



Février 2010

Utilisation des services d'urgence en Ontario par les personnes âgées, 2004-2005 à 2008-2009

Introduction

La pression que pourrait exercer le vieillissement de la population sur le système de santé constitue un thème récurrent lorsqu'il est question des soins de santé au Canada et ailleurs dans le monde. Même si de nombreuses études démontrent le contraire¹⁻³, bien des gens pensent que, puisque le nombre de personnes âgées augmente, les soins requis excéderont les capacités du système de santé. Le fait que de nombreux aînés sont atteints de maladies chroniques⁴ qui, à mesure qu'elles progressent, coûtent généralement de plus en plus cher à traiter⁵ contribue à nourrir cette inquiétude.

Dans le but d'alimenter la réflexion sur le sujet, la présente Analyse en bref examine la tendance en matière d'utilisation des services d'urgence par les personnes âgées (65 ans et plus) en Ontario, la seule province pour laquelle l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dispose de données exhaustives permettant de dégager des tendances. L'analyse dresse un portrait précis de l'évolution du nombre de personnes âgées s'étant présentées aux services d'urgence, des niveaux de triage et des taux d'admission en soins de courte durée par l'intermédiaire des services d'urgence entre 2004-2005 et 2008-2009. Elle tient également compte de l'évolution du nombre de personnes âgées qui ont recouru aux services d'urgence pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) et des coûts de l'ensemble des visites aux services d'urgence.

Principales conclusions

- Le taux de visites aux services d'urgence par des personnes âgées a augmenté légèrement (1,5 %) de 2004-2005 à 2008-2009. Ce taux a augmenté de 2 % pour l'ensemble de la population.
- La proportion d'aînés se situant aux niveaux de triage les plus élevés (réanimation ou très urgent) est passée de 19 % en 2004-2005 à 22 % en 2008-2009. Cette hausse pourrait s'expliquer par des changements dans les pratiques de codification et n'indique pas forcément que les cas aux services d'urgence se sont aggravés.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

- Par contre, si la proportion de cas critiques (réanimation ou très urgent) au triage a augmenté, les admissions à l'hôpital par l'intermédiaire des services d'urgence ont diminué. Cette diminution est particulièrement manifeste chez les aînés, la proportion étant passée de 28 % en 2004-2005 à 25 % en 2008-2009. Une proportion accrue de patients ont reçu leur congé et sont rentrés chez eux ou ont été transférés vers d'autres établissements au cours d'une période comparable.
- En 2008-2009, 9 % des aînés s'étant rendus aux services d'urgence présentaient une CPSA, alors qu'en 2004-2005, cette proportion était de 10 %. Dans l'ensemble, les personnes âgées se présentant aux services d'urgence pour une CPSA se sont vu attribuer un niveau de priorité élevé; les taux de personnes âgées hospitalisées ont donc augmenté par rapport au nombre global de visites aux services d'urgence par des aînés.
- La proportion d'aînés se présentant aux services d'urgence pour une CPSA et dont le cas est jugé critique au triage (réanimation ou très urgent) est passée de 39 % à 44 % de 2004-2005 à 2008-2009. Pendant la même période, la proportion de personnes âgées hospitalisées s'étant rendues aux services d'urgence pour une CPSA a diminué de 52 % à 48 %.
- Les taux de personnes âgées s'étant présentées aux services d'urgence, pour une CPSA ou non, varient selon le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS).
- En 2007-2008, le coût moyen d'une visite aux services d'urgence était de 260 \$ pour l'ensemble de la population, comparativement à 386 \$ pour les personnes âgées.
- Le coût des visites pour une CPSA tendait à être supérieur au coût moyen des visites aux services d'urgence.

Méthodologie

Les analyses se fondent sur les données soumises par les hôpitaux ontariens au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de 2004-2005 à 2008-2009. En 2008-2009, 178 hôpitaux ontariens ont soumis au SNISA des données sur les services d'urgence. Les analyses ne portent que sur les résidents de l'Ontario ayant fait une visite non planifiée aux services d'urgence, selon la définition du SNISA. Toutes les analyses se rapportent à l'exercice financier qui s'étend du 1^{er} avril au 31 mars.

Les estimations démographiques pour 2004 à 2008 proviennent de Statistique Canada et ont servi aux analyses par habitant. Les estimations démographiques de Statistique Canada pour 2004, 2007 et 2008 ont servi à l'analyse des données sur les RLISS. Tous les taux sont normalisés selon l'âge et le sexe en fonction du recensement de 2001 de l'Ontario.

Définitions

Groupes d'âge : Il y a trois groupes d'âge, à savoir les adultes (20 à 64 ans), les personnes âgées (65 ans et plus) et l'ensemble de la population (personnes de moins de 20 ans, adultes et personnes âgées).

Niveaux de triage : Les visites aux services d'urgence ont été classées selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence, qui indique les soins requis à l'arrivée des patients. Les cotes varient du niveau I (réanimation) au niveau V (non urgent)⁶. Dans le présent rapport, les niveaux I et II sont souvent désignés par le terme commun « critique ».

Niveau de triage	I	II	III	IV	V
Niveau de gravité	Réanimation	Très urgent	Urgent	Moins urgent	Non urgent

Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) : L'Ontario compte 14 RLISS. À l'exception des taux d'utilisation, toutes les visites aux services d'urgence ont été regroupées par RLISS. Les taux d'utilisation ont été obtenus en divisant le nombre de visites aux services d'urgence par les patients habitant le territoire d'un RLISS (établi à partir des codes postaux) par le nombre total d'habitants de ce territoire.

Conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) : On a également analysé le nombre de visites aux services d'urgence en lien avec des CPSA. On croit que les taux d'hospitalisation pour une CPSA peuvent être un indicateur de la disponibilité des soins requis à l'échelle communautaire. On a examiné sept CPSA : angine de poitrine, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète, épilepsie, insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire, et hypertension artérielle.

Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie utilisée aux fins du présent rapport.

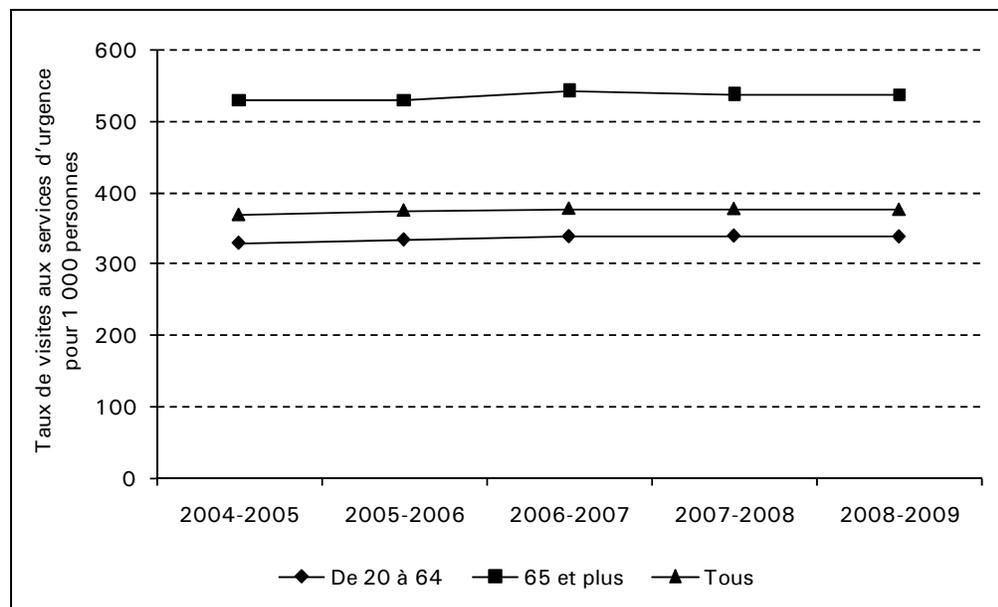
Résultats

Tendances dans l'utilisation des services d'urgence en Ontario par les personnes âgées

Entre 2004-2005 et 2008-2009, le taux de visites aux services d'urgence en Ontario a augmenté de 2 %. Chez les personnes âgées, cette hausse était de 1,5 %, contre 2,6 % dans la population adulte.

