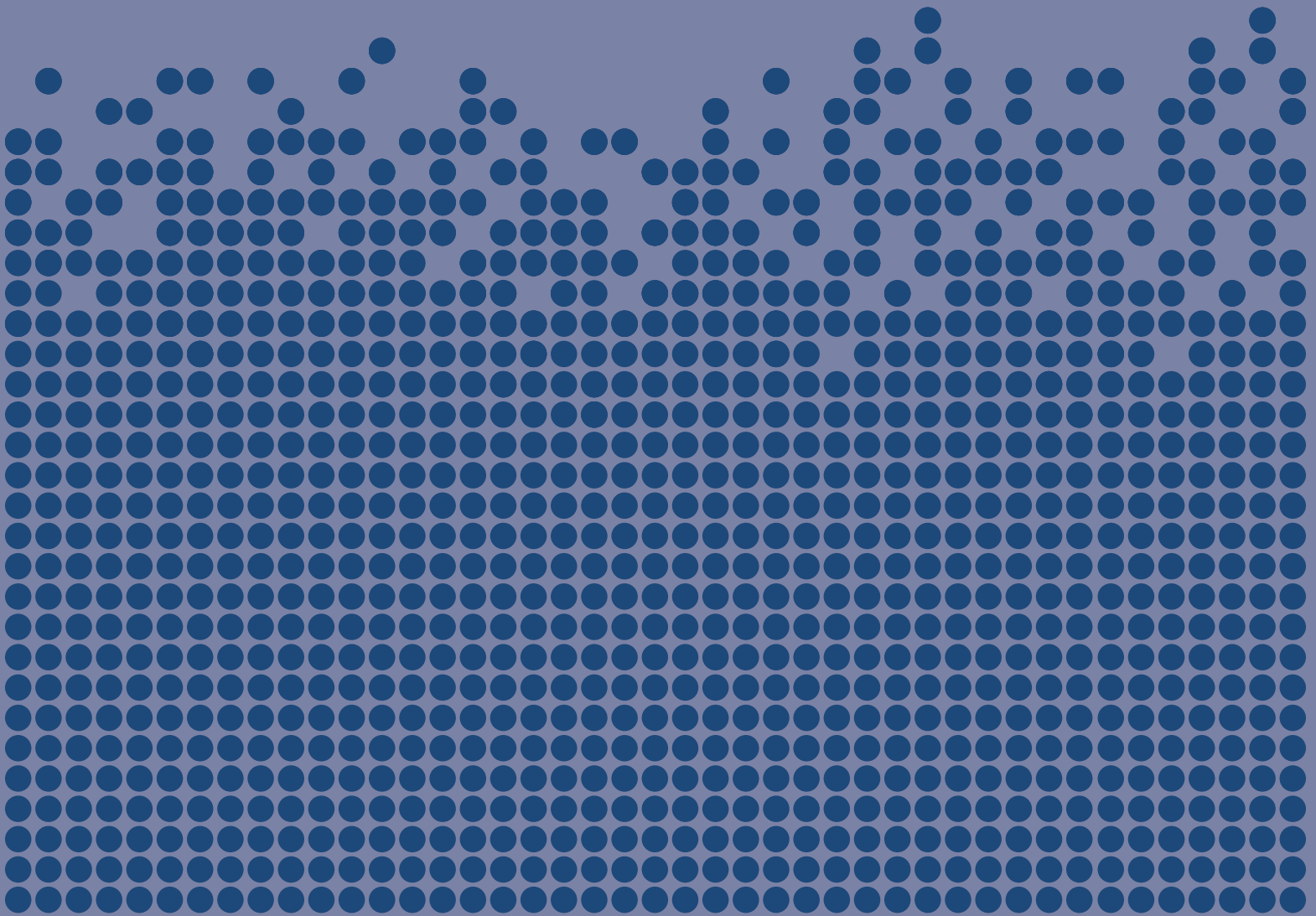


COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE
UTILISATION DES URGENCES
EN SANTÉ MENTALE
ET EN SANTÉ PHYSIQUE AU QUÉBEC



COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

UTILISATION DES URGENCES EN SANTÉ MENTALE
ET EN SANTÉ PHYSIQUE AU QUÉBEC

Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois. Pour ce faire, il apprécie les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux en s'intéressant aux différents facteurs qui ont une influence sur la santé et le bien-être, et ce, tout en intégrant les questions éthiques à son analyse. Il consulte les citoyens, les experts et les acteurs du système. Il informe le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Assemblée nationale et l'ensemble des citoyens du Québec, notamment sur les enjeux qui touchent le domaine de la santé et du bien-être. Il recommande au ministre des changements qui visent, entre autres, à accroître la performance du système.

Édition

Commissaire à la santé et au bien-être
3000, avenue Saint-Jean-Baptiste, 1^{er} étage
Québec (Québec) G2E 6J5

Courriel: csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec,
2017
ISBN : 978-2-550-80156-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

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.

Recherche et rédaction

Mike Benigeri
Expert-conseil

Collaboration

Anne Robitaille
Commissaire p. i.

Olivier Sossa
Coordonnateur des travaux d'appréciation
de la performance

Révision

Gilles Bordage

Édition

Elaine Bernier

Graphisme

Concept de la couverture

Côté Fleuve

Grille intérieure et infographie

Pouliot Guay graphistes

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures.	5
Liste des tableaux.	8
Mot de la commissaire	9
Introduction	11
Section 1	
État de situation sur l'utilisation des urgences en santé mentale en 2016-2017	13
Méthodologie	13
Définition des visites en santé mentale	14
Intégration des visites sans diagnostic	16
Résultats de la catégorisation	17
Analyses	18
Présentation des résultats	18
Nombre de visites à l'urgence en santé mentale	19
Séjour moyen des visites à l'urgence en santé mentale	21
Proportion des visites en santé mentale sans prise en charge médicale	24
Proportion des patients qui ont fait 3 visites ou plus à l'urgence en santé mentale dans l'année	26
Délai de prise en charge médicale, pour les visites en santé mentale	28
Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires en santé mentale	30
Séjour moyen à l'urgence pour les visites en santé mentale sur civière pour les patients non hospitalisés.	32
Séjour moyen à l'urgence pour les visites en santé mentale sur civière pour les patients hospitalisés	34
Délai moyen pour la consultation d'un psychiatre	36
Proportion des visites en santé mentale suivies d'une hospitalisation ou d'un transfert	38
Section 2	
Évolution de l'utilisation des urgences en santé physique entre 2014-2015 et 2016-2017	41
Méthodologie	41
Présentation des résultats	43
Évolution du nombre de visites à l'urgence en santé physique entre 2014-2015 et 2016-2017	44
L'urgence et la première ligne médicale	47
Proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5	47
Proportion des visites sans prise en charge médicale	47
Proportion des patients ayant fait 3 visites ou plus dans l'année	48
Proportion des visites réorientées vers un service dans la communauté	48

L'attente à l'urgence	57
Évolution du séjour moyen à l'urgence.	57
Évolution des différents délais à l'urgence	58
Délai de prise en charge médicale.	58
Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires	59
Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés.	59
Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés	59
La pertinence des soins à l'urgence	68
Proportion des visites avec consultation d'un spécialiste	68
Délai moyen pour les consultations de spécialistes	68
Proportion des visites suivies d'une hospitalisation	68
Conclusion.	75
Annexes	77
Annexe 1	
Diagnostiques associés aux visites à l'urgence selon la gravité du trouble de santé mentale, 2016-2017	77
Annexe 2	
Codes utilisés pour les exclusions pour les visites en santé physique	79
Visite en santé mentale.	79
Visites pour grossesse ou nouveau-nés	80
Hôpitaux exclus	81
Annexe 3	
Tableaux synthèses sur l'évolution entre 2014-2015 et 2016-2017 des visites à l'urgence en santé physique	82

