

Les délais d'attente: le patient à l'urgence est un client

Eric Grafstein, MD

Les clients peuvent choisir la couleur de leur voiture, pourvu qu'ils la choisissent noire.

—Henry Ford (1923)

À l'ère du numérique, la technologie facilite bien des choses; par exemple, on peut magasiner en ligne, savoir s'il reste des billets pour le film qu'on aimerait voir avant même de quitter la maison ou encore réserver une place au restaurant. Un autre renseignement qu'on peut glaner çà et là dans Internet est le délai d'attente à la frontière Canada-États-Unis. Pendant qu'on roule vers la frontière à partir de villes comme Vancouver, là où il existe plus d'un chemin, des panneaux électroniques indiquent le délai d'attente aux divers postes-frontières. Les renseignements étant régulièrement actualisés, le voyageur peut décider de prendre un chemin qu'il connaît bien ou encore d'emprunter une route moins achalandée et de profiter d'un délai d'attente plus court. Sans diminuer l'importance des renseignements sur les délais d'attente à la frontière, il est désolant de constater que très peu d'établissements, au Canada, sont dotés de dispositifs électroniques permettant d'afficher les délais d'attente dans différents services d'urgence et de mieux répartir les patients ainsi que le personnel médical d'urgence. De plus, l'affichage du délai d'attente à l'urgence n'est pas vraiment une priorité pour la plupart des organisations.

Il sera question, dans le présent numéro, de l'étude de Yip et ses collaborateurs, intitulée *Influence of Publicly Available Online Wait Time Data on Emergency Department Choice in Patients with Noncritical Complaints*.¹ La recherche consistait en une enquête

menée chez 1,211 patients afin de déterminer la proportion de ceux qui avaient accès à des données statiques sur les délais d'attente à l'urgence, dans un site Web, ainsi que le désir des patients d'avoir accès à ce type de renseignements. D'après les auteurs, malgré le fait que 10 % seulement des patients avaient accès au site de l'hôpital, lieu d'hébergement du serveur, 45 % ont indiqué qu'ils aimeraient utiliser ce type de site Web. Un pourcentage comparable de répondants ont fait savoir qu'ils utiliseraient les données sur les délais d'attente pour choisir leur service d'urgence. Il convient toutefois de préciser que ces patients étaient arrivés par leurs propres moyens à l'urgence; ceux qui étaient arrivés en ambulance ont été exclus. De toute façon, de 75 à 80 % des patients arrivent d'eux-mêmes à l'urgence, au Canada.

Chose étonnante, il se fait très peu de recherche sur l'incidence des renseignements concernant les délais réels d'attente à l'urgence sur le flux des patients et sur les soins aux patients. Actuellement, au Canada, il n'y a qu'à Calgary où l'on affiche, dans un site Web, des données sur les délais réels d'attente dans quatre hôpitaux et deux centres de consultation sans rendez-vous.² Pour sa part, la région de Vancouver Coastal Health prévoit mettre en service un système semblable dans six hôpitaux urbains, plus tard, cette année. En Ontario, on n'indique actuellement que la moyenne des délais d'attente dans chaque urgence.³ En plus de ne pas afficher de valeur en temps réel, le délai d'attente en Ontario se définit comme la durée du séjour à l'urgence et non pas comme le temps d'attente avant de rencontrer un médecin. De toute évidence, ce

Service d'urgence, St. Paul's Hospital, Vancouver (C.-B.).

Demandes: Dr Eric Grafstein, St. Paul's Hospital, Service d'urgence, 1081, rue Burrard, édifice Comox, bureau 108, Vancouver (C.-B.) V6Z 1Y6; egrafstein@providencehealth.bc.ca.

Article évalué par les pairs.

