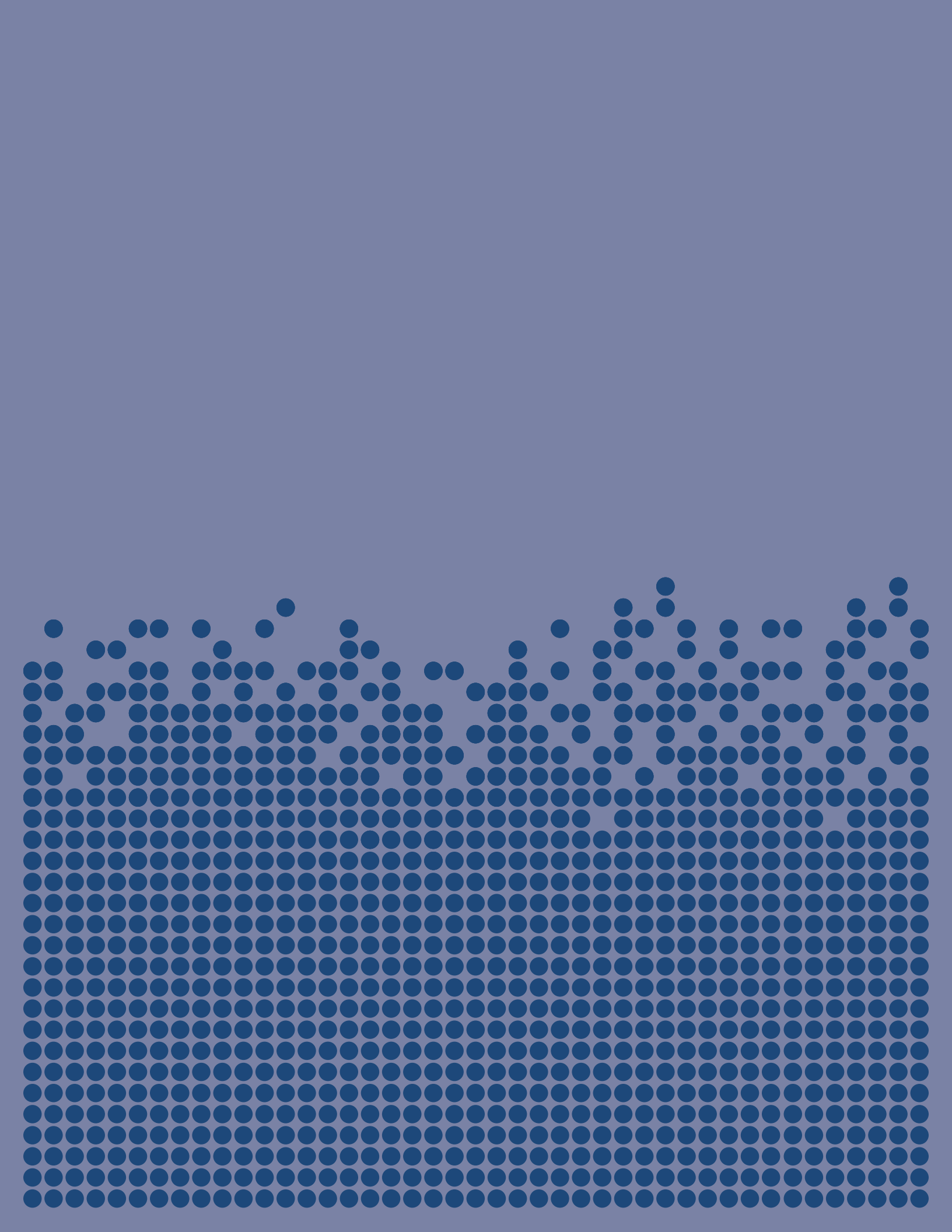


LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE
LES URGENCES AU QUÉBEC:
ÉVOLUTION DE 2003-2004 À 2012-2013



LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

LES URGENCES AU QUÉBEC :
ÉVOLUTION DE 2003-2004 À 2012-2013

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être
Robert Salois

Directrice générale
Anne Robitaille

Commissaire adjointe à l'éthique
et à l'appréciation
Ghislaine Cleret de Langavant

Coordination
Olivier Sossa

Rédaction
Mike Benigeri

Avec la collaboration de
Marie-Alexandra Fortin
Kadiatou Sow
Geneviève Tremblay
Alexandre Warren

Graphisme
Concept de la couverture
Côté Fleuve

Grille intérieure et infographie
Pouliot Guay graphistes

Révision linguistique et édition
Anne-Marie Labbé

Le présent document est disponible dans le
site Internet du Commissaire à la santé et au
bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec, 2014

Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction, par quelque procédé que
ce soit, la traduction ou la diffusion de ce
document, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation préalable des Publications
du Québec. Cependant, la reproduction de
ce document ou son utilisation à des fins
personnelles, d'étude privée ou de recherche
scientifique, mais non commerciales, sont
permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec,
2014

ISBN : 978-2-550-71303-6 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-71304-3 (PDF)

Note Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination
et uniquement dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, qui ont fourni les données brutes que nous avons utilisées dans ce rapport et qui nous ont conseillés judicieusement à propos des limites de ces données.

Nous tenons également à remercier sincèrement le Dr Alain Vadeboncoeur, chef du service de médecine d'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal et le Dr Marc Afilalo, chef du service d'urgence de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis. Ils nous ont grandement aidés à mieux comprendre le fonctionnement des urgences au Québec et, grâce à leurs commentaires et suggestions, ils nous ont permis d'améliorer le contenu de ce rapport.

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes :

- | | |
|-----------------------|--|
| ● Jean-Pierre Bluteau | Agence de la santé et des services sociaux de Montréal |
| ● Pierre Bouchard | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ● Marc Bourguignon | Agence de la santé et des services sociaux de Montréal |
| ● Nancy Caron | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ● Claude Dallaire | Centre de santé et de services sociaux
Champlain–Charles-Le Moyne |
| ● François Dubé | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ● René Kirouac | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ● Normand Lantagne | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ● Josée Lavigne | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ● Jonathan Roy | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ● Sylvie Vézina | Ministère de la Santé et des Services sociaux |

SOMMAIRE

En 2012-2013, près de 3,4 millions de visites ont été effectuées dans les urgences du Québec, et ce, pour une population de 8,1 millions de personnes. Environ un tiers de ces visites (1,09 million) sont des visites sur civière et deux tiers (2,34 millions), des visites ambulatoires. Les cas les plus urgents (niveaux de priorité 1, 2 et 3) représentent moins de 40% des visites à l'urgence, alors que les cas des niveaux de priorité 4 et 5, qui pourraient être traités ailleurs dans la majorité des cas, représentent un peu plus de 60% des visites. L'une des causes des visites à l'urgence des cas de priorité 4 et 5 est le manque d'accès aux médecins de première ligne et aux plateaux techniques à l'extérieur de l'hôpital. L'amélioration de l'accès en première ligne permettrait donc de diminuer l'achalandage dans les urgences du Québec.

Dans les dix dernières années, la population du Québec a augmenté de 8%. Cependant, les visites à l'urgence sur civière ont augmenté de seulement 6%, alors que les visites ambulatoires ont baissé de 3%. Il y a donc eu une diminution globale du nombre moyen de visites à l'urgence par personne, ce qui peut être considéré comme un gain d'efficacité du système. Ce gain d'efficacité n'est pas négligeable. En effet, si les taux de visites à l'urgence selon l'âge avaient été les mêmes en 2003-2004 et en 2012-2013, les urgences du Québec auraient dû prendre en charge 80 000 visites sur civière et 250 000 visites ambulatoires de plus. Le gain d'efficacité dans les dix dernières années a donc permis d'éviter 8 à 10% des visites. Néanmoins, pratiquement tous les gains d'efficacité à l'urgence ont été faits chez les enfants et les adultes de 18 à 64 ans. Pour les personnes plus âgées, ils sont faibles ou nuls avec un nombre moyen de visites par personne qui ne baisse pas.

Comme le nombre de personnes de 65 ans et plus dans la population a fortement augmenté dans les dix dernières années, le nombre de visites à l'urgence, chez ces personnes, a lui aussi beaucoup augmenté. Par exemple, le nombre de visites à l'urgence chez les personnes de 75 ans et plus a augmenté de 30,2% (environ 100 000 visites de plus de 2003-2004 à 2012-2013). Ainsi, même si le nombre total de visites est resté relativement stable dans les dix dernières années, les patients qui se présentent à l'urgence sont beaucoup plus âgés. En 2003-2004, une visite sur civière sur cinq (21,3%) était faite par une personne de 75 ans et plus. En 2012-2013, c'est le cas d'une visite sur quatre (26,5%).

Les transports ambulanciers ont aussi augmenté significativement dans les dix dernières années. Pour les visites sur civière, l'augmentation des arrivées en ambulance a été de 24,3%, soit quatre fois plus que le nombre de visites (6%). Cet «alourdissement» de la clientèle à l'urgence est peut-être l'une des causes de l'allongement des séjours moyens. Dans le même intervalle de temps, le séjour moyen pour les visites ambulatoires est passé de 3,1 à 4,6 heures (une augmentation de près de 50%). Pour les visites sur civière, ce séjour moyen est passé de 16,6 à 18,4 heures (une augmentation de 11%). Ces séjours moyens se sont toutefois stabilisés dans les trois dernières années.

Pour prendre en charge cette clientèle plus « lourde », les urgences ont dû investir plus de ressources. Dans les dix dernières années, les dépenses dans les urgences du Québec sont passées de 359 à 622 millions de dollars, soit une augmentation de 73 %. Cette augmentation est relativement semblable à celle des dépenses du programme Santé physique (69 %), mais beaucoup plus élevée que celle de l'ensemble des dépenses en santé (53 %).

En supposant que l'on puisse poursuivre les gains d'efficacité au même rythme, on peut s'attendre, dans les dix prochaines années, à une diminution des visites ambulatoires (-5,8 %) et à une augmentation des visites sur civière (3,7 %). Comme la population continuera de vieillir, l'alourdissement de la clientèle devrait se poursuivre dans les urgences du Québec. Ainsi, dans dix ans, une visite sur civière sur trois (34,1 %) sera faite par une personne de 75 ans et plus. Cela entraînera une augmentation de 100 000 visites sur civière pour ces personnes, comparativement au nombre de visites faites en 2012-2013.

Il existe d'importantes disparités régionales relativement à l'accès aux urgences. Alors que le séjour moyen pour les visites ambulatoires est de 2,5 heures dans la région de Chaudière-Appalaches, il passe à 6,3 heures dans la région de Lanaudière (la moyenne pour l'ensemble du Québec est de 4,4 heures). Ce même genre d'écart se trouve dans les visites sur civière. C'est dans les régions qui ont connu la plus grande croissance de la population (régions en périphérie de Montréal et de l'Outaouais) que les séjours moyens à l'urgence sont les plus longs. Il est possible que l'augmentation des ressources en santé dans ces régions n'ait pas été aussi importante que l'augmentation de la population, ce qui a pu créer un déséquilibre entre l'offre de services et les besoins.

En regard de ces données, il appert que des modifications à l'état actuel des choses doivent être effectuées. Des réorganisations sont requises afin que les personnes aient d'autres choix que celui de se présenter aux urgences, d'autant plus que les conditions risquent de se complexifier et de s'alourdir : la pression sur le reste du système s'accroîtra par le fait même. Le Commissaire a amplement discuté des questions entourant l'accès aux services, particulièrement dans ses rapports de 2009 et de 2010, qui portaient respectivement sur la première ligne de soins et la gestion des maladies chroniques. La mise en œuvre de certaines recommandations émises dans ces rapports aurait des impacts positifs sur le désengorgement des urgences : exploration de nouvelles modalités de prestation des soins, accroissement de l'interdisciplinarité, révision des responsabilités cliniques des médecins et de leur mode de rémunération.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	III
Sommaire	IV
Liste des tableaux.	VIII
Liste des figures.	IX
Glossaire	XI
Mot du commissaire	XIII
1 Introduction	1
2 Croissance démographique	3
Évolution de la population selon l'âge.	3
Évolution de la population selon le sexe	4
3 Utilisation des urgences	5
Méthodologie	5
Banques de données utilisées	6
Volume des visites à l'urgence.	7
Visites à l'urgence selon l'âge en 2012-2013	7
Visites à l'urgence selon le niveau de priorité	8
Évolution des visites à l'urgence de 2003-2004 à 2012-2013	9
Évolution des visites ambulatoires	9
Évolution des visites sur civière	10
Gains d'efficience de 2003-2004 à 2012-2013	11
Évolution des visites à l'urgence en fonction du sexe	11
Évolution des patients sur civière qui sont hospitalisés	13
Évolution des séjours moyens à l'urgence.	14
Évolution du transport ambulancier	17
Grands utilisateurs	17
Grands utilisateurs pour les visites sur civière	17
Grands utilisateurs pour les visites ambulatoires	18
Évolution des dépenses à l'urgence	19

4	Hospitalisations	21
	Évolution du nombre d'hospitalisations	21
	Utilisation des lits d'hospitalisation et durée moyenne de séjour	22
	Hospitalisations à partir de l'urgence	24
5	Soins à domicile	27
	Évolution des soins à domicile de 2005-2006 à 2012-2013	28
	Évolution des dépenses en soins à domicile	29
6	Comparaisons régionales	31
	Proportion des personnes de 75 ans et plus sur civière	31
	Séjours moyens à l'urgence	32
	Relation entre le séjour moyen à l'urgence et la croissance de la population	33
7	Projection de croissance dans les dix prochaines années	35
	Projection de croissance de la population	35
	Prévision de l'augmentation du nombre de visites à l'urgence	37
	Taux de visites à l'urgence	37
	Volume des visites à l'urgence	39
8	Recommandations du Commissaire	41
9	Conclusion	45
10	Annexes	47
	Annexe I	
	Scénarios pour l'analyse des données sur les urgences	47
	Annexe II	
	Centres d'activités utilisés pour le calcul du nombre d'usagers et du nombre d'interventions en soins à domicile dans I-CLSC	48
	Annexe III	
	Évolution des dépenses en soins à domicile de 2005-2006 à 2012-2013, selon les centres d'activités	49
	Annexe IV	
	Volume des visites et taux de visites en 2003-2004 et en 2012-2013 et projection pour 2021-2022	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1

Répartition de la population du Québec en 2012 et répartition
des visites ambulatoires et sur civière aux urgences en 2012-2013, selon l'âge 7

Tableau 2

Nombre d'utilisateurs et de visites sur civière
ainsi que leur répartition en 2012-2013 18

Tableau 3

Nombre d'utilisateurs et de visites ambulatoires
ainsi que leur répartition en 2012-2013 18

Tableau 4

Dépenses des établissements de santé du Québec
en 2003-2004 et en 2012-2013 19

Tableau 5

Volume des hospitalisations et des lits et durée moyenne de séjour
en 2003-2004 et en 2012-2013, selon l'âge 23

Tableau 6

Nombre d'usagers et d'interventions en soins à domicile
en 2005-2006 et en 2012-2013, selon l'âge 28

Tableau 7

Évolution du taux de visites à l'urgence pour 1 000 personnes,
selon le type de visite et l'âge 38

Tableau 8

Évolution du nombre de visites de 2012-2013 à 2021-2022 39

Tableau 9

Évolution du nombre de visites de 2003-2004 à 2012-2013,
selon différents scénarios 47

LISTE DES FIGURES

Figure 1

Évolution de la population du Québec de 2003 à 2012, selon le sexe et l'âge (en %) . . . 4

Figure 2

Répartition des visites à l'urgence en 2013-2014, selon le niveau de priorité 8

Figure 3

Évolution de la population et du nombre de visites ambulatoires
de 2003-2004 à 2012-2013, selon l'âge (en %) 9

Figure 4

Évolution de la population et du nombre de visites sur civière
de 2003-2004 à 2012-2013, selon l'âge (en %) 10

Figure 5

Évolution du nombre de visites ambulatoires et de visites sur civière
de 2003-2004 à 2012-2013, selon le sexe (en %) 12

Figure 6

Proportion des patients sur civière qui sont ensuite hospitalisés,
selon l'âge et la période 13

Figure 7

Évolution du séjour moyen pour les visites ambulatoires
de 2003-2004 à 2012-2013 (en heures) 14

Figure 8

Évolution du séjour moyen pour les visites sur civière
de 2003-2004 à 2012-2013 (en heures) 15

Figure 9

Évolution de la proportion des patients sur civière dont le séjour est hors-norme,
de 2003-2004 à 2012-2013 16

Figure 10

Évolution de la population et du nombre d'hospitalisations
de 2003-2004 à 2012-2013, selon l'âge (en %) 22

Figure 11

Évolution des hospitalisations électives et en provenance de l'urgence
de 2003-2004 à 2012-2013, selon l'âge (en %) 24

Figure 12

Évolution du nombre d'usagers et du nombre d'interventions
en soins à domicile de 2005-2006 à 2012-2013, selon l'âge (en %). 29

Figure 13

Proportion des visites sur civière qui sont effectuées par des personnes de 75 ans et plus en 2012-2013, selon les régions du Québec 31

Figure 14

Séjour moyen pour les visites ambulatoires et sur civière en 2012-2013, selon les régions du Québec (en heures) 32

Figure 15

Relation entre le séjour moyen pour les visites sur civière (en heures) et la croissance de la population, selon les régions du Québec 33

Figure 16

Croissance de la population du Québec dans les dix dernières années (2003 à 2012) et prévision de croissance dans les dix prochaines années (2012 à 2021) selon l'âge (en %) 36

Figure 17

Évolution du taux annuel de visites à l'urgence pour 1 000 personnes, selon l'âge et les années 37

GLOSSAIRE

Durée moyenne de séjour hospitalier

Nombre moyen de jours entre le début de l'hospitalisation et l'obtention du congé de l'hôpital.

Niveau de priorité

L'échelle de triage et de gravité de la salle d'urgence va du niveau 1 (très urgent) au niveau 5 (non urgent). Pour les cas des niveaux 4 et 5, l'investigation et les interventions ne sont pas urgentes et certains patients peuvent même être dirigés ailleurs qu'à l'urgence.

Patients électifs

Patients dont l'hospitalisation est planifiée (comparativement aux patients qui sont hospitalisés à partir de l'urgence).

Séjour moyen à l'urgence

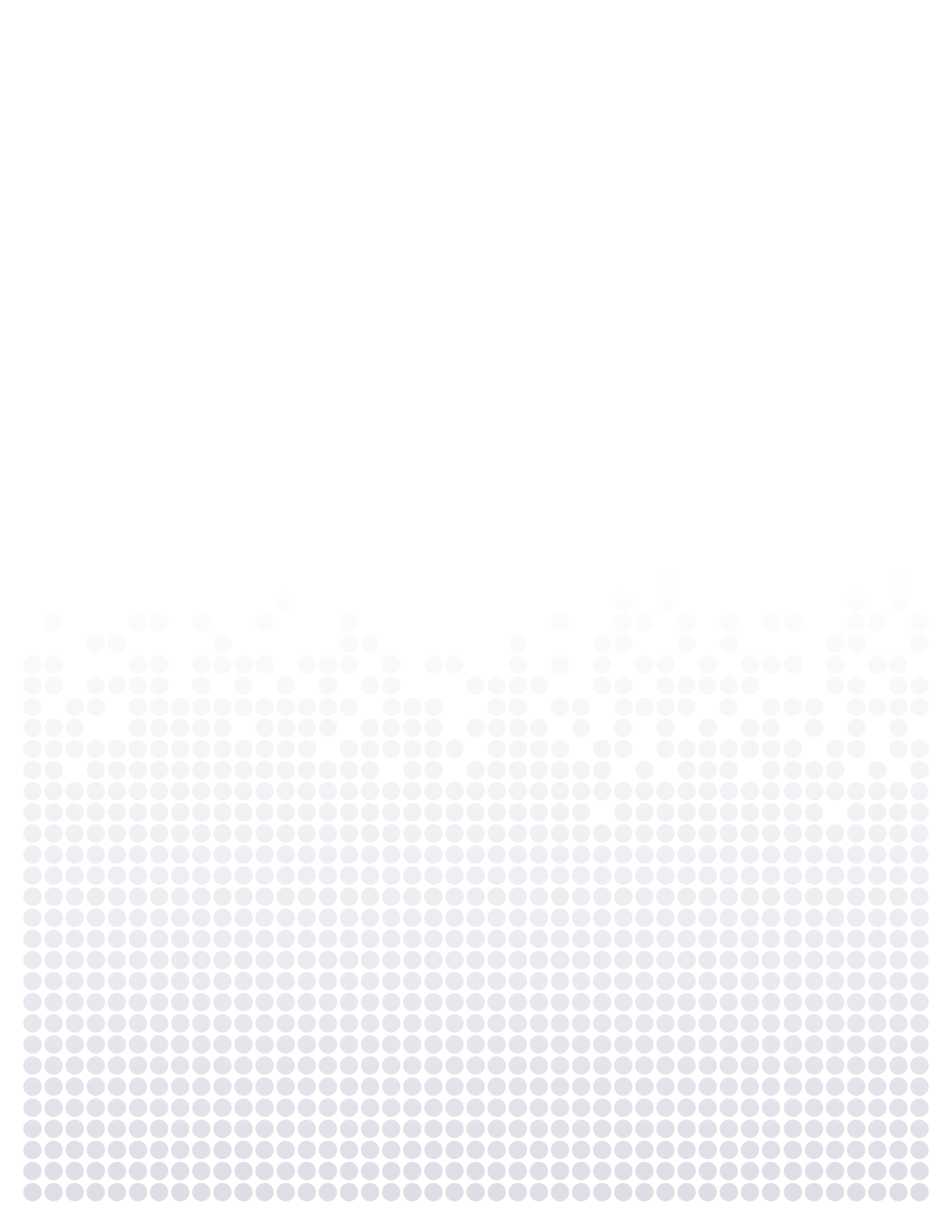
Délai moyen (en heures) entre l'arrivée à l'urgence et le départ de la salle d'urgence (retour à domicile, hospitalisation, transfert, etc.).

