
L'engorgement des services d'urgence

Ming K. Li, Shelley L. McLeod, Andrew Affleck, Tahara Bhate, Grant Innes, Paul Parks, David A. Petrie, Brian H. Rowe, Carolyn Snider, James C. Worrall, Fraser Mackay, Howard J. Ovens**

Juin 2026

Introduction et contexte

L'engorgement des services d'urgence (SU) constitue un problème persistant au Canada depuis plus de trois décennies. L'engorgement survient lorsque la demande de soins d'urgence dépasse la capacité du système à offrir des soins sécuritaires, rapides et efficaces. Malgré les efforts soutenus de sensibilisation menés par la communauté de la médecine d'urgence et l'attention médiatique récurrente à la suite de décès évitables liés à l'engorgement des SU, le problème continue de s'aggraver et devrait être considéré comme une urgence de santé publique (1).

Les principaux organismes internationaux de médecine d'urgence (dont l'American College of Emergency Physicians, l'Australasian College for Emergency Medicine, l'European Society for Emergency Medicine et l'International Federation for Emergency Medicine) ont désigné le blocage d'accès — c'est-à-dire le maintien prolongé de patients admis à l'urgence en raison d'une capacité insuffisante des unités d'hospitalisation en aval — comme le principal moteur de l'engorgement (2-5).

La recherche démontre que l'engorgement des SU est associé à des issues défavorables pour les patients, indépendamment du temps d'attente ou de la durée de séjour (DDS) individuelle (5-12). Ainsi, l'engorgement des SU représente une menace pour la sécurité des patients, et non simplement un problème d'inefficacité opérationnelle ou d'expérience patient déficiente. Le maintien prolongé des patients admis restreint davantage la capacité du SU à évaluer et traiter en toute sécurité les nouveaux arrivants, ce qui contribue à l'allongement des temps d'attente pour l'ensemble des patients. Cette situation est particulièrement préoccupante pour les patients nécessitant des soins infirmiers qui ne peuvent être traités dans une zone ambulatoire (13-18). Fait important, l'engorgement n'est pas uniquement un enjeu opérationnel propre aux SU, mais bien la manifestation de défaillances systémiques plus vastes dans les politiques et la capacité du système de santé.

En 2013, l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a publié un énoncé de position sur l'engorgement des urgences et le blocage d'accès (19). Cet énoncé proposait des cibles de référence pour le délai avant l'évaluation médicale initiale, le délai avant le transfert vers un lit

d'hospitalisation et la DDS à l'urgence (tableau 1). Bien que ces indicateurs aient par la suite été intégrés au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), toutes les provinces et tous les territoires n'ont pas rendu obligatoire la transmission de données complètes sur les visites à l'urgence (20). Les cibles établies demeurent essentielles pour évaluer le rendement des SU et suivre les progrès réalisés dans la lutte contre l'engorgement à l'échelle du Canada. Malheureusement, malgré l'urgence soulignée dans l'énoncé de 2013, peu de progrès ont été accomplis pour s'attaquer aux causes sous-jacentes de l'engorgement des SU relevées il y a plus d'une décennie.

Le présent énoncé de position de l'ACMU, mis à jour, réaffirme les principes fondamentaux de l'énoncé de 2013 tout en intégrant de nouvelles données probantes provenant d'organismes nationaux et internationaux. À l'aide du modèle conceptuel intrants-débit-extrants d'Asplin, nous réitérons que le blocage d'accès hospitalier demeure le principal moteur de l'engorgement des SU, résumons les préjudices associés à la sécurité des patients, et présentons des recommandations fondées sur des données probantes issues d'interventions mises en œuvre et évaluées au cours de la dernière décennie (21). Ensemble, ces constats appuient un appel urgent à une action coordonnée aux échelons national, provincial et territorial afin de remédier à une crise persistante et croissante au sein du système de santé canadien.

Pourquoi l'engorgement est-il important?

Les préjudices liés à l'engorgement des SU et au blocage d'accès hospitalier sont fréquemment sous-estimés. On présume souvent que les patients dans les salles d'attente ne sont pas gravement malades et que les longues attentes sont inconfortables plutôt que dangereuses, ou encore que les patients maintenus à l'urgence reçoivent des soins équivalents à ceux offerts dans les unités d'hospitalisation. Ces suppositions sont erronées.

Les évaluations au triage sont brèves et imparfaites, et à mesure que l'engorgement s'aggrave, le risque de détérioration clinique pendant l'attente augmente. Les tests diagnostiques amorcés au triage ne peuvent détecter de façon fiable toutes les affections potentiellement mortelles, comme le soulignent régulièrement les reportages médiatiques faisant état de patients qui se détériorent ou décèdent avant de recevoir des soins définitifs (22-25). Chez les patients devant être admis, le maintien prolongé à l'urgence est associé à de moins bons résultats, y compris une mortalité accrue (11-13,15-18,26). Chez les adultes de plus de 75 ans, un séjour d'une nuit à l'urgence est associé à une mortalité hospitalière plus élevée (27). Les revues systématiques démontrent constamment que l'engorgement des SU est associé à une augmentation des erreurs médicales, à des retards dans les traitements urgents, à une DDS hospitalière plus longue et à une mortalité accrue (7,28-30). Une vaste analyse menée au Royaume-Uni a révélé que, pour chaque groupe de 72 patients attendant

plus de 8 à 12 heures un lit d'hospitalisation, un décès supplémentaire survenait (6). De même, une revue systématique a constaté que les taux de mortalité doublient presque chez les patients attendant plus de 12 heures un lit d'hospitalisation (31). Des temps d'attente plus longs à l'urgence sont également associés à une mortalité accrue à court terme chez les patients ayant obtenu leur congé de l'urgence, ce qui donne à penser que l'engorgement pourrait compromettre la prise de décision clinique et l'évaluation des risques (26,32,33). De façon alarmante, les patients qui se présentent à un SU engorgé (occupation élevée) tendent à connaître davantage d'issues indésirables et une mortalité plus élevée, peu importe leur temps d'attente ou leur DDS individuelle (33-35).

