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M, Redelmeier DA. Emergency department gridlock and out-of-hospital delays for cardiac patients. *Acad Emerg Med* 2003; 10:709-16.
5. Fatovich DM. Emergency medicine. *BMJ* 2002; 324:958-62.
6. Sahai VS, Ward MS, Zmijowskyj T, Rowe BH. Quantifying the iceberg effect for injury: using comprehensive community health data [published erratum appears in *Can J Public Health* 2006; 97(1):34]. *Can J Public Health* 2005;96(5):328-32.
7. Rowe BH, Bond K, Ospina MB, Blitz S, Afilalo M, Campbell SG, Schull M. Frequency, determinants, and impact of emergency department overcrowding in Canada [Technology report no 67.3]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006.
8. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35:63-8.
9. Derlet RW, Richards JR. Emergency department overcrowding in Florida, New York, and Texas. *South Med J* 2002; 95:846-9.
10. Richards JR, Navarro ML, Derlet RW. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. *West J Med* 2000; 172:385-8.
11. Hospital emergency departments: crowded conditions vary among hospitals and communities. GAO report to the ranking minority member, Committee on Finance, U.S. Senate. Washington: United States General Accounting Office; 2003. GAO-03-460. Available: <http://www.gao.gov/new.items/d03460.pdf>.
12. Schull MJ, Slaughter PM, Redelmeier DA. Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions. *CJEM* 2002; 4:76-83.
13. Dong SL, Bullard MJ, Meurer DP, Blitz S CI, Rowe BH. Emergency department triage: evaluating the validity of a computerized triage tool [abstract]. *CJEM* 2004; 6:209.
14. Grafstein EJ, Innes GD, Westman J, Christenson JM, Thorne A. The inter-rater reliability of triage in an acute care emergency department setting. *Acad Emerg Med* 2003; 10:527.
15. Ospina MB, Bond K, Schull M, Innes G, Blitz S, Friesen C, Rowe BH. Measuring overcrowding in emergency departments: a call for standardization [Technology report no 67.1]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006.
16. Richardson DB. Association of access block with decreased ED performance. *Acad Emerg Med* 2001; 8:575-6.

17. Canadian Emergency Department Information Systems (CEDIS). Ottawa: Canadian Association of Emergency Physicians; 2001. Available from: <http://www.caep.ca/002.policies/002-03.cedis.htm> (accessed 2004 Dec 3).
18. Innes G, Murray M, Grafstein E, for the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) working group. A consensus-based process to define standard national data elements for a Canadian emergency department information system. *CJEM* 2001; 4:277-84.
19. Grafstein E, Unger B, Bullard M, Innes G, for the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) working group. Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0). *CJEM* 2003; 5:27-34.

ANNEXES

**Disponibles dans le site Web de l'ACMTS
www.acmts.ca**