Visite à l'urgence ambulatoire

Visite d'une personne dans une urgence du Québec qui n'a pas été couchée sur une civière.

Visite à l'urgence sur civière

Visite d'une personne dans une urgence du Québec qui a été couchée sur une civière en raison de son état. Ce sont les cas les plus « lourds » à l'urgence.



MOT DU COMMISSAIRE

Au fil des ans, les situations d'engorgement dans les urgences des hôpitaux du Québec ont fait couler beaucoup d'encre. L'intérêt qu'on porte à ce service essentiel semble aller de soi. Toutefois, la récurrence des problèmes soulevés au fil du temps est inquiétante. C'est pourquoi nous estimons utile de nous pencher sur l'évolution de la situation des urgences au Québec au cours des dix dernières années.

Aux fins de ce rapport, nous nous sommes appliqués à mieux comprendre les problématiques en cause, à considérer soigneusement les actions prises, à analyser l'évolution du milieu, celle de la société ainsi que le contexte dans lequel tous les changements s'opèrent. Nous constatons, entre autres, que les soins et services d'urgence ont du mal à suivre le rythme des transitions démographiques qui ont cours et à s'adapter aux besoins que ces changements génèrent. De plus, les difficultés de l'urgence apparaissent symptomatiques de problèmes en amont et en aval de l'urgence. Or, il semble évident qu'une bonne part des solutions se trouvent bien au-delà de l'urgence elle-même.

Des efforts notables ont été faits par l'ensemble des acteurs pour contrer l'encombrement des urgences. Des investissements importants ont été consentis par le gouvernement pour faire face à la pression supplémentaire exercée sur ces services. Des initiatives isolées, tant au niveau local que régional, ont donné d'excellents résultats. Il faut reconnaître cette mobilisation et ces avancées, tout en constatant qu'il faudra accroître les efforts pour répondre au défi démographique des dix prochaines années.

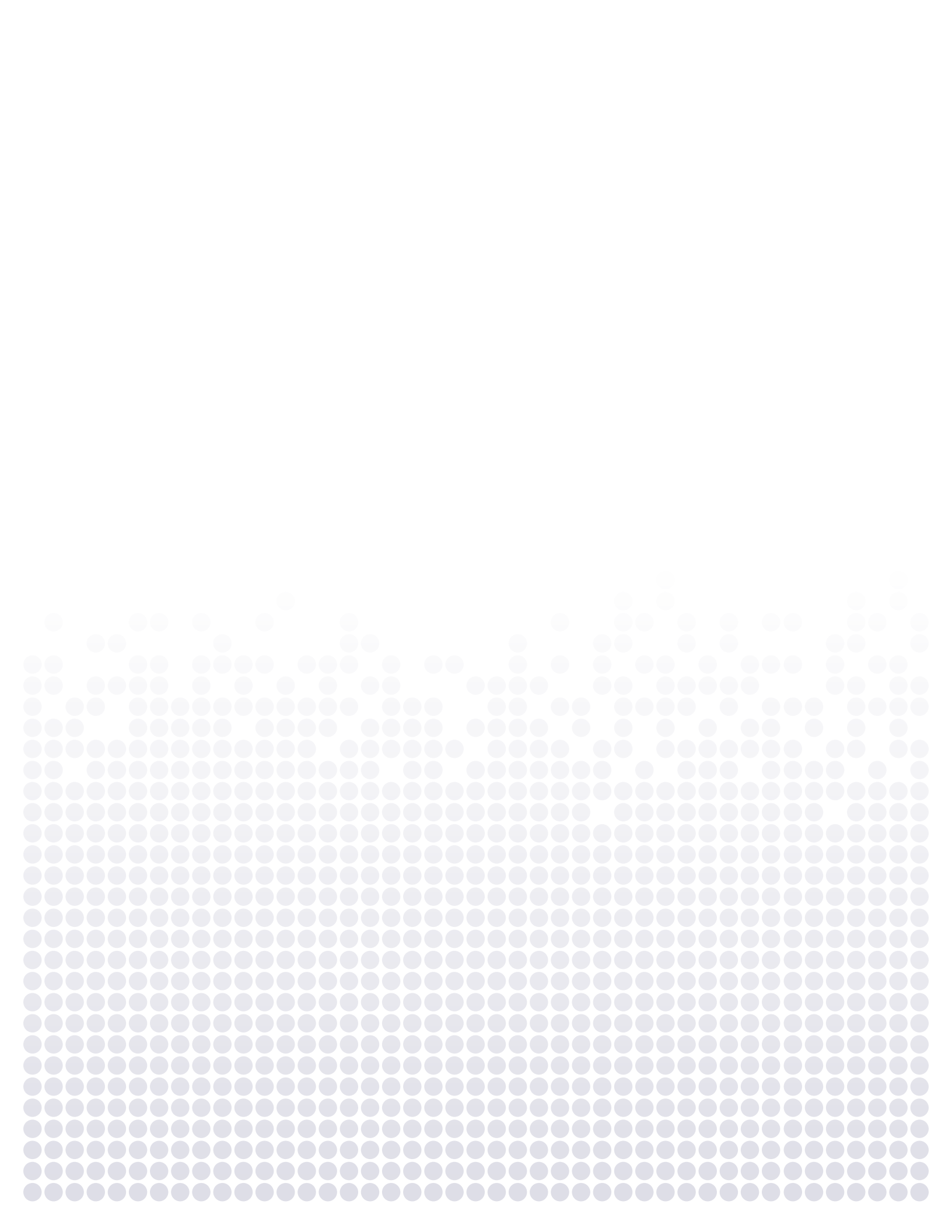
Par ailleurs, je suis très préoccupé par la situation des personnes âgées, dont la durée de séjour sur civière à l'urgence est considérable. La mise en place systématique d'approches mieux adaptées aux besoins de cette population est nécessaire pour une plus grande humanisation des soins et services à l'urgence. L'ensemble de la société québécoise, en particulier les acteurs du système, devrait se sentir interpellé par cette question et en faire une priorité.

En partageant les résultats de notre réflexion sur l'évolution des urgences au cours de la dernière décennie et en réitérant les leviers d'action déjà recommandés dans nos rapports antérieurs, je souhaite que nous puissions contribuer à la poursuite de l'amélioration de la situation dans les urgences du Québec, et ce, au bénéfice de l'ensemble des citoyens.

Le commissaire à la santé et au bien-être,



Robert Salois

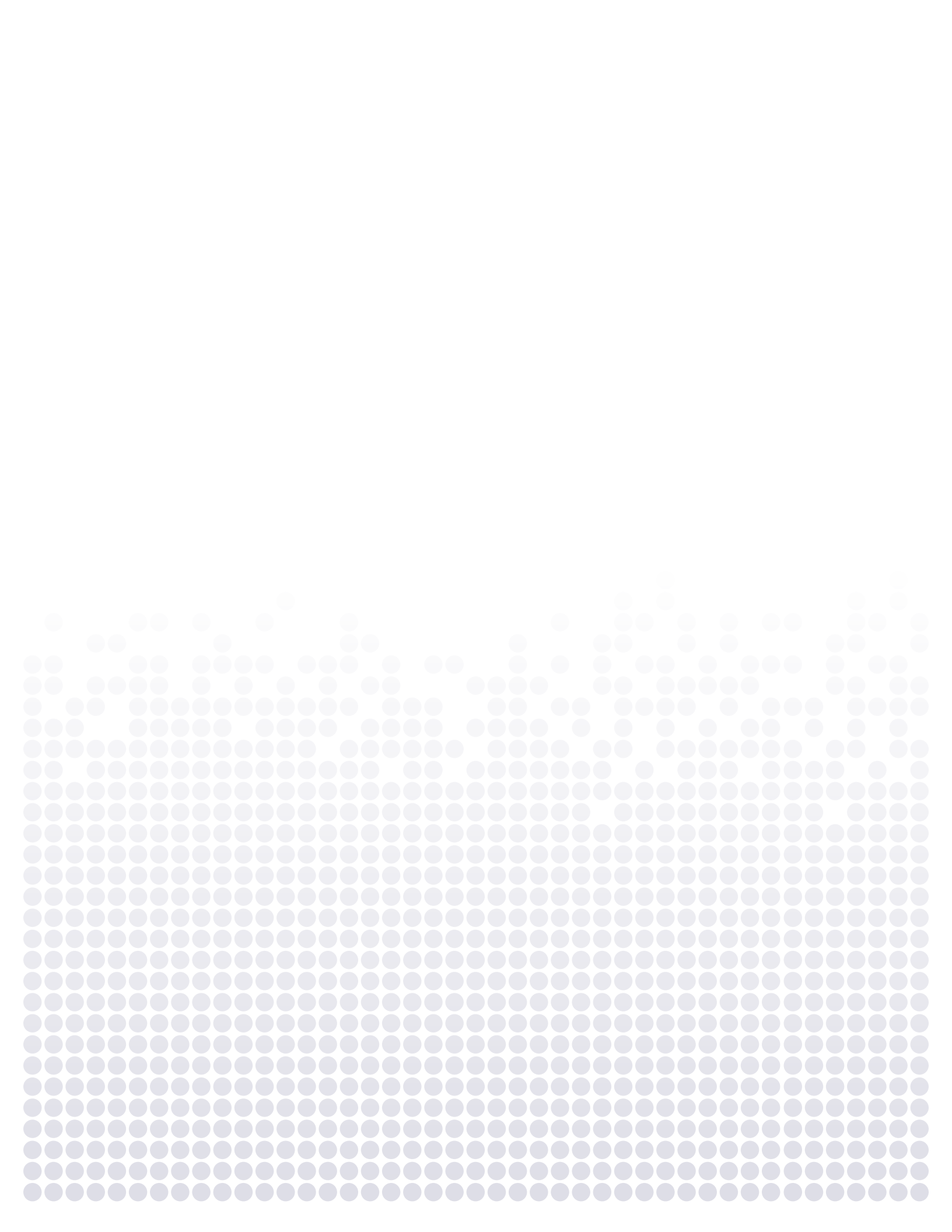


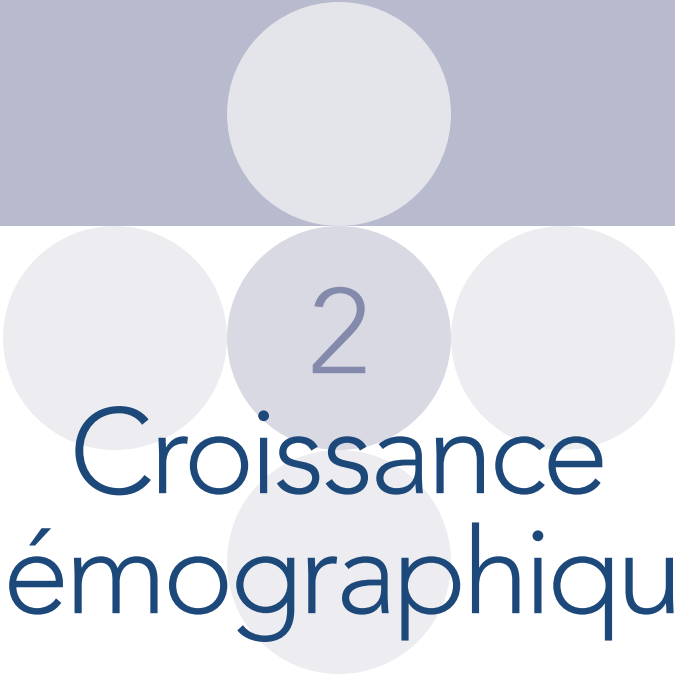


1 Introduction

Les problèmes d'engorgement dans les urgences des hôpitaux du Québec, en particulier dans celles des grands centres urbains, ne sont pas nouveaux. On en entend parler depuis les années 1970 et ce problème est régulièrement médiatisé depuis les années 1990. Dans les dix dernières années, des efforts considérables ont été déployés par l'ensemble des acteurs (ministère de la Santé et des Services sociaux, agences et établissements) pour s'attaquer à ce problème. Des sommes importantes ont été investies tant dans les salles d'urgence elles-mêmes qu'en amont et en aval afin de réduire la pression sur ces services. Pensons, par exemple, aux investissements dans la première ligne médicale avec le développement des GMF et l'inscription des patients ou encore à l'augmentation significative des personnes desservies par les soins à domicile. De plus, on a mis l'accent sur la réorganisation des façons de faire dans les salles d'urgence et on suit de près les séjours moyens des patients couchés sur civière, tout cela dans l'objectif de désengorger les salles d'urgence et de mieux prendre en charge les patients qui s'y présentent.

Ce rapport vise à documenter l'évolution de la situation des urgences au Québec dans les dix dernières années et à lier cette évolution aux facteurs qui peuvent avoir un impact positif ou négatif sur l'encombrement des urgences. Il est particulièrement important de comprendre ce qui s'est passé dans les dix dernières années, car celles-ci ont marqué le début de la transition démographique avec le départ à la retraite des premiers baby-boomers. On sait par ailleurs que cette transition va s'accélérer dans les 20 prochaines années et que cela aura sans aucun doute un impact sur les besoins en soins de la population. En analysant ce qui s'est passé dans les dix dernières années, nous pensons qu'il est possible d'entrevoir ce qui pourrait arriver dans un proche avenir, et ce, afin de mieux s'y préparer.





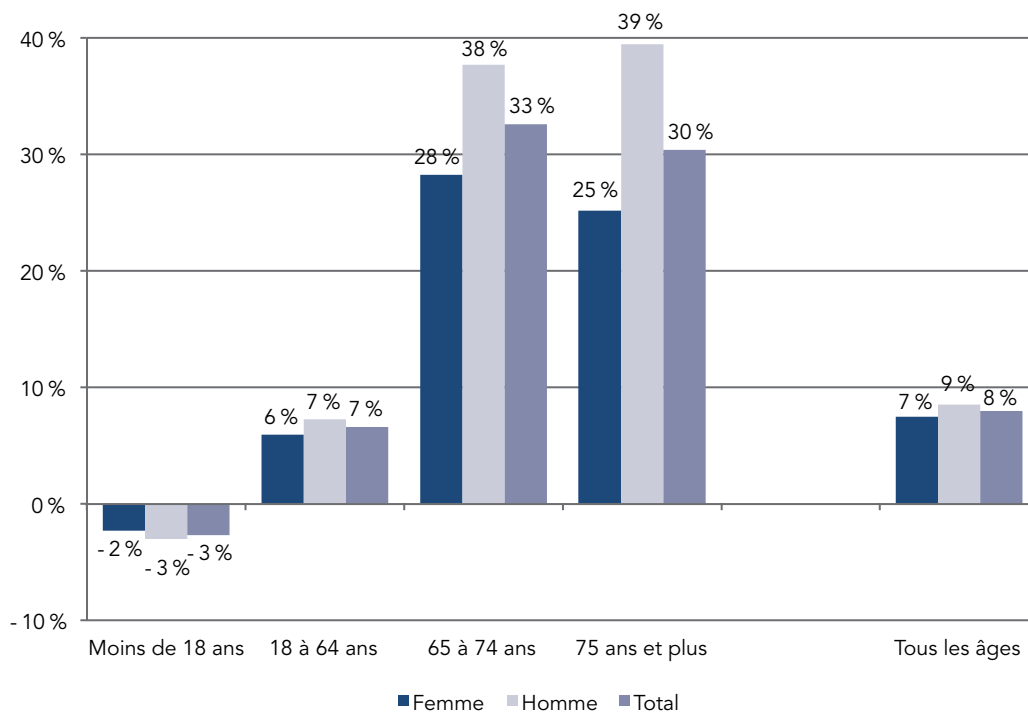
2 Croissance démographique

La croissance démographique a un impact sur la fréquentation des urgences. De 2003 à 2012, la population du Québec est passée de 7,5 millions à 8,1 millions de personnes, soit une augmentation de 8 %. Les changements démographiques varient considérablement selon les régions. Alors que la croissance a été supérieure à 15 % dans certaines régions (Lanaudière, Laurentides et Laval), elle a été légèrement négative dans d'autres (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord).

Évolution de la population selon l'âge

La croissance de la population québécoise ne se répartit pas également dans les différents groupes d'âge. De 2003 à 2012, elle a été de plus de 30 % chez les personnes de 65 ans et plus, soit une croissance près de quatre fois plus élevée que celle dans l'ensemble de la population (8 %) (figure 1). Comme la fréquentation des urgences est proportionnellement plus élevée chez les personnes âgées, l'augmentation importante du nombre de personnes dans ce groupe a sans doute eu un impact significatif sur la fréquentation des urgences dans les dix dernières années.

FIGURE 1
ÉVOLUTION DE LA POPULATION DU QUÉBEC DE 2003 À 2012, SELON LE SEXE ET L'ÂGE (EN %)



Évolution de la population selon le sexe

Globalement, la croissance de la population de 2003 à 2012 a été sensiblement la même pour les hommes et pour les femmes (8,5 % et 7,5 %). On note toutefois des différences importantes chez les personnes âgées, en particulier chez les personnes de 75 ans et plus. En effet, chez les hommes, le nombre de personnes de 75 ans et plus a augmenté de 39 %, contre 25 % chez les femmes.



3 Utilisation des urgences

Méthodologie

Afin d'évaluer l'évolution de l'utilisation des urgences dans les dix dernières années, nous avons analysé les données de la banque J56 (Registre des patients sur civière à la salle d'urgence). Cette banque contient l'information sur l'ensemble des visites dans les hôpitaux du Québec et permet de déterminer, entre autres, l'âge et le sexe des patients, de même que le type de patients.

Dans ce rapport, nous traiterons des deux types de patients qui arrivent aux urgences, à savoir les patients qui sont couchés sur civière et les autres patients, dits ambulatoires. Jusqu'à récemment, dans les communications du ministère de la Santé et des Services sociaux et dans les médias, les informations sur les urgences (nombre de cas, temps d'attente, etc.) portaient exclusivement sur les patients sur civière. Les patients couchés sur civière, qui sont les cas les plus « lourds », représentent environ le tiers de l'ensemble des visites aux urgences.

Si pratiquement tous les hôpitaux rapportent aujourd'hui adéquatement les informations sur leurs urgences dans la banque J56, ce n'était pas toujours le cas en 2003-2004, année de départ de notre analyse. En effet, pour certains hôpitaux, les données de 2003-2004 sont manquantes ou partielles. Afin de contourner ce problème, nous avons exclu de l'analyse les hôpitaux dont les données étaient manquantes en 2003-2004. De plus, lorsque l'évolution du nombre de patients de 2003-2004 à 2012-2013 était de plus de 50 % (positif ou négatif), nous avons exclu ces hôpitaux. Il est en effet probable que, dans ces cas, les grandes variations entre les deux périodes soient causées par des données partielles ou des changements dans la façon de comptabiliser les patients.