© Association canadienne des médecins d'urgence

© Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM 2012;11(4):207-210

DOI 10.2310/8000.2012.00001

DECKER



CJEM • JCMU

2012;11(4) 207

genre de renseignement n'est pas très utile quand vient le temps, pour un patient potentiel, de choisir le service d'urgence le moins achalandé. En revanche, aux États-Unis, de nombreux hôpitaux affichent, sur leur page d'accueil, les délais d'attente à l'urgence pour un traitement.^{4,5} Dans la plupart des cas, il s'agit d'hôpitaux privés qui utilisent davantage les délais d'attente à des fins de publicité plutôt que comme outil de gestion axé sur les patients. Contraste encore plus marqué par rapport au Canada, bon nombre de ces sites américains affichent des délais d'attente inférieurs à 10 minutes pour la prestation de soins.

Alors, pourquoi les services d'urgence au Canada sont-ils si réticents à adopter le concept de l'affichage des délais réels d'attente à l'intention des patients? L'une des raisons probables est les contraintes techniques d'un bon nombre de systèmes d'information actuellement offerts sur le marché. Il peut en coûter des centaines de milliers de dollars pour créer des interfaces capables de recueillir des données en temps réel, surtout si celles-ci proviennent de plusieurs systèmes différents. Comme les provinces et les régions sanitaires intraprovinciales investissent de l'argent dans des systèmes communs d'information sur la santé, le coût de création d'interfaces indiquant les délais réels d'attente diminuera.

La position de la collectivité médicale en soins d'urgence au Canada sur le concept de l'affichage de ce type de renseignements à l'intention des patients potentiels n'a pas fait l'objet d'étude. Toutefois, d'après le Dr Brian Goldman, urgentologue et animateur de l'émission *White Coat, Black Art*, à la radio anglaise de Radio-Canada, l'affichage des délais d'attente pourrait inciter certains patients très malades, qui utilisent ce genre d'outil offert sur le Web, à prendre de mauvaises décisions.⁶ Par exemple, une personne qui souffre de douleur à la poitrine pourrait éviter de consulter un médecin à l'urgence en raison de l'affichage d'un délai d'attente trop long. Il s'agit là d'une préoccupation fondée. Innes et ses collaborateurs ont comparé les résultats de l'évaluation faite par des parents et du personnel infirmier affecté au triage, selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ECTG), dans un hôpital pédiatrique.⁷ L'analyse a révélé que les parents prévoyaient correctement une cote de 1 ou 2 sur l'ECTG, 72 % des fois. Mais il existe également, dans la documentation, des données indirectes à l'effet contraire. Guttman et ses collaborateurs ont étudié l'incidence des délais d'attente et de la durée du séjour à

l'urgence sur la mortalité à court terme et sur les résultats cliniques chez les patients qui sont partis de l'urgence sans être vus par un médecin.⁸ Ils ont constaté que ceux qui étaient partis de l'urgence sans être vus par un médecin n'avaient pas connu de risque accru de mortalité à court terme. Aussi en ont-ils conclu que les patients ont une idée du degré de gravité de leur maladie et qu'ils agissent en conséquence.

La plupart des gens, au Canada, sont parfaitement conscients du fait que les urgences sont des lieux très achalandés et que les délais d'attente sont monnaie courante. Ils le savent de bien des façons: par la presse à sensation qui a fait état, plus d'une fois, de mauvaises expériences vécues à l'urgence; par leur propre expérience ou par celle de leur famille ou de leurs amis. La grande majorité des patients s'attend déjà à des délais importants d'attente; alors, certains opposants pourraient faire valoir que l'affichage des délais réels d'attente est peu susceptible de dissuader les malades d'aller à l'urgence. Par ailleurs, je suis sûr que l'affichage de ce type de renseignements dans des sites Web contiendrait un message ou un avis de non-responsabilité selon lesquels les patients se trouvant dans un état potentiellement grave cessent immédiatement de chercher et qu'ils composent le 9-1-1.