Comme le taux global de visites aux services d'urgence de l'Ontario a augmenté, celui des visites annuelles a connu une hausse de 6,9 %. Cette augmentation reflète à la fois la progression des taux d'utilisation et la croissance démographique (tableau 1).

Figure 1 Taux de visites aux services d'urgence pour 1 000 personnes, par groupe d'âge, 2004-2005 à 2008-2009



Remarques

Les taux pour chaque groupe d'âge sont normalisés selon l'âge et le sexe en fonction du recensement de 2001 de l'Ontario.

La catégorie Tous désigne les moins de 20 ans, les adultes et les aînés.

Source

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

Tableau 1 Comparaison du nombre de visites aux services d'urgence et de la taille de la population, par groupe d'âge, 2004-2005 et 2008-2009

Groupe d'âge	2004-2005	2008-2009	Différence (valeur absolue)	Différence (%)
Nombre de visites aux services d'urgence				
De 20 à 64 ans	2 551 779	2 737 210	185 431	+7,3 %
65 ans et plus	853 278	960 392	107 114	+12,6 %
Tous	4 593 614	4 908 435	314 821	+6,9 %
Taille de la population				
De 20 à 64 ans	7 738 838	8 079 392	340 554	+4,4 %
65 ans et plus	1 589 697	1 743 868	154 171	+9,7 %
Tous	12 454 171	12 928 996	474 825	+3,8 %

Remarque

La catégorie Tous désigne les moins de 20 ans, les adultes et les personnes âgées.

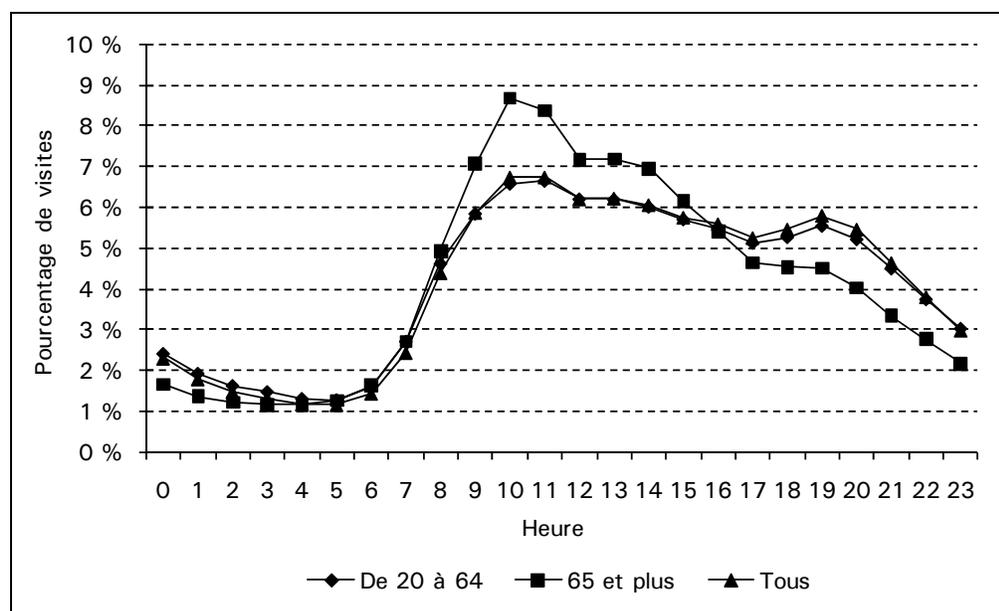
Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; estimations démographiques, Statistique Canada.

Variation du nombre de visites aux services d'urgence selon l'heure

Les services d'urgence reçoivent des patients à toute heure du jour ou de la nuit, mais le nombre de patients varie selon l'heure. Par exemple, le nombre de visites augmente à compter de 6 h et atteint un sommet à 10 h. L'utilisation des services d'urgence varie également selon le groupe d'âge : comparativement aux adultes, une proportion plus importante d'aînés se rendent aux services d'urgence entre 9 h et 15 h (figure 2). La répartition dans le temps n'a pas changé de 2004-2005 à 2008-2009 (données non présentées).

Figure 2 Visites aux services d'urgence selon l'heure, par groupe d'âge (en pourcentage), 2008-2009



Remarques

L'heure d'une visite correspond à l'heure d'inscription. Si l'heure d'inscription n'est pas indiquée, on utilise l'heure du triage.

La catégorie Tous désigne les moins de 20 ans, les adultes et les aînés.

Source

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

Niveaux de triage à la hausse

À son arrivée aux services d'urgence, le patient est d'abord soumis au triage, où une infirmière détermine dans quels délais il doit être vu par un médecin. En Ontario, cette évaluation se fonde sur les cinq niveaux de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les services d'urgence. Les patients dont les besoins sont les plus importants, c'est-à-dire dont l'état est critique et dont la vie est menacée, se voient attribuer le niveau I (réanimation) ou II (très urgent). À l'inverse, les patients dont les besoins ne sont pas urgents se voient attribuer le niveau de triage le plus faible (niveau V).

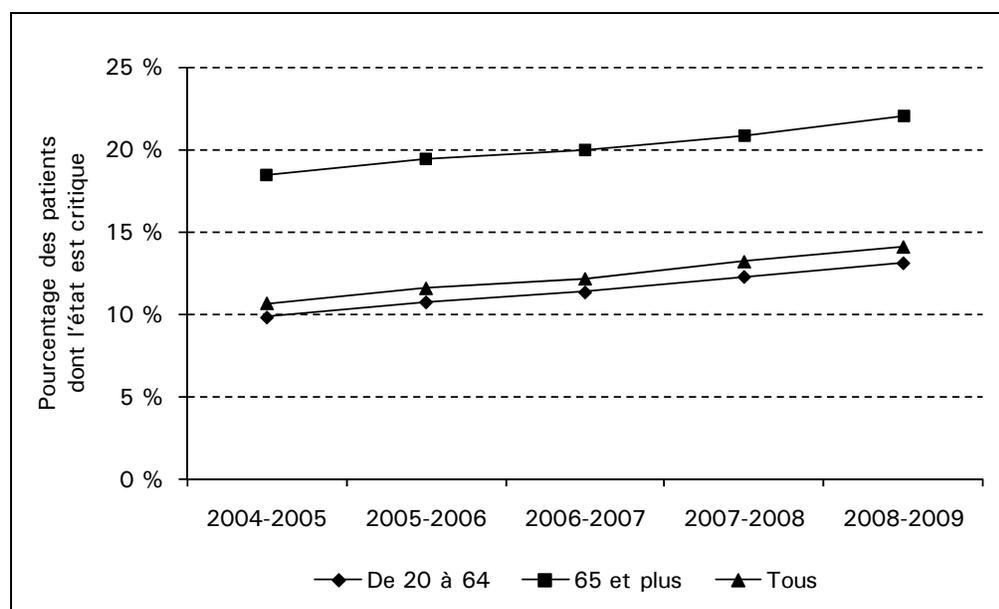
Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

De 2004-2005 à 2008-2009, la proportion de patients se présentant aux services d'urgence dans un état critique (réanimation ou très urgent) est passée de 11 % à 14 %. Chez les aînés, cette proportion est passée de 19 % à 22 % au cours de la même période.

Ce phénomène n'est pas attribuable uniquement à une augmentation de la proportion de patients dirigés vers des niveaux de soins plus urgents. Il résulte également de l'augmentation du nombre de patients classés au niveau I ou II au moment du triage. De 2004-2005 à 2008-2009, le nombre de personnes âgées dont l'état a été jugé critique au moment du triage a augmenté de plus de 54 000. Une tendance analogue est observée tant chez les adultes que dans l'ensemble de la population. L'augmentation du pourcentage de patients dont l'état est jugé critique peut s'expliquer par des changements dans les pratiques de codification, et n'indique pas forcément que les cas traités aux services d'urgence se sont aggravés.

Figure 3 Patients présentant un état critique lors du triage (réanimation ou très urgent), par groupe d'âge (en pourcentage), 2004-2005 à 2008-2009



Remarques

Les patients dont l'état est critique se voient attribuer le niveau I (réanimation) ou le niveau II (très urgent) au moment du triage.

L'analyse a porté exclusivement sur les enregistrements incluant le niveau de triage.

La catégorie Tous désigne les moins de 20 ans, les adultes et les aînés.