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition des visites à l'urgence en santé mentale en 2016-2017, selon la gravité	19
Figure 2	Répartition (avant ajustement*) des visites à l'urgence en santé mentale en 2016-2017, selon la région et la gravité du trouble.	20
Figure 3	Séjour moyen (en heures) des visites à l'urgence en santé mentale en 2016-2017, selon la gravité	21
Figure 4	Répartition des visites à l'urgence en santé mentale et de la population, selon l'âge (2016-2017)	22
Figure 5	Séjour moyen (en heures) des visites à l'urgence en santé mentale, selon l'âge (2016-2017)	22
Figure 6	Répartition des visites à l'urgence en santé mentale, selon le type de visites (2016-2017)	23
Figure 7	Séjour moyen (en heures) des visites à l'urgence en santé mentale, selon le type de visites (2016-2017)	23
Figure 8	Répartition des visites à l'urgence en santé mentale, selon la prise en charge médicale (2016-2017).	24
Figure 9	Proportion des visites à l'urgence en santé mentale sans prise en charge médicale, selon la gravité du trouble (2016-2017)	24
Figure 10	Proportion des visites à l'urgence en santé mentale sans prise en charge médicale, selon la région (2016-2017)	25
Figure 11	Répartition des usagers selon le nombre de visites à l'urgence en santé mentale (2016-2017).	26
Figure 12	Proportion de patients avec 3 visites ou plus à l'urgence en santé mentale, selon la gravité du trouble (2016-2017)	26
Figure 13	Proportion de patients avec 3 visites ou plus à l'urgence en santé mentale, selon la région (2016-2017).	27
Figure 14	Délai de prise en charge médicale (en minutes) à l'urgence pour les visites en santé mentale, selon la gravité des troubles (2016-2017).	28
Figure 15	Délai de prise en charge médicale (en minutes) à l'urgence pour les visites en santé mentale, selon la région (2016-2017).	29
Figure 16	Séjour moyen à l'urgence (en heures) des visites ambulatoires en santé mentale, selon la gravité des troubles (2016-2017)	30
Figure 17	Séjour moyen à l'urgence (en heures) des visites ambulatoires en santé mentale, selon la région (2016-2017).	31

Figure 18	Séjour moyen à l'urgence (en heures) des visites sur civière en santé mentale pour les patients non hospitalisés, selon la gravité des troubles (2016-2017)	32
Figure 19	Séjour moyen à l'urgence (en heures) des visites sur civière en santé mentale pour les patients non hospitalisés, selon la région (2016-2017). . .	33
Figure 20	Séjour moyen à l'urgence (en heures) des visites sur civière en santé mentale pour les patients hospitalisés, selon la gravité des troubles (2016-2017)	34
Figure 21	Séjour moyen à l'urgence (en heures) des visites sur civière en santé mentale pour les patients hospitalisés, selon la région (2016-2017)	35
Figure 22	Délai moyen (en heures) pour la consultation d'un psychiatre, selon la gravité des troubles (2016-2017).	36
Figure 23	Délai moyen (en heures) pour la consultation d'un psychiatre, selon la région (2016-2017).	37
Figure 24	Répartition des visites à l'urgence en santé mentale selon l'orientation à la suite de la visite (2016-2017)	38
Figure 25	Proportion des visites à l'urgence en santé mentale suivies d'une hospitalisation ou d'un transfert, selon la gravité du trouble (2016-2017) . .	38
Figure 26	Proportion des visites à l'urgence en santé mentale suivies d'une hospitalisation ou d'un transfert, selon la région (2016-2017)	39
Figure 27	Variation (en pourcentage) de la population et des visites à l'urgence entre 2014-2015 et 2016-2017, selon les groupes d'âge	44
Figure 28	Variation (en pourcentage) du nombre de visites à l'urgence et de la population adulte entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région	45
Figure 29	Variation (en pourcentage) du nombre de visites à l'urgence entre 2014-2015 et 2016-2017 selon les caractéristiques des visites	46
Figure 30	Variation (en pourcentage) de la proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5 entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région	50
Figure 31	Variation (en pourcentage) de la proportion des visites sans prise en charge médicale entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région	52
Figure 32	Variation (en pourcentage) de la proportion des patients ayant fait 3 visites ou plus dans l'année entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région	54
Figure 33	Variation (en pourcentage) de la proportion des visites réorientées vers un service dans la communauté entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région	56
Figure 34	Évolution du séjour moyen à l'urgence (en heures) avant et après ajustement, entre 2014-2015 et 2016-2017	58

Figure 35	Variation (en pourcentage) du délai moyen de prise en charge médicale entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région.	61
Figure 36	Variation (en pourcentage) du séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région.	63
Figure 37	Variation (en pourcentage) du séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région.	65
Figure 38	Variation (en pourcentage) du séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région.	67
Figure 39	Variation (en pourcentage) de la proportion des visites avec consultation d'un spécialiste entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région.	70
Figure 40	Variation (en pourcentage) du délai moyen pour les consultations de spécialistes entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région.	72
Figure 41	Variation (en pourcentage) de la proportion des visites à l'urgence suivies d'une hospitalisation entre 2014-2015 et 2016-2017, selon la région.	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Définition des catégories de troubles de santé mentale à partir des diagnostics	14
Tableau 2	Définition des catégories de troubles de santé mentale à partir des raisons de la visite	16
Tableau 3	Répartition des visites, en 2016-2017, selon la gravité des troubles en santé mentale	17
Tableau 4	Proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5, selon la région	49
Tableau 5	Proportion des visites sans prise en charge médicale, selon la région	51
Tableau 6	Proportion des patients ayant fait 3 visites ou plus à l'urgence dans l'année, selon la région	53
Tableau 7	Proportion des visites réorientées vers un service dans la communauté, selon la région	55
Tableau 8	Délai moyen de prise en charge médicale (en minutes), selon la région	60
Tableau 9	Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires (en heures), selon la région	62
Tableau 10	Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés (en heures), selon la région.	64
Tableau 11	Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés (en heures), selon la région	66
Tableau 12	Proportion des visites avec consultation d'un spécialiste, selon la région	69
Tableau 13	Délai moyen pour les consultations de spécialistes (en heures), selon la région	71
Tableau 14	Proportion des visites à l'urgence suivies d'une hospitalisation, selon la région	73
Tableau 15	Nombre de visites à l'urgence entre 2014-2015 et 2016-2017 selon les caractéristiques des patients et des visites	82
Tableau 16	Séjour moyen à l'urgence (en heures) et évolution entre 2014-2015 et 2016-2017 selon les caractéristiques des patients et des visites	84

MOT DE LA COMMISSAIRE

Ce regard sur les urgences du Québec est le troisième que porte le Commissaire à la santé et au bien-être sur ce sujet en quelques années. Il s'agit en effet d'une question sensible et d'un grand intérêt, tant pour la population générale que pour les gestionnaires et intervenants du réseau. Les urgences sont en quelque sorte la vitrine de l'hôpital et du système de santé et de services sociaux. Trop souvent encore, elles sont la porte d'entrée pour les soins et services de notre système public qui peine à solutionner les problèmes d'accessibilité, malgré toute l'énergie et les efforts qui y sont consacrés, notamment par le personnel passionné et dévoué qui y travaille. Comme le soulignait le commissaire Robert Salois dans son premier rapport sur les urgences produit en 2014, « des efforts notables ont été faits par l'ensemble des acteurs pour contrer l'encombrement des urgences ». Il est donc nécessaire de suivre régulièrement les résultats de ces efforts.

Dans la plupart des travaux portant sur ce sujet, les personnes qui se présentent aux urgences pour des problèmes liés à la santé mentale sont exclues des analyses, car elles présentent des caractéristiques particulières qui les différencient des autres patients. Je suis donc particulièrement fière de rendre disponible pour la première fois un portrait spécifique à la situation de ces personnes, espérant que ces informations aideront les organisations à prendre les mesures requises pour consolider leur offre de services en santé mentale.

Depuis le 1^{er} avril 2015, le réseau a subi d'importantes transformations. Certains objectifs de cette réorganisation sont de « favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population » et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les données contenues dans la Banque de données communes des urgences (BDCU) nous permettent, en partie, d'évaluer l'atteinte de ces objectifs. Ainsi, la mise à jour des données sur les urgences indique une amélioration de la situation pour l'ensemble des indicateurs à l'étude, ce qui est encourageant. Ces données témoignent également d'un certain changement de pratique qui va dans le sens souhaité, avec la réorientation des patients qui se présentent à l'urgence vers des ressources dans la communauté.