Malgré cette solide base de données probantes, l'excès de morbidité et de mortalité attribuable à l'engorgement des SU demeure souvent invisible aux yeux des cliniciens, des familles de patients et des décideurs. Les décès sont sous-déclarés et généralement attribués à la maladie sous-jacente, ce qui masque la contribution des soins retardés ou compromis découlant des défaillances de capacité à l'échelle du système.

Au-delà de ses effets directs sur la sécurité des patients, l'engorgement des SU entraîne des conséquences profondes et de plus en plus insoutenables pour le personnel des urgences. L'incapacité persistante à offrir des soins rapides et de qualité en raison du blocage d'accès systémique engendre une détresse morale chez les médecins d'urgence, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé (36). Les cliniciens se retrouvent régulièrement dans des situations où ils doivent prodiguer des soins dans les corridors, les salles d'attente ou d'autres espaces non cliniques, sans personnel ni ressources adéquates. Ce contexte érode la satisfaction professionnelle et compromet l'engagement fondamental envers des soins sécuritaires et centrés sur le patient.

L'engorgement transforme la pratique d'urgence, qui passe d'une évaluation clinique proactive et d'une prise de décision réfléchie à une gestion de crise et à une atténuation des risques. Les médecins et le personnel infirmier doivent simultanément prendre en charge des patients gravement malades, superviser des patients admis en attente de transfert et surveiller de nombreux patients en attente, souvent avec des informations incomplètes, un espace physique restreint et des ressources insuffisantes. La charge cognitive associée à ces demandes concurrentes accroît le risque d'erreur et contribue à l'épuisement émotionnel (37).

L'épuisement professionnel chez les médecins d'urgence et le personnel infirmier est bien documenté, et la détérioration des conditions dans les SU a accéléré l'attrition de la main-d'œuvre dans de nombreuses juridictions à la suite de la pandémie de COVID-19 (38,39). Des niveaux élevés d'épuisement professionnel sont associés à une augmentation des taux de dépression, à une réduction des heures travaillées, à une retraite anticipée et à des transitions vers d'autres milieux de pratique clinique (p. ex. soins virtuels, hospitalistes, cliniques de soins urgents). En retour, les pénuries de personnel aggravent davantage l'engorgement, créant un cercle vicieux de capacité réduite et de tension systémique croissante. Le blocage d'accès aux centres régionaux et les délais

qui en résultent pour les transferts entre établissements ruraux et régionaux constituent un problème grandissant pour les SU en milieu rural et éloigné, ce qui nuit aux soins aux patients et au moral du personnel, compliquant ultimement d'autres défis liés au recrutement et à la rétention.

L'engorgement des SU n'est donc pas uniquement un enjeu de flux de patients et de sécurité; il s'agit également d'une préoccupation cruciale pour la viabilité de la main-d'œuvre. Ne pas s'attaquer au blocage d'accès risque de déstabiliser à long terme la prestation des soins d'urgence partout au Canada. Protéger le bien-être des professionnels de la santé d'urgence est indissociable de la protection de la sécurité des patients et du maintien de la capacité du système.

État actuel des soins d'urgence au Canada : pressions et tensions

Les politiques de santé au Canada font défaut aux patients. Le rapport 2023 du groupe de travail EM:POWER de l'ACMU sur l'avenir des soins d'urgence décrivait les SU comme fonctionnant « au bord de l'effondrement », citant le blocage d'accès, l'épuisement professionnel, les retards de transfert des ambulances et l'augmentation des taux de patients quittant sans avoir terminé leurs soins comme des problèmes systémiques compromettant les soins d'urgence (40).

Les évaluations de l'Agence des médicaments du Canada (anciennement l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé) démontrent que l'engorgement des SU est associé à des retards de diagnostic et de traitement, à des taux plus élevés de patients quittant sans avoir été vus (QSAV) et à une mortalité accrue (1). Ces préjudices persistent même après ajustement pour la gravité des cas et la composition de la clientèle, démontrant que l'engorgement lui-même, et non seulement la DDS individuelle des patients, contribue à des environnements de soins non sécuritaires.

L'utilisation des SU continue d'augmenter. En 2022-2023, les SU canadiens ont enregistré 15,1 millions de visites, un retour aux volumes prépandémiques qui maintient la pression sur les urgences (41). Des données plus récentes du SNISA de l'ICIS pour 2024-2025 font état de plus de 16,1 millions de visites à l'urgence, en hausse par rapport à 15,5 millions en 2023-2024 (20). Les indicateurs de rendement se sont détériorés en parallèle. La DDS à l'urgence pour les patients admis a atteint 48,5 heures au 90e centile, en hausse marquée par rapport à 33,5 heures en 2021, tandis que les patients ayant obtenu leur congé ont connu une DDS médiane de 8 à 10 heures (42). Le maintien prolongé des patients hospitalisés sur civière à l'urgence demeure le principal facteur expliquant ces séjours prolongés et représente un indicateur clé de l'aggravation de l'engorgement des SU (20).

Les temps d'attente pour l'évaluation médicale initiale ont considérablement augmenté; en Ontario, par exemple, le délai au 90e centile avant l'évaluation médicale initiale était de 4,5 heures, ratant les cibles de 32 % (43,44). Les taux de QSAV ont doublé dans plusieurs juridictions, des données probantes établissant un lien entre le QSAV et un risque accru d'hospitalisation ou de décès dans les

sept à trente jours suivants (32,45). Les données de l'ICIS montrent que les délais au 90e centile pour l'obtention d'un lit d'hospitalisation dépassent fréquemment un à deux jours dans les centres urbains, aggravant davantage l'engorgement et retardant les soins aux patients (20).