Source

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

Tableau 2 Comparaison des cas jugés critiques au moment du triage (réanimation ou très urgent), par groupe d'âge (pourcentage et nombre), 2004-2005 et 2008-2009

Groupe d'âge	2004-2005	2008-2009	Différence (valeur absolue)	Différence (%)
Volume de patients classés aux niveaux I ou II au moment du triage				
De 20 à 64 ans	251 144	359 357	108 213	+ 43,1 %
65 ans et plus	157 563	211 626	54 063	+ 34,3 %
Tous	488 890	692 918	204 028	+ 41,7 %
Pourcentage de patients classés aux niveaux I ou II au moment du triage				
De 20 à 64 ans	9,9 %	13,1 %	3,2 %	+ 32,3 %
65 ans et plus	18,5 %	22,0 %	3,5 %	+ 18,9 %
Tous	10,7 %	14,1 %	3,4 %	+ 31,8 %

Remarques

Les patients dont l'état est critique se voient attribuer le niveau I (réanimation) ou le niveau II (très urgent) au moment du triage.

L'analyse a porté exclusivement sur les enregistrements incluant le niveau de triage.

La catégorie Tous désigne les moins de 20 ans, les adultes et les aînés.

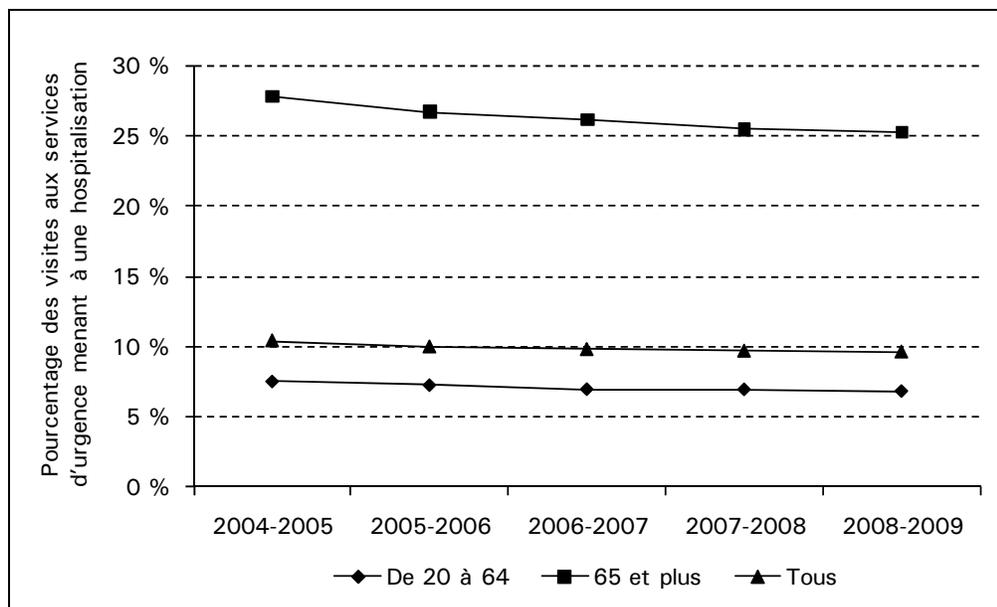
Source

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

Bien que le pourcentage de patients se présentant aux services d'urgence dans un état critique ait augmenté de 2004-2005 à 2008-2009, le pourcentage de ces visites ayant mené à une hospitalisation a diminué pendant la même période, entraînant une réduction de 5 400 hospitalisations.

Les taux d'hospitalisation ont diminué tant chez les adultes que chez les aînés. En 2008-2009, 25 % des aînés qui se sont rendus aux services d'urgence ont été admis en soins de courte durée, une diminution par rapport au taux de 28 % enregistré en 2004-2005. À titre de comparaison, cette proportion est de 7 % chez les adultes, une baisse par rapport à 8 % en 2004-2005 (figure 4).

Figure 4 Visites aux services d'urgence menant à une hospitalisation, par groupe d'âge (en pourcentage), 2004-2005 à 2008-2009



Remarque

La catégorie Tous désigne les moins de 20 ans, les adultes et les aînés.

Source

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

Les taux d'hospitalisation ont diminué chez tous les patients, quel que soit le niveau attribué au moment du triage. Par exemple, chez les aînés dont l'état est jugé le moins urgent au moment du triage (moins urgent ou non urgent), le taux d'hospitalisation est passé de 8,5 % en 2005-2006 à 7,0 % en 2008-2009 (tableau 3).

(En raison de changements dans le mode de codification, ces données sont présentées pour 2005-2006 à 2008-2009. Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir un complément d'information.)

Tableau 3 Répartition de l'état à la sortie selon le niveau de triage, personnes âgées, 2005-2006 à 2008-2009

État à la sortie	Pourcentage de visites aux services d'urgence			
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Niveaux de triage I et II				
Admis comme patient hospitalisé	49,8 %	48,9 %	47,3 %	47,1 %
Retourné à son domicile	41,6 %	42,4 %	43,7 %	43,7 %
Transféré ou retourné à son lieu de résidence	6,0 %	6,0 %	6,5 %	6,7 %
Parti avant la fin du traitement	0,7 %	0,9 %	1,0 %	1,0 %
Décès	1,9 %	1,8 %	1,6 %	1,5 %
Niveau de triage III				
Admis comme patient hospitalisé	31,1 %	30,0 %	29,1 %	27,8 %
Retourné à son domicile	59,6 %	60,1 %	60,6 %	61,5 %
Transféré ou retourné à son lieu de résidence	7,4 %	7,7 %	8,1 %	8,3 %
Parti avant la fin du traitement	1,8 %	2,2 %	2,2 %	2,3 %
Décès	0,07 %	0,07 %	0,06 %	0,06 %
Niveaux de triage IV et V				
Admis comme patient hospitalisé	8,5 %	8,2 %	7,5 %	7,0 %
Retourné à son domicile	83,7 %	83,4 %	83,7 %	83,8 %
Transféré ou retourné à son lieu de résidence	5,1 %	5,4 %	5,7 %	6,0 %
Parti avant la fin du traitement	2,7 %	2,9 %	3,1 %	3,3 %
Décès	0,05 %	0,05 %	0,06 %	0,05 %

Remarques

La catégorie Transféré ou retourné à son domicile désigne les patients transférés vers un autre service ou un autre établissement, qui ont obtenu leur congé et retournent à leur lieu de résidence (centre de soins infirmiers, maison de retraite ou centre de soins chroniques, résidence privée avec services à domicile [services des Infirmières de l'Ordre de Victoria ou service de repas à domicile] ou établissement correctionnel). L'analyse a porté exclusivement sur les enregistrements incluant le niveau de triage.

En raison de changements dans le mode de codification, les données sur l'état à la sortie pour 2004-2005 sont exclues de cette analyse.

Source

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

Durée des soins

En avril 2008, le gouvernement de l'Ontario a publié des objectifs sur la durée des séjours aux services d'urgence, dans un but de supervision et, éventuellement, de gestion. Il en est résulté la mise en place du Système de production de rapports sur les services d'urgence dans 128 hôpitaux ontariens. Ce système vise à faire le suivi de la durée des séjours des patients aux services d'urgence. Les objectifs établis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée indiquent que 90 % des patients dont le problème de santé est complexe (dont le diagnostic, le traitement ou l'hospitalisation requiert plus de temps) devraient passer au plus huit heures (480 minutes) aux services d'urgence. Ces objectifs indiquent que 90 % des patients dont le problème de santé est mineur ou simple (dont le diagnostic ou le traitement est plus rapide ou qui doivent demeurer moins longtemps en observation) devraient passer au plus quatre heures (240 minutes) aux services d'urgence⁷.

L'Ontario n'est pas la seule à prendre des mesures à cet égard. Le Royaume-Uni a instauré des lignes directrices analogues dans le but de limiter à quatre heures la durée du séjour aux services d'urgence pour 98 % des patients⁸.