Les réformes récentes ont-elles permis d'atteindre les résultats visés? Après seulement deux années, il est évidemment trop tôt pour le dire. Nous aurions aimé attendre une année supplémentaire avant de rendre ces données publiques, afin de nous assurer qu'une tendance solide vers l'amélioration se dessine et de faire une analyse plus fine de ces résultats. Toutefois, l'abolition prochaine du Commissaire à la santé et au bien-être ne nous permettra pas de le faire. Il m'apparaissait donc nécessaire de rendre ces résultats préliminaires disponibles, en toute transparence, en espérant que ce travail de monitoring sera poursuivi par d'autres. Jusqu'à la toute fin, grâce à l'engagement sans faille de mon équipe, le Commissaire aura assumé sa mission avec rigueur, sensibilité et respect, afin de permettre à la population québécoise d'être informée de façon neutre et indépendante des résultats atteints par le système public de santé et de services sociaux.

La commissaire à la santé et au bien-être p. i.,



Anne Robitaille



Introduction

La situation qui prévaut dans les urgences du Québec est un sujet d'un grand intérêt pour la population. Ce rapport vise à présenter l'évolution de la situation dans les urgences depuis la mise en place des importantes réformes qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux depuis 2015. Ces réformes visent notamment l'amélioration de l'accessibilité aux soins et services dans le réseau de la santé. La situation dans les urgences étant tributaire d'un accès facilité à la première ligne, le Commissaire a jugé utile de mettre à jour les données sur les urgences et d'examiner les tendances.

Par ailleurs, en 2012, le Commissaire publiait son rapport annuel sur la performance du système de santé et de services sociaux, qui avait pour thème la santé mentale¹. Dans ce rapport, le Commissaire recommandait de consolider la première ligne en santé mentale afin, entre autres, d'assurer la continuité, la qualité et l'accessibilité des services dans ce domaine. Le Commissaire notait alors que « malgré les efforts importants pour consolider la première ligne de soins et services en santé mentale au cours des dernières années, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir avant que la première ligne soit pleinement fonctionnelle ».

Une organisation plus ou moins efficiente de la première ligne en santé mentale a des répercussions importantes sur l'utilisation adéquate ou non des services d'urgence. Or, il y a relativement peu de données disponibles sur l'utilisation des urgences pour des problèmes de santé mentale au Québec. De fait, considérant les caractéristiques particulières des visites pour des motifs de santé mentale, nous avons exclu ces cas de nos précédentes analyses, à l'instar de la plupart des études sur ce sujet. La première section de ce rapport a donc pour objectif de dresser un portrait descriptif des visites à l'urgence en santé mentale au Québec pour l'année 2016-2017. Même si ces données ne sont que descriptives, le Commissaire juge important de les rendre publiques pour mettre en lumière cette réalité souvent méconnue et, éventuellement, susciter des analyses plus poussées sur la performance des services d'urgence pour les patients présentant des problèmes de santé mentale.

Enfin, le Commissaire publiait en 2016 le rapport *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*² qui s'intéressait plus particulièrement à la performance des urgences en santé physique et qui proposait plusieurs recommandations afin d'optimiser cette performance. Ce rapport se basait sur les données des urgences de

1. Commissaire à la santé et au bien-être, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, 2012.
2. Commissaire à la santé et au bien-être, *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*, Québec, 2016.

2014-2015. Depuis lors, le système de santé a connu des transformations majeures: tout d'abord avec la loi 10, dont l'objectif est de simplifier l'accès aux soins et de favoriser la continuité des services en regroupant les différents types d'établissements (hôpital, CLSC, centre d'hébergement, etc.) dans des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS); ensuite avec la loi 20 sur les activités médicales, qui impose certaines conditions à la rémunération des médecins généralistes et spécialistes, encore une fois dans le but d'améliorer l'accès aux soins. Ces deux pièces législatives visent entre autres à assurer une meilleure prise en charge des patients en première ligne, ce qui devrait avoir pour effet de désengorger les urgences.

Dans ce contexte, le Commissaire a estimé opportun de mesurer l'évolution de la situation dans les urgences en santé physique du Québec depuis son rapport de 2016 sur ce sujet, ce qui est l'objectif de la seconde section du présent rapport.



Section 1

État de situation sur l'utilisation des urgences en santé mentale en 2016-2017

Méthodologie

Les données utilisées dans ce rapport proviennent de la Banque de données communes des urgences (BDCU) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour l'année financière 2016-2017. Dans cette première section, seules les visites à l'urgence en santé mentale ont été incluses dans les analyses.

Définition des visites en santé mentale

Pour chacune des visites à l'urgence, la BDCU comporte un diagnostic associé à la visite (sauf dans le cas où le patient quitte l'urgence avant d'avoir vu un médecin). Toutefois, la codification des diagnostics n'étant pas parfaite dans la BDCU, il a été nécessaire d'élaborer une méthodologie permettant de déterminer et de classer les visites liées à la santé mentale.

Pour ce faire, pour chacun des diagnostics principaux inclus dans la banque, y compris les diagnostics de santé physique, le pourcentage de visites ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre a été calculé. Cela a permis de classer les diagnostics dans trois groupes (troubles de santé mentale graves, modérés et légers) en fonction du pourcentage des visites ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre. Par exemple, si, pour un diagnostic spécifique, plus de 50 % des visites ont donné lieu à la consultation d'un psychiatre, toutes les visites associées à ce diagnostic ont été incluses dans la catégorie « Troubles de santé mentale graves ».

De plus, une quatrième catégorie a été créée pour les visites avec un diagnostic en lien avec une intoxication ou l'usage de drogue à cause de la spécificité de ces visites. En effet, celles-ci ne peuvent être classées dans la catégorie « troubles légers », même si entre 10 % et 29 % d'entre elles ont donné lieu à la consultation d'un psychiatre. Le tableau 1 présente la définition des différentes catégories de visites à l'urgence en santé mentale retenues pour la présente étude.

TABLEAU 1
DÉFINITION DES CATÉGORIES DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE À PARTIR DES DIAGNOSTICS

Catégories	Diagnostics inclus dans chacune des catégories
Troubles de santé mentale graves	Diagnostics ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre pour plus de 50 % des visites
Troubles de santé mentale modérés	Diagnostics ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre pour 30 à 50 % des visites
Intoxication	Diagnostics en lien avec une intoxication ou l'usage de drogue (voir le détail à l'annexe 1) ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre pour 10 à 29 % des visites
Troubles de santé mentale légers	Diagnostics ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre pour 10 à 29 % des visites
Autres visites avec la consultation d'un psychiatre	Cette catégorie inclut les visites qui ne se trouvent pas dans les autres catégories, mais où il y a obligatoirement eu la consultation d'un psychiatre.

Finalement, les deux diagnostics ci-dessous ont été exclus, même s'il y a environ 10% des visites qui ont donné lieu à la consultation d'un psychiatre. En effet, ces diagnostics sont plutôt liés à des problématiques spécifiques aux personnes âgées et présentent des séjours moyens très élevés (plus de 30 heures).

Code CIM10	Description
F03	Démence, sans précision
F059	Delirium, sans précision

Le détail de chacun des diagnostics principaux utilisés pour cette classification, avec le pourcentage de visites ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre ainsi que la durée moyenne du séjour, est présenté à l'annexe 1. On peut y voir que les diagnostics associés à chacune des catégories (grave, modéré, intoxication et léger) ont une certaine pertinence clinique. Par exemple, les trois diagnostics associés aux troubles de santé mentale graves sont les suivants :

Code CIM10	Description
F239	Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision
F209	Schizophrénie, sans précision
F319	Trouble affectif bipolaire, sans précision

Intégration des visites sans diagnostic

Afin d'intégrer dans les analyses les visites pour lesquelles il n'y a pas de diagnostic dans la banque de données, et en particulier les visites où le patient a quitté l'urgence sans voir un médecin, la raison principale de la visite a été utilisée afin de sélectionner et de catégoriser ces visites. Le tableau 2 présente cette catégorisation.

