

De l'affichage des délais d'attente: autre point de vue

Howard Ovens, MD, FCFP(EM)*; Andrew Affleck, MD†; Eric Letovsky, MD‡

C'est avec intérêt et inquiétude que nous avons lu l'article de Yip et ses collaborateurs¹ et les observations complémentaires de Grafstein² sur les rapports concernant les délais d'attente dans les services des urgences (SU) et l'amélioration de l'expérience des patients dans ces mêmes services. Les problèmes qu'ils soulèvent sont d'actualité et feront sans doute l'objet de beaucoup d'autres discussions et controverses. Compte tenu de la confusion engendrée par la terminologie employée dans l'article de Yip et ses collaborateurs, nous estimons que des précisions en matière de taxonomie ne pourront que clarifier les discussions sur les délais d'attente, et que le fait de placer l'établissement de rapports sur ces délais d'attente dans un contexte plus large nous aidera à diriger nos efforts de défense, en tant que discipline, sur la question de l'encombrement des urgences, là où ils porteront le plus.

Le gouvernement de l'Ontario a lancé son programme de désencombrement des SU le 1er avril 2008. Les hôpitaux sont tenus de faire état, tous les mois, d'un vaste ensemble de mesures de rendement et d'un sous-ensemble choisi d'indicateurs de rendement affiché dans un site Web public.³ Le gouvernement fournit, dans le cadre de ce programme, aux 74 plus gros hôpitaux de la province un financement incitatif afin d'améliorer le rendement dans les SU ainsi que du soutien prévu dans un programme d'encadrement afin d'aider à l'élaboration de stratégies. L'Ontario a utilisé les mêmes ressources pour mettre en œuvre et superviser ce programme dans les SU qu'il avait utilisées pour mettre en œuvre les cinq programmes financés par le gouvernement fédéral visant à réduire le temps d'attente dans certains services clinique (remplacement

du genou ou de la hanche, chirurgie de la cataracte, tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique, radio-oncologie, pontage coronarien).

Bien que les résultats relatifs au rendement dans les SU ne soient pas rendus publics en Ontario avant plusieurs mois, jusqu'à ce que la qualité des données ait été confirmée, de nombreux hôpitaux utilisent leur système d'information sur les SU pour entrer toutes ou presque toutes les mesures devant faire l'objet de rapports et suivre étroitement leur propre rendement. Comme le précisaient Yip et ses collaborateurs dans leur article, le London Health Sciences Centre (LHSC) a décidé d'afficher ses résultats sur le rendement dans son site Web et de le mettre quotidiennement à jour en utilisant les données de la veille.^{1,4} Les auteurs ont cherché à mener une enquête dans un groupe de patients sur l'un des SU des hôpitaux pour savoir s'ils étaient au courant des renseignements affichés et pour leur demander, si on leur en donnait la chance, s'ils utiliseraient ces renseignements pour aller ou non au SU ou pour choisir un SU.

L'un des problèmes que posent l'article et l'enquête réalisés par Yip et ses collaborateurs est l'emploi du terme «délai d'attente».¹ Le site Web auquel ils font référence publie plutôt la *durée de séjour* (DS), soit le temps écoulé depuis l'arrivée au SU jusqu'à la sortie du service qui se traduit par le retour à domicile ou l'hospitalisation. Certes, la DS totale est une mesure importante de rendement, mais elle est différente du «délai d'attente». La plupart des patients interprètent le «délai d'attente» comme le temps écoulé depuis l'arrivée jusqu'à la consultation d'un médecin (temps écoulé depuis l'arrivée jusqu'à la première évaluation

Tiré de *Schwartz/Reisman Emergency Centre; Department of Family and Community Medicine, University of Toronto; Toronto Central Local Health Integration Network; and Mount Sinai Hospital, Toronto, ON; †Thunder Bay Regional Health Sciences Centre and North West Local Health Integration Network, Thunder Bay, ON; and ‡Department of Emergency Medicine, Credit Valley Hospital, Mississauga, ON; Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Toronto, ON; and Mississauga Halton Local Health Integration Network, Oakville, ON.

Correspondance à: Dr. Howard Ovens, Mount Sinai Hospital #206, 600 University Avenue, Toronto, ON M5G 1X5; howard.ovens@utoronto.ca.

Cet article a été évalué par des pairs.

© Association canadienne des médecins d'urgence

CJEM 2014;16(1):4-7

DOI 10.2310/8000.2013.131057F

par un médecin [PEM] ou temps écoulé jusqu'à la PEM). Les hôpitaux américains qui affichent les temps d'attente, en général, font aussi référence à cet intervalle. Le gouvernement de l'Ontario recueille des données sur la PEM («délais d'attente»), mais il ne les rend pas publiques pour le moment. De plus, dans le rapport de Yip et ses collaborateurs, seuls 9% des répondants connaissaient le site Web du LHSC; alors, aussi bien dire que la grande majorité des gens n'auraient pas été directement au courant des renseignements fournis. La question telle qu'elle a été formulée dans le questionnaire: si vous pouviez consulter des *statistiques sur les délais d'attente dans les SU* avant votre départ, est-ce que vous choisiriez votre SU en fonction des données affichées dans le site Web? [entendre: le nôtre], était fallacieuse. Bien que 45% des répondants aient répondu «Oui», peu pouvaient déduire de la question que les données fournies étaient des données sur la DS, qui au mieux étaient vaguement associées au délai d'attente avant la PEM.