L'ICIS a déjà publié des rapports exhaustifs sur les temps d'attente aux services d'urgence⁹⁻¹¹. Le présent rapport ne porte que sur une partie du temps passé aux services d'urgence, à savoir la durée des soins, laquelle est définie comme le temps qui s'écoule entre l'évaluation par un médecin et la fin du séjour. Dans le cas des patients hospitalisés ou transférés, la fin du séjour correspond au moment où ils quittent les services d'urgence. Pour tous les autres patients, la fin du séjour correspond à l'heure de la sortie.

En 2008-2009, 50 % des patients âgés ont passé moins (et 50 % ont passé plus) de 155 minutes aux services d'urgence, entre l'évaluation par un médecin et la fin du séjour. À titre de comparaison, 50 % des patients adultes ont passé moins (et 50 % ont passé plus) de 57 minutes dans les services d'urgence, entre l'évaluation par un médecin et la fin du séjour. On ne s'étonnera pas de constater que la durée des soins aux services d'urgence est liée au niveau de triage, quel que soit l'âge du patient. Aux deux niveaux de triage les plus élevés, la durée des soins aux services d'urgence pour un patient sur dix (90^e percentile) a été supérieure à 15 heures (tableau 4).

Tableau 4 Durée des soins selon le groupe d'âge et le niveau de triage, 2008-2009

	Durée des soins (minutes)		
	10 ^e percentile	Médiane	90 ^e percentile
Selon le groupe d'âge			
De 20 à 64 ans	10	57	350
65 ans et plus	15	155	978
Tous	10	60	410
Selon le niveau de triage (tous)			
Niveau I — Réanimation	35	245	1 126
Niveau II — Très urgent	35	210	945
Niveau III — Urgent	11	95	490
Niveau IV — Moins urgent	6	26	143
Niveau V — Non urgent	5	15	88

Remarques

L'analyse a porté exclusivement sur les enregistrements incluant le niveau de triage et des données sur la durée du séjour.

Les patients pour lesquels les soins ont duré plus de 72 heures sont exclus de l'analyse.

La catégorie Tous désigne les moins de 20 ans, les adultes et les aînés.

Source

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

Raisons des visites des personnes âgées aux services d'urgences : regard sur les conditions propices aux soins ambulatoires

Les gens se rendent aux services d'urgence pour une multitude de raisons : maladie aiguë, blessure ou complication découlant d'une maladie chronique, notamment. Ainsi, aucun problème de santé ou maladie n'a été la cause de plus de 7,5 % des visites aux services d'urgence en 2008-2009 (données non présentées). On peut toutefois regrouper les visites aux services d'urgence en 19 grandes catégories de soins ambulatoires selon le principal problème clinique du patient. Selon ce système de classification, 15 % des visites aux services d'urgence en 2008-2009 résultaient d'une maladie ou d'un trouble lié à l'appareil circulatoire. La même année par contre, plus d'une visite aux services d'urgence sur cinq parmi la population adulte résultait d'un traumatisme, d'une intoxication ou d'une entrée dans le coma (tableau 5).

Tableau 5 Principales causes cliniques des visites aux services d'urgence, par groupe d'âge, 2004-2005 et 2008-2009

Groupe ambulatoire principal	Pourcentage des visites aux services d'urgence	
	2004-2005	2008-2009
Adultes		
Traumatisme, coma et intoxication	23,5 %	21,5 %
Maladies et troubles de l'appareil digestif	10,8 %	11,0 %
Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche ou de la gorge	8,5 %	8,5 %
Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et du sein	8,2 %	8,9 %
Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8,0 %	7,8 %
Aînés		
Maladies et troubles de l'appareil circulatoire	15,9 %	14,9 %
Traumatisme, coma et intoxication	14,5 %	14,3 %
Maladies et troubles de l'appareil digestif	11,5 %	11,4 %
Maladies et troubles de l'appareil respiratoire	10,1 %	9,6 %
Maladies et troubles du système nerveux	7,9 %	8,2 %

Remarque

Les visites aux services d'urgence ont été divisées en 19 grandes catégories de soins ambulatoires selon les principaux problèmes de santé des patients.

Source

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

Il est ici question des visites aux services d'urgence résultant d'un ensemble d'états de santé appelés conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA). Cette information est pertinente parce que les taux d'hospitalisation découlant de ces états de santé servent à mesurer l'accès à des soins communautaires adéquats^{12, 13} et pourraient avoir des incidences sur l'organisation des soins communautaires. Comme indiqué précédemment, les problèmes de santé associés aux CPSA sont les suivants : angine de poitrine, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète, épilepsie, insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire, et hypertension artérielle.

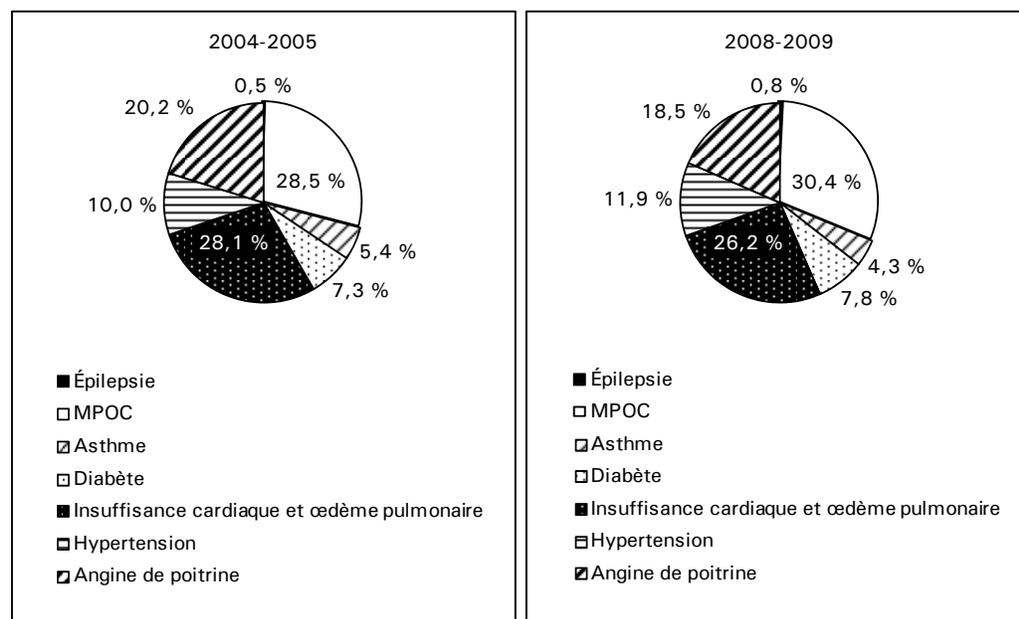
En tout, les CPSA représentaient 9 % des visites aux services d'urgence par des aînés en 2008-2009, proportion qui était de 10 % en 2004-2005. À titre de comparaison, cette proportion n'était que de 3 % pour les visites aux services d'urgence par les patients adultes en 2004-2005 et en 2008-2009.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Ces deux années, la MPOC était à l'origine de la plus importante proportion de visites aux services d'urgence par des aînés (environ 30 %), suivie de l'insuffisance cardiaque et l'œdème pulmonaire. L'épilepsie demeure la cause la moins fréquente de visite aux services d'urgence par des aînés en raison d'une CPSA (figure 5).