Finalement, notre analyse sur l'évolution des visites à l'urgence de 2003-2004 à 2012-2013 porte sur 80 % des hôpitaux du Québec pour les visites sur civière et 57 % des hôpitaux pour les visites ambulatoires. L'annexe I présente certains résultats selon le nombre d'hôpitaux inclus dans l'analyse.

Banques de données utilisées

Console provinciale des urgences

La Console provinciale des urgences permet un suivi opérationnel en temps quasi réel de toutes les urgences du Québec. La transmission de l'information de chacune des urgences permet d'avoir un portrait provincial de l'ensemble des urgences.

Contour financier

Le contour financier reproduit les dépenses de chacun des programmes à partir des centres d'activités apparaissant dans les rapports financiers annuels (formulaire AS-471) des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Performance hospitalière (APR-DRG)

Banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux qui contient des renseignements clinico-administratifs relatifs aux soins et services donnés à une personne, admise ou inscrite en chirurgie d'un jour, dans un centre hospitalier du Québec (données extraites de MED-ÉCHO).

Population selon l'âge, le sexe et la région

Données en provenance de la Banque de données des statistiques officielles sur le Québec (2003 à 2012) et en provenance des projections démographiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (2012 à 2021).

Registre des patients sur civière à la salle d'urgence (J56)

Banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux qui contient des renseignements sur les services donnés à une personne qui fait une visite dans les urgences du Québec.

Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)

Banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux qui fournit des données sur les demandes de services, les usagers et les interventions concernant les services dispensés dans les centres de santé et de services sociaux (mission CLSC).

Volume des visites à l'urgence

Visites à l'urgence selon l'âge en 2012-2013

En 2012-2013, un peu plus de 3,4 millions de visites ont été effectuées dans les urgences du Québec, et ce, pour une population de 8,1 millions de personnes. Environ un tiers de ces visites (1,09 million) sont des visites sur civière et deux tiers (2,34 millions), des visites ambulatoires (tableau 1).

TABEAU 1
RÉPARTITION DE LA POPULATION DU QUÉBEC EN 2012 ET RÉPARTITION DES VISITES
AMBULATOIRES ET SUR CIVIÈRE AUX URGENCES EN 2012-2013, SELON L'ÂGE

	Population		Visites ambulatoires		Visites sur civière		Total des visites	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 18 ans	1 518 967	19	529 813	23	104 012	10	633 825	19
18-64 ans	5 258 214	65	1 460 151	62	537 098	49	1 997 249	58
65-74 ans	732 897	9	191 168	8	156 968	14	348 136	10
75 ans et plus	573 981	7	156 323	7	287 705	26	444 028	13
Total	8 084 059	100	2 337 455	100	1 085 783	100	3 423 238	100

On constate que la répartition des visites ambulatoires selon l'âge est très proche de la répartition par groupe d'âge dans la population. Ainsi, chez les personnes plus âgées, il n'y a proportionnellement pas plus de visites ambulatoires à l'urgence que chez les plus jeunes. Ce résultat est sans doute lié au fait que la plupart des visites ambulatoires à l'urgence ne sont pas des cas « lourds ». Comme on le sait, de nombreux patients se présentent à l'urgence lorsqu'ils ont un besoin, mais qu'ils n'ont pas accès à un médecin en clinique.

Le portrait est tout à fait différent pour les visites sur civière. Dans ce cas, les personnes de 75 ans et plus font 26 % des visites, alors qu'elles ne représentent que 7 % de la population. Le même phénomène est observé, mais dans une moindre mesure, chez les personnes de 65 à 74 ans, qui représentent 14 % des visites sur civière, mais seulement 9 % de la population. Au total, les personnes de 65 ans et plus (65 à 74 ans et 75 ans et plus) représentent donc 40 % des visites sur civière à l'urgence.

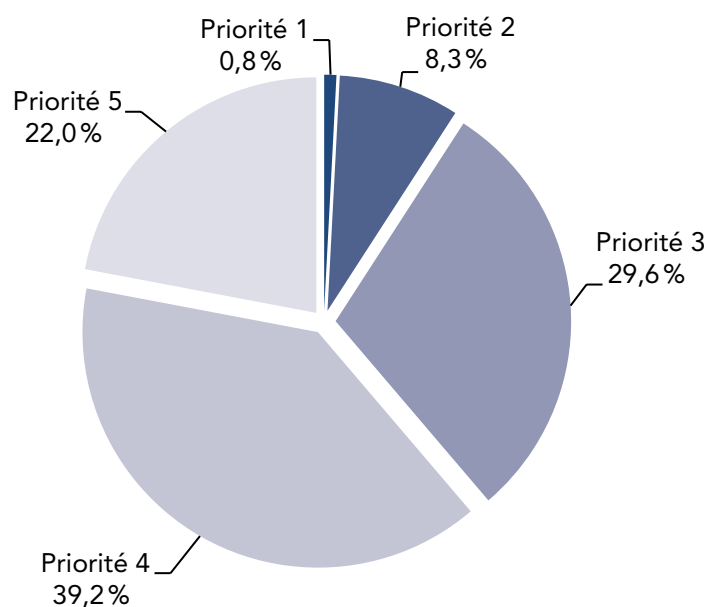
À l'inverse, les personnes de moins de 64 ans et les enfants sont proportionnellement sous-représentés dans les visites sur civière. Ce résultat est cohérent avec le fait que les patients sur civière sont des cas plus « lourds » (la prévalence des problèmes de santé complexes augmente avec l'âge).

Visites à l'urgence selon le niveau de priorité

Les données de la Console provinciale des urgences du ministère de la Santé et des Services sociaux permettent de catégoriser les patients selon leur niveau de priorité. L'échelle de triage et de gravité de la salle d'urgence va du niveau 1 (très urgent) au niveau 5 (non urgent). Alors que les cas des niveaux 1 à 3 doivent être vus rapidement à l'urgence, on considère que, pour la plupart des cas des niveaux 4 et 5, l'investigation et les interventions ne sont pas urgentes. Dans certains cas, ces patients pourraient même être traités ailleurs qu'à l'urgence.

La figure 2 présente la répartition des visites à l'urgence en 2013-2014 selon le niveau de priorité. On note que les cas les plus urgents (niveaux 1, 2 et 3) représentent moins de 40 % des cas, alors que les cas des niveaux 4 et 5 représentent un peu plus de 60 % des cas, soit environ 2,1 millions de visites.

FIGURE 2
RÉPARTITION DES VISITES À L'URGENCE EN 2013-2014, SELON LE NIVEAU DE PRIORITÉ



Il est probable qu'un nombre important de cas des niveaux 4 et 5 qui se présentent à l'urgence le font à cause du manque d'accès aux médecins de première ligne et aux plateaux techniques à l'extérieur de l'hôpital. Une amélioration de l'accès en première ligne éviterait donc à plusieurs de ces patients de se présenter aux urgences. Notons toutefois que les gains seraient moins importants pour l'hôpital, car ces patients utilisent proportionnellement moins de ressources que ceux des niveaux 1 à 3.

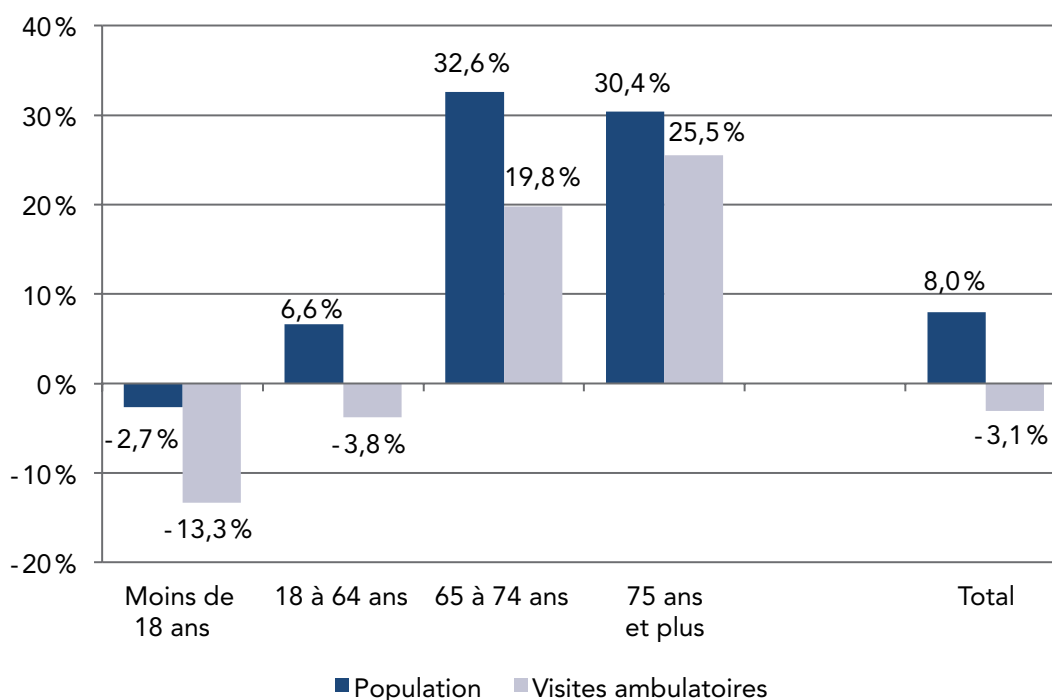
Finalement, pour les cas de niveau 1, le premier contact avec un médecin se fait, en moyenne, moins de dix minutes après l'arrivée du patient, alors que pour les cas des niveaux 4 et 5, le délai moyen varie de 2 à 3 heures.

Évolution des visites à l'urgence de 2003-2004 à 2012-2013

Évolution des visites ambulatoires

Le nombre de visites ambulatoires à l'urgence a diminué de 3% de 2003-2004 à 2012-2013. Il est à noter que cette diminution s'est produite alors que la population augmentait de 8% durant la même période (figure 3). Par contre, si ce nombre a baissé chez les personnes de moins de 65 ans (en particulier chez les enfants), il a augmenté sensiblement chez les personnes plus âgées. En effet, durant cette période, les visites ambulatoires ont augmenté de 19,8% chez les personnes de 65 à 74 ans et de 25,5% chez les personnes de 75 ans et plus. Chez les personnes de 75 ans et plus, l'augmentation du nombre de visites ambulatoires (25,5%) se rapproche donc de la croissance démographique de ces personnes (30,4%).

FIGURE 3
ÉVOLUTION DE LA POPULATION ET DU NOMBRE DE VISITES AMBULATOIRES DE 2003-2004 À 2012-2013, SELON L'ÂGE (EN %)



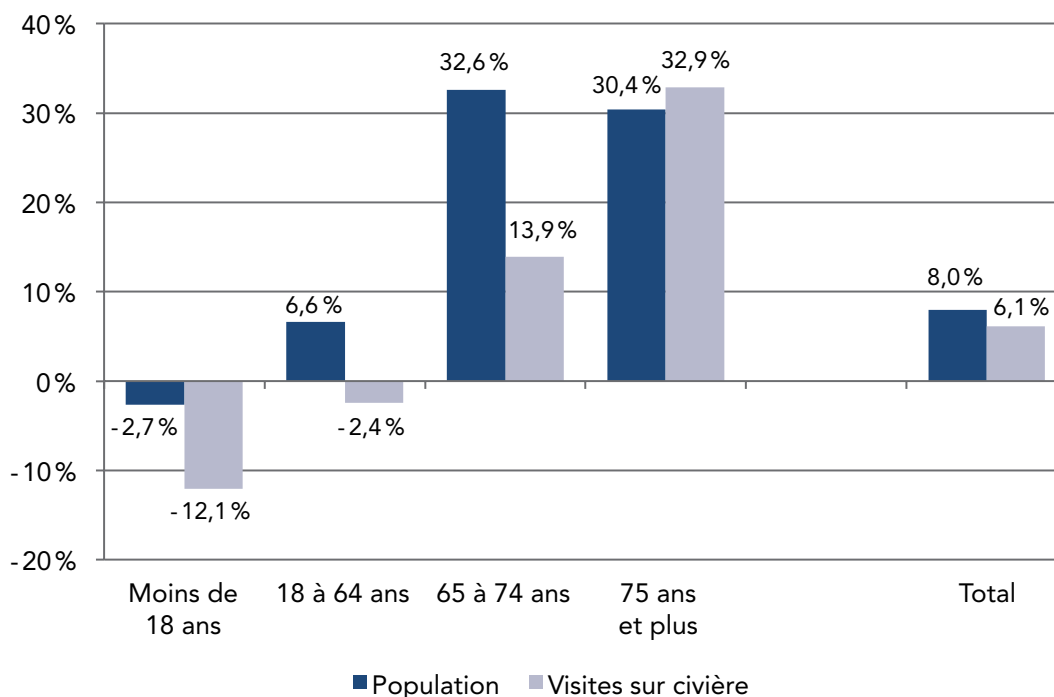
Malgré l'augmentation de la population, le nombre de visites ambulatoires à l'urgence a diminué de 2003-2004 à 2012-2013. Ce fait s'explique peut-être par l'amélioration de l'accessibilité en première ligne (augmentation du nombre de médecins et des heures de « sans rendez-vous » dans les cliniques médicales, en particulier dans les GMF, inscription des patients, etc.). Il est aussi possible que la population utilise un peu moins les urgences, du fait de leur encombrement, et que l'état de santé de la population se soit amélioré.

On note toutefois que, pour les personnes les plus âgées (en particulier les personnes de 75 ans et plus), la hausse des visites à l'urgence de 2003-2004 à 2012-2013 est sensiblement la même que celle de la population. Il semble donc que les autres possibilités que l'urgence fonctionnent moins bien pour ces personnes que pour les plus jeunes.

Évolution des visites sur civière

Contrairement aux visites ambulatoires, qui ont légèrement diminué, les visites sur civière ont augmenté de 6,1 % de 2003-2004 à 2012-2013. Cette hausse est relativement semblable à celle de la population durant la même période (8 %) (figure 4).

FIGURE 4
ÉVOLUTION DE LA POPULATION ET DU NOMBRE DE VISITES SUR CIVIÈRE
DE 2003-2004 À 2012-2013, SELON L'ÂGE (EN %)



L'analyse de l'évolution des visites sur civière en fonction de l'âge révèle que l'augmentation est particulièrement importante chez les personnes de 75 ans et plus : en effet, dans ce groupe, elle est de 32,9 %. Cette augmentation est même supérieure à la croissance démographique des personnes de 75 ans et plus dans la population (30,4 %). Par contre, chez les moins de 18 ans, on note une nette diminution du nombre de visites sur civière (-12,1 %), tout comme chez les personnes de 18 à 64 ans (-2,4 %), mais dans une moindre mesure.

Cette augmentation du nombre de visites sur civière, en particulier chez les patients âgés, a certainement eu un impact important sur la charge de travail des hôpitaux, puisque ce sont souvent des patients qui nécessitent plus de ressources et qui, parfois, doivent attendre de longues heures à l'urgence.

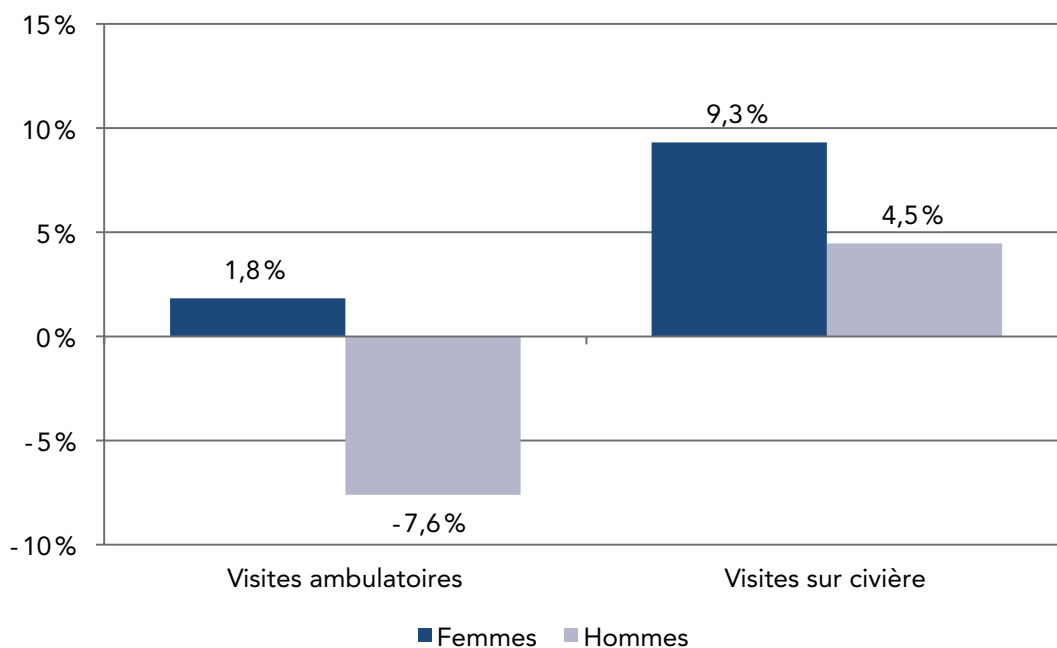
Gains d'efficience de 2003-2004 à 2012-2013

Malgré une augmentation de la population de 8 % de 2003-2004 à 2012-2013 et une nette augmentation de la proportion des personnes de 65 ans et plus, on observe une légère diminution des visites ambulatoires à l'urgence (-3 %) et une augmentation de 6 % des visites sur civière. Si l'on considère que la diminution des visites à l'urgence est un gain d'efficience pour le système de santé et de services sociaux (diminution des coûts, amélioration de l'accès, meilleur suivi en première ligne, etc.), alors ce gain a été relativement important dans les dix dernières années. En effet, si les taux de visites à l'urgence selon l'âge avaient été les mêmes en 2003-2004 et en 2012-2013, les urgences du Québec auraient dû prendre en charge 80 000 visites sur civière et 250 000 visites ambulatoires de plus. Ainsi, le gain d'efficience a permis d'éviter 8 à 10 % des visites. Ce gain se réalise toutefois surtout auprès des plus jeunes. Or, étant donné les besoins et la condition des personnes plus âgées, il est d'autant plus important de leur trouver d'autres possibilités que l'urgence.

Évolution des visites à l'urgence en fonction du sexe

En 2012-2013, sur les 3,5 millions de visites dans les urgences du Québec, 52 % ont été effectuées par des femmes et 48 %, par des hommes. De 2003-2004 à 2012-2013, les visites ambulatoires ont légèrement augmenté chez les femmes (1,8 %), alors qu'elles ont nettement baissé chez les hommes (-7,6 %) (figure 5). La différence est particulièrement importante chez les personnes de 18 à 64 ans : les visites ambulatoires ont baissé de 10 % chez les hommes et augmenté de 2 % chez les femmes.

FIGURE 5
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE VISITES AMBULATOIRES ET DE VISITES SUR CIVIÈRE
DE 2003-2004 À 2012-2013, SELON LE SEXE (EN %)



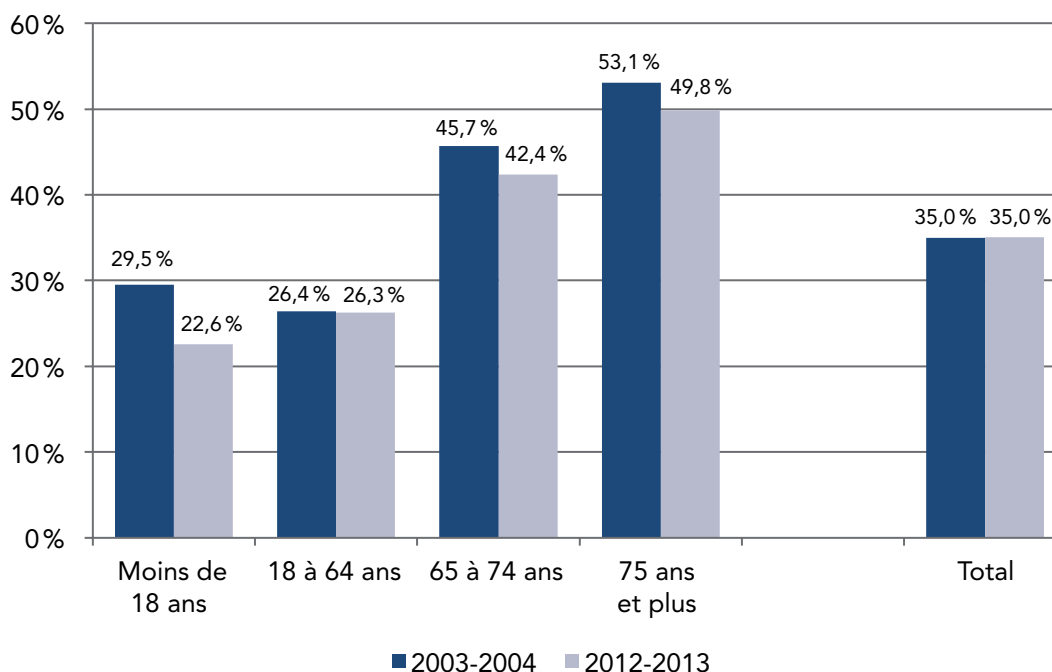
Quant aux visites sur civière, la hausse de 2003-2004 à 2012-2013 diffère également selon le sexe. En effet, l'augmentation a été deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (9,3 % contre 4,5 %). Cette différence est particulièrement importante chez les plus jeunes (moins de 18 ans) et les plus âgés (75 ans et plus).