Il est tout aussi surprenant que les auteurs aient pu croire que les patients choisiraient leur SU en fonction du rapport de la veille sur le rendement; on ne dit pas dans quelle mesure les données de la veille peuvent avoir un caractère prévisionnel du rendement pour la journée en cours. Tous les SU connaissent des variations de rendement selon l'heure du jour et le jour de la semaine. La moyenne des résultats de la veille relatifs au rendement dans les SU pour ce qui est de la DS est peu susceptible d'être utile en ce qui concerne le caractère prévisionnel des temps d'attente.

Grafstein fait bien ressortir la différence entre «délai d'attente» et «durée de séjour» ainsi qu'entre l'établissement de rapports sur le rendement réel et l'estimation du temps d'attente en temps réel.² Il précise d'ailleurs que la pratique de faire état du temps d'attente en cours a vu le jour aux États-Unis et qu'elle sert d'outil de promotion par les hôpitaux privés qui promettent un accès rapide aux services plutôt que d'outil de mesure de la qualité. Il fait ressortir certains inconvénients possibles de l'affichage public de l'estimation des délais d'attente pour mieux les réfuter plus loin.

Les conclusions explicites ou implicites de Yip et ses collaborateurs et de Grafstein peuvent se résumer ainsi:

- La plupart des SU en milieu urbain connaissent des périodes d'encombrement et tout porte à croire que le problème persistera dans un avenir prévisible.
- Les estimations du temps d'attente (ou DS) fondées sur des données historiques ou en temps réel sont suffisamment justes pour permettre aux patients de prendre des décisions en fonction de ces renseignements.
- Des données fiables sur les délais d'attente en cours pourraient permettre aux patients de modifier leur comportement en conséquence (c'est-à-dire choisir un SU pour des soins).
- Le coût financier de l'affichage de ce type de renseignements se justifie par les résultats, mais la question reste à approfondir.
- Le risque de préjudice résultant d'un changement de comportement du public est gérable.

Les problèmes soulevés ici ont déjà fait l'objet de discussion, en Ontario, en matière de politiques gouvernementales par le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) pour la prestation de soins en médecine d'urgence. Il s'agit d'un groupe composé de 14 urgentologues, nommés par le gouvernement, qui conseille ce dernier sur des questions de politique liées aux services d'urgence dans chacune des 14 régions régionales de la santé. Dans l'ensemble, nous formulons des objections aux points de vue résumés plus haut.

D'après l'expérience connue en Ontario, il est possible de diminuer l'encombrement et les temps d'attente. Depuis la mise en œuvre du programme en Ontario, la DS globale dans les SU a diminué de 15% (toutes les données recueillies établissent des comparaisons entre le rendement enregistré en juin 2012 et celui enregistré en avril 2008). Le délai d'attente médian avant la PEM est maintenant d'environ 1 heure, soit une réduction d'à peu près 13% au 90^e rang centile; aussi le taux de patients partis avant d'avoir été vus par un médecin a-t-il diminué de 30%. (Les données présentées dans le paragraphe ont été fournies dans le cadre d'une communication personnelle avec Action Cancer Ontario, Accès aux soins; 29 août 2012). En général, les hôpitaux ayant les pires rendements ont connu les meilleurs progrès. Bien que le fonctionnement dans les SU puisse encore être grandement amélioré, l'expérience acquise en Ontario et au Royaume-Uni porte à croire qu'une attitude et une approche favorables à l'égard de l'encombrement des SU sont fondées.

Il est difficile d'estimer le temps d'attente dans des cas particuliers, même pour le personnel infirmier affecté depuis longtemps au triage. Les algorithmes de prévision des délais d'attente reposent sur des hypothèses (par exemple, le site Web des Alberta Health

Services⁵ s'applique aux cas relevant des niveaux 3, 4, et 5 de l'Échelle canadienne de triage et de gravité [ECTG], tandis que le St. Mary's Hospital⁶ en Ontario a élaboré un algorithme qui tient compte seulement des niveaux 4 et 5 de l'ECTG) qui peuvent être difficiles à comprendre par les patients. En l'absence de données publiées, on ne sait pas dans quelle mesure ces algorithmes sont justes. Compte tenu de la dynamique des arrivées dans les SU et des nombreux facteurs qui participent au flux de patients, il ne fait aucun doute que les temps d'attente, dans bien des cas, dépasseront les prévisions.