Figure 5 Pourcentage des visites aux services d'urgence par des personnes âgées présentant une condition propice aux soins ambulatoires, par maladie, 2004-2005 et 2008-2009

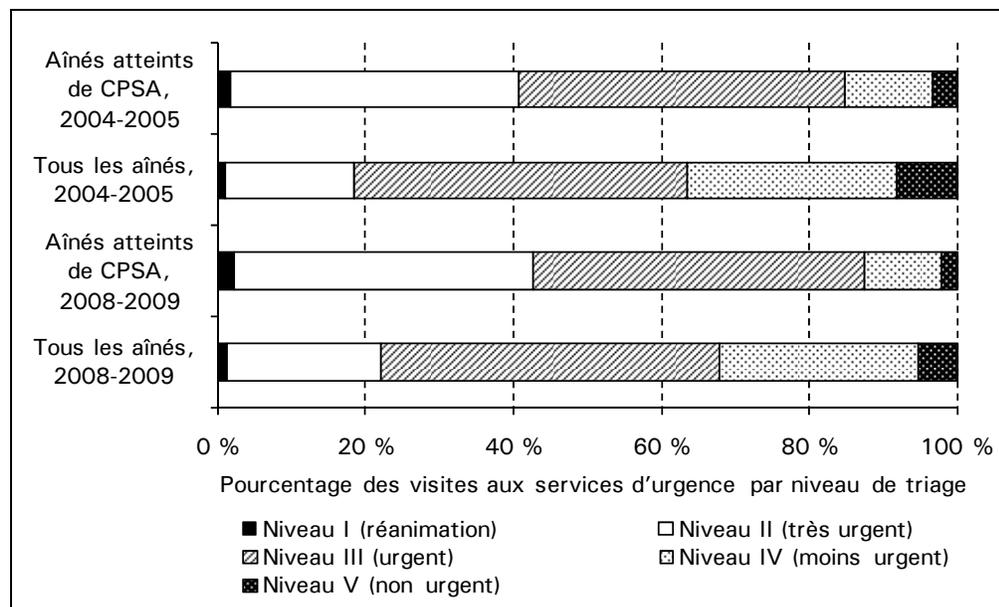


Source

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

Les aînés atteints d'une CPSA se présentant aux services d'urgence se voyaient généralement attribuer un niveau de triage plus élevé que l'ensemble des aînés. En 2008-2009, l'état de plus de 40 % d'entre eux a été jugé critique (réanimation ou très urgent). La même année, cette proportion était de 22 % pour l'ensemble des aînés. Comme indiqué pour les visites aux services d'urgence par l'ensemble des aînés, la proportion de ceux qui présentaient une CPSA et dont le cas a été jugé critique est passée de 39 % à 44 % de 2004-2005 à 2008-2009 (figure 6). Comme pour l'ensemble des visites, la hausse du taux de patients s'étant vu attribuer les niveaux de triage les plus élevés peut s'expliquer par des changements dans les pratiques de codification, et n'indique pas forcément que les cas traités aux services d'urgence se sont aggravés.

Figure 6 Répartition des aînés selon le niveau de triage et selon qu'ils présentaient ou non une condition propice aux soins ambulatoires, 2004-2005 et 2008-2009



Remarque

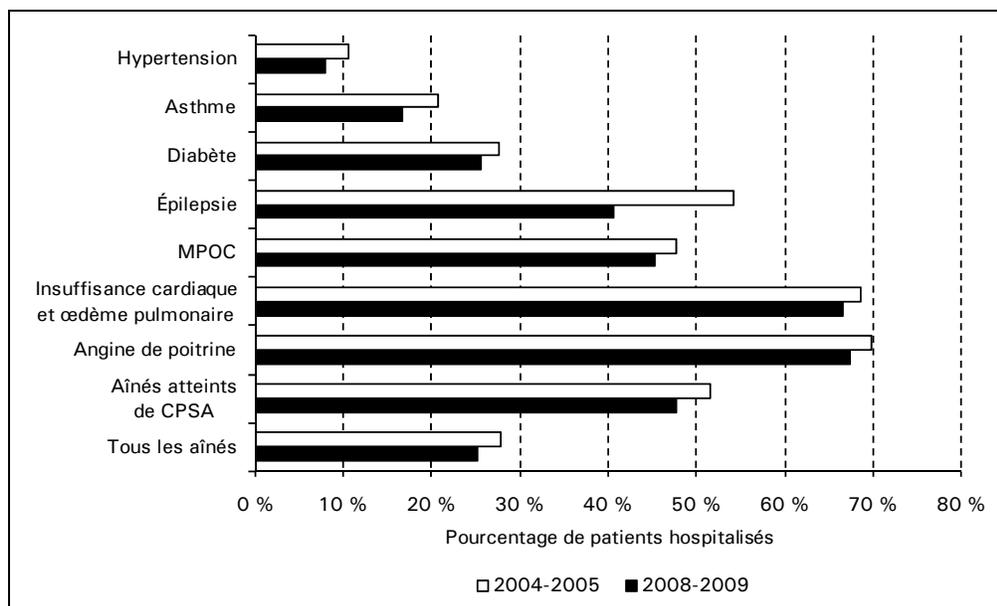
L'analyse a porté exclusivement sur les enregistrements incluant le niveau de triage.

Source

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

En 2008-2009, les taux d'hospitalisation étaient près de deux fois plus élevés chez les aînés se présentant aux services d'urgence atteints d'une CPSA (48 %) que chez l'ensemble des aînés se rendant aux services d'urgence (25 %). De l'ensemble des CPSA, l'angine de poitrine ainsi que l'insuffisance cardiaque et l'œdème pulmonaire étaient à l'origine des pourcentages les plus élevés d'hospitalisations de patients (figure 7). Le taux d'hospitalisation des aînés se rendant aux services d'urgence atteints d'une CPSA a diminué de 52 % en 2004-2005 à 48 % en 2008-2009, tout comme le taux d'hospitalisation global, qui a connu une diminution également.

Figure 7 Pourcentage des personnes âgées hospitalisées après s'être présentées aux services d'urgence atteintes d'une condition propice aux soins ambulatoires, 2004-2005 et 2008-2009



Source

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

Variations régionales dans les visites aux services d'urgence par des personnes âgées présentant une condition propice aux soins ambulatoires

Comme c'est généralement le cas en matière d'utilisation des services de santé, on observe des variations régionales dans les visites aux services d'urgence par les aînés en Ontario. Ces écarts étaient manifestes tant pour l'ensemble des visites que pour les patients atteints d'une CPSA. Les taux de visites aux services d'urgence ont été établis pour chaque RLISS à l'aide du code postal des patients. En 2008-2009, un écart du simple au double a été observé parmi les taux de visites des aînés par RLISS en Ontario (tableau 6). De 2004-2005 à 2008-2009, l'évolution des taux d'utilisation différait d'un RLISS à l'autre.

Il n'est pas aisé de tirer de ces variations régionales une interprétation de la prestation des soins. Les soins sont organisés par région sanitaire, mais les patients ne s'en tiennent pas toujours à leur RLISS lorsqu'ils cherchent à obtenir des services de santé. Certains préfèrent par exemple recourir au service d'urgence d'un hôpital situé dans un autre RLISS que le leur. Il est toutefois intéressant d'examiner la mesure dans laquelle certaines populations recourent aux services d'urgence pour certains problèmes de santé, selon les régions.

Tableau 6 Taux de visites aux services d'urgence par réseau local d'intégration des services de santé, 2004-2005 et 2008-2009

RLISS	Taux global de visites aux services d'urgence pour 1 000 personnes			Taux de visites aux services d'urgence des aînés pour 1 000 personnes (65 et plus)			Taux de visites aux services d'urgence des aînés atteints de CPSA pour 1 000 personnes (65 et plus)		
	2004-2005	2008-2009	Différence (%)	2004-2005	2008-2009	Différence (%)	2004-2005	2008-2009	Différence (%)
Érié St-Clair	424,1	423,0	-0,3 %	564,0	577,2	2,3 %	59,2	56,2	-5,1 %
Sud-Ouest	492,4	556,5	13,0 %	590,5	684,1	15,9 %	52,5	59,1	12,6 %
Waterloo Wellington	311,6	309,3	-0,7 %	456,0	461,9	1,3 %	46,0	41,4	-10,0 %
Hamilton Niagara Haldimand Brant	389,9	385,7	-1,1 %	506,2	498,8	-1,5 %	48,2	43,9	-8,9 %
Centre-Ouest	260,9	255,7	-2,0 %	388,7	380,8	-2,0 %	40,8	38,0	-6,9 %
Mississauga Halton	247,2	251,4	1,7 %	442,0	437,3	-1,1 %	39,7	36,3	-8,6 %
Toronto-Centre	254,9	269,9	5,9 %	402,4	415,4	3,2 %	36,2	35,5	-1,9 %
Centre	250,4	248,3	-0,8 %	443,9	430,4	-3,0 %	40,6	36,3	-10,6 %
Centre-Est	338,1	334,0	-1,2 %	498,4	496,3	-0,4 %	48,4	46,7	-3,5 %
Sud-Est	510,2	554,3	8,6 %	629,4	640,8	1,8 %	60,2	58,7	-2,5 %
Champlain	376,1	378,0	0,5 %	550,8	546,8	-0,7 %	52,4	49,7	-5,2 %
Simcoe Nord Muskoka	486,0	467,0	-3,9 %	633,6	605,6	-4,4 %	67,9	58,0	-14,6 %
Nord-Est	687,8	729,5	6,1 %	857,8	838,8	-2,2 %	83,9	81,6	-2,7 %
Nord-Ouest	666,6	744,5	11,7 %	781,8	875,4	12,0 %	74,1	78,9	6,5 %
Ontario	368,3	375,7	2,0 %	529,0	536,7	1,5 %	50,6	48,5	-4,2 %

Remarques

Les taux d'utilisation ont été obtenus en divisant le nombre de visites aux services d'urgence par les patients habitant le territoire d'un RLISS (établi à partir des codes postaux) par le nombre total d'habitants de ce territoire. L'analyse a porté exclusivement sur les enregistrements incluant le code postal du patient. Les taux sont normalisés en fonction du recensement de 2001 de l'Ontario.