Cette différence entre les hommes et les femmes dans l'évolution des visites à l'urgence peut sembler surprenante. En effet, comme la croissance dans la population des hommes et des femmes est relativement semblable, on aurait pu s'attendre à ce que l'augmentation des visites ambulatoires soit comparable. Dans les faits, cette différence s'explique par un rattrapage, dans les dix dernières années, du taux de visites chez les femmes, en particulier chez les plus âgées. Par exemple, en 2003-2004, le taux de visites sur civière chez les hommes de 75 ans était beaucoup plus élevé que celui des femmes (548 visites pour 1 000 hommes, contre 459 visites pour 1 000 femmes). Par contre, en 2012-2013, les taux chez les hommes et les femmes de 75 ans et plus étaient relativement semblables (autour de 500 visites pour 1 000 personnes). Il est probable qu'en 2003-2004, les hommes de 75 ans et plus qui se présentaient à l'urgence étaient proportionnellement des cas plus « lourds », comparativement aux femmes, et que ces différences se sont estompées en 2012-2013.

Évolution des patients sur civière qui sont hospitalisés

De 2003-2004 à 2012-2013, on observe une légère augmentation du nombre de visites de patients sur civière qui sont ensuite hospitalisés (3,2 %), ce qui est cohérent avec l'augmentation du nombre total de visites sur civière. Cependant, la proportion des visites de patients sur civière qui sont ensuite hospitalisés est restée stable de 2003-2004 à 2012-2013, avec un peu plus du tiers des visites (35,0 % en 2003-2004 et en 2012-2013) (figure 6).

FIGURE 6
PROPORTION DES PATIENTS SUR CIVIÈRE QUI SONT ENSUITE HOSPITALISÉS,
SELON L'ÂGE ET LA PÉRIODE



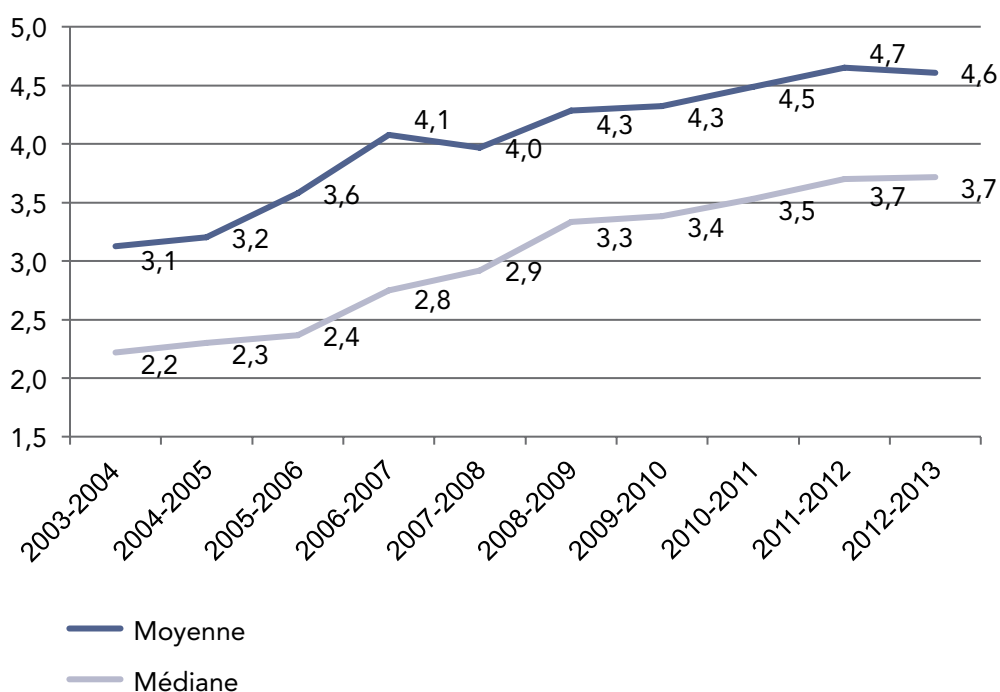
Lorsqu'on analyse ce phénomène en fonction de l'âge, on note une légère diminution de la proportion des visites de patients sur civière qui sont ensuite hospitalisés pour tous les groupes d'âge. Par exemple, chez les patients de 75 ans et plus, cette proportion est passée de 53,1 à 49,8 %. Globalement, les hôpitaux semblent donc faire des gains d'efficacité en hospitalisant proportionnellement moins les patients qui sont sur civière. Toutefois, comme les patients sur civière sont plus âgés qu'il y a dix ans, et donc plus souvent hospitalisés, ces gains d'efficacité sont absorbés par les nouveaux besoins.

Finalement, la proportion des visites de patients sur civière qui sont ensuite hospitalisés est la même chez les hommes et les femmes et aucun changement n'a été constaté dans les dix dernières années.

Évolution des séjours moyens à l'urgence

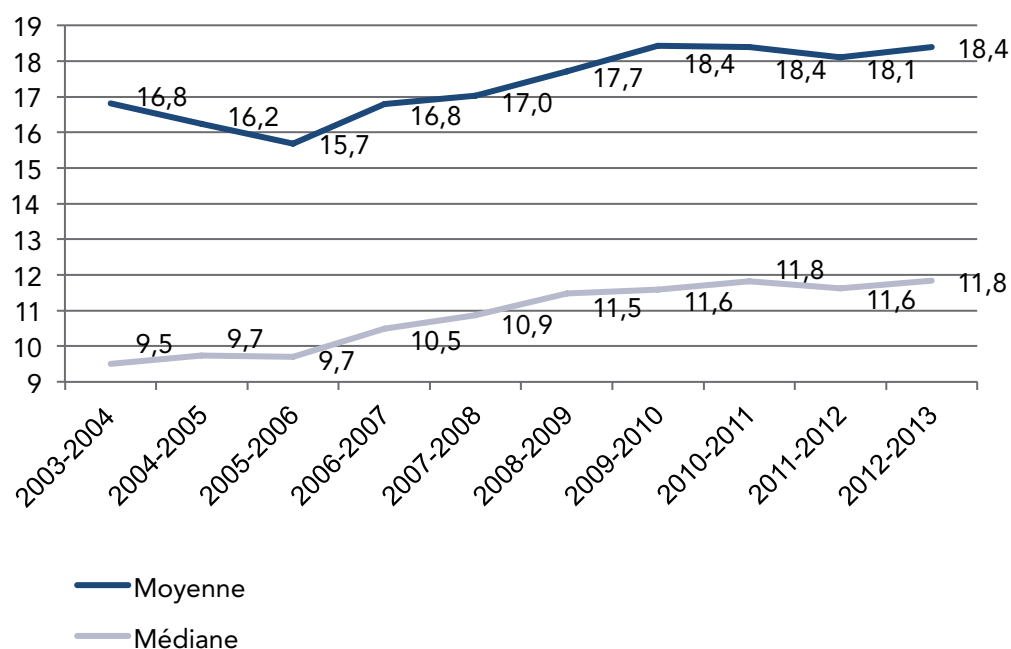
Depuis 2003-2004, le séjour moyen pour les visites ambulatoires a régulièrement augmenté. Ce séjour moyen, qui était de 3,1 heures en 2003-2004, est passé à 4,6 heures en 2012-2013, soit une augmentation de près de 50%. On note toutefois une certaine stabilisation du séjour moyen depuis 2010-2011 (figure 7).

FIGURE 7
ÉVOLUTION DU SÉJOUR MOYEN POUR LES VISITES AMBULATOIRES
DE 2003-2004 À 2012-2013 (EN HEURES)



En ce qui concerne les visites sur civière, le séjour moyen a commencé à augmenter en 2005-2006. Il est ainsi passé de 15,7 heures en 2005-2006 à 18,4 heures en 2012-2013. Comme pour les visites ambulatoires, on observe un plateau depuis quelques années (figure 8)¹. Finalement, en 2013-2014, le séjour moyen pour les patients sur civière a commencé à diminuer². C'est un signe encourageant qu'il faudra surveiller dans les prochaines années.

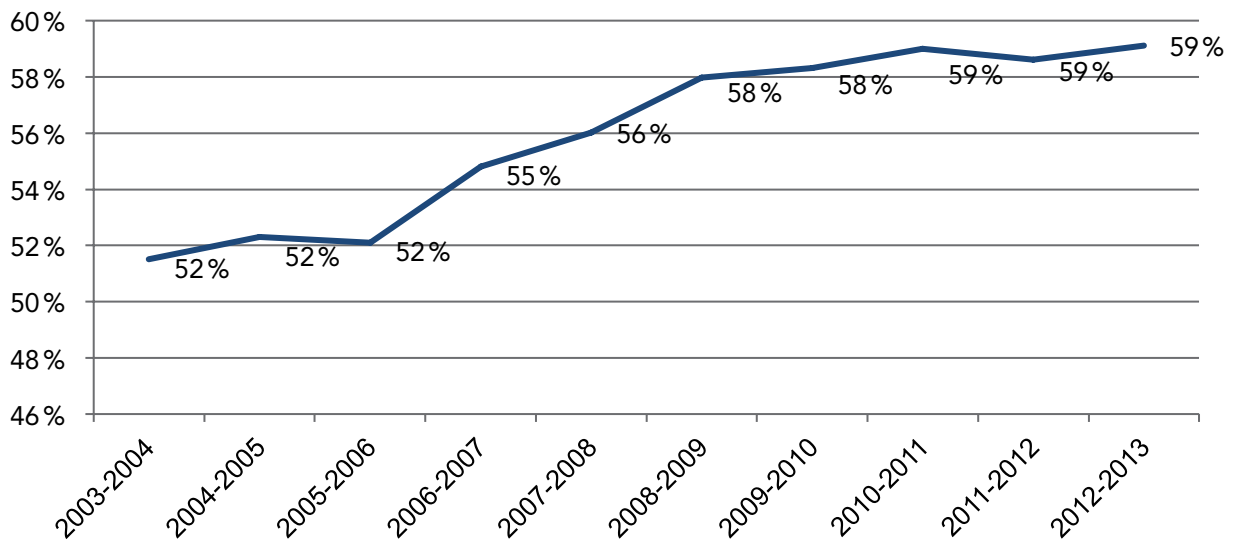
FIGURE 8
ÉVOLUTION DU SÉJOUR MOYEN POUR LES VISITES SUR CIVIÈRE
DE 2003-2004 À 2012-2013 (EN HEURES)



1. Il est à noter que les séjours moyens, dans les figures 7 et 8, ont été calculés avec les hôpitaux dont les données sont valides en 2003-2004 et en 2012-2013.
2. Ces informations proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les données utilisées dans ce rapport s'arrêtent en 2012-2013.

Tout comme pour le séjour moyen, la proportion des patients sur civière avec un long séjour a augmenté dans les dix dernières années. Ainsi, la proportion des patients sur civière dont le séjour dépasse 24 heures est passée de 22 à 26 % de 2003-2004 à 2012-2013. De même, la proportion des patients sur civière dont le séjour est hors-norme³ est passée de 52 à 59 % (figure 9).

FIGURE 9
ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES PATIENTS SUR CIVIÈRE DONT LE SÉJOUR EST HORS-NORME,
DE 2003-2004 À 2012-2013



3. Un séjour est hors-norme quand il dure plus de 8 h pour les patients non hospitalisés et plus de 12 h pour les patients hospitalisés.

Évolution du transport ambulancier

En 2012-2013, sur les 3,4 millions de visites à l'urgence, 17,4 % sont arrivées en ambulance. Cela correspond à près de 600 000 transports ambulanciers. Il est à noter que 82 % des transports ambulanciers sont effectués par des patients qui sont ensuite couchés sur civière.

L'augmentation du nombre de transports ambulanciers de 2003-2004 à 2012-2013 a été très importante, surtout lorsqu'on la compare à celle des visites à l'urgence durant la même période. Ainsi, pour les visites sur civière, le nombre d'ambulances a augmenté de 24,3 %, alors que le nombre de visites a augmenté de seulement 6 %. Ce phénomène illustre bien l'alourdissement de la clientèle dans les urgences, en particulier l'augmentation du nombre de personnes âgées. En 2012-2013, les personnes de 65 ans et plus représentaient, à elles seules, plus de la moitié de tous les transports ambulanciers.

Grands utilisateurs

Pour analyser l'utilisation des urgences par les grands utilisateurs, nous avons comptabilisé le nombre de visites en 2012-2013 ainsi que le séjour total de toutes les visites pour un même utilisateur. Pour ce faire, nous avons utilisé les numéros de dossier dans la banque J56 afin de pouvoir distinguer les visites et les personnes. Contrairement aux données présentées précédemment dans ce rapport, les analyses ci-après présentent donc un nombre de personnes (et non un nombre de visites), étant donné que chaque personne peut faire une ou plusieurs visites.

Grands utilisateurs pour les visites sur civière

En 2012-2013, environ 800 000 personnes ont fait au moins une visite sur civière à l'urgence, pour un total de 1,09 million de visites sur civière. On note que 79 % des personnes n'ont fait qu'une seule visite sur civière. Leur séjour moyen a été de 15,5 heures. Ces personnes, qui représentent près de 80 % des utilisateurs de civière, n'utilisent que 51 % de toutes les heures passées sur civière (tableau 2). Les utilisateurs qui ont fait au moins deux visites sur civière en 2012-2013 ont donc utilisé la moitié de toutes les heures sur civière, alors qu'ils ne représentent que 20 % de l'ensemble des utilisateurs. Quant aux utilisateurs qui ont fait au moins quatre visites sur civière dans l'année, ils ne représentent que 3 % de l'ensemble des utilisateurs (environ 26 000 personnes), mais ils ont utilisé 16 % de toutes les heures sur civière.

TABEAU 2
NOMBRE D'UTILISATEURS ET DE VISITES SUR CIVIÈRE AINSI QUE LEUR RÉPARTITION EN 2012-2013

Nombre de visites sur civière	Nombre d'utilisateurs	Taux d'utilisateurs (%)	Nombre moyen d'heures sur civière*	Taux de toutes les heures sur civière (%)
Une visite	623 892	79	15,5	51
Deux visites	108 534	14	38,5	22
Trois visites	33 704	4	63,2	11
Quatre visites et plus	26 404	3	112,0	16
Total	792 534	100	23,9	100

* Moyenne pour toutes les visites d'une personne dans l'année

Grands utilisateurs pour les visites ambulatoires

En 2012-2013, environ 1,5 million de personnes ont fait au moins une visite ambulatoire à l'urgence, pour un total de 2,34 millions de visites. On note que 72 % des personnes n'ont fait qu'une seule visite ambulatoire. Ces personnes représentent un peu moins de la moitié de toutes les visites ambulatoires (tableau 3). Les utilisateurs qui ont fait au moins quatre visites ambulatoires ne représentent que 5 % de l'ensemble des utilisateurs (environ 77 000 personnes). Toutefois, ces personnes ont fait en moyenne 5,6 visites dans l'année, ce qui représente près de 20 % de toutes les visites ambulatoires.

TABEAU 3
NOMBRE D'UTILISATEURS ET DE VISITES AMBULATOIRES AINSI QUE LEUR RÉPARTITION EN 2012-2013

Nombre de visites ambulatoires	Nombre d'utilisateurs	Taux d'utilisateurs (%)	Nombre moyen de visites ambulatoires	Taux de toutes les visites ambulatoires (%)
Une visite	1 094 601	72	1,0	47
Deux visites	266 310	17	2,0	23
Trois visites	88 324	6	3,0	11
Quatre visites et plus	76 951	5	5,6	19
Total	1 526 186	100	1,5	100

Évolution des dépenses à l'urgence

À partir des données du contour financier du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui regroupe l'ensemble des dépenses des établissements de santé du Québec, il est possible de suivre dans le temps les dépenses associées aux urgences⁴. Le contour financier des établissements ne comprend toutefois pas toutes les dépenses en santé. Par exemple, les salaires des médecins n'y sont pas inclus.

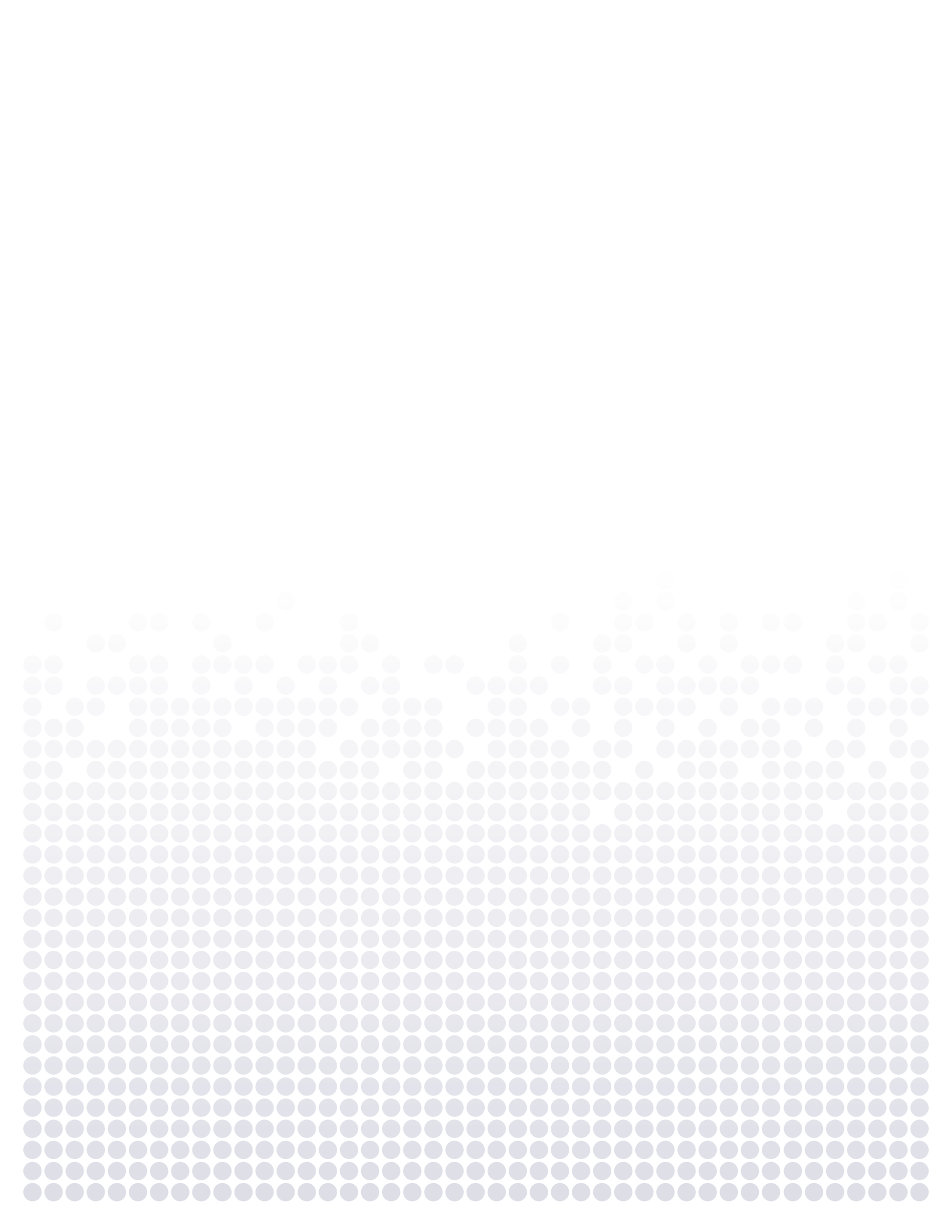
De 2003-2004 à 2012-2013, les dépenses dans les urgences du Québec sont passées de 359 à 622 millions, soit une augmentation de 73 %. Cette hausse est relativement semblable à celle des dépenses du programme Santé physique (69 %), mais elle est plus élevée que celle de l'ensemble des dépenses en santé (53 %) (tableau 4).