Autre conséquence non intentionnelle de l'affichage des délais d'attente est la possibilité d'attirer plus de patients à l'urgence. Il n'est pas impossible que ce type de renseignement rende les urgences encore plus occupées qu'elles ne le sont déjà. Les urgences urbaines, à Calgary, auraient connu une augmentation de 12 % de l'achalandage depuis le lancement du site Web en juillet 2011 (Grant Innes, Université de Calgary et Alberta Health Services, communication personnelle, 21 janvier 2012). La région de Calgary a enregistré l'augmentation la plus forte (12,6 %) de population parmi les grandes villes canadiennes depuis le recensement de 2006.⁹ De plus, les tableaux, à Calgary, indiquaient des délais d'attente, dans les centres de soins d'urgence, plus longs en fait que les délais affichés dans l'autre service d'urgence inscrit. Ces centres n'ont vu qu'une augmentation de 1 % de leur achalandage depuis le lancement du site Web (Grant Innes, communication personnelle, 21 janvier 2012). Par comparaison, la région de Vancouver Coastal Health a connu une augmentation annuelle d'un peu moins de 5 % de l'achalandage des urgences au cours des 2 dernières années, et il n'y a pas actuellement d'affichage de renseignements en temps

réal à l'intention des patients.^{10,11} Il est difficile d'évaluer l'incidence de ces renseignements en période d'augmentation générale annuelle de l'achalandage des urgences. La création d'un outil d'affichage de données en temps réel qui influencerait sur le nombre d'arrivées aux urgences aurait une vraie valeur. Cela sous-entend qu'il existe des moyens de mieux équilibrer les arrivées à l'urgence en fonction de la capacité au niveau régional. La mise en garde de Yip et ses collaborateurs est que le travail devrait être conçu en fonction du marché, par exemple sous forme d'outil, de sorte qu'il puisse être utilisé par un grand nombre de patients.

D'autre part, on peut faire valoir que l'affichage des délais réels d'attente avant de rencontrer un médecin à l'urgence comporte des effets potentiellement favorables. Dans un contexte régional, il est raisonnable de penser que l'affichage de renseignements en temps réel améliorerait le flux des patients, comme c'est le cas pour les points de passage frontalier. Ainsi, les patients pourraient éviter les urgences achalandées s'ils savaient que les délais d'attente sont plus longs là qu'ailleurs. Cela permettrait de maximiser la capacité régionale, sans pour autant augmenter les coûts de la prestation des soins. L'indication des délais réels d'attente à l'intention des ambulanciers existe déjà dans certaines villes au Canada et vise le même objectif: éviter l'engorgement de certaines urgences alors que d'autres sont moins occupées.¹² On pourrait même concevoir un «facteur de déshonneur» qui faciliterait le raccourcissement des délais d'attente dans les urgences particulièrement lentes. Aucun service ne veut être perçu comme celui qui a les délais d'attente les plus longs.

Les délais d'attente ne sont pas les seuls renseignements qui pourraient être affichés dans les sites Web de données en temps réel. On pourrait également indiquer quels jours de la semaine ou quelles heures du jour sont les plus achalandés, ce qui permettrait aux patients de devenir des consommateurs avertis en matière de soins d'urgence. Les patients pourraient éviter les périodes de pointe, ce qui permettrait de régulariser davantage les demandes de fonctionnement. Par ailleurs, dans certains services d'urgence, on ne traite pas les enfants; certains hôpitaux fonctionnent comme des centres de soins d'urgence, et ne traitent pas les cas très graves; d'autres établissements affichent des horaires restreints d'activité. Tous ces renseignements pourraient faciliter la tâche aux patients et aux familles qui désirent consulter un médecin. De plus, on

pourrait afficher, dans les sites Web sur les délais d'attente, des renseignements sur des solutions de rechange comme des centres de consultation sans rendez-vous, des lignes de dépannage avec du personnel infirmier ou des cabinets médicaux où l'on accepte de nouveaux patients.