TABEAU 2
DÉFINITION DES CATÉGORIES DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE À PARTIR DES RAISONS DE LA VISITE

Catégories	Raisons de visites incluses dans chacune des catégories	
Troubles de santé mentale graves	681 Tentative de suicide	Raisons de la visite ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre pour plus de 50% des visites
	602 Hallucinations	
	680 Idées suicidaires	
Troubles de santé mentale modérés	604 Comportement violent/homicidaire	Raisons de la visite ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre pour 30 à 50% des visites
	606 Comportement bizarre	
	600 Dépression ou automutilation	
	607 Inquiétude face à la sécurité du patient	
Intoxication	1301 Intoxication	Raisons de la visite en lien avec une intoxication ou un usage de drogue
	1300 Usage de toxiques/drogues	
Troubles de santé mentale légers	630 Trouble du comportement chez l'enfant	Raisons de la visite ayant donné lieu à la consultation d'un psychiatre pour 10 à 29% des visites
	601 Anxiété/crise situationnelle	
	605 Problème social	
	603 Insomnie	

Résultats de la catégorisation

Le tableau 3 présente les résultats de la catégorisation. En 2016-2017, il y a eu environ 226 000 visites à l'urgence en santé mentale, dont 11 % pour des troubles graves, 37 % pour des troubles modérés, 19 % pour des intoxications et 31 % pour des troubles légers. Comme prévu, la durée moyenne du séjour augmente avec la gravité des troubles. À noter que la dernière catégorie (diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre), qui ne représente que 2 % des visites, est très spécifique puisqu'elle présente une durée moyenne du séjour très élevée.

TABLEAU 3
RÉPARTITION DES VISITES, EN 2016-2017, SELON LA GRAVITÉ DES TROUBLES EN SANTÉ MENTALE

Gravité des troubles de santé mentale	Nombre de visites	% des visites	N. consult. avec un psychiatre	% avec consult. psychiatre
Troubles graves	26 006	11 %	14 346	55 %
Troubles modérés	82 792	37 %	35 350	43 %
Intoxication	42 948	19 %	6 297	15 %
Troubles légers	69 423	31 %	9 067	13 %
Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre	5 216	2 %	5 216	100 %
Total	226 385	100 %	70 276	31 %

Finalement, on note que cette méthode est légèrement moins restrictive que celle utilisée par le MSSS pour déterminer les cas de santé mentale. En effet, avec la méthode du MSSS, qui inclut uniquement les diagnostics et les raisons des visites en santé mentale (diagnostics F et raison 600), on dénombre environ 17 000 visites de moins en santé mentale en 2016-2017, soit 8 % moins de visites que selon la méthodologie de la présente étude.

Analyses

Les huit indicateurs retenus dans ce rapport pour décrire la situation à l'urgence pour les problèmes de santé mentale sont issus de la méthodologie utilisée dans le rapport sur les urgences du Commissaire de 2016³. Ce sont les indicateurs suivants :

- Proportion des visites sans prise en charge médicale
- Proportion des patients ayant fait 3 visites⁴ en santé mentale ou plus dans l'année
- Délai moyen de prise en charge médicale des visites en santé mentale
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires, en santé mentale
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites en santé mentale sur civière pour les patients non hospitalisés
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites en santé mentale sur civière pour les patients hospitalisés
- Délai moyen pour la consultation d'un psychiatre
- Proportion des visites en santé mentale suivies d'une hospitalisation ou d'un transfert

Le rapport présente les analyses par région, plutôt que par centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) car, en particulier dans les régions de Montréal et de la Montérégie, les CISSS et les CIUSSS peuvent regrouper des urgences avec différentes missions (urgences universitaires, régionales ou locales). Ces différences font que certains CISSS et CIUSSS sont difficilement comparables. Au niveau des régions, par contre, ces différences sont moins marquées, ce qui rend les comparaisons plus valides.

Finalement, afin de contrôler la lourdeur des clientèles dans les différentes régions, les données ont été ajustées, pour chacune des régions, selon l'âge, le sexe, le niveau de priorité au triage et le niveau de gravité du trouble de santé mentale, à partir de la moyenne de l'ensemble du Québec. Cet ajustement permet donc de comparer les régions en éliminant les effets de ces différents facteurs.

Présentation des résultats

Les sections suivantes sur les résultats présentent tout d'abord une description des visites à l'urgence en santé mentale en 2016-2017 (nombre, répartition et séjour moyen), puis chacun des huit indicateurs est détaillé pour chacune des régions du Québec.

3. Commissaire à la santé et au bien-être, *Apprendre des meilleurs: Étude comparative des urgences du Québec*, Québec, 2016.

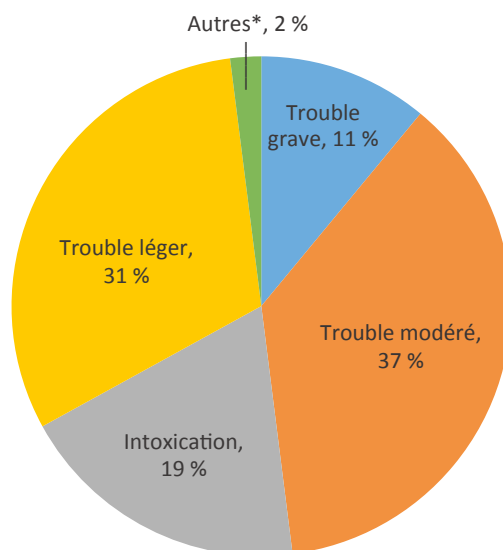
4. Les visites peuvent avoir été faites dans différentes urgences d'une même région.

Nombre de visites à l'urgence en santé mentale

Dans l'ensemble du Québec, selon la méthodologie retenue pour cette étude, il y a eu en 2016-2017 environ 226 000 visites en santé mentale dans les urgences du Québec. Cela représente 6 % de toutes les visites à l'urgence (tous diagnostics confondus, y compris les patients non pris en charge, dont le diagnostic est absent).

La figure 1 montre que près d'un tiers (31 %) des visites en santé mentale sont associées à des troubles légers, 19 % à des intoxications et 37 % à des troubles modérés. Les troubles graves représentent, quant à eux, un peu plus d'une visite sur dix (11 %).

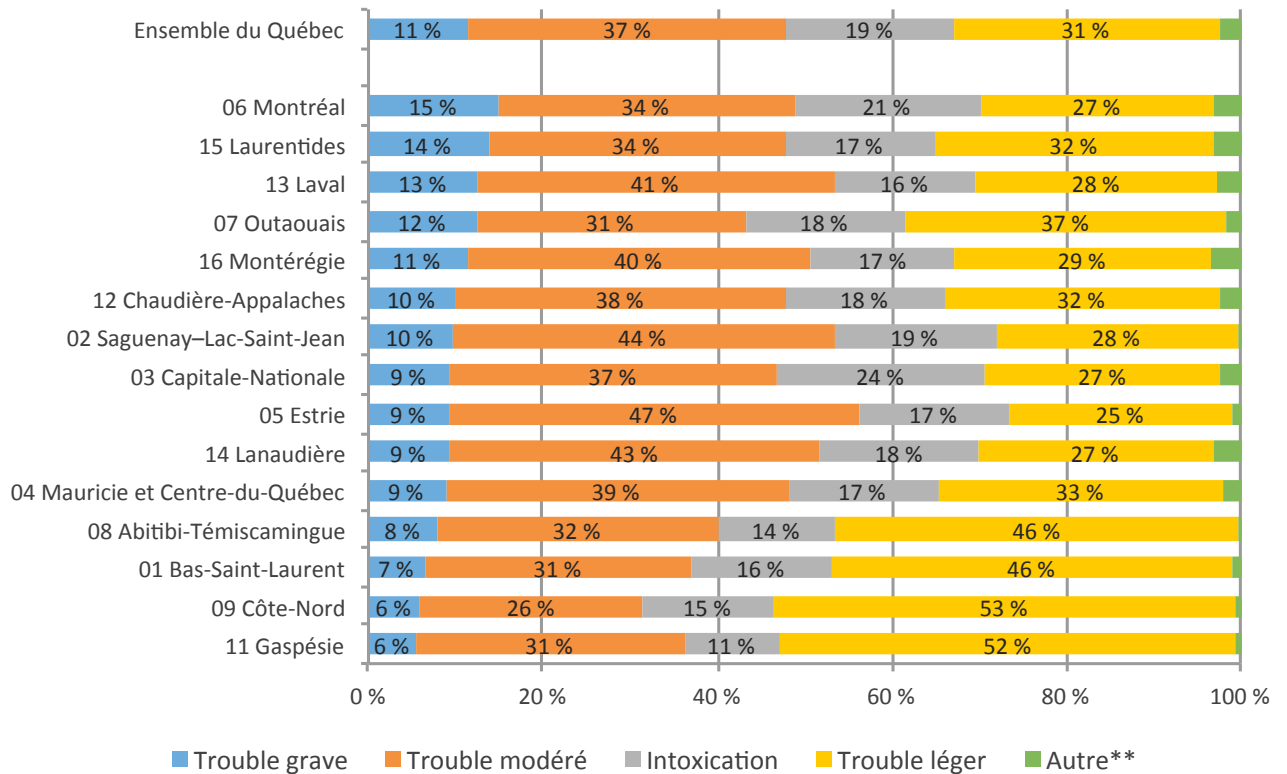
FIGURE 1
RÉPARTITION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE EN 2016-2017, SELON LA GRAVITÉ



* Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre

On note que cette répartition est très variable selon les régions. Alors que, dans les régions de la Gaspésie et de la Côte-Nord, les troubles graves ne représentent que 6 % des visites à l'urgence en santé mentale, cette proportion grimpe à 15 % dans la région de Montréal (figure 2).

FIGURE 2
RÉPARTITION (AVANT AJUSTEMENT*) DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE EN 2016-2017,
SELON LA RÉGION ET LA GRAVITÉ DU TROUBLE



* Ce graphique présente les données brutes, avant leur ajustement pour tenir compte de la gravité des troubles de santé mentale.

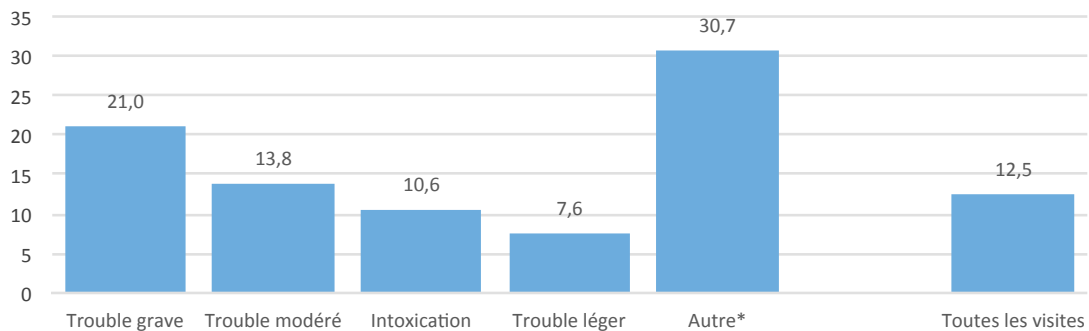
** Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre

Séjour moyen des visites à l'urgence en santé mentale

En 2016-2017, le séjour moyen à l'urgence pour l'ensemble des visites en santé mentale était de 12,5 heures. C'est en moyenne 3,8 heures de plus que les visites à l'urgence en santé physique, dont le séjour moyen est de 8,7 heures.

Comme prévu, le séjour moyen à l'urgence augmente avec la gravité du trouble de santé mentale. Il est de 7,6 heures pour les troubles légers, de 10,6 heures pour les intoxications, de 13,8 heures pour les troubles modérés et de 21,0 heures pour les troubles graves. La dernière catégorie (diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre) présente un séjour moyen à l'urgence de plus de 30 heures (figure 3). Il est probable que les personnes dans cette catégorie ont à la fois des problèmes de santé physique et des problèmes de santé mentale, vu qu'elles ont eu un diagnostic de santé physique, mais qu'elles ont également généré la consultation d'un psychiatre. Cette catégorie a toutefois peu d'influence sur le séjour moyen global puisqu'elle représente moins de 2% des visites à l'urgence en santé mentale.

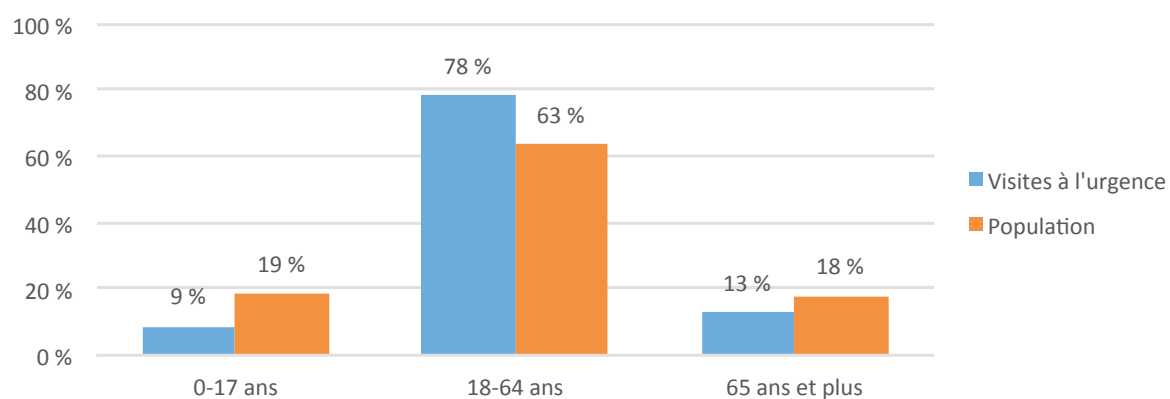
FIGURE 3
SÉJOUR MOYEN (EN HEURES) DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE EN 2016-2017, SELON LA GRAVITÉ



* Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre

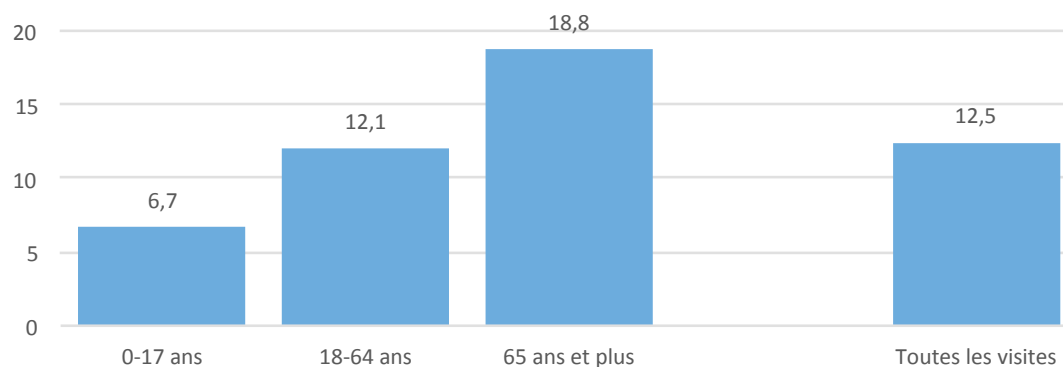
Les personnes de 18 à 64 ans, qui représentent 63% de la population, sont à l'origine de 78% des visites à l'urgence en santé mentale. À l'inverse, les jeunes de 0 à 17 ans et les personnes de 65 ans et plus font proportionnellement moins de visites à l'urgence pour des motifs de santé mentale. En effet, alors que le poids de ces deux groupes dans la population est respectivement de 19% et de 18%, seulement 9% et 13% des visites à l'urgence en santé mentale sont faites par des personnes de 0 à 17 ans et de 65 ans et plus (figure 4).

FIGURE 4
RÉPARTITION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE ET DE LA POPULATION, SELON L'ÂGE (2016-2017)



La figure 5 montre que le séjour moyen des visites à l'urgence en santé mentale augmente fortement avec l'âge. Il est de 6,7 heures pour les 0 à 17 ans, de 12,1 heures pour les 18 à 64 ans et de 18,8 heures pour les personnes de 65 ans et plus. On retrouve cette même association entre l'âge et la durée moyenne du séjour à l'urgence pour les visites en santé physique.