TABEAU 4
DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC EN 2003-2004 ET EN 2012-2013

	Dépenses (M\$)		Évolution
	2003-2004	2012-2013	%
Dépenses à l'urgence	359	622	73
Dépenses du programme Santé physique	4 377	7 381	69
Total des dépenses des établissements	13 019	19 971	53

Malgré cette augmentation des dépenses et une augmentation relativement faible des visites à l'urgence (-3 % pour les visites ambulatoires et +6 % pour les visites sur civière), il n'a pas été possible d'améliorer les séjours moyens dans les urgences du Québec. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette absence de progrès : alourdissement de la clientèle, manque de disponibilité des lits hospitaliers pour les patients en provenance de l'urgence, problème d'organisation des urgences, etc.

4. Ce sont les dépenses inscrites par les établissements dans le centre d'activités « 6240 – L'urgence ».





4 Hospitalisations

Le lien entre les urgences et les hospitalisations est important, puisqu'une grande partie des patients hospitalisés sont d'abord passés par l'urgence. De plus, les longs séjours des patients sur civière à l'urgence sont souvent attribuables à l'attente d'un lit d'hospitalisation. Comme pour l'urgence, il est probable que la croissance de la population dans les dix dernières années, en particulier celle des personnes âgées, ait eu un impact important sur les hospitalisations au Québec.

Dans cette section, nous présentons les données sur les hospitalisations au Québec de 2003-2004 à 2012-2013. Pour ce faire, nous avons utilisé les données provenant de la banque APR-DRG en excluant les catégories suivantes :

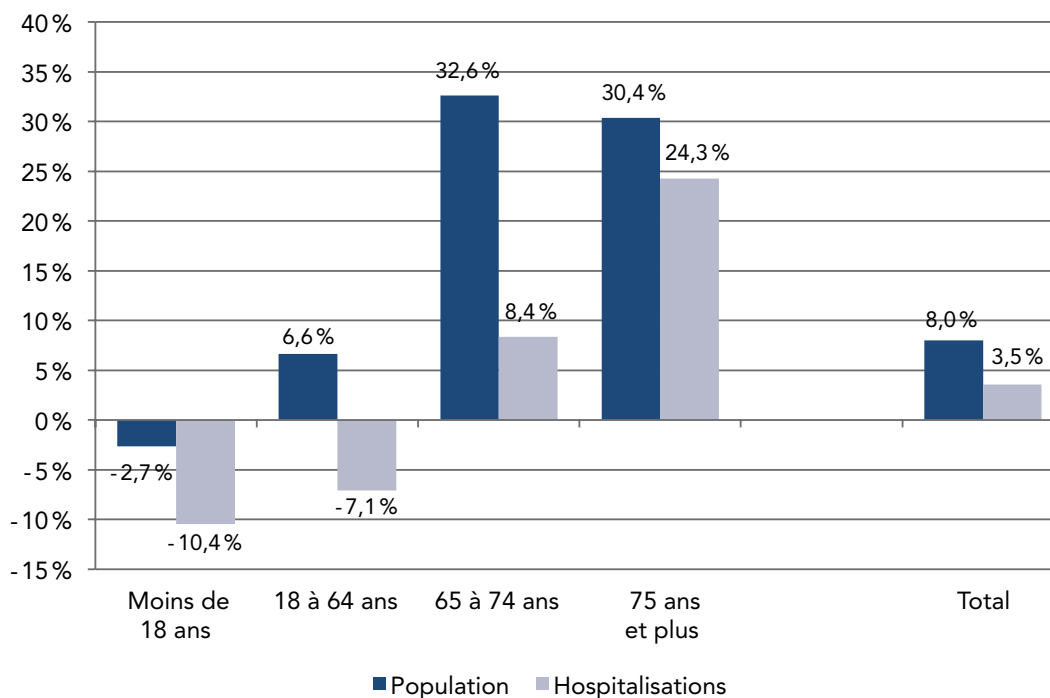
- hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de réadaptation;
- hospitalisations dont la catégorie majeure de diagnostic est nouveau-nés (CMD14), grossesse (CMD15) ou santé mentale (CMD19);
- soins d'un jour.

Évolution du nombre d'hospitalisations

De 2003-2004 à 2012-2013, le nombre d'hospitalisations au Québec est passé de 517 000 à 535 000, soit une augmentation de 3,5 %. Durant la même période, la population a augmenté de 8,0 % et elle a considérablement vieilli. Cela indique que l'offre de soins se transforme avec les années avec, entre autres, le remplacement des hospitalisations de courte durée par des chirurgies d'un jour. En effet, contrairement aux hospitalisations, on observe une forte augmentation des chirurgies d'un jour (+ 26,2 %) durant cette même période.

L'accroissement des hospitalisations est très variable en fonction de l'âge (figure 10). En effet, il est négatif chez les adultes de 18 à 64 ans (-7,1 %), alors que cette population a augmenté de 6,6 %. Chez les personnes de 65 à 74 ans, l'augmentation est relativement faible (8,4 %), comparativement à la croissance de la population (32,6 %). Par contre, celle chez les personnes de 75 ans et plus est relativement forte (24,3 %) et se rapproche de la croissance de cette population (30,3 %).

FIGURE 10
ÉVOLUTION DE LA POPULATION ET DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS DE 2003-2004 À 2012-2013,
SELON L'ÂGE (EN %)



Ces données montrent que le système a réussi à se transformer de façon importante dans les dix dernières années pour soigner différemment les personnes de moins de 75 ans. Par contre, pour les plus âgées, la transformation semble beaucoup plus difficile et les besoins en hospitalisation restent importants.

Utilisation des lits d'hospitalisation et durée moyenne de séjour

Les transformations démographiques et les changements dans les modes de soins ont eu un impact majeur sur l'occupation des lits dans les hôpitaux du Québec. En effet, comme les plus jeunes sont moins hospitalisés et que les plus âgés sont plus nombreux, les lits sont de plus en plus occupés par les personnes âgées. Alors qu'en 2003-2004, les personnes de 75 ans et plus occupaient 40 % des lits d'hospitalisation, elles en occupaient presque la moitié (48 %) en 2012-2013.

Par ailleurs, si la durée moyenne de séjour est restée globalement stable de 2003-2004 à 2012-2013 (respectivement 8,5 et 8,4 jours), certaines différences sont notables selon l'âge (tableau 5). En particulier, la durée moyenne de séjour a diminué d'une journée chez les personnes de 65 à 74 ans (9,8 à 8,8 jours de 2003-2004 à 2012-2013). C'est le groupe d'âge pour lequel les progrès sont les plus significatifs. Par contre, chez les personnes de 75 ans et plus, la durée moyenne de séjour est restée relativement stable (12,9 à 12,7 jours).

Encore une fois, on observe que des gains d'efficience ont été réalisés chez les patients de moins de 75 ans, qui sont proportionnellement moins hospitalisés et dont les durées d'hospitalisation sont plus courtes. Toutefois, chez les personnes de 75 ans et plus, il y a peu ou pas de gain d'efficience, et les besoins liés à l'augmentation du nombre de ces personnes absorbent tous les gains d'efficience réalisés chez les plus jeunes.

TABLEAU 5
VOLUME DES HOSPITALISATIONS ET DES LITS ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR
EN 2003-2004 ET EN 2012-2013, SELON L'ÂGE

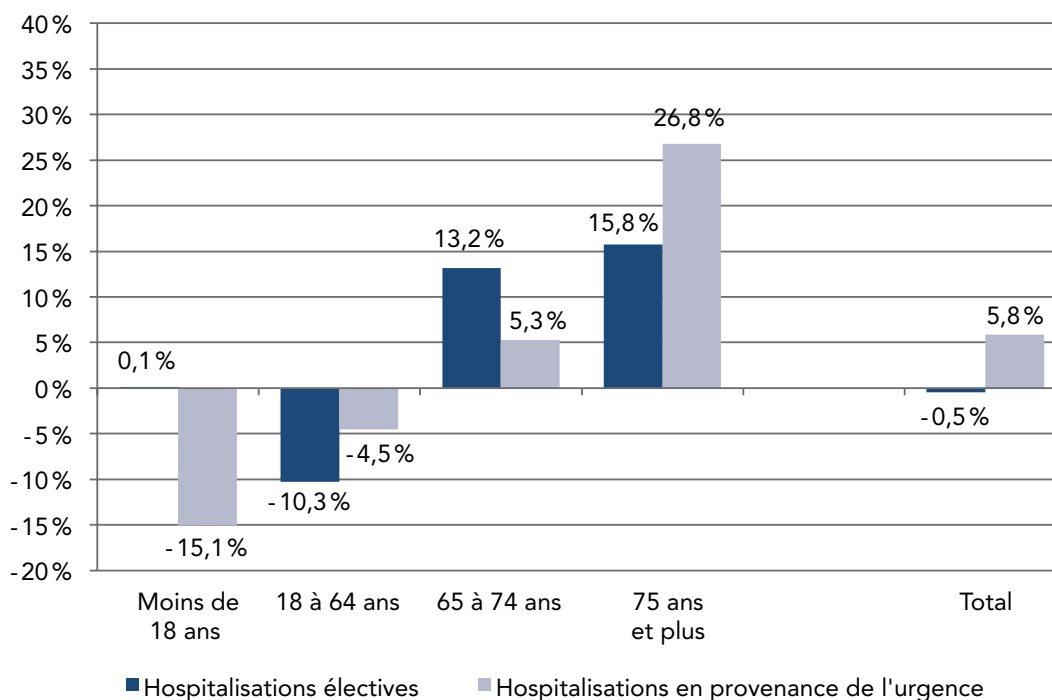
	2003-2004			2012-2013			Évolution de 2003-2004 à 2012-2013 (%)		
	Nombre d'hospitali- sations	Durée moyenne de séjour	Nombre de lits*	Nombre d'hospitali- sations	Durée moyenne de séjour	Nombre de lits*	Nombre d'hospitali- sations	Durée moyenne de séjour	Nombre de lits*
Moins de 18 ans	58 436	3,5	565	52 342	3,3	476	-10,4	-5,9	-15,7
18-64 ans	227 683	6,6	4 089	211 488	6,2	3 569	-7,1	-6,0	-12,7
65-74 ans	97 103	9,8	2 603	105 227	8,8	2 528	8,4	-10,4	-2,9
75 ans et plus	133 767	12,9	4 739	166 255	12,7	5 805	24,3	-1,4	22,5
Total	516 989	8,5	11 996	535 312	8,4	12 379	3,5	-0,3	3,2

* Le nombre de lits est calculé à partir de l'utilisation réelle
(nombre d'hospitalisations × durée moyenne de séjour / 365).

Hospitalisations à partir de l'urgence

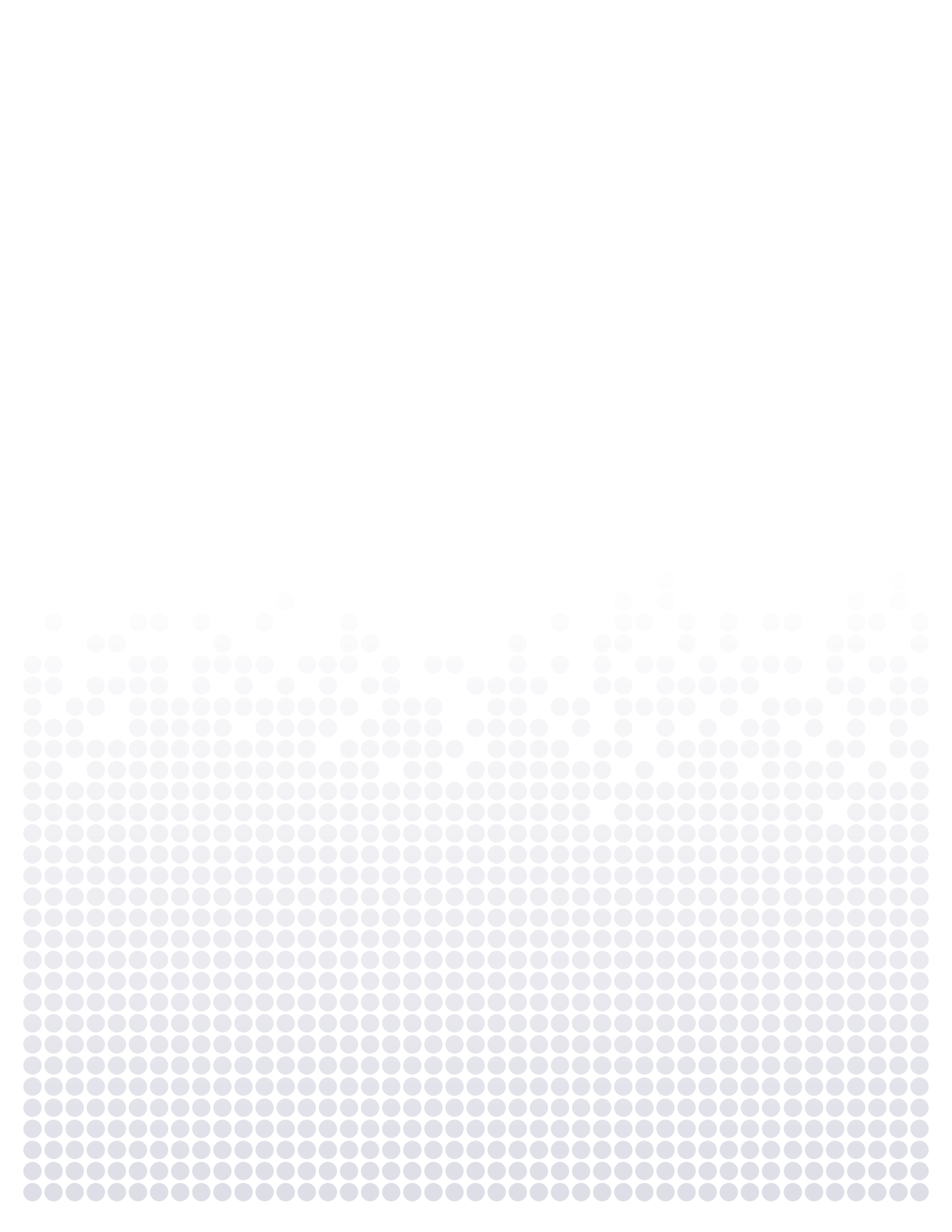
Les patients qui sont hospitalisés se divisent en deux catégories : les patients électifs, dont l'hospitalisation est planifiée, et les patients qui sont hospitalisés à partir de l'urgence. De 2003-2004 à 2012-2013, la proportion des hospitalisations en provenance de l'urgence est restée stable avec environ deux hospitalisations sur trois qui viennent de l'urgence (environ 64%). En regard de l'accroissement des hospitalisations, les hospitalisations en provenance de l'urgence ont augmenté de 5,8%, alors que les hospitalisations électives sont restées stables (diminution de 0,5%) (figure 11).

FIGURE 11
ÉVOLUTION DES HOSPITALISATIONS ÉLECTIVES ET EN PROVENANCE
DE L'URGENCE DE 2003-2004 À 2012-2013, SELON L'ÂGE (EN %)



L'analyse en fonction de l'âge montre que c'est surtout chez les personnes de 75 ans et plus que l'augmentation des hospitalisations en provenance de l'urgence est importante. En effet, elle est de 26,8 %, contre seulement 15,8 % pour les hospitalisations électives. Pour les personnes de moins de 65 ans, les hospitalisations à partir de l'urgence ont diminué.

Si l'accroissement du nombre d'hospitalisations en provenance de l'urgence est globalement modéré (5,8 %), le fait qu'il y ait plus de personnes de 75 ans et plus pourrait avoir un impact sur la lourdeur des cas hospitalisés. Ainsi, en 2012-2013, les personnes de 75 ans et plus représentaient 38 % des hospitalisations en provenance de l'urgence, alors qu'en 2003-2004, ces personnes ne représentaient que 32 % de ces hospitalisations (données non présentées).





5

Soins à domicile

Une partie des problèmes d'engorgement dans les urgences est causée par le manque de prise en charge des patients en amont et en aval de l'hôpital. Pensons aux soins à domicile pour les personnes âgées vulnérables, qui peuvent aider à réduire leurs visites à l'urgence ainsi que leurs hospitalisations. Dans les dernières années, des efforts importants ont été déployés pour améliorer l'accès aux soins à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Les données présentées dans cette section proviennent de la banque I-CLSC, qui répertorie l'ensemble des soins à domicile qui ont été offerts par les intervenants des CLSC du Québec sur une période de huit ans (de 2005-2006 à 2012-2013) plutôt que dix, et ce, en raison des changements apportés dans la banque de données I-CLSC. Les codes des centres d'activités I-CLSC retenus pour cette analyse sont présentés à l'annexe II.

Évolution des soins à domicile de 2005-2006 à 2012-2013

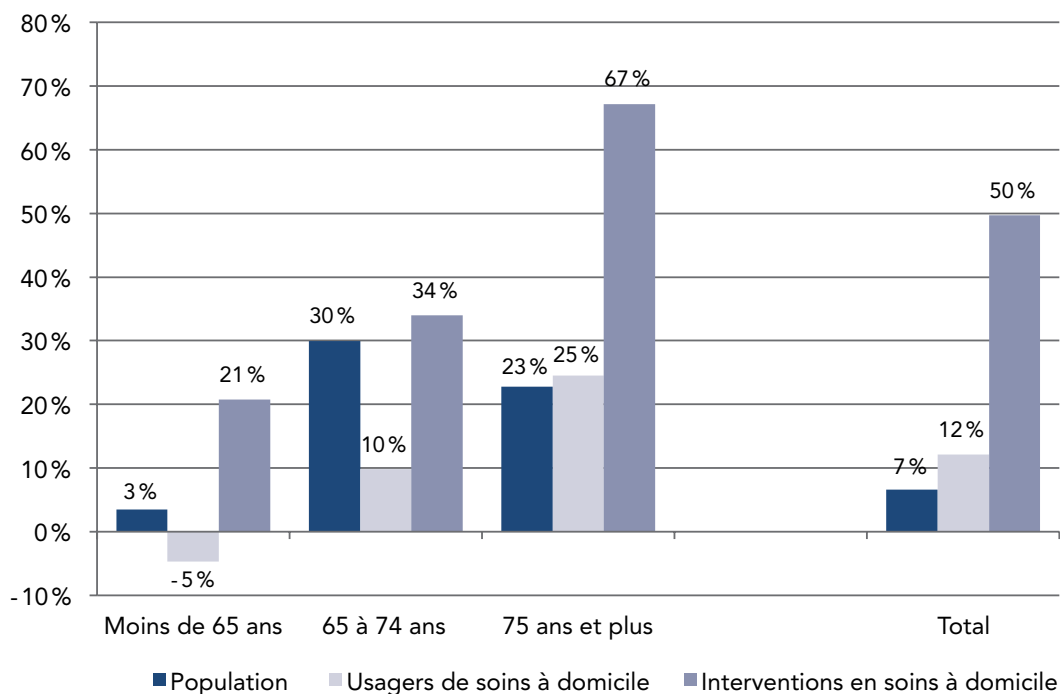
En 2012-2013, environ 331 000 personnes ont reçu des soins à domicile au Québec, pour un total d'un peu plus de 10,2 millions d'interventions. Tant pour le nombre de personnes desservies que pour le nombre d'interventions, l'augmentation a été importante de 2005-2006 à 2012-2013. En effet, le nombre de personnes desservies est passé de 296 000 à 331 000 (augmentation de 12 %) et le nombre d'interventions, de 6,9 à 10,2 millions (augmentation de 50 %) (tableau 6).