Dans les juridictions qui ne participent pas à la déclaration au SNISA de l'ICIS, l'absence de données complètes empêche la mise en œuvre et la validation de changements itératifs visant à améliorer le rendement et les soins aux patients. Par exemple, le *Rapport de la vérificatrice générale du Nouveau-Brunswick* de 2025 a conclu que le « ministère de la Santé ne dispose pas de mécanismes de surveillance efficaces pour assurer un accès rapide aux services de santé d'urgence et une reddition de comptes adéquate à cet égard » (46). La cible établie (proposée par l'ACMU en 2013) pour le délai entre le triage et l'évaluation médicale n'a été atteinte que 34 % du temps, y compris seulement 44 % du temps pour les patients de niveau ÉTG I (nécessitant une réanimation immédiate). Un engorgement sévère a mené un hôpital du Nouveau-Brunswick à maintenir des patients dans une baie d'ambulance dépourvue de plomberie (47). Le rapport de la vérificatrice générale a également souligné que la mesure systématique des indicateurs de rendement clés et l'établissement de cadres de reddition de comptes sont essentiels pour réaliser des améliorations significatives du système (46).

Ces tendances témoignent d'une détérioration de la norme nationale en matière de soins d'urgence et signalent un risque continu de morbidité et de mortalité évitables. Le taux élevé d'occupation des lits d'hospitalisation, l'allongement de la DDS hospitalière, les pénuries persistantes de personnel, les fermetures temporaires de SU et la capacité limitée de congé pour les patients en niveau de soins alternatif ont engendré une incapacité généralisée à faire sortir les patients admis de l'urgence. La littérature existante identifie constamment ces contraintes en aval — et non l'utilisation inappropriée des SU par des patients de faible acuité ou n'ayant pas accès à un fournisseur de soins primaires — comme la principale cause de l'engorgement sévère (1,6,40).

Au-delà du Service d'urgence

L'engorgement des SU est un phénomène complexe. Ses causes et ses solutions se situent en grande partie à l'extérieur des SU. Les délais d'accès aux soins primaires, aux soins spécialisés, aux soins hospitaliers et aux soins communautaires font augmenter la demande à l'urgence; par conséquent, l'engorgement des SU est mieux compris comme la manifestation de défaillances d'accès à l'échelle hospitalière et systémique. Une analyse environnementale de l'Agence des médicaments du Canada a révélé que peu de facteurs contribuant à l'engorgement prennent leur origine au sein même du SU, et a souligné la nécessité d'interventions coordonnées à plusieurs niveaux, touchant les hôpitaux, la planification du système de santé et les secteurs des soins communautaires et sociaux (1). Bien que l'efficacité de toutes les initiatives d'amélioration du flux hospitalier varie selon des facteurs propres à

chaque établissement, une revue récente a démontré que tous les services les plus performants, indépendamment de l'hétérogénéité du type d'intervention, partageaient les quatre attributs suivants dans leur mise en œuvre : l'implication directe de la direction, des stratégies coordonnées à l'échelle de l'hôpital, une gestion fondée sur les données et une reddition de comptes sur le rendement (48). Ainsi, ce n'est pas tant le choix des interventions spécifiques par un hôpital qui compte, mais plutôt la façon dont les stratégies sont mises en œuvre et soutenues qui s'avère déterminante pour remédier à l'engorgement des SU.

Le modèle amont-interne-aval offre un cadre utile pour organiser les facteurs contributifs selon les phases de soins survenant avant, pendant et après une visite à l'urgence. Les données probantes démontrent systématiquement que l'engorgement sévère est principalement attribuable à des contraintes de capacité à l'échelle du système, et non à une utilisation inappropriée des SU ou à des inefficacités internes (1,40,49-51). Malgré cela, au cours des deux dernières décennies, l'attention des médias et des gouvernements s'est largement concentrée sur les interventions liées aux causes en amont et au débit interne de l'urgence, lesquelles ont systématiquement échoué à réduire l'engorgement ou ses conséquences. En revanche, la défaillance des solutions pour adresser l'aval, communément appelée blocage d'accès hospitalier, demeure le moteur le plus important de l'engorgement des SU, et les interventions efficaces doivent tenir compte de cette réalité opérationnelle (1,19,40).

Facteurs en amont

Les gouvernements canadiens ont investi des ressources considérables dans des initiatives visant à réduire la demande à l'urgence, notamment des centres de soins urgents pour les patients de faible acuité, des stratégies de déviation vers les soins primaires et les ambulances, des options de soins virtuels, des campagnes publiques dissuadant les visites non urgentes à l'urgence, et la publication des temps d'attente en temps réel. Toutefois, les revues systématiques et les évaluations démontrent systématiquement que ces interventions axées sur les entrées ont eu un effet minime ou nul et durable sur l'engorgement des SU ou le blocage d'accès, et peuvent même s'avérer dangereuses (51-56). Décourager le recours aux SU pourrait entraîner des consultations tardives chez les patients présentant des affections graves, et le report des soins pourrait mener à une absence complète de soins. L'Agence des médicaments du Canada a relevé plusieurs stratégies prometteuses pour améliorer l'engorgement des SU dans certains contextes précis; les données probantes indiquent toutefois qu'elles demeurent insuffisantes pour régler véritablement le problème en l'absence d'investissements parallèles dans la capacité en aval (1,57).

L'accès limité aux soins primaires constitue un défi systémique important, mais il ne représente pas le principal moteur de l'engorgement des SU. Bien que les données probantes indiquent que les

patients ayant un fournisseur de soins primaires effectuent moins de visites à l'urgence, l'écart entre l'offre et la demande au Canada signifie qu'il faudra encore de nombreuses années pour atteindre l'objectif que chaque personne au Canada ait accès à un fournisseur de soins primaires régulier (58). Même chez les personnes ayant un fournisseur de soins primaires, le Canada s'est classé dernier parmi dix pays dans un sondage du Commonwealth Fund évaluant la proportion de personnes âgées pouvant obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain, ce qui signifie que les patients n'ont souvent d'autre choix que de recourir aux soins d'urgence (59). Les données probantes indiquent que les patients présentant des problèmes mineurs nécessitant moins d'investigations ou de soins infirmiers ont une incidence minime sur les temps d'attente ou la prestation des soins aux patients présentant des problèmes plus complexes (50,51,60). Les salles d'attente des SU sont de plus en plus occupées par des patients présentant des complications épisodiques de maladies chroniques complexes, des complications fonctionnelles liées à la fragilité et au vieillissement, des problèmes de consommation de substances, un accès inadéquat aux soins préventifs, ainsi qu'un besoin de tests diagnostiques avancés ou de soins spécialisés (19,40,61-63). Lorsque les services communautaires sont inaccessibles ou insuffisants, les SU servent de plus en plus de point d'accès par défaut pour les patients aux prises avec des problèmes de santé mentale, une instabilité résidentielle et des besoins sociaux non comblés (61,64). Contrairement aux patients présentant une maladie mineure épisodique, ceux ayant des besoins plus complexes et non urgents occupent une part importante des civières et du temps des fournisseurs de soins à l'urgence, contribuant à la demande et allongeant les délais de soins.