Source

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

Coût des soins aux personnes âgées dans les services d'urgence en Ontario

Calcul des coûts

L'ICIS a mis au point des méthodes de calcul des coûts des soins offerts aux services d'urgence de l'Ontario : la pondération de la consommation des ressources et l'évaluation du coût par cas pondéré. (Pour obtenir un complément d'information sur ces méthodes de calcul, veuillez consulter l'annexe A.) Ces deux valeurs servent à leur tour au calcul des coûts des soins offerts aux services d'urgence de chaque hôpital. Cette information est souvent désignée par le terme « indicateur des coûts complets ».

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

L'indicateur des coûts complets des services d'urgence tient compte de toutes les dépenses hospitalières. Ces dépenses comprennent une part des coûts indirects de l'hôpital et des frais de diagnostic et de laboratoire, de même qu'une part des coûts directs des soins aux patients hospitalisés qui se trouvent aux services d'urgence en attendant qu'un lit se libère. L'indicateur comprend également les coûts directs des unités des soins infirmiers (par exemple les salaires des infirmières, les fournitures médicales, les salaires des employés de bureau et le coût amorti de l'équipement). La rémunération à l'acte des médecins est exclue, mais l'indicateur comprend la rémunération des médecins versée par l'hôpital, par exemple le salaire du personnel médical.

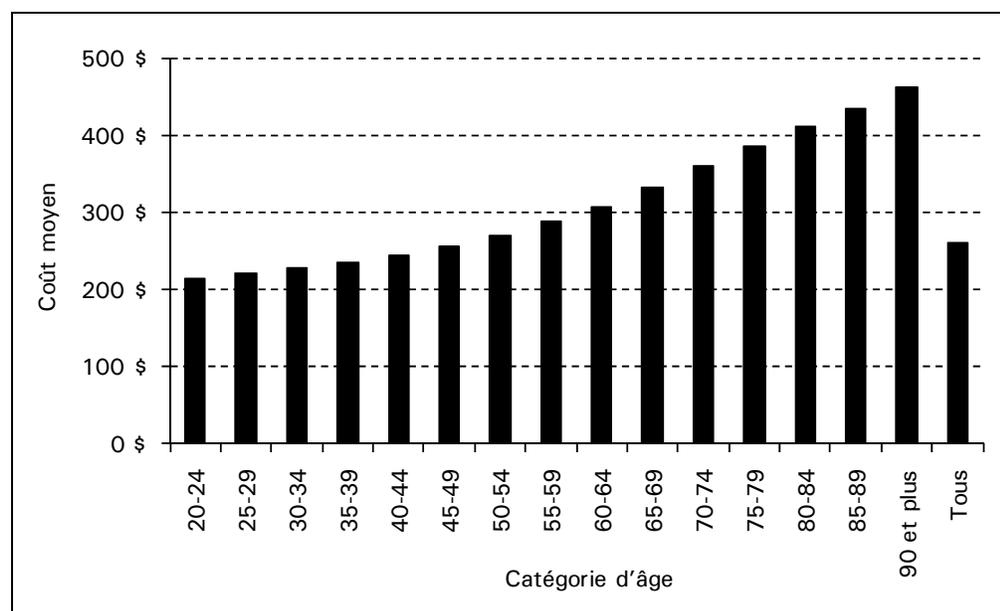
On trouvera ici les coûts des visites aux services d'urgence en Ontario pour 2007-2008, la dernière année pour laquelle on dispose de données sur les coûts.

Coûts indirects et coût des soins aux aînés dans les services d'urgence

En 2007-2008, les hôpitaux ontariens ont consacré environ 1,27 milliard de dollars aux soins prodigués aux services d'urgence ou pour soutenir ces services. Le coût moyen d'une visite aux services d'urgence en Ontario, établi selon la méthodologie décrite ci-dessus, était de 260 \$.

On ne s'étonnera pas de constater que les coûts des soins aux aînés étaient plus élevés. Par exemple, le coût moyen d'une visite aux services d'urgence par un aîné était de 386 \$ en 2007-2008. En général, plus le patient était âgé, plus les soins étaient coûteux.

Figure 8 Coût moyen d'une visite aux services d'urgence par groupe d'âge, 2007-2008



Remarques

Les coûts ont été établis à l'aide d'un indicateur des coûts complets. La catégorie Tous désigne les moins de 20 ans, les adultes et les aînés.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données canadienne SIG, Institut canadien d'information sur la santé.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Les coûts des soins aux aînés dans les services d'urgence ne sont pas proportionnels à la part de la clientèle qu'ils représentent. En 2007-2008, les aînés ont représenté 19 % des visites aux services d'urgence, mais 29 % des coûts totaux des services dispensés aux services d'urgence.

Le coût par visite d'un aîné aux services d'urgence varie également selon le RLISS et selon que le patient présente ou non une CPSA. Cependant, dans l'ensemble des RLISS, les variations de coût pour les visites des aînés aux services d'urgence et les visites des aînés présentant une CPSA représentaient moins du double.

Les coûts associés à une CPSA varient également en fonction du problème de santé. En 2007-2008, parmi les aînés s'étant rendus aux services d'urgence pour une CPSA, ceux qui étaient atteints d'une angine de poitrine nécessitaient les soins les plus coûteux. À l'opposé, l'hypertension artérielle était la CPSA la moins coûteuse.

Tableau 7 Coût moyen d'une visite aux services d'urgence par RLISS, 2007-2008

RLISS	Coût moyen d'une visite aux services d'urgence	Coût moyen d'une visite aux services d'urgence par des aînés	Coût moyen d'une visite aux services d'urgence par des aînés présentant une CPSA
Érié St-Clair	258 \$	400 \$	577 \$
Sud-Ouest	229 \$	337 \$	508 \$
Waterloo Wellington	234 \$	353 \$	480 \$
Hamilton Niagara Haldimand Brant	249 \$	385 \$	587 \$
Centre-Ouest	362 \$	565 \$	786 \$
Mississauga Halton	251 \$	387 \$	567 \$
Toronto-Centre	314 \$	474 \$	652 \$
Centre	239 \$	364 \$	523 \$
Centre-Est	235 \$	357 \$	525 \$
Sud-Est	224 \$	335 \$	528 \$
Champlain	253 \$	378 \$	538 \$
Simcoe Nord Muskoka	211 \$	313 \$	461 \$
Nord-Est	218 \$	324 \$	471 \$
Nord-Ouest	222 \$	335 \$	503 \$
Ontario	260 \$	386 \$	545 \$

Remarques

Le coût moyen d'une visite aux services d'urgence est fondé sur toutes les visites à l'urgence au sein de chaque RLISS.