TABLEAU 6
NOMBRE D'USAGERS ET D'INTERVENTIONS EN SOINS À DOMICILE
EN 2005-2006 ET EN 2012-2013, SELON L'ÂGE

	Nombre d'usagers		Nombre d'interventions		Nombre d'interventions par usager	
	2005-2006	2012-2013	2005-2006	2012-2013	2005-2006	2012-2013
Moins de 65 ans	98 205	93 567	1 704 377	2 057 853	17,4	22,0
65-74 ans	55 009	60 391	1 238 733	1 659 584	22,5	27,5
75 ans et plus	142 456	177 430	3 924 995	6 561 037	27,6	37,0
Total	295 670	331 388	6 868 105	10 278 474	23,2	31,0

Comme prévu, ce sont les personnes de 75 ans et plus qui ont connu le plus important accroissement avec une augmentation de 25 % du nombre de personnes desservies et de 67 % du nombre d'interventions. Il est à noter que, dans ce groupe d'âge, la hausse du nombre de personnes desservies (25 %) est légèrement supérieure à celle du nombre de personnes de 75 ans et plus dans la population (23 %) (figure 12). Par contre, pour les personnes de 65 à 74 ans, l'accroissement du nombre de personnes desservies (10 %) est largement inférieur à celui de la population (30 %). Toutefois, le nombre d'interventions a beaucoup augmenté (34 %).

FIGURE 12
ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS ET DU NOMBRE D'INTERVENTIONS
EN SOINS À DOMICILE DE 2005-2006 À 2012-2013, SELON L'ÂGE (EN %)



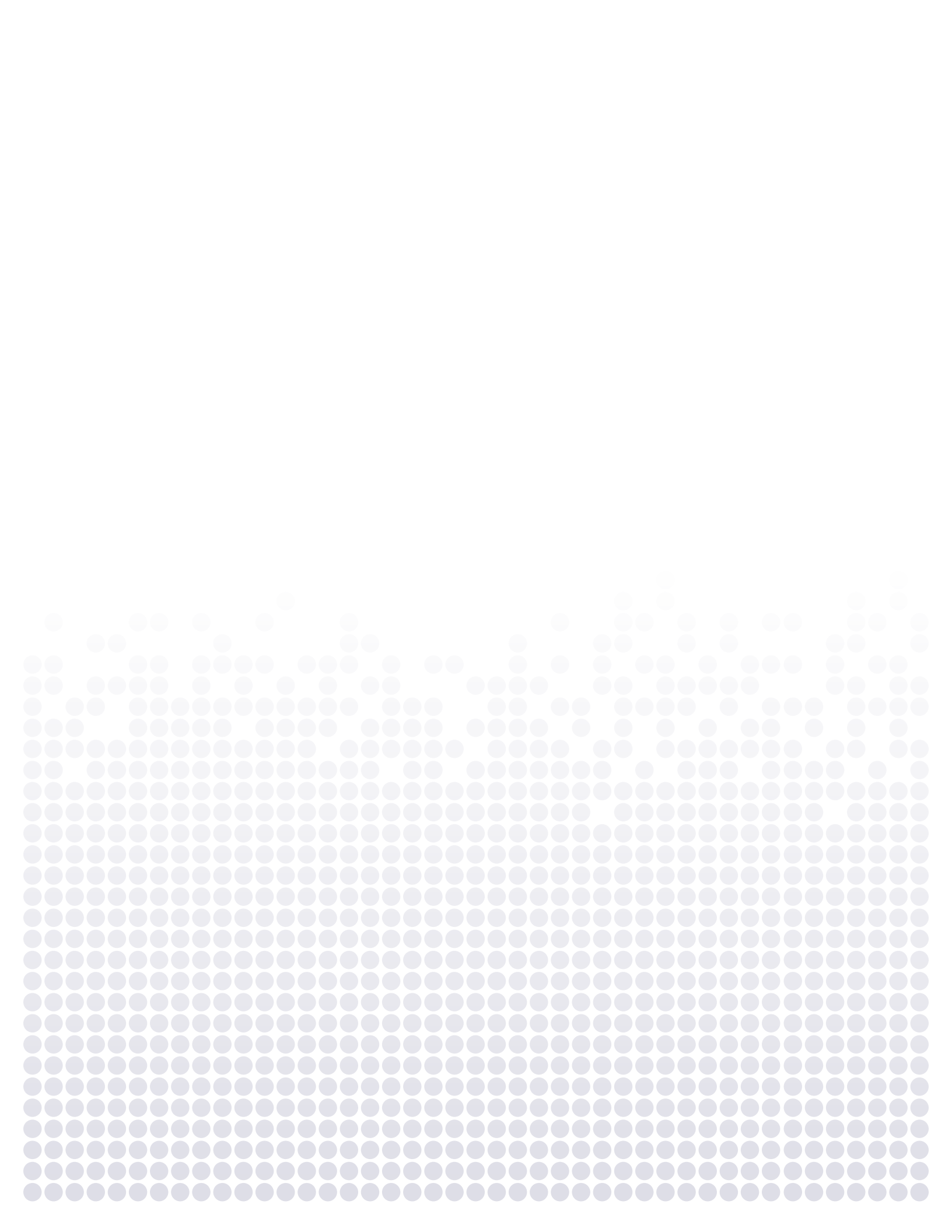
De 2005-2006 à 2012-2013, il y a donc eu un fort investissement dans les soins à domicile, qui s'est traduit non seulement par l'augmentation du nombre de personnes desservies, mais aussi par le ciblage plus important des personnes les plus âgées. Par ailleurs, on table de plus en plus sur l'intensité des services. Chez les personnes de 75 ans et plus, de 2005-2006 à 2012-2013, le nombre annuel moyen d'interventions est passé de 28 à 37.

Évolution des dépenses en soins à domicile

De 2005-2006 à 2012-2013, les dépenses dans le programme de soins à domicile sont passées de 567 à 905 millions⁵, soit une augmentation de 60%. Cette augmentation est beaucoup plus importante que celle de l'ensemble des dépenses en santé pendant la même période (de 14 à 20 milliards, soit une augmentation de 40%).

On note que la hausse des dépenses dans le programme de soins à domicile (60%) est relativement semblable à celle du nombre d'interventions en soins à domicile offertes à la population (50%). Il y a donc un lien fort entre l'augmentation des dépenses et celle des services offerts. Comme il a été indiqué précédemment, ce lien est beaucoup moins important en ce qui concerne les urgences, où les dépenses ont augmenté sans doute à cause de l'augmentation de la lourdeur des cas et des coûts du système.

5. Ce montant ne comprend pas les dépenses pour les activités de soutien et les organismes communautaires (voir l'annexe III).



6

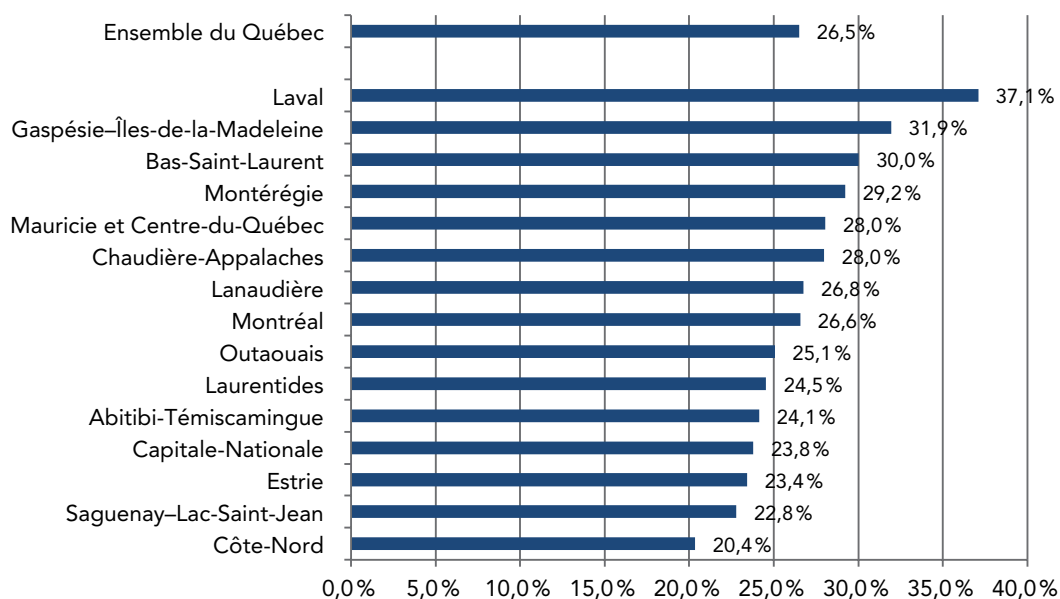
Comparaisons régionales

Proportion des personnes de 75 ans et plus sur civière

Les données en provenance du Registre des patients sur civière à la salle d'urgence (J56) permettent de comparer les hôpitaux de chacune des régions du Québec. Il est à noter que l'on ne compare pas les populations de chacune des régions, mais bien les établissements situés dans ces régions.

Pour l'ensemble du Québec, en 2012-2013, 26,5% des visites sur civière ont été effectuées par des personnes de 75 ans et plus. Ce pourcentage varie considérablement selon les régions: il passe de 20,4% (Côte-Nord) à 37,1% (Laval) (figure 13). Ces différences dans la « lourdeur » des clientèles ont un impact sur la charge de travail de chacun des établissements et sur les ressources qui y sont nécessaires.

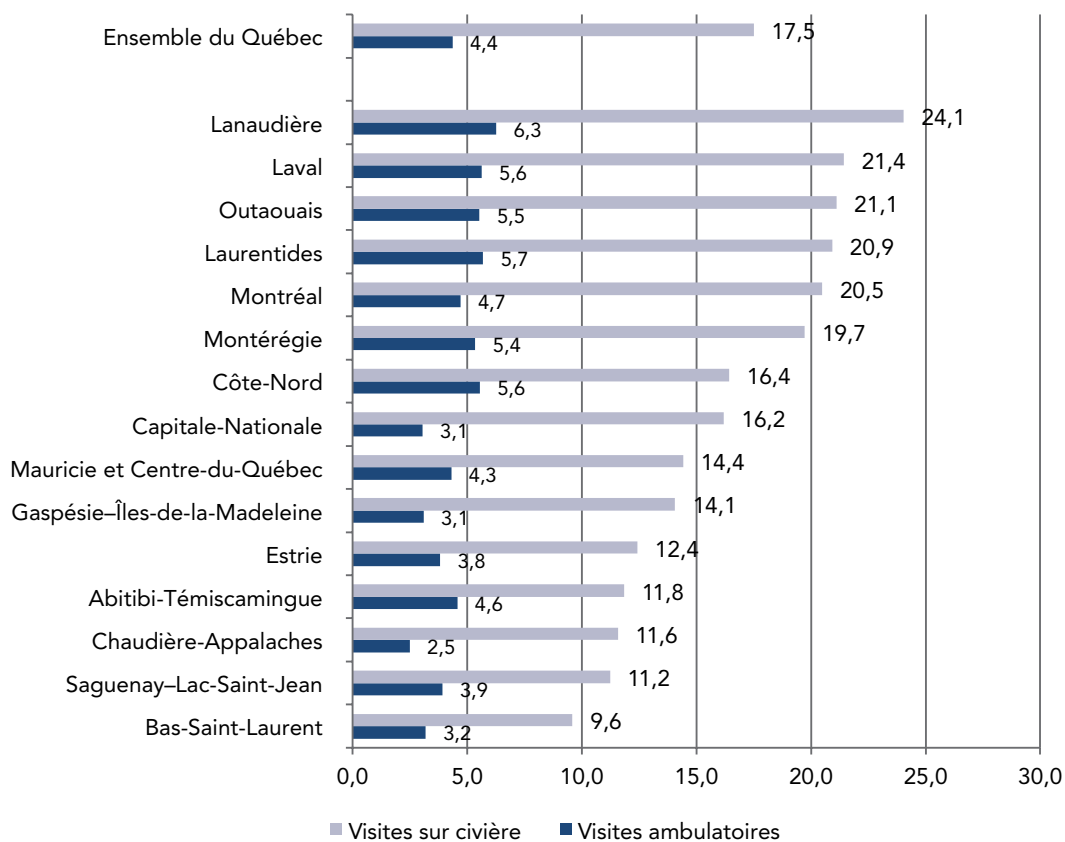
FIGURE 13
PROPORTION DES VISITES SUR CIVIÈRE QUI SONT EFFECTUÉES PAR DES PERSONNES
DE 75 ANS ET PLUS EN 2012-2013, SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC



Séjours moyens à l'urgence

Lorsqu'on compare les séjours moyens à l'urgence dans chacune des régions, on note des différences significatives. Alors que le séjour moyen pour les visites ambulatoires est de seulement 2,5 heures dans la région de Chaudière-Appalaches, il passe à 6,3 heures dans la région de Lanaudière (la moyenne pour l'ensemble du Québec est de 4,4 heures) (figure 14). On observe également des écarts importants pour le séjour moyen des visites sur civière, qui passe de 9,6 heures dans la région du Bas-Saint-Laurent à 24,1 heures dans la région de Lanaudière (la moyenne pour l'ensemble du Québec est de 17,5 heures).

FIGURE 14
SÉJOUR MOYEN POUR LES VISITES AMBULATOIRES ET SUR CIVIÈRE EN 2012-2013,
SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC (EN HEURES)

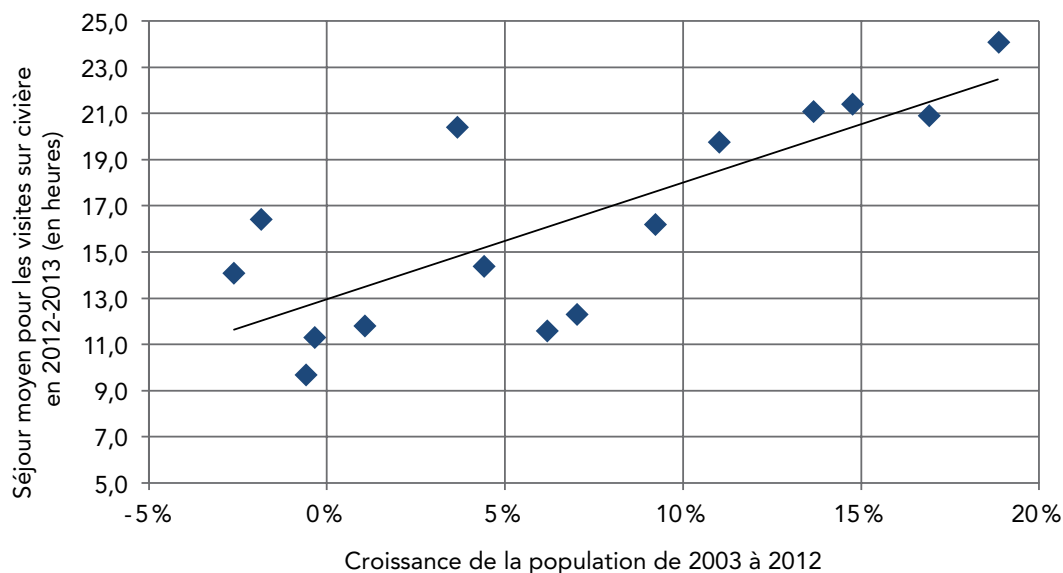


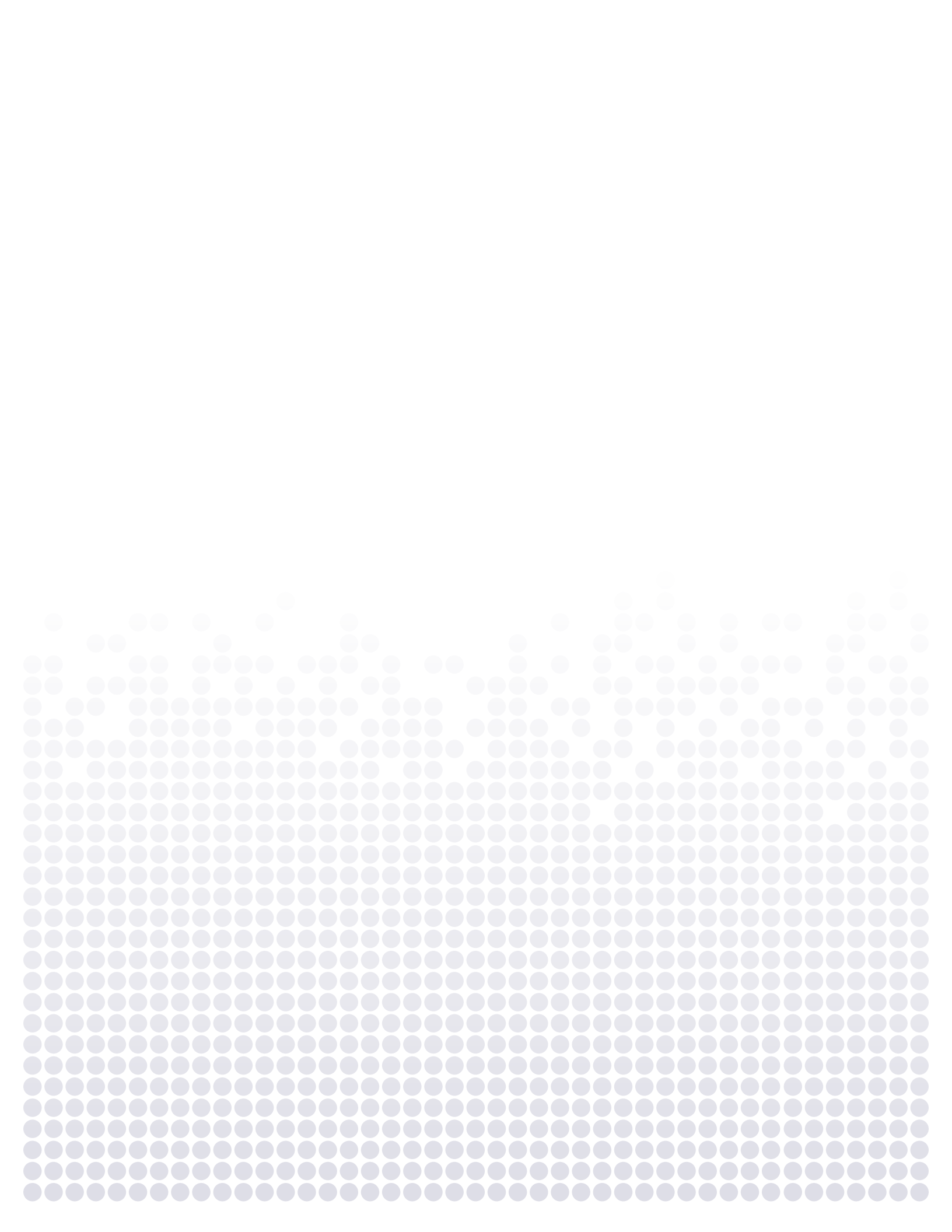
Relation entre le séjour moyen à l'urgence et la croissance de la population

On pourrait s'attendre à ce que plus la proportion des personnes de 75 ans et plus aux urgences est élevée, plus le séjour moyen est long. Or, à l'échelle régionale, il n'y a pas de corrélation entre ces deux phénomènes (données non présentées). Il est donc possible que les différences régionales soient causées, en partie, par un manque d'adéquation entre les besoins de la population et les ressources mises en place dans chacune des régions.

Cela se confirme lorsqu'on analyse la relation entre la croissance de la population dans les dix dernières années et le séjour moyen pour les visites sur civière en 2012-2013. En effet, les régions dont la croissance de la population a été importante ont systématiquement des séjours plus élevés à l'urgence (figure 15). C'est le cas dans les régions autour de Montréal (Lanaudière, Laurentides, Laval et Montérégie) ainsi que dans l'Outaouais, où la croissance de la population a été de 10 à 20 % et où les séjours moyens sur civière sont supérieurs à 19 heures.