Facteurs liés au débit interne

Le débit des SU est limité par des pénuries croissantes de ressources humaines en santé et un manque de capacité d'appoint. Les hôpitaux fonctionnant à pleine capacité, voire au-delà, ne peuvent absorber les pics de demande, qu'il s'agisse de pointes saisonnières prévisibles (p. ex. la grippe), de catastrophes ou d'urgences de santé publique imprévues comme la COVID-19 (65,66). Le vieillissement de la population canadienne, combiné à des besoins médicaux et psychosociaux de plus en plus complexes chez ces patients, contribue davantage à l'allongement de la DDS à l'urgence et aux difficultés de débit (39,67). Les retards en matière de consultation, de tests diagnostiques et de décisions relatives à l'orientation des patients prolongent également la DDS à l'urgence, réduisant la capacité d'évaluer les nouveaux arrivants et aggravant l'engorgement (68-70). Les contraintes opérationnelles, y compris les limites de l'infrastructure physique et l'obligation pour le personnel infirmier de l'urgence de s'occuper des patients maintenus en attente tout en prenant en charge les nouveaux arrivants, aggravent davantage les retards de débit.

Les rapports de l'Agence des médicaments du Canada mettent en lumière plusieurs interventions prometteuses en matière de débit, dont plusieurs s'alignent sur les principes du Lean Six Sigma qui

favorisent l'amélioration du flux (41,71-73). Le Lean Six Sigma est une méthodologie combinée, fondée sur les données, qui améliore l'efficacité opérationnelle, réduit le gaspillage et minimise les défauts ou les variations dans les processus. Cette approche permet des solutions personnalisées adaptées à chaque établissement. Parmi les stratégies recommandées figurent des espaces et du personnel dédiés au transfert des ambulances, des outils de gestion et de prévision des pointes, l'harmonisation du personnel avec les tendances d'arrivée des patients, des protocoles normalisés de triage et de directives médicales, des zones d'évaluation rapide et de voie accélérée, du personnel dédié responsable du flux de patients (p. ex. des navigateurs de flux), des tests rapides au chevet, des unités de crise en santé mentale de courte durée, ainsi que des réformes de politiques fondées sur le temps, comme le programme Paiement pour résultats (P4R) de l'Ontario (1,74-82). Les interventions de débit dont les données probantes sont plus limitées incluent la modernisation des dossiers médicaux électroniques, la documentation assistée par intelligence artificielle et l'élargissement des équipes de soins intégrant des infirmières praticiennes, des adjoints au médecin et des navigateurs médicaux pour accélérer le flux de patients. Bien que ces interventions puissent améliorer le flux à l'urgence, elles constituent souvent des mesures temporisatrices. Une réduction durable de l'engorgement des SU nécessite un alignement avec des efforts à l'échelle du système visant à accroître la sortie des patients vers les lits d'hospitalisation ou les services communautaires en temps opportun. Bien que l'examen et l'optimisation réguliers des processus de débit des SU soient essentiels, même les SU les plus efficaces peuvent être submergés lors de périodes prolongées de délais d'admission et d'engorgement en résultant.

Facteurs liés à l'Aval

Le blocage d'accès hospitalier demeure la plus grande menace pour les soins d'urgence au Canada (6). Le Canada se classe mal dans les comparaisons de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en matière de DDS hospitalière, de capacité de lits de soins actifs, de taux d'occupation des lits, de disponibilité des lits de soins de longue durée et d'accès aux soutiens communautaires pour les personnes âgées en situation de fragilité (83,84). Ces lacunes structurelles constituent des facteurs bien établis du blocage d'accès et contribuent directement à l'engorgement soutenu des SU.

En 2021, le taux d'occupation des lits de soins actifs au Canada s'élevait à 86,7 %, le deuxième plus élevé parmi 31 pays de l'OCDE, avec la 4^e DDS moyenne la plus longue en soins hospitaliers (7,8 jours), reflétant à la fois la complexité croissante des cas et la capacité limitée des établissements de soins communautaires ou de transition (83,84). Fait important, la DDS hospitalière en soins actifs déclarée n'inclut pas les jours désignés comme niveau de soins alternatif (NSA), puisque la DDS en soins actifs n'est calculée que jusqu'à ce que le statut du patient change pour NSA. Par conséquent,

les indicateurs officiels de DDS sous-estiment probablement la durée réelle d'occupation hospitalière et la tension systémique en aval.

Les moyennes nationales d'occupation des lits de soins actifs masquent également d'importantes variations régionales et temporelles. Les grands centres urbains et de référence tertiaire, ainsi que, par voie de conséquence, les centres régionaux et ruraux de plus petite taille, fonctionnent fréquemment à des niveaux d'occupation soutenus de 95 % ou plus, et dépassent parfois 100 % de leur capacité lorsque des espaces d'appoint sont utilisés. Les données d'occupation annualisées masquent en outre les pointes saisonnières prévisibles, en particulier durant la saison des virus respiratoires, période où la capacité hospitalière est systématiquement dépassée.