FIGURE 5
SÉJOUR MOYEN (EN HEURES) DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE, SELON L'ÂGE (2016-2017)



Les patients sur civière représentent, quant à eux, 56 % des visites à l'urgence en santé mentale (figure 6). C'est une proportion environ deux fois plus élevée que pour les visites en santé physique où 31 % des patients à l'urgence sont couchés sur civière. Finalement, la figure 7 montre que le séjour moyen à l'urgence des patients sur civière est quatre fois plus long que celui des patients ambulatoires (18,6 heures contre 4,6 heures).

FIGURE 6
RÉPARTITION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE, SELON LE TYPE DE VISITES
(2016-2017)

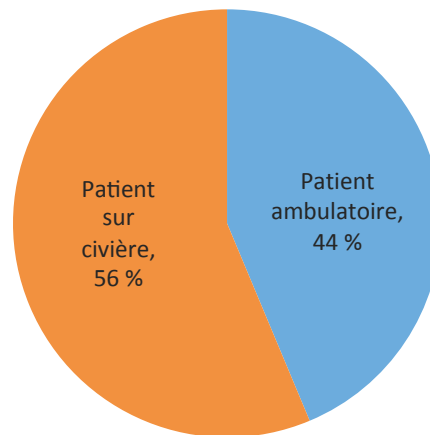
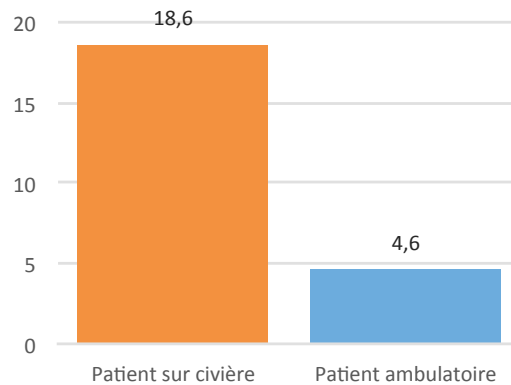


FIGURE 7
SÉJOUR MOYEN (EN HEURES) DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE,
SELON LE TYPE DE VISITES (2016-2017)



Proportion des visites en santé mentale sans prise en charge médicale

La figure 8 montre que les patients ont quitté l'urgence sans avoir eu de prise en charge médicale (c'est-à-dire sans avoir vu un médecin) dans seulement 6,3% des cas. Ce pourcentage est moins élevé qu'en santé physique (9,5%).

Dans près d'une visite avec un trouble léger sur dix (9,3%), le patient quitte l'urgence sans prise en charge médicale. Toutefois, c'est le cas de seulement 4,3% des visites avec un trouble grave (figure 9).

FIGURE 8
RÉPARTITION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE, SELON LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE (2016-2017)

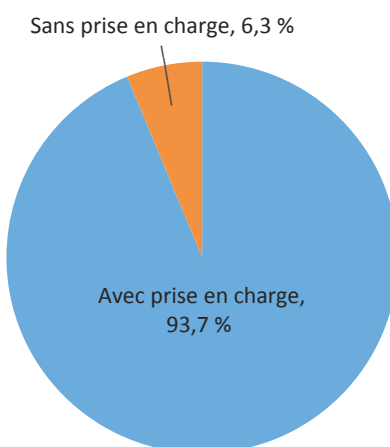
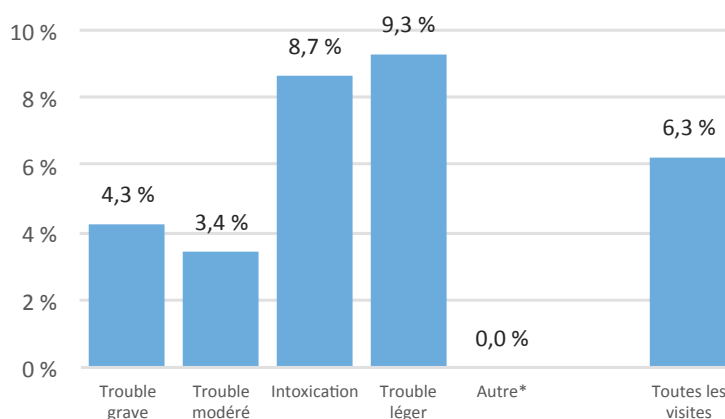
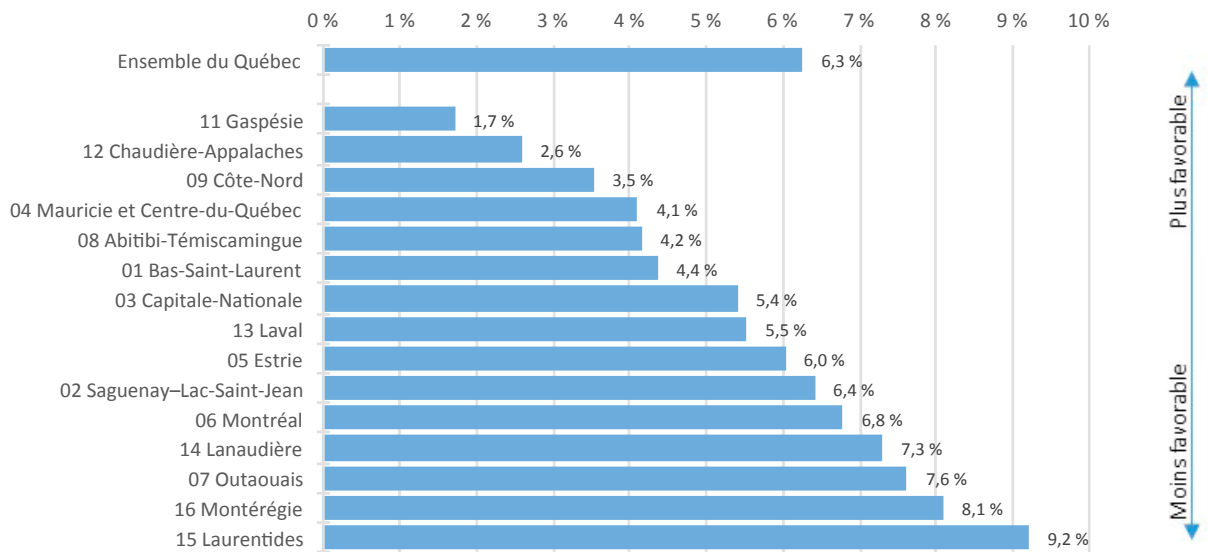


FIGURE 9
PROPORTION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE SANS PRISE EN CHARGE MÉDICALE, SELON LA GRAVITÉ DU TROUBLE (2016-2017)



La région de la Gaspésie est celle où la proportion des visites à l'urgence en santé mentale sans prise en charge médicale est la plus faible (1,7 %). À l'opposé, dans la région des Laurentides, il y a 9,2 % des visites à l'urgence en santé mentale où il n'y a pas eu de prise en charge médicale (figure 10).

FIGURE 10
PROPORTION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE SANS PRISE EN CHARGE MÉDICALE, SELON LA RÉGION (2016-2017)



Proportion des patients qui ont fait 3 visites ou plus à l'urgence en santé mentale dans l'année

Au total, environ 151 000 patients ont fait au moins une visite à l'urgence en santé mentale en 2016-2017. La figure 11 montre que près d'un patient sur dix (9%) a fait au moins 3 visites dans l'année. Chez les personnes qui ont des troubles modérés, ce pourcentage atteint 12% alors que parmi les patients ayant des troubles graves, plus d'un sur quatre (27%) a fait 3 visites ou plus à l'urgence dans l'année. Chez les personnes avec des intoxications ou des troubles légers, ce pourcentage est de 2 à 4% (figure 12).