Il faudrait également se demander si les patients prendraient vraiment le temps de vérifier les délais d'attente dans un site Web. Une enquête a été menée chez 634 patients qui se sont présentés à l'une des six urgences urbaines dans la région de Vancouver Coastal Health, en 2010.¹³ L'étude avait pour but d'examiner les facteurs susceptibles d'influer sur le choix du service d'urgence dans la région sanitaire. Ces patients s'étaient rendus d'eux-mêmes à l'urgence et avaient une cote de 3 à 5 seulement sur l'ECTG. En tout, 122 (19.24 %) patients ont attendu moins de 1 heure entre le moment où ils sont tombés malades ou ils ont subi une blessure et le moment où ils sont allés à l'urgence; 78 (12.30 %) ont attendu entre 12 et 24 heures; 263 (41.48 %) ont attendu au moins 24 heures. Que tirer de ces chiffres? La majorité des patients qui se présentent par leurs propres moyens à l'urgence ont le temps de choisir le service d'urgence. Certains de ces patients souffriront de colique néphrétique ou d'appendicite et ils sont justement le type de malades qui profiteront d'une consultation médicale à l'urgence même s'ils ne s'y présentent pas dès l'apparition des symptômes.

Dans l'étude de Yip et ses collaborateurs, le faible pourcentage de patients qui a consulté les renseignements disponibles fait ressortir la nécessité de promotion par les hôpitaux et les gouvernements afin de maximiser l'utilisation des sites Web qui fournissent ce type de renseignements. La conception de sites Web spécialisés, dont les titres fournissent une description du lieu d'origine des données, est un exemple de moyen visant à accroître l'utilisation, par le public, d'outils de données sur les délais réels d'attente. Par ailleurs, il n'est pas impossible, dans l'étude de Yip et ses collaborateurs, que l'affichage de données statiques plutôt que de données en temps réel dans le site Web local de l'hôpital ait joué un rôle dans la sous-utilisation des données.

Reste à savoir si la population, qui se fait vieillissante, utilisera vraiment ces sources électroniques de renseignements. Yip et ses collaborateurs ont constaté que «la plupart des ressources en soins de santé étaient utilisées par des personnes de plus de 65 ans, aux États-Unis».¹ C'est tout à fait vrai, mais la plupart des

patients qui se présentent dans les services d'urgence pour adultes ont moins de 65 ans. À Vancouver, par exemple, même dans les services d'urgence recevant une forte clientèle âgée, seuls 20 % des patients ont plus de 75 ans.¹⁰ On peut donc en déduire que la plupart des patients qui consultent à l'urgence sont également des utilisateurs avertis d'Internet et qu'ils pourraient profiter des ressources sur le Web, affichant des données en temps réel.

Finalement, l'étude de Yip et ses collaborateurs n'a fait qu'effleurer le psychisme des patients en ce qui concerne le processus de prise de décision quant au choix du service d'urgence et au moment de la consultation. Il se dégage de l'étude que les patients jeunes sont plus susceptibles que les autres patients d'utiliser les renseignements sur les délais d'attente; toutefois, d'autres travaux de recherche s'imposent pour mieux comprendre la complexité de ces décisions. Par ailleurs, d'autres facteurs importants peuvent être pris en considération dans le choix des services d'urgence, notamment la distance, les maladies concomitantes, le stationnement, la propreté, la perception des soins donnés aux malades hospitalisés, la douleur, et les expériences antérieures. Il faudrait également mieux comprendre la façon dont les différents éléments modifient la préférence à l'égard des délais d'attente dans un système régional comptant plusieurs services d'urgence.

Certains médecins peuvent rechigner à l'idée d'accroître l'accessibilité des services d'urgence pour, en fin de compte, voir plus rapidement des patients moins malades. Ils comprennent, à juste titre, que le traitement accéléré des patients n'est pas la cause de l'engorgement des services d'urgence.¹⁴ Toutefois, les patients ambulatoires n'obtiennent pas tous une cote de 4 ou 5 sur l'ECTG; certains ont une cote de 2 ou 3. La plupart des médecins seront d'accord pour dire que les patients non vus dans les salles d'attente sont ceux qui courent les plus grands risques à l'urgence. Alors, si certains patients peuvent se présenter de leur propre chef aux services d'urgence moins achalandés, cela aura pour effets, d'une part, d'augmenter la capacité globale du système et, d'autre part, de diminuer les risques, et ce, à peu de frais.