Les données probantes indiquent que l'efficacité hospitalière et le flux de patients se détériorent lorsque les taux d'occupation des lits de soins actifs dépassent environ 85 % (40). Au-delà de ce seuil, de faibles augmentations de la demande peuvent entraîner des retards disproportionnés dans les admissions et les congés, amplifiant le blocage d'accès et contribuant directement à l'engorgement des SU. Les taux d'occupation constamment élevés des lits de soins actifs au Canada représentent donc non seulement un indicateur de tension systémique, mais aussi une condition structurelle qui engendre de façon prévisible le blocage des SU.

Un défi majeur dans l'optimisation des soins et de l'orientation des patients à l'urgence découle d'une dichotomie fondamentale entre la médecine d'urgence et le reste du système de santé : les SU fonctionnent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, alors que la plupart des services médicaux fonctionnent selon des « heures de bureau » traditionnelles. Bien que le personnel de l'urgence puisse rapidement déterminer le besoin de consultations spécialisées, d'imagerie avancée ou d'interventions diagnostiques et thérapeutiques dépassant la portée du SU, les patients font souvent face à des délais de plusieurs heures (le soir et la nuit) ou de plusieurs jours (les fins de semaine et les jours fériés) avant que ces ressources ne deviennent disponibles. Pendant ce temps, les patients demeurent dans un « entre-deux » médical, ce qui contribue au blocage d'accès. Ce phénomène, décrit comme une « variabilité artificielle », constitue l'une des quatre composantes clés de la gestion du flux relevées par l'Institute for Healthcare Optimization (85). Un rapport de 2006 de l'Institute of Medicine sur les soins d'urgence souligne par ailleurs « qu'en appliquant la méthodologie de la variabilité, la théorie des files d'attente et le modèle amont-débit interne-aval, les hôpitaux peuvent repérer et éliminer bon nombre des obstacles au flux de patients causés par des inefficacités opérationnelles » (86). Là où les ressources le permettent, un suivi rapide et à faible barrière vers un éventail de cliniques spécialisées peut constituer un outil important pour éviter, à l'urgence, les délais causés par la consultation ou l'admission.

La capacité de lits de soins de longue durée par tranche de 1 000 habitants âgés de 65 ans et plus a diminué chaque année depuis 2016 au Canada, contribuant au blocage d'accès pour les patients nécessitant des soins de transition ou de longue durée après un séjour hospitalier en soins actifs (87).

Le Canada compte également peu de lits d'hôpitaux, soit 2,5 par 1 000 habitants, comparativement à une moyenne de 4,2 lits d'hôpitaux par 1 000 habitants dans les autres pays de l'OCDE (88). Les SU sont conçus pour des rencontres brèves (1 à 6 heures) et sont dotés en personnel pour des problèmes aigus. Ils ne sont pas équipés pour les soins hospitaliers, les soins intensifs, les interventions complexes en santé mentale, la gestion des maladies chroniques, la réadaptation ou les soins primaires et préventifs. Néanmoins, ces rôles accaparent de plus en plus une part importante des ressources des SU. Même une fois les soins d'urgence terminés, les patients admis demeurent souvent maintenus sur civière ou dans les corridors de l'urgence pendant des heures, voire des jours, sans intimité, sommeil, accès aux toilettes ni soins infirmiers spécialisés. Cela réduit la capacité de civières dotées en personnel infirmier pour les nouveaux arrivants. Au sein des hôpitaux, les patients qui n'ont plus besoin de soins actifs, mais qui ne peuvent obtenir leur congé, occupent une proportion substantielle des lits. Ces patients en NSA réduisent la sortie des patients admis de l'urgence, ce qui bloque à son tour les civières de l'urgence, cause des retards de transfert des ambulances et compromet la réponse préhospitalière communautaire. Cet effet domino découlant de la prestation de soins dans des milieux inappropriés accroît l'inefficacité, les coûts des soins de santé et les issues défavorables pour les patients (11,12,16,28,89).

Les services de soins de longue durée et de soins communautaires fonctionnent souvent à pleine capacité et sont incapables d'accueillir des patients aux besoins complexes. Environ 15 % des lits de soins actifs, une proportion beaucoup plus élevée dans certaines juridictions, sont occupés par des patients en NSA qui n'ont plus besoin d'hospitalisation, mais qui n'ont pas de destination de congé sécuritaire (1). Cela réduit la capacité hospitalière, limite le mouvement des patients admis hors de l'urgence, et constitue une cause majeure du blocage d'accès hospitalier. Il convient également de souligner, indépendamment de l'incidence sur les SU, que tout séjour prolongé à l'urgence ou dans une unité hospitalière accroît la morbidité et la mortalité chez les patients âgés, qui peuvent subir un déclin cognitif, un déconditionnement et un risque accru d'institutionnalisation (27,90-92). Les répercussions de ces lacunes systémiques s'intensifieront au cours des vingt prochaines années sans une attention urgente, en raison du « tsunami gris » attendu (<<https://www.cihi.ca/en/grey-tsunami-or-golden-opportunity-long-term-care-in-canada>>).

Une limite importante des données d'occupation réside dans leur tendance à simplifier à outrance la dynamique du système, ce qui peut masquer des leviers de changement clés. Généralement mesurées à un seul moment donné (souvent minuit) et déclarées sous forme de moyennes, ces données masquent des pointes prévisibles, telles que la saisonnalité et les variations selon le jour de la semaine. Ces indicateurs sous-estiment également l'ampleur du blocage d'accès en incluant des unités qui reçoivent rarement des admissions provenant de l'urgence.

Les rapports de l'Agence des médicaments du Canada mettent en lumière des interventions prometteuses pour l'aval, notamment l'ajustement de la capacité des lits hospitaliers à l'aide de la simulation pour optimiser l'occupation des lits d'hospitalisation (cible de 70 % à 85 %), la gestion

active des lits avec du personnel dédié pour surveiller les congés et la disponibilité des lits, des protocoles de dépassement de capacité, le transfert rapide des patients admis de l'urgence vers les unités d'hospitalisation, des programmes de soins de transition dirigés par les hôpitaux, la coordination des soins entre les partenaires du système de santé, ainsi que du personnel et des ressources dédiés à la planification des congés (1,93,94). Les données probantes démontrent que l'optimisation du flux des patients hospitalisés peut réduire considérablement le maintien à l'urgence et l'engorgement, améliorant ainsi les résultats pour les patients et l'efficacité du système (95-99).

Recommandations selon l'incidence prioritaire du cadre amont-débit interne-aval sur l'engorgement des SU

L'engorgement des SU est une défaillance systémique principalement attribuable aux contraintes en matière d'aval. Bien que les SU doivent optimiser leurs processus internes, une amélioration durable exige une reddition de comptes hospitalière à plusieurs niveaux et des structures de déclaration verticales comptant un minimum d'échelons entre l'urgence et la direction générale, un élargissement de la capacité du système, ainsi qu'une action systémique coordonnée au-delà du SU.

DOMAINE DE L'AVAL (moteur principal) : blocage d'accès hospitalier et capacité en aval

Recommandations à l'échelle du système et des gouvernements

Recommandation 1 : Les gouvernements doivent établir des normes et une reddition de comptes locale, régionale, provinciale, territoriale et nationale en matière d'indicateurs d'accès aux SU et de flux hospitalier, ainsi que des cibles fondées sur le temps pour l'accès aux lits d'hospitalisation et la DDS à l'urgence des patients admis.

Justification : Le maintien à l'urgence est une manifestation directe de la défaillance des extrants et est associé de façon indépendante à une morbidité et une mortalité accrues. Des normes nationales déplacent la reddition de comptes des opérations de l'urgence vers la capacité hospitalière et systémique.

Mesures concrètes :

- Rendre obligatoire la déclaration des indicateurs de rendement du flux des SU (délai avant l'évaluation médicale initiale, délai de transfert des ambulances, délai avant l'obtention d'un lit d'hospitalisation, DDS pour les patients admis et DDS pour les patients ayant obtenu leur congé selon les cohortes ÉTG 1-3 et ÉTG 4-5) au SNISA de l'ICIS dans l'ensemble des juridictions.

- Mettre en œuvre les cibles de référence de l'ACMU comme normes nationales de sécurité des patients (tableau 1).
- Publier les 90e centiles pour l'ensemble des cibles de rendement des SU.

Recommandation 2 : Les gouvernements doivent modéliser et définir les besoins de capacité de la population en matière de soins actifs, de soins de transition, de soins de longue durée et de soins à domicile.

Justification : Les taux élevés d'occupation des lits d'hospitalisation au Canada et la capacité limitée en soins post-actifs constituent des moteurs directs du blocage d'accès et de l'engorgement des SU. L'absence de planification et de réponse à la croissance et au vieillissement de la population a contribué à cette crise. Des cadres de reddition de comptes garantiront que les nouveaux investissements réalisés là où ils sont nécessaires produisent l'effet escompté.

Mesures concrètes :

- Accroître l'offre de lits de soins actifs pour l'aligner sur les cibles de référence de l'OCDE.

Recommandations à l'échelle hospitalière

Recommandation 3 : Les hôpitaux doivent réduire activement le blocage d'accès en optimisant le flux des patients hospitalisés et en maintenant des niveaux d'occupation durables.

Justification : Les hôpitaux fonctionnant à pleine capacité, ou près de celle-ci, ne peuvent absorber la variabilité de la demande, ce qui entraîne un maintien prolongé à l'urgence.

Mesures concrètes :

- Maintenir des cibles d'occupation des lits d'hospitalisation de 70 % à 85 %.
- Mettre en œuvre des cibles quotidiennes de congé et rendre obligatoires les services de fin de semaine dans les unités d'hospitalisation afin de permettre des congés constants, sept jours sur sept.
- Utiliser la gestion des lits en temps réel et des équipes dédiées au flux.

Recommandation 4 : Les hôpitaux doivent mettre en œuvre des cadres formels de reddition de comptes attribuant à la direction la responsabilité du blocage d'accès et du flux de patients, garantissant une surveillance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dans l'ensemble de l'hôpital et à l'urgence.

Justification : Le blocage d'accès est une défaillance de la sécurité des patients à l'échelle de l'hôpital, et non un enjeu de rendement propre à l'urgence. Sans reddition de comptes de la direction, l'engorgement persiste malgré les efforts d'optimisation locaux.

Mesures concrètes :

- Intégrer le blocage d'accès et le maintien à l'urgence comme indicateurs clés de qualité et de sécurité hospitalière.
- Les hôpitaux devraient déclarer et examiner régulièrement les indicateurs de blocage d'accès aux échelons de la direction et du conseil d'administration, et être imputables de leur rendement auprès des autorités de santé régionales et provinciales ou territoriales.
- Établir une gouvernance du flux à l'échelle hospitalière, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année, et établir des comités de flux ayant l'autorité de coordonner l'ensemble des services.
- Élaborer des plans de gestion des pointes clairs (p. ex. des protocoles de dépassement de capacité déclenchés par la demande) précisant les déclencheurs d'intervention, l'autorité d'agir et les mesures graduelles à prendre pour gérer la demande.

DOMAINE DU DÉBIT INTERNE : Main-d'œuvre, opérations et flux interne

Recommandations à l'échelle des SU

Recommandation 5 : Les SU devraient mettre en œuvre des méthodologies d'amélioration continue de la qualité, telles que le Lean Six Sigma ou des méthodes similaires, pour optimiser le flux de patients à l'urgence et réduire le gaspillage.

Justification : Les approches structurées d'amélioration de la qualité renforcent le débit et la fiabilité des processus de soins, mais ne peuvent à elles seules régler la capacité systémique.

Mesures concrètes :

- Établir une reddition de comptes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour l'accès et le flux à l'urgence.
- Effectuer régulièrement une cartographie du flux et des analyses des goulots d'étranglement, y compris l'harmonisation du personnel avec les tendances d'arrivée des patients.
- Utiliser des tableaux de bord en temps réel pour surveiller les principaux indicateurs de débit.
- Mettre en œuvre des tests rapides et itératifs des interventions de flux.