FIGURE 15
RELATION ENTRE LE SÉJOUR MOYEN POUR LES VISITES SUR CIVIÈRE (EN HEURES)
ET LA CROISSANCE DE LA POPULATION, SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC







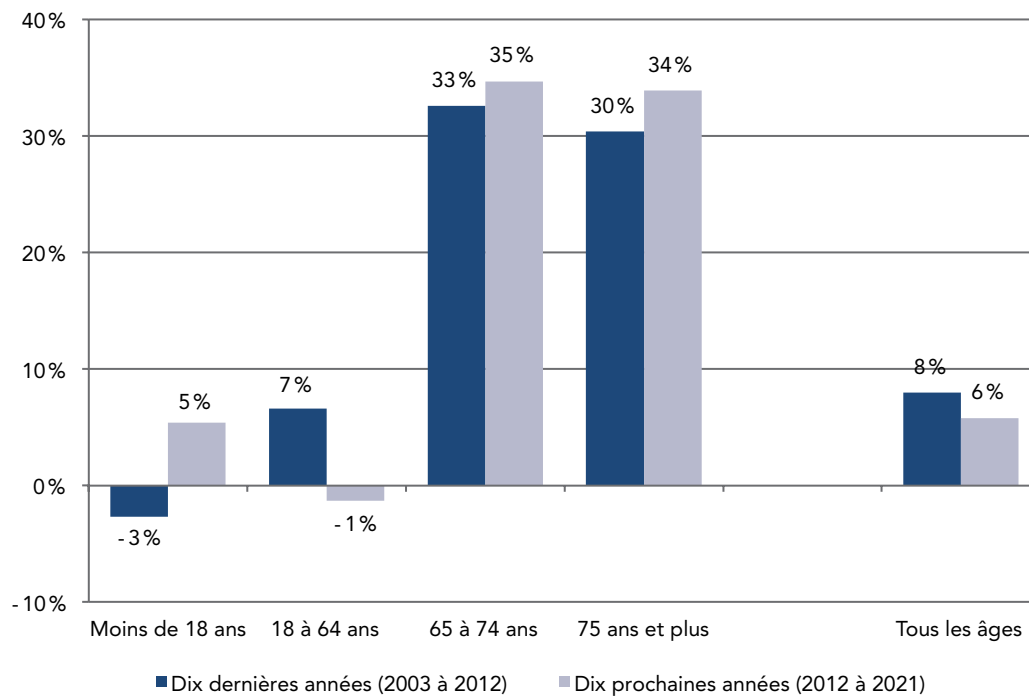
7

Projection de croissance dans les dix prochaines années

Projection de croissance de la population

Lorsqu'on compare la croissance de la population dans les dix dernières années (2003 à 2012) avec les prévisions de croissance dans les dix prochaines années (2012 à 2021), on note que la croissance globale devrait être légèrement plus faible (6 % contre 8 %) (figure 16). Cependant, ces deux périodes se distinguent de façon importante. Le nombre de personnes de moins de 18 ans devrait augmenter dans les dix prochaines années (5 %), alors qu'il avait diminué de 3 % dans les dix dernières. De même, dans les dix prochaines années, le nombre de personnes de 18 à 64 ans devrait rester stable (- 1 %), alors qu'il avait augmenté de 7 % dans les dix dernières. Par contre, pour les personnes âgées, la croissance devrait être relativement semblable dans les dix prochaines années, avec des augmentations de plus de 30 %. Ainsi, dans les dix prochaines années, toute la croissance de la population devrait se concentrer chez les plus jeunes et les plus âgés.

FIGURE 16
CROISSANCE DE LA POPULATION DU QUÉBEC DANS LES DIX DERNIÈRES ANNÉES (2003 À 2012)
ET PRÉVISION DE CROISSANCE DANS LES DIX PROCHAINES ANNÉES (2012 À 2021)
SELON L'ÂGE (EN %)

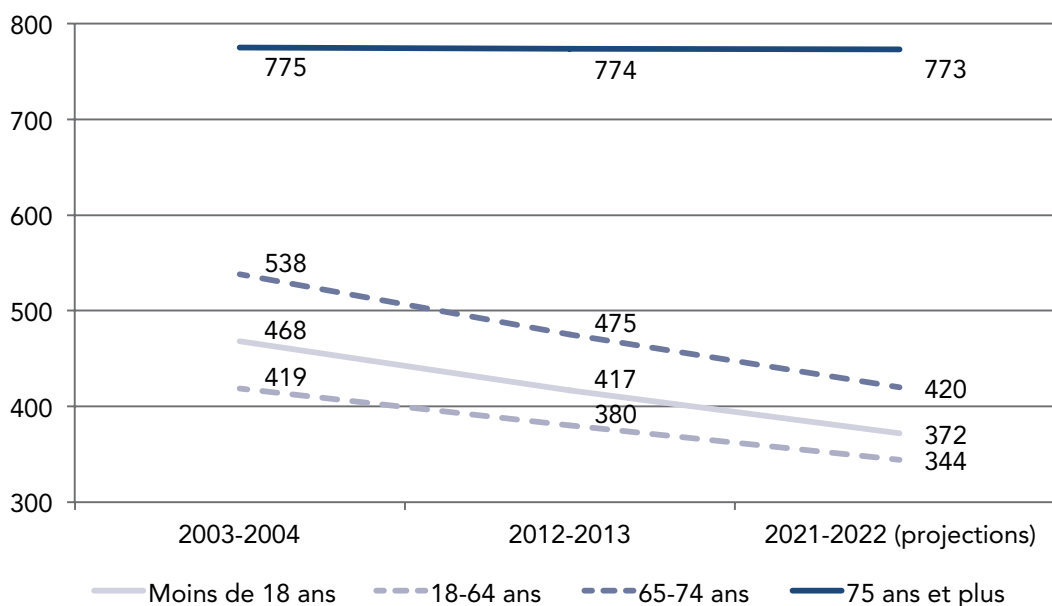


Prévision de l'augmentation du nombre de visites à l'urgence

Taux de visites à l'urgence

Pour prévoir l'augmentation du nombre de visites à l'urgence dans les dix prochaines années, nous supposons que le réseau sera capable de faire de nouveaux gains d'efficacité et que ceux-ci seront du même ordre de grandeur que ceux observés dans les dix dernières années. La figure 17 présente l'évolution du taux de visites à l'urgence pour 1 000 personnes, selon l'âge, de 2003-2004 à 2021-2022. Globalement, on présume qu'il y aura, dans les dix prochaines années, une diminution d'environ 10% du nombre de visites à l'urgence par personne, chez les personnes de moins de 75 ans, et une relative stabilité du nombre de visites à l'urgence par personne, chez les personnes de 75 ans et plus (voir l'annexe IV pour les données détaillées).

FIGURE 17
ÉVOLUTION DU TAUX ANNUEL DE VISITES À L'URGENCE POUR 1 000 PERSONNES,
SELON L'ÂGE ET LES ANNÉES



Le tableau 7 détaille l'évolution du taux de visites à l'urgence pour 1 000 personnes, selon le type de visite (ambulatoire ou sur civière) et l'âge. Alors que le taux de visites sur civière est globalement stable, celui des visites ambulatoires diminue.

TABLEAU 7
ÉVOLUTION DU TAUX DE VISITES À L'URGENCE POUR 1 000 PERSONNES,
SELON LE TYPE DE VISITE ET L'ÂGE

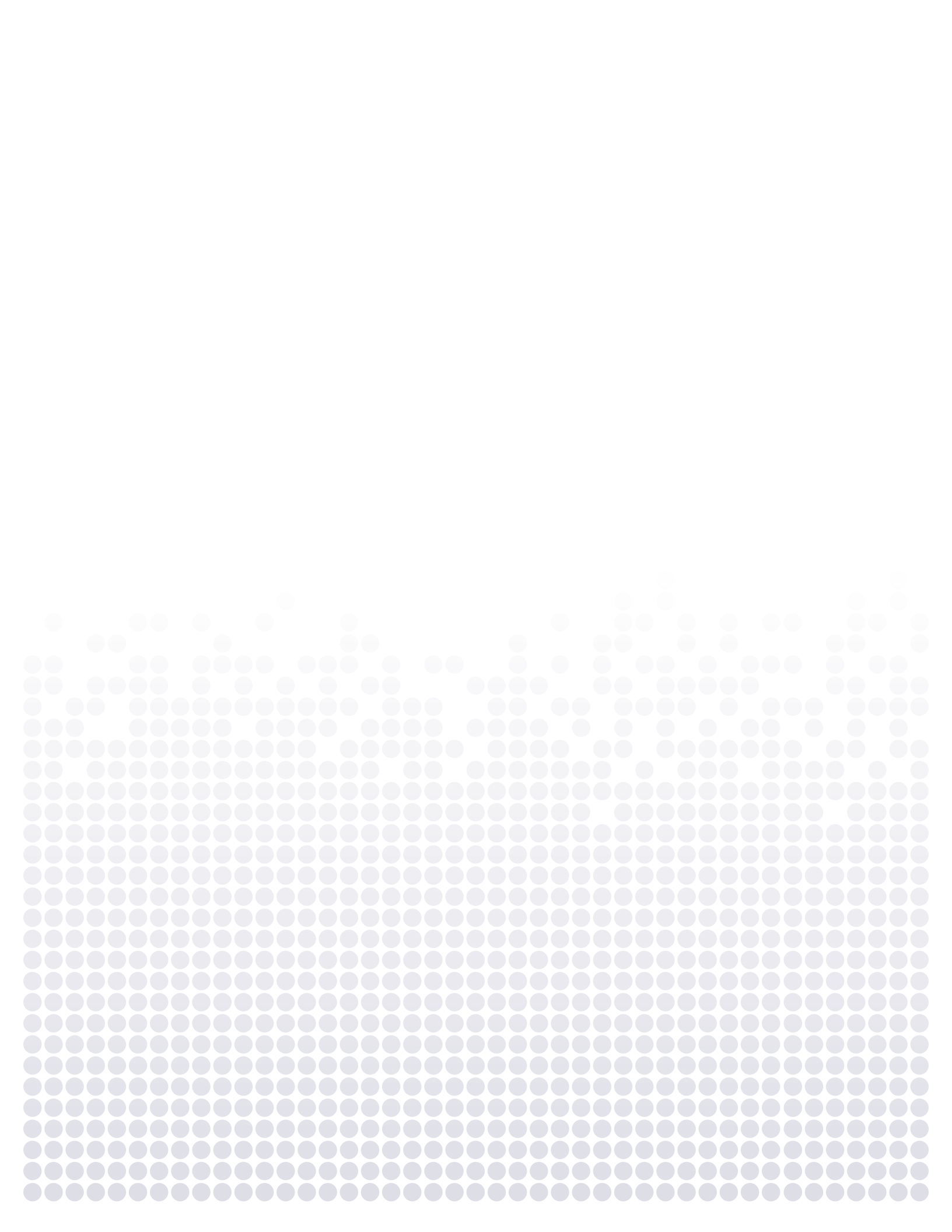
	Visites sur civière			Visites ambulatoires			Total		
	2003-2004	2012-2013	2021-2022	2003-2004	2012-2013	2021-2022	2003-2004	2012-2013	2021-2022
Moins de 18 ans	76	68	62	392	349	311	468	417	372
18-64 ans	112	102	94	308	278	251	419	380	344
65-74 ans	249	214	184	289	261	236	538	475	420
75 ans et plus	492	501	511	283	272	262	775	774	773
Total	137	134	136	322	289	261	459	423	397

Volume des visites à l'urgence

Dans les dix prochaines années, on peut s'attendre à une diminution de 5,3 % des visites ambulatoires (2,21 millions en 2021-2022 contre 2,34 millions en 2012-2013) et à une augmentation de 5,9 % des visites sur civière (1,15 million en 2021-2022 contre 1,09 million en 2012-2013) (tableau 8). Toutefois, comme dans les dix dernières années, on prévoit un alourdissement important de la clientèle sur civière. Ainsi, chez les personnes de 75 ans et plus, le nombre de visites sur civière devrait augmenter de 36,3 % (un ajout de 100 000 visites sur civière). Si, en 2012-2013, une visite sur civière sur quatre (26,5 %) était effectuée par une personne de 75 ans et plus, en 2021-2022, ce sera une visite sur trois (34,1 %).

TABEAU 8
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE VISITES DE 2012-2013 À 2021-2022

	Visites ambulatoires			Visites sur civière			Total		
	2012-2013	2021-2022	Évolution (%)	2012-2013	2021-2022	Évolution (%)	2012-2013	2021-2022	Évolution (%)
Moins de 18 ans	529 813	497 991	-6,0	104 012	99 203	-4,6	633 825	597 194	-5,8
18-64 ans	1 460 151	1 282 690	-12,2	537 098	478 680	-10,9	1 997 249	1 761 370	-11,8
65-74 ans	191 168	230 986	20,8	156 968	180 320	14,9	348 136	411 306	18,1
75 ans et plus	156 323	201 303	28,8	287 705	392 149	36,3	444 028	593 452	33,7
Total	2 337 455	2 212 970	-5,3	1 085 783	1 150 352	5,9	3 423 238	3 363 323	-1,8



Recommandations du Commissaire

Au cours de la dernière décennie, on a observé un accroissement de la population, particulièrement chez les personnes de 65 ans et plus, mais le nombre de visites dans les urgences est resté globalement stable. Toutefois, chez certaines clientèles, la proportion de cas sur civière, les cas les plus lourds, est plutôt en croissance. Ce phénomène est conséquent avec l'évolution démographique de la population québécoise ainsi que l'augmentation de la comorbidité et du nombre de maladies chroniques, augmentation liée à l'allongement de l'espérance de vie.

Dans ses précédents rapports, le Commissaire a fait plusieurs recommandations dont certaines, si elles étaient appliquées, auraient des impacts positifs sur le désengorgement des urgences. On pense en particulier au renforcement et à la réorganisation de la première ligne grâce aux aspects suivants :

- l'exploration de nouvelles modalités de prestation des soins;
- l'accroissement de l'interdisciplinarité;
- la révision des responsabilités cliniques des médecins;
- la révision du mode de rémunération des médecins.

Parmi les **nouvelles modalités de prestation des soins**, la mise en place de l'accès avancé dans les cliniques de première ligne est une avenue particulièrement prometteuse. Ce mode de fonctionnement des cliniques permet de libérer des plages horaires réservées aux patients qui ont un problème urgent, grâce au fait que le médecin ne fixe plus de rendez-vous annuels à tous ses patients. Ainsi, selon l'urgence du problème, le patient peut être vu le jour même, le lendemain ou dans un délai de deux semaines. Ce mode de fonctionnement est très différent du système actuel, où le patient doit souvent attendre plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous avec son médecin. Dans bien des cas, pour voir un médecin rapidement, le patient doit se diriger vers les urgences ou vers une clinique sans rendez-vous, où il rencontrera un autre médecin que le sien, avec comme conséquence un bris dans la continuité des soins.

En plus de changer le mode d'organisation des rendez-vous, la mise en place de l'accès avancé dans les cliniques de première ligne implique aussi d'accroître le rôle des professionnels de la santé non médecins et donc la multidisciplinarité. Ainsi, certains suivis périodiques (par exemple, les suivis des patients atteints de maladies chroniques) peuvent être faits par des infirmières, alors que le médecin voit son patient pour un besoin majeur ou pressant. Cette nouvelle approche dans la gestion des cliniques de première ligne a le potentiel de faciliter l'accès des patients aux soins et de diminuer les visites à l'urgence de façon importante, en particulier pour les cas moins urgents (priorités 4 et 5 aux urgences). Il est à noter que l'accès avancé, qui est largement répandu dans certaines provinces du Canada (Alberta et Ontario), a démontré des impacts très positifs tant pour l'accès que pour la satisfaction des patients. De plus, les médecins rapportent que leur pratique est plus intéressante, car elle leur permet de voir plus souvent des patients avec des problèmes plus aigus.

Depuis quelques années, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont commencé à promouvoir l'accès avancé auprès des médecins de famille du Québec. Il est important de poursuivre dans cette voie et même d'accélérer ces transformations. Pour ce faire, il importe de soutenir les cliniques dans la gestion du changement, car la mise en place de l'accès avancé nécessite des changements importants tant dans le fonctionnement des cliniques que dans les pratiques des professionnels de la santé. Pour les groupes de médecine de famille, on pourrait même systématiser la mise en place de l'accès avancé, tout comme on le fait pour les heures d'ouverture de ces cliniques, le soir et la fin de semaine.

« L'accessibilité et la continuité des soins sont deux caractéristiques fondamentales particulièrement importantes dans le contexte des soins de première ligne, au Québec comme ailleurs. Afin de répondre aux besoins des personnes relativement aux soins, les services doivent être accessibles et une plus grande continuité permet, en retour, d'éviter des doubles emplois de services et des erreurs médicales et, ainsi, d'accroître l'accessibilité par une utilisation efficiente des ressources investies. »

Commissaire à la santé et au bien-être, 2009

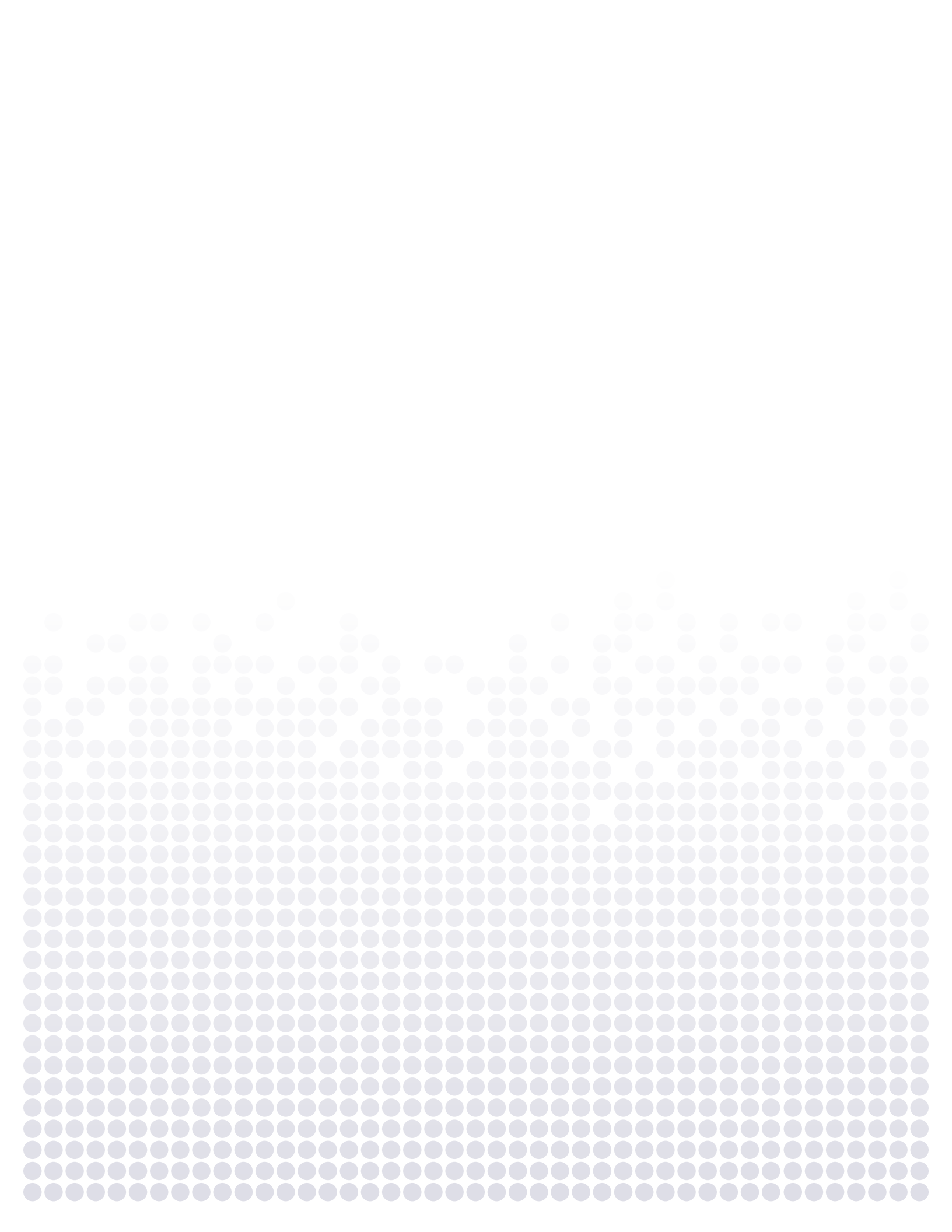
Par ailleurs, un plus grand travail en **interdisciplinarité** pourrait aussi avoir un impact significatif sur l'accessibilité en première ligne et l'utilisation des urgences. L'interdisciplinarité suppose des interactions significatives et une coordination des actions des divers intervenants dans l'élaboration des plans d'intervention et de traitement des patients. Dans son rapport sur la première ligne de soins, le Commissaire en avait recommandé l'accroissement dans la pratique de groupe en première ligne de soins et, de façon prioritaire, dans les groupes de médecine de famille (recommandation 3: accroître l'interdisciplinarité dans la pratique de groupe en première ligne de soins). Cette recommandation a été réitérée en 2010 pour améliorer la performance des soins et services liés aux maladies chroniques. Il est en effet démontré que la formation d'équipes interdisciplinaires permet d'accroître la qualité des soins et de répondre à la pénurie relative de ressources médicales et, par le fait même, de contribuer à un meilleur accès aux soins.