FIGURE 11
RÉPARTITION DES USAGERS SELON LE NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE (2016-2017)

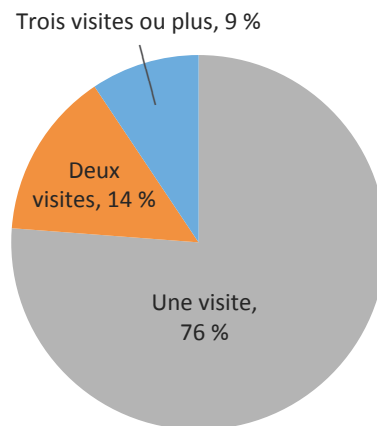
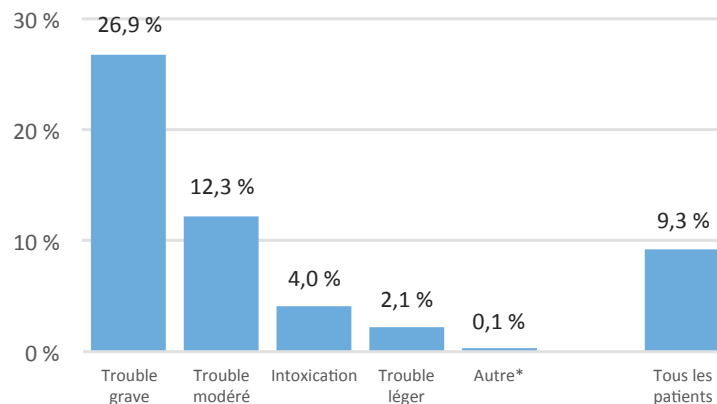
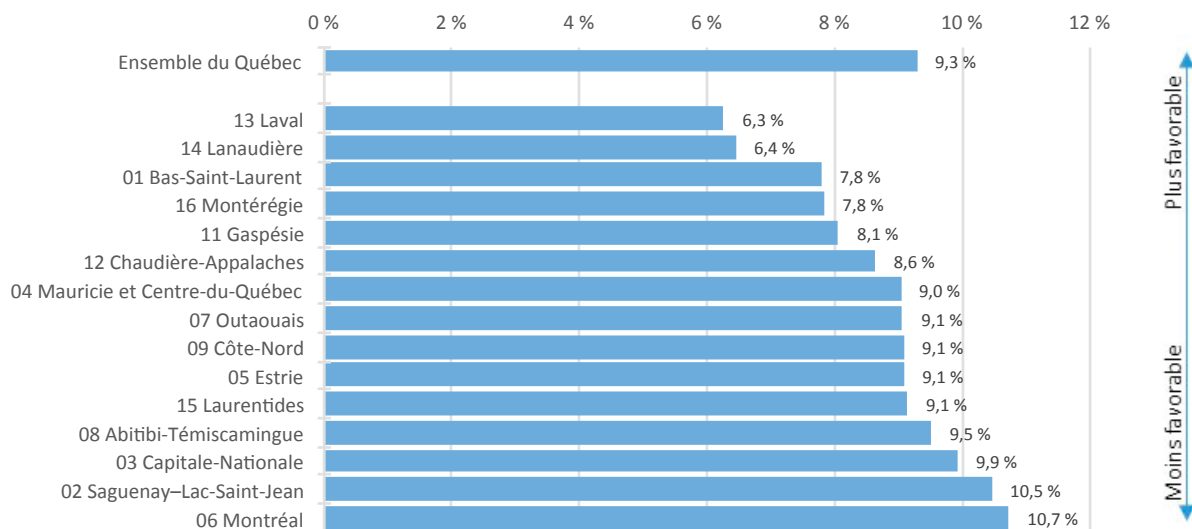


FIGURE 12
PROPORTION DE PATIENTS AVEC 3 VISITES OU PLUS À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE, SELON LA GRAVITÉ DU TROUBLE (2016-2017)



La région de Laval est celle où la proportion de patients avec 3 visites ou plus à l'urgence en santé mentale est la plus faible (6%), à l'opposé de la région de Montréal où cette proportion est la plus élevée (11%) (figure 13).

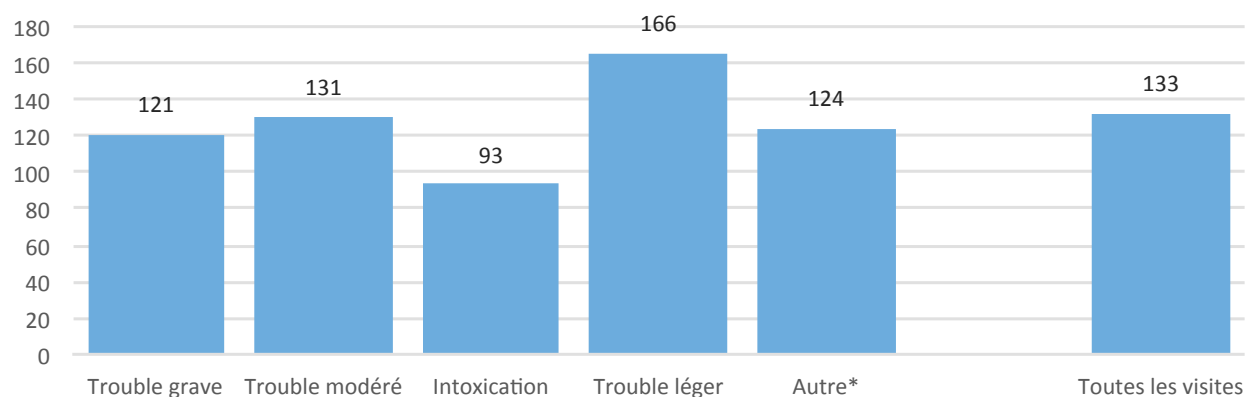
FIGURE 13
PROPORTION DE PATIENTS AVEC 3 VISITES OU PLUS À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE,
SELON LA RÉGION (2016-2017)



Délai de prise en charge médicale, pour les visites en santé mentale

Pour l'ensemble du Québec, en 2016-2017, le délai de prise en charge médicale à l'urgence pour les visites en santé mentale était de 2 heures et 13 minutes (133 minutes). Ce délai diminue légèrement avec la gravité du trouble. Il passe de 166 minutes pour les troubles légers à 121 minutes pour les troubles graves. Ainsi, même les personnes ayant des troubles graves de santé mentale doivent attendre en moyenne 2 heures avant d'être vues par un médecin à l'urgence (figure 14). À noter que les visites pour intoxication sont celles où le délai de prise en charge médicale est le plus court (93 minutes).

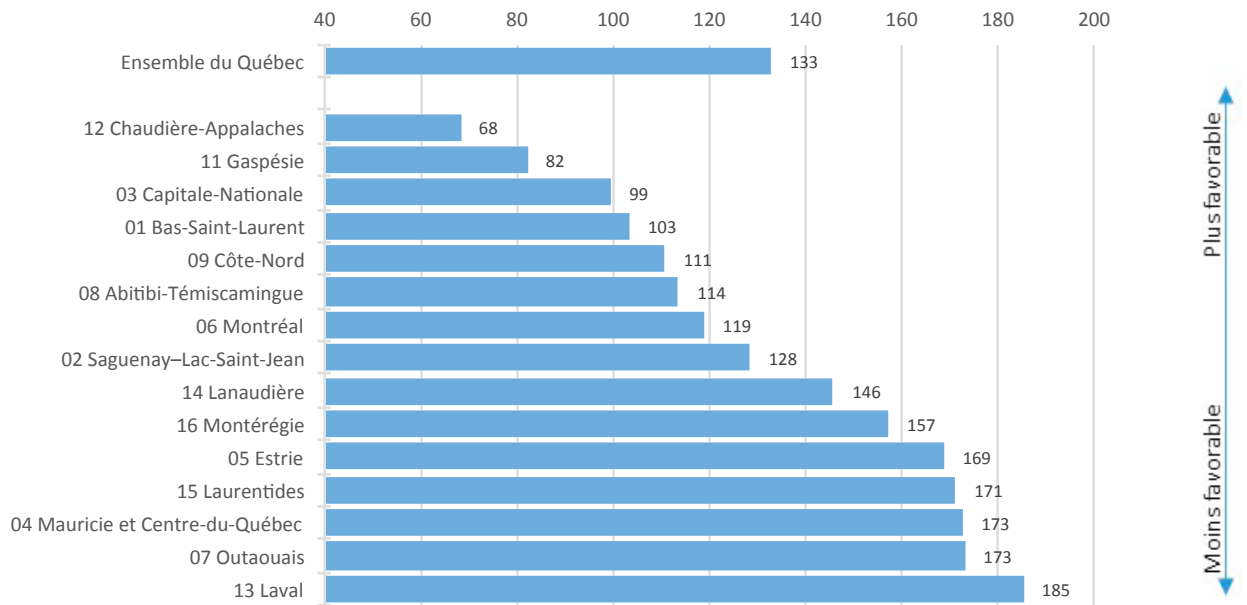
FIGURE 14
DÉLAI DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE (EN MINUTES) À L'URGENCE POUR LES VISITES EN SANTÉ MENTALE, SELON LA GRAVITÉ DES TROUBLES (2016-2017)



* Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre

Le délai de prise en charge médicale à l'urgence varie fortement entre les régions. En effet, ce délai passe d'un peu plus d'une heure (68 minutes) dans la région de Chaudière-Appalaches à environ trois heures (185 minutes) dans la région de Laval (figure 15).