Recommandation 6 : Les SU doivent mettre en œuvre des stratégies dédiées à l'élimination des retards de transfert des ambulances.

Justification : Les retards de transfert des ambulances compromettent les soins préhospitaliers, aggravent l'engorgement des SU et retardent l'intervention d'urgence dans la communauté.

Mesures concrètes :

- Créer des zones dédiées au transfert des ambulances, dotées d'un personnel adéquat.
- Mettre en œuvre des protocoles de transfert rapide.
- Signaler les retards prolongés de transfert comme des événements de sécurité hospitalière et déclencher des protocoles de gestion des pointes à l'échelle de l'urgence et de l'hôpital.

Recommandation 7 : Les SU devraient mettre en œuvre des modèles de triage et d'amorce précoce des soins fondés sur des données probantes afin d'orienter les patients vers les zones de flux appropriées.

Justification : L'orientation précoce des patients vers les zones appropriées améliore le flux à l'urgence, réduit la DDS et atténue les retards liés à l'engorgement.

Mesures concrètes :

- Mettre en œuvre des zones ambulatoires, de voie accélérée et d'évaluation rapide, ainsi que des espaces de soins intermédiaires où les civières ou les espaces de soins peuvent être partagés entre patients stables.
- Normaliser, mettre en œuvre et optimiser des directives médicales infirmières fondées sur des données probantes pour l'amorce précoce des tests diagnostiques et des traitements, là où les ressources et le soutien permettent leur mise en œuvre et leur surveillance.

Recommandation 8 : Les SU devraient examiner et optimiser les trajectoires de soins pour les patients présentant des urgences liées à la santé mentale ou à la consommation de substances. Cela inclut le délai avant la consultation en psychiatrie, l'accès aux lits d'hospitalisation, les ressources de gestion de la consommation ou du sevrage, et, le cas échéant, le recours à des intervenants en situation de crise et à des unités de stabilisation de courte durée.

Justification : Les patients présentant des problèmes de santé mentale subissent des niveaux disproportionnés de maintien à l'urgence en raison de la capacité limitée en soins hospitaliers et communautaires. Les groupes marginalisés, notamment les personnes en situation d'instabilité résidentielle et celles présentant une maladie mentale chronique ou des problèmes de consommation de substances, effectuent des visites fréquentes à l'urgence en raison de soutiens

communautaires inadéquats. En l'absence de ressources et de stratégies ciblées, les soins reçus par ces patients à l'urgence sont sous-optimaux, et le personnel peut ressentir de la frustration ou une détresse morale.

Mesures concrètes :

- Évaluer et surveiller le délai avant la consultation en psychiatrie et le délai avant l'obtention d'un lit d'hospitalisation pour les patients présentant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances.
- Mettre en œuvre des interventions adaptées au contexte, telles que des unités de courte durée adjacentes à l'urgence ou le déploiement d'intervenants en situation de crise, afin d'accélérer les soins et l'orientation.
- Établir des cibles opérationnelles pour la durée maximale de maintien à l'urgence des patients présentant des problèmes de santé mentale, et prévoir des processus d'escalade définis lorsque ces seuils sont dépassés.
- Mettre en œuvre des stratégies de réduction des méfaits fondées sur des données probantes, ainsi que des ordonnances collectives ou des protocoles pour les présentations courantes liées à la consommation de substances.

Recommandation 9 : Les SU devraient intégrer la planification des congés aux soins d'urgence courants pour les patients en situation de fragilité et pour ceux nécessitant des soutiens sociaux, plutôt que des interventions médicales aiguës, pour un congé sécuritaire.

Justification : La planification des congés amorcée à l'urgence réduit les visites de retour et améliore les transitions de soins pour les patients vulnérables.

Mesures concrètes :

- Intégrer des travailleurs sociaux et des planificateurs de congés au sein de l'urgence.
- Mettre en œuvre des trajectoires de congé normalisées pour les patients nécessitant des services sociaux et un soutien.
- Assurer un suivi rapide en clinique externe et une connexion aux ressources communautaires.
- Adopter une approche structurée pour les patients âgés en situation de fragilité et envisager d'ajouter des infirmières en gestion des urgences gériatriques (GUG) aux équipes cliniques de l'urgence, ainsi qu'un accès à la physiothérapie, à l'ergothérapie et à d'autres services de soutien, au besoin.

DOMAINE DE L'AMONT : Demande à l'urgence, accès aux soins primaires et aux services communautaires, et soins en amont

Recommandations à l'échelle du système et des gouvernements :

Recommandation 10 : Les gouvernements doivent élargir les services communautaires en santé mentale, en consommation de substances et les services sociaux afin de réduire le recours aux SU comme points d'accès par défaut aux soins.

Justification : Les SU offrent de plus en plus des soins pour des besoins sociaux et de santé mentale non comblés, en raison d'une capacité communautaire insuffisante. On parle également ici du mauvais soin, au mauvais endroit, au mauvais moment. Dans la plupart des régions du Canada, les services sociaux et de santé sont cloisonnés entre différents ministères provinciaux ou territoriaux, ainsi qu'entre les paliers fédéral (pour les populations autochtones, le personnel militaire et les réfugiés), provincial, territorial et municipal.

Mesures concrètes :

- Accroître la disponibilité et l'accès aux équipes de soins primaires.
- Élargir les équipes mobiles d'intervention en cas de crise et de santé mentale, disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Accroître la capacité de logement avec soutien et de répit médical.
- Intégrer la planification des soins de santé et des services sociaux à l'échelon du financement provincial ou territorial.

Prochaines étapes

Nous exhortons les ministères de la Santé, les autorités sanitaires régionales et les dirigeants d'hôpitaux à mettre en œuvre les recommandations formulées dans le présent énoncé. Cela comprend la surveillance des indicateurs de blocage d'accès et de flux de patients, ainsi que l'activation d'interventions rapides dans les hôpitaux et les communautés pour remédier à l'engorgement des SU. L'ACMU demeure déterminée à collaborer avec l'ensemble des parties prenantes afin d'appuyer la mise en œuvre, l'évaluation et le raffinement continu de ces stratégies, dans le but d'assurer des soins d'urgence sécuritaires, efficaces et équitables pour toute la population canadienne.

Conclusion

L'engorgement des SU constitue une crise de sécurité des patients et de santé publique à l'échelle du système de santé. Il reflète des défis plus vastes de capacité et de flux, et non des défaillances propres à des SU individuels, et exige une action coordonnée et imputable de la part des hôpitaux, des autorités sanitaires et des services communautaires. Le Canada se trouve à un carrefour en raison des bouleversements géopolitiques mondiaux. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont promis de relever ce défi grâce à un nouvel esprit de collaboration et à un engagement envers des valeurs communes. Le secteur de la santé en général — et les services d'urgence en particulier, en tant qu'indicateur de l'état du système de santé — est de plus en plus reconnu comme un secteur industriel et socioéconomique important, essentiel à la prospérité canadienne (66). Nous possédons les connaissances et les ressources nécessaires pour résoudre l'engorgement des SU et améliorer les soins d'urgence pour l'ensemble de la population canadienne; nous espérons désormais en avoir la volonté.

Tableau 1. Cibles de référence de rendement des SU tirées de l'énoncé de position de l'ACMU de 2013.

Cible de référence	Description
Délai avant l'évaluation médicale initiale	Médiane d'une heure, 90e centile de 3 heures
Délai (de transfert) vers un lit d'hospitalisation	Médiane de 2 heures, 90e centile de 8 heures
DDS à l'urgence pour les patients ayant obtenu leur congé (niveaux ÉTG IV ou V)	Médiane de 2 heures, 90e centile de 4 heures
DDS à l'urgence pour les patients ayant obtenu leur congé (niveaux ÉTG I à III)	Médiane de 4 heures, 90e centile de 8 heures
DDS à l'urgence pour les patients admis à l'hôpital (tous les niveaux ÉTG)	Médiane de 8 heures, 90e centile de 12 heures

ACMU = Association canadienne des médecins d'urgence; ÉTG = Échelle canadienne de triage et de gravité; SU = service d'urgence; DDS = durée de séjour.

Tableau 2. Sommaire des recommandations.

Recommandation	Domaine	Échelon d'action
Recommandation 1 : Les gouvernements doivent établir des normes et une reddition de comptes locale, régionale, provinciale, territoriale et nationale en matière d'accès aux SU, d'indicateurs de flux hospitalier et de cibles fondées sur le temps pour l'accès aux lits d'hospitalisation et la DDS à l'urgence des patients admis.	Aval	Système / gouvernement
Recommandation 2 : Les gouvernements doivent modéliser et définir les besoins de capacité de la population en soins actifs, de transition, de longue durée et à domicile.	Aval	Système / gouvernement
Recommandation 3 : Les hôpitaux doivent réduire activement le blocage d'accès en optimisant le flux des patients hospitalisés et en maintenant des niveaux d'occupation durables.	Aval	Hôpital
Recommandation 4 : Les hôpitaux doivent mettre en œuvre des cadres formels de reddition de comptes attribuant à la direction la responsabilité du blocage d'accès et du flux de patients, garantissant une surveillance 24/7 dans l'ensemble de l'hôpital et à l'urgence.	Aval	Hôpital
Recommandation 5 : Les SU devraient mettre en œuvre des méthodologies d'amélioration continue de la qualité, telles que le Lean Six Sigma, pour optimiser le flux de patients et réduire le gaspillage.	Débit interne	SU
Recommandation 6 : Les SU doivent mettre en œuvre des stratégies dédiées à l'élimination des retards de transfert des ambulances.	Débit interne	SU
Recommandation 7 : Les SU devraient mettre en œuvre des modèles de triage et d'amorce précoce des soins fondés sur des données probantes afin d'orienter les patients vers les zones de flux appropriées.	Débit interne	SU
Recommandation 8 : Les SU devraient examiner et optimiser les trajectoires de soins pour les patients présentant des urgences liées à la santé mentale ou à la consommation de substances.	Débit interne	SU
Recommandation 9 : Les SU devraient intégrer la planification des congés aux soins d'urgence courants pour les patients en situation de fragilité et pour ceux nécessitant des soutiens sociaux plutôt que des interventions médicales aiguës.	Débit interne	SU
Recommandation 10 : Les gouvernements doivent élargir les services communautaires en santé mentale, en consommation de substances et les services sociaux afin de réduire le recours aux SU comme points d'accès par défaut aux soins.	Amont	Système / gouvernement

Références :

Les références demeurent présentées dans leur langue de publication originale (anglais), conformément à l'usage bibliographique habituel.

1. Haas R, Brundisini F, Barbara A, Darvesh N, Ritchie L, MacDougall D, et al. Emergency Department Overcrowding: An Environmental Scan of Contributing Factors and a Summary of Systematic Review Evidence on Interventions. Canadian Journal of Health Technologies. 2023 Nov 20;3(11). doi:10.51731/cjht.2023.786
2. Emergency Department Boarding and Crowding | ACEP [Internet]. Disponible à : <https://www.acep.org/administration/crowding--boarding>
3. Hees W van. Eusem - Join the Global Campaign Against ED Overcrowding [Internet]. Disponible à : <https://eusem.org/news/837-join-the-global-campaign-against-ed-overcrowding>
4. Javidan AP, Hansen K, Higginson I, Jones P, Lang E. The International Federation for Emergency Medicine report on emergency department crowding and access block. Emerg Med J. 2021 Mar;38(3):245-6.
5. Jones PG, van der Werf B. Emergency department crowding and mortality for patients presenting to emergency departments in New Zealand. Emerg Med Australas. 2021 Aug;33(4):655-64.

(Voir la version originale anglaise pour la liste complète des 100 références bibliographiques.)

Traduction française fournie à titre informatif à partir du texte anglais original publié par l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU). En cas de divergence, la version anglaise fait foi.

Source originale: www.caep.ca/position-statements/emergency-department-overcrowding