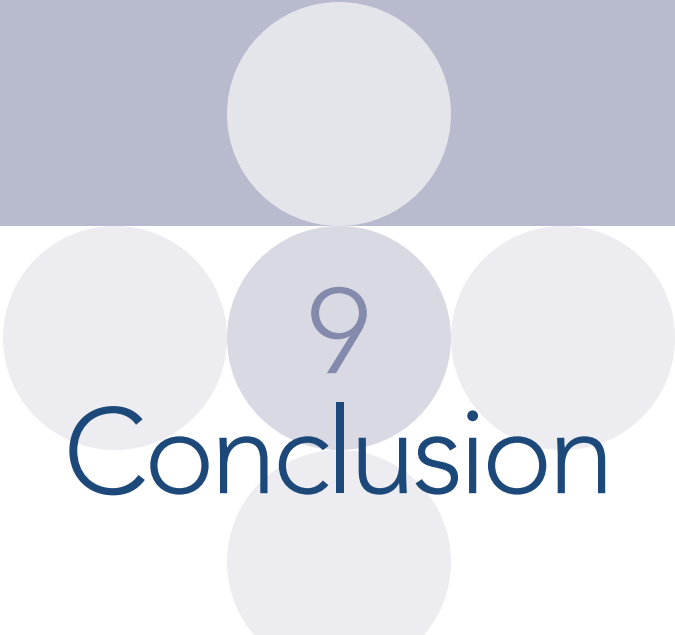
Quant aux **responsabilités cliniques** actuelles des médecins de première et de deuxième ligne, le Commissaire estimait, dans son rapport sur la première ligne de soins, qu'il était nécessaire de les revoir. Le Commissaire constatait qu'il existe une confusion dans les rôles de la première et de la deuxième ligne et soulignait qu'une révision d'ensemble des relations entre médecins omnipraticiens et médecins spécialistes devait être menée. Il ajoutait que des représentants du réseau (médecins spécialistes et généralistes) devaient revoir ensemble le partage des responsabilités cliniques et des modalités organisationnelles et financières permettant d'assurer des services complémentaires et cohérents. Cette révision des responsabilités, en permettant une meilleure complémentarité entre le travail du médecin spécialiste et celui du médecin de famille, pourrait avoir un impact sur l'accessibilité et ainsi sur l'engorgement des urgences. En effet, le rôle des différents professionnels n'est pas toujours évident à cerner, et ce, même pour les intervenants du réseau. Par conséquent, des problèmes de coordination peuvent entraîner une mauvaise utilisation des ressources.

Le Commissaire soulignait en 2009 et en 2010 que les démarches visant à réorganiser et à consolider les services de première ligne doivent être poursuivies afin que ces derniers deviennent le pivot pour les soins et services liés aux maladies chroniques. Il avait aussi noté l'impact des incitatifs actuels (les activités médicales prioritaires incluent la couverture des urgences, les unités hospitalières de soins et les services en centre hospitalier de soins de longue durée) qui, dans certaines régions, contribuent à diminuer la disponibilité des médecins de famille dans les cliniques.

Enfin, considérer le **mode de rémunération des médecins** est incontournable en raison de son impact sur les activités cliniques accomplies en première ligne de soins. À l'instar d'une nombreuse documentation à cet effet, le Commissaire recommandait, dès 2009, de revoir le mode de rémunération des médecins afin de mieux répondre aux besoins diversifiés d'une population ayant davantage de maladies chroniques, besoins pour lesquels la rémunération à l'acte paraît moins adaptée. Il appert qu'il faut opter pour une mixité de modalités, ce qui faciliterait notamment l'accroissement de l'interdisciplinarité, de même que la mise en place de nouvelles modalités de prestation des soins.

Le bon fonctionnement des urgences au Québec est tributaire de bien d'autres facteurs que celui de l'accès à la première ligne : l'organisation des urgences elles-mêmes, l'accès aux plateaux techniques et aux spécialistes, la disponibilité des lits d'hospitalisations et des lits de longue durée, la prise en charge et le suivi adéquat des personnes atteintes de maladies chroniques, la disponibilité des services de soutien à domicile, etc. Dans son rapport d'appréciation sur le vieillissement de la population, le Commissaire proposera plusieurs pistes d'action pour améliorer l'expérience de soins des personnes âgées lors de leurs visites aux urgences.





9 Conclusion

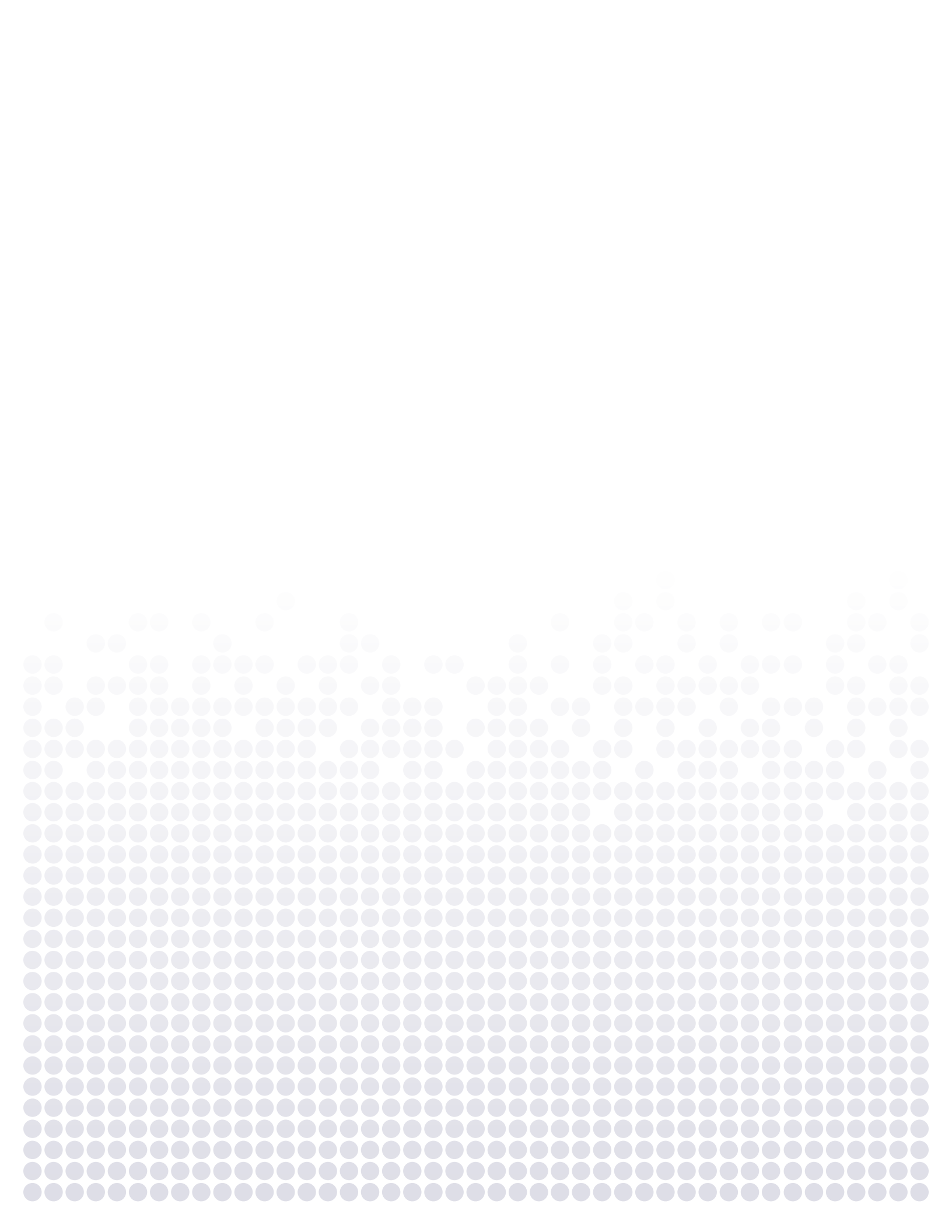
L'analyse de l'évolution de l'utilisation des urgences au Québec, dans les dix dernières années, révèle plusieurs changements importants. Tout d'abord, le taux de visites par personne a sensiblement baissé dans la population de moins de 75 ans, particulièrement chez les jeunes. Cela résulte peut-être d'une amélioration de l'accessibilité en première ligne pour ces patients. Par contre, chez les personnes plus âgées, le taux de visites par personne aux urgences est resté relativement stable.

Si le nombre total de visites à l'urgence est resté stable dans les dix dernières années, il y a eu un vieillissement important de la clientèle qui se présente aux urgences. Ce phénomène, qui touche aussi les hospitalisations, est directement lié au vieillissement important de la population du Québec dans les dix dernières années. Il semble donc y avoir une adaptation du système, qui traite de plus en plus de cas « lourds » aux urgences, alors que les cas plus légers sont pris en charge plus souvent à l'extérieur de l'hôpital.

Comme le vieillissement de la population devrait se poursuivre sensiblement au même rythme dans les dix prochaines années, on peut s'attendre à une poursuite de l'alourdissement de la clientèle dans les urgences du Québec. Il y a dix ans, une civière sur cinq était occupée par une personne de 75 ans et plus, aujourd'hui, c'est une civière sur quatre et, dans dix ans, ce devrait être une civière sur trois.

Suivant cette hypothèse, il serait important que le système poursuive ses efforts pour mieux s'adapter à la transition démographique que vit le Québec. Pour ce faire, il serait nécessaire d'ajuster au mieux les ressources aux besoins. On observe actuellement des différences importantes entre les séjours moyens à l'urgence des différentes régions du Québec. Or, il appert que les séjours les plus longs sont observés dans les régions où la population a le plus augmenté dans les dernières années. La solution à cette situation réside dans une discussion des acteurs concernés sur le plan ministériel et régional, qui ont comme préoccupation première de mieux répondre aux besoins des citoyens.

Finalement, certains hôpitaux réussissent mieux que d'autres à traiter leurs patients à l'urgence dans des délais raisonnables. Lors de prochains travaux, le Commissaire à la santé et au bien-être se penchera sur le fonctionnement de certains de ces hôpitaux afin de mettre en lumière les modes de fonctionnement des urgences qui semblent les plus efficaces.



10 Annexes

Annexe I Scénarios pour l'analyse des données sur les urgences

Le tableau 9 présente l'évolution du nombre de visites à l'urgence suivant plusieurs scénarios d'inclusion ou d'exclusion de certains hôpitaux. Le scénario 4 a été retenu pour l'analyse de l'évolution du nombre de visites de 2003-2004 à 2012-2013 (pour plus de précisions, consulter la méthodologie de ce rapport).

TABEAU 9
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE VISITES DE 2003-2004 À 2012-2013, SELON DIFFÉRENTS SCÉNARIOS

Scénarios	Visites sur civière			Visites ambulatoires		
	Évolution (%)	Nombre de centres hospitaliers	Taux de visites* (%)	Évolution (%)	Nombre de centres hospitaliers	Taux de visites* (%)
1. Tous les hôpitaux, même ceux qui n'ont pas de données pour 2003-2004	12,3	100		75,6	99	
2. Tous les hôpitaux qui ont des données pour les deux années	8,7	90	93	10,5	61	63
3. Hôpitaux dont l'évolution des visites est comprise de - 75 % à + 75 %	8,5	86	91	-0,3	54	55
4. Hôpitaux dont l'évolution des visites est comprise de - 50 % à + 50 %	6,1	80	84	-3,1	52	51
5. Hôpitaux dont l'évolution des visites est comprise de - 25 % à + 25 %	4,8	61	64	-1,3	38	41

* Pourcentage de toutes les visites en 2012-2013

Annexe II

Centres d'activités utilisés pour le calcul du nombre d'utilisateurs et du nombre d'interventions en soins à domicile dans I-CLSC

- 6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)
- 6178 Soins infirmiers à domicile réguliers (hors territoire)
- 6351 Inhalothérapie à domicile
- 6530 Aide à domicile
- 6531 Aide à domicile régulière
- 6561 Services psychosociaux à domicile
- 7111 Nutrition à domicile
- 7160 Ergothérapie et physiothérapie à domicile
- 7161 Ergothérapie à domicile
- 7162 Physiothérapie à domicile

Annexe III

Évolution des dépenses en soins à domicile de 2005-2006 à 2012-2013, selon les centres d'activités

	Centres d'activités	Dépenses (\$) 2005-2006	Dépenses (\$) 2012-2013
6171	Soins infirmiers à domicile (santé physique) Soins infirmiers spécialisés à domicile (santé physique)	12 225 657	13 352 467
6172	Soins infirmiers à domicile (santé mentale)	1 345 235	724 384
6173	Soins infirmiers à domicile (non répartis) Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	173 202 247	254 810 359
6174	Soins infirmiers à domicile continus		14 130 298
6178	Soins infirmiers à domicile (hors territoire) Soins infirmiers à domicile réguliers (hors territoire)	1 008 712	616 672
6250	Nutrition parentérale totale à domicile	3 237 128	4 852 443
6351	Inhalothérapie à domicile	12 387 646	18 763 807
6530	Aide à domicile	174 034 825	
6531	Aide à domicile régulière		273 039 157
6532	Aide à domicile continue		8 796 792
6561	Services psychosociaux à domicile	77 666 045	129 478 569
6793	Hémodialyse à domicile	1 230 093	2 763 900
7111	Nutrition à domicile	5 314 753	8 191 965
7120	Intervention communautaire – Service à domicile		10 119 317
7121	Intervention communautaire – Services de maintien à domicile	7 050 662	
7151	Gestion et soutien des services à domicile Gestion et soutien des services de maintien à domicile	44 303 119	70 536 829
7161	Ergothérapie à domicile	34 478 681	58 300 817
7162	Physiothérapie à domicile	19 280 470	36 224 258
	Total général	566 765 273	904 702 034

Annexe IV

Volume des visites et taux de visites en 2003-2004 et en 2012-2013 et projection pour 2021-2022

NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE ET TAUX DE VISITES POUR 1 000 PERSONNES, EN 2003-2004

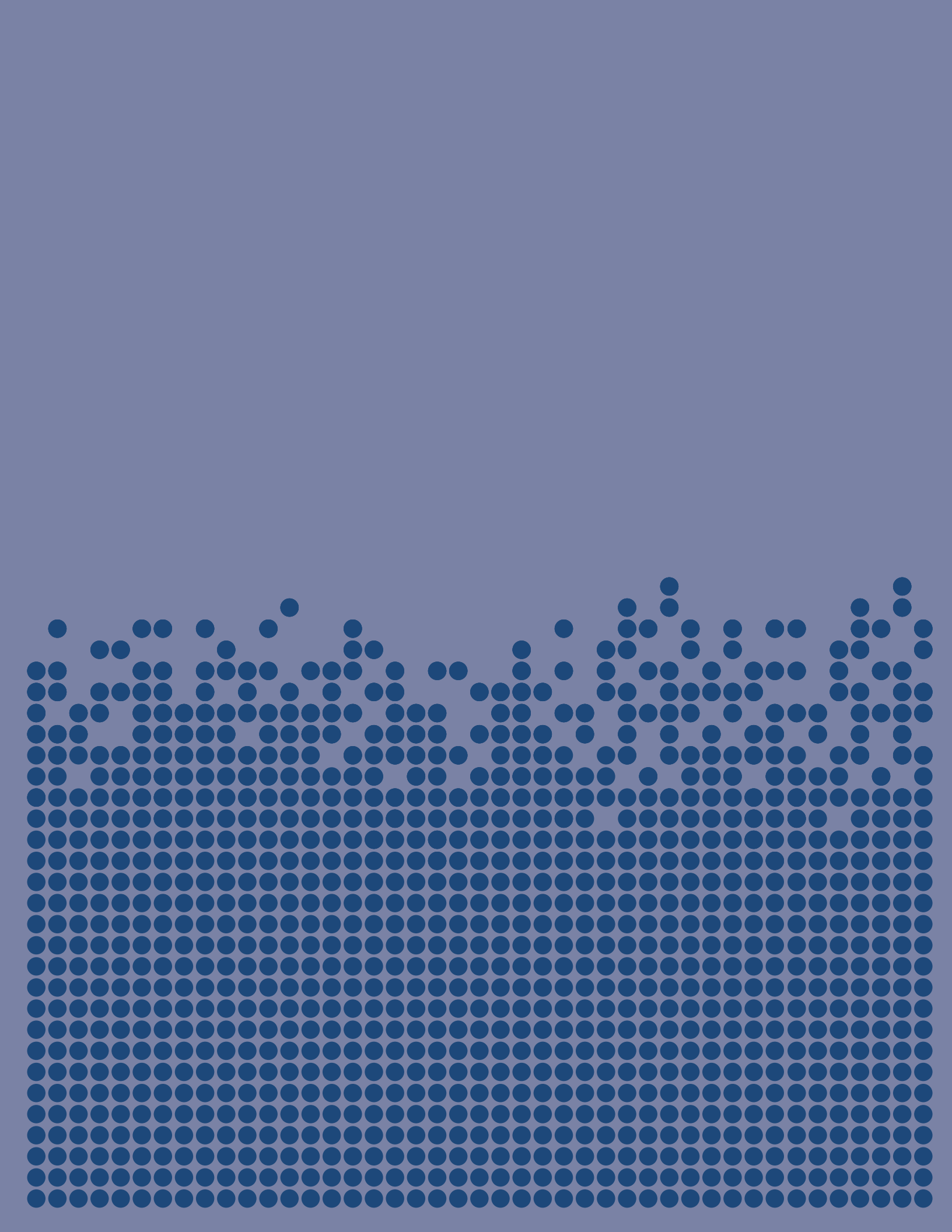
2003-2004	Population	Nombre de visites			Taux de visites pour 1 000 personnes		
		Sur civière	Ambulatoires	Total	Sur civière	Ambulatoires	Total
Moins de 18 ans	1 560 531	118 280	611 359	729 639	76	392	468
18-64 ans	4 932 020	550 303	1 517 799	2 068 101	112	308	419
65-74 ans	552 691	137 804	159 562	297 366	249	289	538
75 ans et plus	440 249	216 553	124 542	341 095	492	283	775
Total	7 485 491	1 022 941	2 413 262	3 436 203	137	322	459

NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE ET TAUX DE VISITES POUR 1 000 PERSONNES, EN 2012-2013

2012-2013	Population	Nombre de visites			Taux de visites pour 1 000 personnes		
		Sur civière	Ambulatoires	Total	Sur civière	Ambulatoires	Total
Moins de 18 ans	1 518 967	104 012	529 813	633 825	68	349	417
18-64 ans	5 258 214	537 098	1 460 151	1 997 249	102	278	380
65-74 ans	732 897	156 968	191 168	348 136	214	261	475
75 ans et plus	573 981	287 705	156 323	444 028	501	272	774
Total	8 084 059	1 085 783	2 337 455	3 423 238	134	289	423

NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE ET TAUX DE VISITES POUR 1 000 PERSONNES,
EN 2021-2022 (PROJECTIONS)

2021-2022	Population	Nombre de visites			Taux de visites pour 1 000 personnes		
		Sur civière	Ambulatoires	Total	Sur civière	Ambulatoires	Total
Moins de 18 ans	1 603 602	99 203	497 991	597 194	62	311	372
18-64 ans	5 119 081	478 680	1 282 690	1 761 370	94	251	344
65-74 ans	980 142	180 320	230 986	411 306	184	236	420
75 ans et plus	767 747	392 149	201 303	593 452	511	262	773
Total	8 470 572	1 150 353	2 212 970	3 363 323	136	261	397



Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec