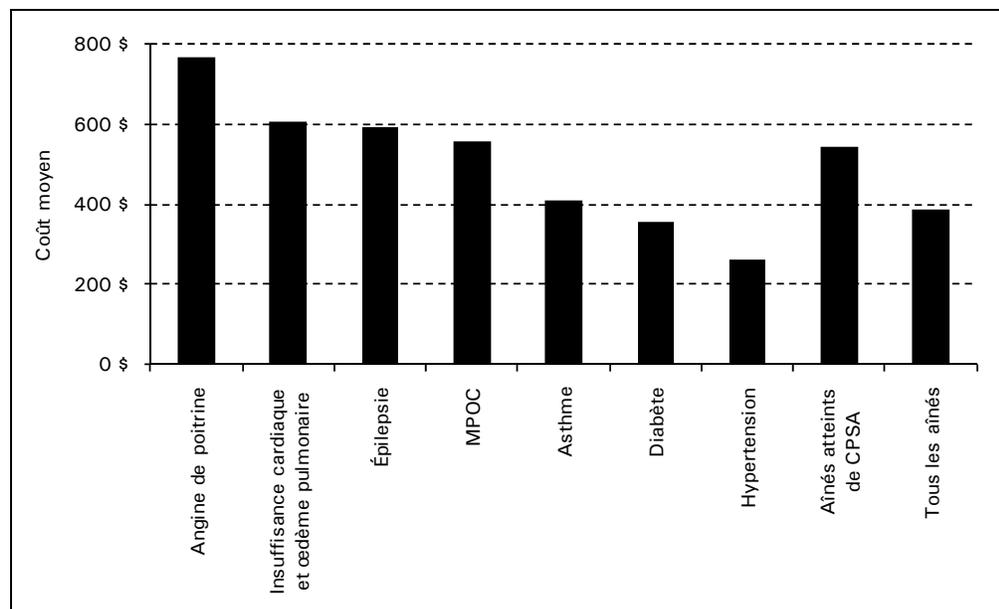
L'analyse ne tient pas compte des résidents de l'Ontario qui se sont présentés à un service d'urgence à l'extérieur de la province.

Les coûts ont été établis à l'aide d'un indicateur des coûts complets.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données canadienne SIG, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 9 Coût moyen des visites aux services d'urgence par des aînés présentant une condition propice aux soins ambulatoires, 2007-2008



Remarque

Les coûts ont été établis à l'aide d'un indicateur des coûts complets.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données canadienne SIG, Institut canadien d'information sur la santé.

Sommaire

L'ICIS a commencé à recueillir des données sur les visites aux services d'urgence par l'intermédiaire du SNISA en 2001-2002. Ces données ont servi à la préparation d'une analyse quinquennale de l'utilisation des services d'urgence par les aînés de l'Ontario de 2004-2005 à 2008-2009. La situation observée en Ontario pourrait également éclairer les tendances dans d'autres provinces et territoires.

Globalement, le volume des visites aux services d'urgence par des personnes âgées a augmenté de 2004-2005 à 2008-2009. Outre l'augmentation du volume des visites, une hausse de la proportion de patients dont le cas est le plus urgent (niveau I, réanimation, et niveau II, très urgent) a été observée. En 2004-2005 par exemple, 19 % des aînés se sont vu attribuer le niveau I ou II. Cinq ans plus tard, en 2008-2009, ces patients représentaient 22 % des aînés se présentant aux services d'urgence. C'est surtout la proportion de patients s'étant vu attribuer le niveau de triage II qui a augmenté au cours de cette période (voir l'annexe B — Autres tableaux). Cette hausse pourrait toutefois s'expliquer par un changement dans les pratiques de codification au cours de la période de cinq ans, et n'indique pas forcément que les cas traités aux services d'urgence se sont aggravés, surtout si l'on tient compte du fait que la proportion d'aînés hospitalisés après un séjour aux services d'urgence a diminué.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

Depuis une dizaine d'années, les moyens dont nous disposons pour suivre l'évolution de l'utilisation des services de santé par des groupes donnés se sont grandement améliorés. Cette information peut aider les gestionnaires du système de santé à interpréter les répercussions de ces changements au fil du temps, et peut-être à planifier l'utilisation future des services de santé.

Remerciements

L'ICIS remercie la personne suivante pour sa contribution à la préparation du document *Utilisation des services d'urgence en Ontario par les personnes âgées, 2004-2005 à 2008-2009* :

Howard Ovens, M.D., CCMF (MU), FCMF

Directeur du centre d'urgence Schwartz-Reisman à l'hôpital Mount Sinai; professeur agrégé, département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto; coprésident par intérim du groupe d'experts sur les services d'urgence et les niveaux de soins alternatifs de l'Ontario.

Veuillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions de la personne mentionnée ci-dessus.

À propos de l'ICIS

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

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

Annexe A – Notes techniques

Les données statistiques sur les services d'urgence pour 2004-2005 à 2008-2009 proviennent du SNISA. Ce dernier saisit des données administratives, cliniques et démographiques.

Estimations démographiques

- Les estimations démographiques de l'Ontario pour 2004 à 2008 proviennent de Statistique Canada et ont servi au calcul des taux d'utilisation des services d'urgence et des coûts de ces services par habitant. L'analyse tient compte des estimations démographiques à l'échelle des RLIS pour 2004, 2007 et 2008.
- Tous les taux sont normalisés selon l'âge et le sexe en fonction du recensement de 2001 de l'Ontario.

Critères d'inclusion et d'exclusion

- Toutes les analyses se limitent aux résidents de l'Ontario. Les dossiers de ces patients ont été repérés à l'aide des numéros d'assurance-maladie de la province. Aux fins des analyses provinciales, les données figurant dans le SNISA concernant les séjours de résidents ontariens à un service d'urgence situé hors de l'Ontario ont été prises en compte.
- Les enregistrements en double ont été repérés au moyen de la date et de l'heure d'inscription, du numéro d'assurance-maladie, du numéro de dossier et de la date de naissance du patient.
- Les personnes dont le code de sexe est « O » ont été exclues.
- Les personnes dont le numéro d'assurance-maladie n'est pas indiqué ont été exclues.

Niveau de triage

- Un petit nombre d'hôpitaux utilisait une version pédiatrique de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour trier les nourrissons et les enfants se présentant aux services d'urgence. Puisque les deux échelles déterminent le degré d'urgence des besoins du patient, la distinction n'est pas établie aux fins du présent rapport.

État à la sortie

- En 2004-2005, la catégorie Retourné à son domicile recouvrait tant les patients qui sont rentrés chez eux que ceux qui ont été transférés vers un centre de soins infirmiers, une maison de retraite ou un établissement de soins chroniques.
- Depuis 2005-2006, cette catégorie ne désigne que les patients retournant à une résidence privée sans mesures de soutien. Une nouvelle variable a été ajoutée afin de désigner les patients retournés à leur lieu de résidence, c'est-à-dire transférés vers un centre de soins infirmiers, une maison de retraite ou un établissement de soins chroniques, ou vers une résidence privée avec services à domicile, comme les services des Infirmières de l'Ordre de Victoria ou un service de repas à domicile, ou encore vers un établissement correctionnel.

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

- Les données de 2004-2005 relatives à la catégorie Retourné à son domicile ont donc été exclues.

Durée des soins

- La durée des soins est définie comme l'intervalle entre le moment de l'évaluation du médecin et la fin du séjour aux services d'urgence. Dans le cas des patients hospitalisés ou transférés, la fin du séjour correspond au moment où ils quittent le service d'urgence. Pour tous les autres patients, la fin du séjour correspond à l'heure de la sortie.
- Dans l'analyse de l'utilisation des ressources, lorsque les soins ont duré plus de 72 heures, on indiquait que les données étaient manquantes. En conséquence, 0,1 % des sujets pour lesquels on disposait de données sur la durée des soins ont été exclus de l'analyse.

Analyses à l'échelle des RLISS

- Les taux d'utilisation ont été obtenus en divisant le nombre de visites aux services d'urgence par les patients habitant le territoire d'un RLISS (établi à partir des codes postaux) par le nombre total d'habitants de ce territoire.
- Le calcul des taux d'utilisation exclut les patients dont le code postal n'est pas indiqué. En conséquence, environ 1,6 % des patients ont été exclus en 2004-2005 et en 2008-2009. Cette analyse exclut également les patients dont le code postal indique qu'ils habitent hors de l'Ontario; moins de 0,1 % des enregistrements ont été exclus pour cette raison en 2004-2005 et en 2008-2009.
- Dans le cadre de toutes les autres analyses à l'échelle des RLISS, les visites ont été regroupées selon le RLISS où la visite a eu lieu, sans égard au lieu de résidence des patients.