À mon avis, l'un des gros avantages de l'affichage des délais réels d'attente à l'urgence est d'élever le patient au rang de client, c'est-à-dire au rang de personne qui a le choix. Les patients ne devraient pas être réduits à accepter les services, quels qu'ils soient, que l'urgence locale choisit de leur offrir. Il existe d'autres services

d'urgence et d'autres centres de soins actifs, à l'image des couleurs de voiture dans la citation d'Henry Ford, et les gens ont la possibilité de choisir. La Ford Motor Company a fini par céder et a accepté de donner à ses clients ce qu'ils voulaient: différents choix. En permettant aux patients de devenir des consommateurs avertis de soins d'urgence, on améliorera presque à coup sûr la satisfaction des malades, la capacité des services d'urgence, et la prestation des soins. Il est temps de fournir aux patients des renseignements en temps réel. Rien ne sert d'«attendre» plus longtemps, il faut.

Intérêts concurrentiels: aucun intérêt déclaré.

Mots clés:

RÉFÉRENCES

1. Yip A, McLeod S, McRae A, Xie B. Influence of electronically online available wait-time data on choice of emergency department for patients with noncritical medical conditions. *CJEM* 2012;14:00-00.
2. Accessible au: <http://www.albertahealthservices.ca/4770.asp> (consulté le 13 janvier 2012).
3. Accessible au: <http://waittimes.hco-on.ca/en/search/er/> (consulté le 13 janvier 2012).
4. Accessible au: <http://www.dmc.org/> (consulté le 13 janvier 2012).
5. Accessible au: <http://middlesexertime.com/> (consulté le 13 janvier 2012).
6. Accessible au: <http://www.kevinmd.com/blog/2011/02/posting-er-wait-times-dangerous-patients.html> (consulté le 13 janvier 2012).
7. Innes GD, Cooke T, Schorn R, et al. Are parental assessments of pediatric illness acuity accurate compared to nurse triage assessments? [abstract] *CJEM* 2009;11:277.
8. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342:d2983. DOI: 10.1136/bmj.d2983, doi:10.1136/bmj.d2983.
9. Statistics Canada. *2011 Census*. Accessible au: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/hlt-fst/pd-pl/Table-Tableau.cfm?LANG=Eng&T=201&S=3&O=D&RPP=150> (consulté le 3 mars 2012).
10. *Vancouver Coastal Health Decision Support*. Accessible au: <http://quist:81/CubeView/Default.aspx> (consulté le 15 janvier 2012).
11. *Providence Health Care Decision Support ED Cube*. Accessible au: http://quist/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe?BZ=1AAABfvKK7acABEwU6VFChhEoSIZ8GVJHTJm5v5wUIfo1ExhW0sxJQ~dvWr9Bbc5aP9AeTM3XYI0fUImDJ2wb8K4HftlzBs3dsrLoVM2Lyhy0ryRy1WIXiWFCSFRepSBAYNEzD4YMDsgQYJkX83u_v2be92Z3TslapVL5m118wierLJ1

- S93VYOEkbSyHXWjs9ImDFp2FZKnhIwcgSRWzt2na07X77sNtbuw9k1c3_Vidkn9iS1QUyi4UURDjG9zFj17CftDvgH (consulté le 16 janvier 2012).
12. MacLeod DB, Rich T, Jessen KR, et al. Electronic selection of EMS destination to enhance capacity and flow management [résumé]. *CJEM* 2009;11:254.
 13. Wilson D. *Factors affecting regional emergency department selection: a cross-sectional survey of emergency department patients* [thèse de maîtrise non publiée]. January. 2011.
 14. Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med* 2007;49:257-64, doi:[10.1016/j.annemergmed.2006.06.027](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.06.027).