Fournir des estimations du temps d'attente en temps réel suppose que les patients peuvent et devraient utiliser ces renseignements pour décider du choix du SU et du moment de la consultation (comme l'ont fait remarquer Yip et ses collaborateurs, cette façon de faire ne donnerait rien aux patients des petites communautés qui ne disposent que d'un seul SU¹). Tous savent quand les SU sont les plus bondés; il suffirait d'afficher une note dans le site Web qui se lirait comme suit: «Pour un service rapide, venez entre 2 h et 10 h.» Mieux encore, n'importe quel SU peut — et devrait — analyser ses données et ses goulots d'étranglement et affecter le personnel en conséquence, de manière à faire face aux variations prévisibles de l'arrivée des patients. Il s'agit de l'une des stratégies les plus fondamentales que proposerait à un SU tout consultant en gestion des affaires et sur laquelle insiste le programme d'encadrement de l'Ontario. Si le personnel des SU veut donner de meilleurs services à ses clients, n'est-il pas préférable qu'il s'adapte à leurs besoins plutôt que de leur demander de venir lorsque cela lui convient?

Le gouvernement de l'Ontario fournit chaque année, dans le cadre du programme de réduction du temps d'attente dans les SU, environ 90 millions de dollars en mesures de soutien à 74 hôpitaux. Dépenser des centaines de milliers de dollars pour élaborer des algorithmes sur les délais d'attente, concevoir des sites Web ou mener des campagnes de publicité pour inciter le public à utiliser les renseignements fournis, ce n'est pas rien. En période de ressources limitées, nous nous posons des questions sur la pertinence de réclamer de l'argent pour le dépenser en algorithmes fondés sur des technologies de l'information et en publicité plutôt que de le dépenser directement dans les SU afin d'améliorer les services et de réduire les temps d'attente.

Grafstein a probablement raison: peu de patients subiraient un préjudice attribuable à un retard de consultation découlant de renseignements fournis dans un site Web sur les délais d'attente.² Toutefois, il ne s'attaque pas explicitement au degré de risque justifié par les avantages possibles de l'affichage des délais d'attente estimés. Nous ne sommes pas d'avis qu'un préjudice éventuel, attribuable à un retard inutile de consultation justifie l'affichage de certains renseignements, de valeur douteuse, à des patients n'ayant pas besoin de soins urgents.

L'affichage de l'estimation des délais d'attente au public laisse sous-entendre que les patients — en particulier ceux qui ne représentent pas des cas urgents — sont responsables de l'encombrement des SU, que les gouvernements et les hôpitaux n'ont aucune part de responsabilité et qu'ils ne peuvent pas faire grand-chose. Cela va à l'encontre de la prise de position de l'Association canadienne des médecins d'urgence sur l'encombrement des urgences,⁷ que vient confirmer l'expérience au Royaume-Uni et maintenant en Ontario, selon laquelle l'encombrement des SU n'est pas attribuable à un mauvais usage des services d'urgence par les patients qui se trouvent dans un état stable, ne nécessitant pas de soins urgents. Il faut cesser de rejeter le blâme sur les patients, commencer à examiner soigneusement nos pratiques et rendre les décideurs responsables de la recherche de solutions à cet important problème systémique.

Nous sommes en faveur de la responsabilisation et de la transparence en matière de rendement dans les SU. Il faudrait normaliser les rapports à l'échelle nationale et utiliser des termes courants et des définitions usuelles que le public peut comprendre. Il faudrait publier les résultats relatifs au rendement en utilisant les données les plus pertinentes possible et comparer les chiffres avec ceux obtenus par les pairs et enregistrés dans d'autres organisations, en plus de remettre des fiches de rendement à l'échelle nationale. Par ailleurs, il faut éduquer le public et lui montrer comment choisir un SU en fonction des circonstances tout en proposant des solutions de rechange disponibles dans les collectivités. Les gouvernements devraient également répondre de leur gestion; le financement en vue de diminuer l'encombrement des SU devrait permettre à la fois une amélioration de la qualité et de l'expérience et une réduction des délais d'attente. À notre avis, ce n'est pas en recourant à des techniques à la mode pour estimer et afficher les délais d'attente et

en rejetant la responsabilité de notre inefficacité sur un public non méfiant que la situation s'améliorera.

Intérêts concurrentiels: Aucun déclaré.

RÉFÉRENCES

1. Yip A, McLeod S, McRae A. Influence of publicly available online wait time data on emergency department choice in patients with noncritical complaints. *CJEM* 2012;14:233-42.
2. Grafstein E. The waiting game: the emergency patient as a customer. *CJEM* 2012;14:203-6.
3. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. *Ontario wait times*. Available at: <http://waittimes.hco-on.ca/EN/search/er/> (accessed August 27, 2012).
4. London Health Sciences Centre. *Emergency department wait times*. Available at: http://www.lhsc.on.ca/About_Us/Accountability/Caring_for_our_Patients/Wait_Times/ED/ (accessed August 27, 2012).
5. Alberta Health Services. *Emergency department wait times*. Available at: <http://www.albertahealthservices.ca/4770.asp> (accessed August 27, 2012).
6. St. Mary's General Hospital. *Patients and visitors*. Available at: <http://www.smgh.ca/ed-wait-times/> (accessed August 27, 2012).
7. Canadian Association of Emergency Physicians. *Position statement on emergency department overcrowding*. Available at: http://caep.ca/sites/default/files/caep/files/edoc_position_statement_board_approved_june_2009_gl.pdf (accessed August 27, 2012).