Méthode d'établissement des coûts

- Les coûts des services d'urgence ont été déterminés à l'aide d'un indicateur des coûts complets, fondé sur la pondération de la consommation des ressources (PCR) et le coût par cas pondéré (CPCP).
- La PCR est un indicateur des ressources relatives utilisées pour traiter un patient. Elle décrit la consommation de ressources pour un patient « moyen » au sein de groupes de patients présentant un état de santé analogue. Par exemple, si on attribue une PCR de 2,0 à un groupe de patients dont les conditions cliniques sont similaires, cela signifie que le traitement de ce type de patients est deux fois plus coûteux que la moyenne des soins de courte durée prodigués aux patients hospitalisés.
- Aux fins du présent rapport, la méthodologie de la PCR 2008 a été appliquée.

- Le CPCP évalue ce qu'il en coûte en moyenne pour traiter un patient au sein d'un établissement donné. On obtient cette information en divisant le total des coûts nets des soins aux patients au sein d'un établissement par le total des cas pondérés. La Base de données canadienne SIG de l'ICIS calcule le CPCP et le met à jour chaque année. Cette base de données contient de l'information financière et statistique sur les hôpitaux et les régies régionales de la santé du Canada, information pouvant servir à l'évaluation du coût des services dispensés au sein de ces établissements. Le CPCP le plus récent utilisé dans le présent rapport a été calculé à l'échelle des RLISS à l'aide des données de 2007-2008.
- On obtient l'indicateur des coûts complets en multipliant la PCR par le CPCP.

Annexe B – Autres tableaux

Tableau B.1 Répartition des aînés s'étant présentés aux services d'urgence, selon le niveau de triage et le réseau local d'intégration des services de santé, 2004-2005 et 2008-2009

RLISS	Niveau de triage														
	Niveau I			Niveau II			Niveau III			Niveau IV			Niveau V		
	2004-2005	2008-2009	Différence (%)	2004-2005	2008-2009	Différence (%)	2004-2005	2008-2009	Différence (%)	2004-2005	2008-2009	Différence (%)	2004-2005	2008-2009	Différence (%)
Érié St-Clair	1,0	1,3	30,0 %	19,3	24,6	27,5 %	45,5	45,3	-0,4 %	29,4	25,2	-14,3 %	4,9	3,6	-26,5 %
Sud-Ouest	1,0	0,9	-10,0 %	11,5	12,6	9,6 %	37,1	38,9	4,9 %	38,6	39,0	1,0 %	11,8	8,5	-28,0 %
Waterloo Wellington	0,7	1,0	42,9 %	16,2	17,5	8,0 %	52,7	54,2	2,8 %	26,1	23,3	-10,7 %	4,4	4,0	-9,1 %
Hamilton Niagara Haldimand Brant	0,9	1,3	44,4 %	14,7	17,3	17,7 %	45,9	49,2	7,2 %	29,5	28,3	-4,1 %	9,0	3,8	-57,8 %
Centre-Ouest	1,2	1,6	33,3 %	28,7	27,6	-3,8 %	51,4	55,8	8,6 %	17,4	14,2	-18,4 %	1,2	0,8	-33,3 %
Mississauga Halton	1,4	1,8	28,6 %	27,5	31,0	12,7 %	48,5	48,3	-0,4 %	21,2	18,0	-15,1 %	1,5	0,9	-40,0 %
Toronto-Centre	1,3	1,9	46,2 %	22,5	26,5	17,8 %	54,6	53,0	-2,9 %	18,9	16,8	-11,1 %	2,7	1,8	-33,3 %
Centre	1,2	1,9	58,3 %	21,7	29,8	37,3 %	49,9	48,1	-3,6 %	23,8	19,0	-20,2 %	3,5	1,2	-65,7 %
Centre-Est	0,9	1,1	22,2 %	18,0	20,9	16,1 %	51,3	49,1	-4,3 %	25,5	25,4	-0,4 %	4,4	3,5	-20,5 %
Sud-Est	1,0	0,7	-30,0 %	14,3	14,9	4,2 %	42,2	45,3	7,3 %	37,7	35,6	-5,6 %	4,8	3,5	-27,1 %
Champlain	1,0	1,0	0,0 %	14,1	15,7	11,3 %	46,3	46,8	1,1 %	31,0	29,2	-5,8 %	7,6	7,3	-3,9 %
Simcoe Nord Muskoka	1,2	0,8	-33,3 %	18,2	18,3	0,5 %	43,9	43,3	-1,4 %	31,9	32,1	0,6 %	4,9	5,5	12,2 %
Nord-Est	0,8	1,1	37,5 %	14,3	18,2	27,3 %	27,7	32,2	16,2 %	31,4	32,7	4,1 %	25,9	15,9	-38,6 %
Nord-Ouest	0,9	1,4	55,6 %	19,8	23,9	20,7 %	35,4	35,3	-0,3 %	24,1	27,5	14,1 %	19,8	12,0	-39,4 %
Ontario	1,0	1,3	30,0 %	17,5	20,8	18,9 %	45,0	45,8	1,8 %	28,5	26,8	-6,0 %	8,0	5,3	-33,8 %

Remarques

Les données sur le niveau de triage sont réparties par RLISS.

L'analyse ne tient pas compte des résidents de l'Ontario qui se sont présentés à un service d'urgence hors de la province.

L'analyse a porté exclusivement sur les enregistrements incluant le niveau de triage.

Source

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

Références

1. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Mythbusters— Myth: The Aging Population Will Overwhelm the Healthcare System [À bas les mythes — Mythe : La population vieillissante submergera le système des soins de santé]*, Ottawa (Ont.), FCRSS, 2002. Consulté le 22 octobre 2009. Internet : <http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/myth5_f.php> .
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Provincial and Territorial Government Health Expenditure by Age Group, Sex and Major Category: Recent and Future Growth Rates [Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon le groupe d'âge, le sexe et les catégories principales : taux de croissance récents et futurs]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2005.
3. M. Lee, *How Sustainable Is Medicare? A Closer Look at Aging, Technology and Other Cost Drivers in Canada's Health Care System*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de politiques alternatives, 2007. Consulté le 21 octobre 2009. Internet : <http://www.policyalternatives.ca/documents/National_Office_Pubs/2007/How_Sustainable_is_Medicare.pdf> .
4. Conseil canadien de la santé, *Population Patterns of Chronic Health Conditions in Canada: A Data Supplement to Why Health Care Renewal Matters: Learning From Canadians With Chronic Health Conditions [Schéma de population — Maladies chroniques au Canada : supplément de données à Importance du renouvellement des soins de santé : à l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques]*, Toronto (Ont.), CCS, 2007. Consulté le 21 octobre 2009. Internet : <http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=184&Itemid=99999999> .
5. J. Patra et coll., *Economic Cost of Chronic Disease in Canada*, Toronto (Ont.), l'Association pour la santé publique de l'Ontario, 2007. Consulté le 3 novembre 2009. Internet : <http://www.ocdpa.on.ca/docs/OCDPA_EconomicCosts.pdf> .
6. R. Beveridge, « The Canadian Triage and Acuity Scale: A New and Critical Element in Health Care Reform », *Canadian Journal of Emergency Medicine [Journal canadien de la médecine d'urgence]*, vol. 16, n° 3 (1998), p. 507–511.
7. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Emergency Room Targets*, dernière modification en 2009. Consulté le 20 octobre 2009. Internet : <http://www.health.gov.on.ca/transformation/length_of_stay/pro/target.html> .

Analyse en bref

À l'avant-garde de l'information sur la santé

8. National Health Service, *Emergency and Urgent Care Services*, dernière modification en 2009. Consulté le 13 novembre 2009. Internet : <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/AE.aspx>>.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *Understanding Emergency Department Wait Times: Who Is Using Emergency Departments and How Long Are They Waiting?* [Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Qui sont les utilisateurs des services d'urgence et quels sont les temps d'attente?], Ottawa (Ont.), ICIS, 2005.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *Understanding Emergency Department Wait Times: How Long Do People Spend in Emergency Departments in Ontario?* [Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Combien de temps les patients passent-ils dans les services d'urgence de l'Ontario?], Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Understanding Emergency Department Wait Times: Access to Inpatient Beds and Patient Flow* [Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : L'accès aux lits d'hospitalisation et le roulement des patients], Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
12. Agency for Healthcare Research and Quality, *Guide to Prevention Quality Indicators*, Rockville (Maryland), AHRQ, 2007. Consulté le 1^{er} octobre 2009. Internet : <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/pqi/pqi_guide_v31.pdf>.
13. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2009* [Indicateurs de santé 2009], Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.