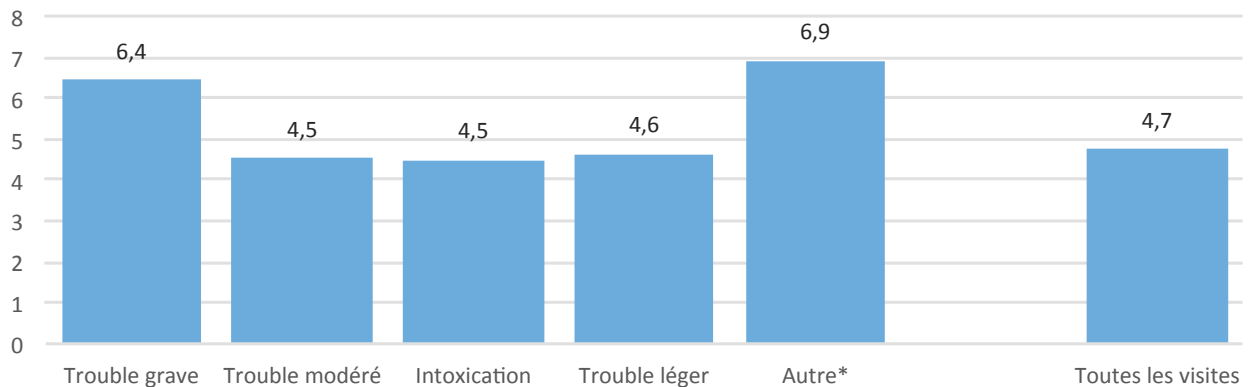
FIGURE 15
DÉLAI DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE (EN MINUTES) À L'URGENCE POUR LES VISITES
EN SANTÉ MENTALE, SELON LA RÉGION (2016-2017)



Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires en santé mentale

En 2016-2017, le séjour moyen pour les visites ambulatoires à l'urgence en santé mentale était de 4,7 heures, ce qui est légèrement plus élevé que le séjour moyen pour les visites en santé physique (4,4 heures). Ce séjour moyen est sensiblement plus élevé pour les troubles graves (6,4 heures) que pour les troubles modérés, légers et les intoxications (entre 4,5 et 4,6 heures) (figure 16).

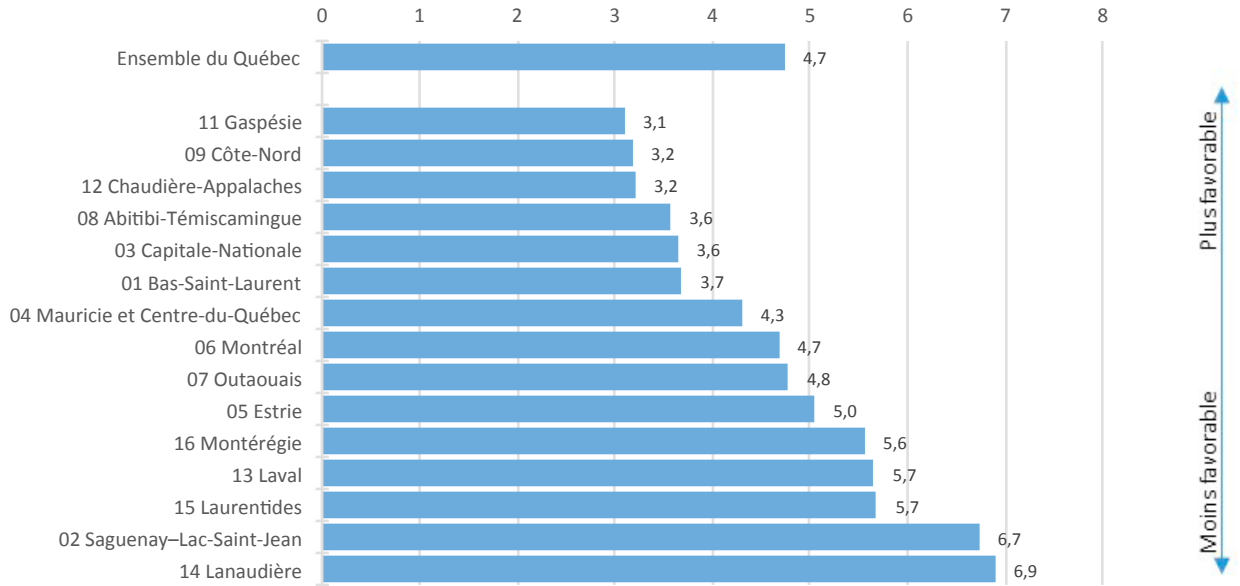
FIGURE 16
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE (EN HEURES) DES VISITES AMBULATOIRES EN SANTÉ MENTALE, SELON LA GRAVITÉ DES TROUBLES (2016-2017)



* Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre

La figure 17 montre que les variations régionales du séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires en santé mentale vont du simple au double (un peu plus de 3 heures en Gaspésie contre près de 7 heures dans la région de Lanaudière).

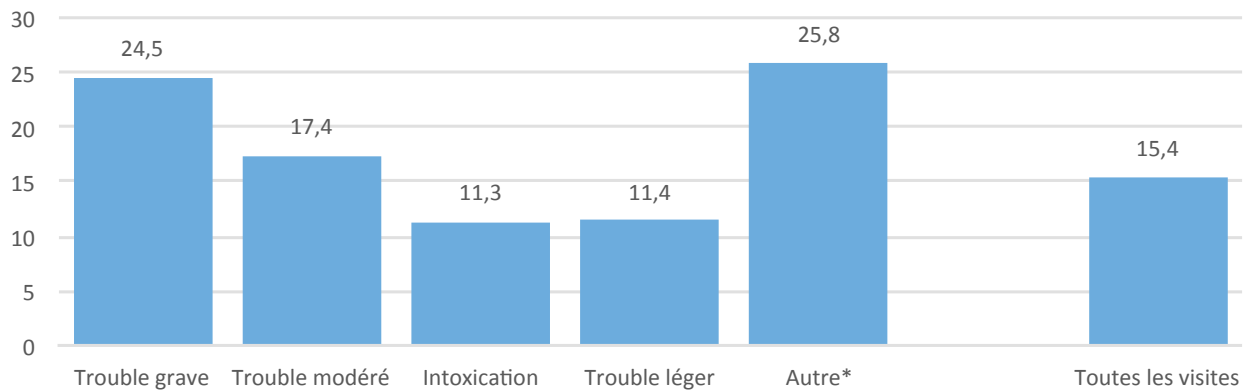
FIGURE 17
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE (EN HEURES) DES VISITES AMBULATOIRES EN SANTÉ MENTALE,
SELON LA RÉGION (2016-2017)



Séjour moyen à l'urgence pour les visites en santé mentale sur civière pour les patients non hospitalisés

En 2016-2017, le séjour moyen des visites sur civière à l'urgence en santé mentale pour les patients non hospitalisés était de 15,4 heures, ce qui est sensiblement plus élevé que le séjour moyen pour le même type de visites en santé physique (12,1 heures). On note une différence marquée selon la gravité des troubles. Alors que le séjour moyen pour les troubles légers est de 11,4 heures, il grimpe à 24,5 heures pour les troubles graves (figure 18).

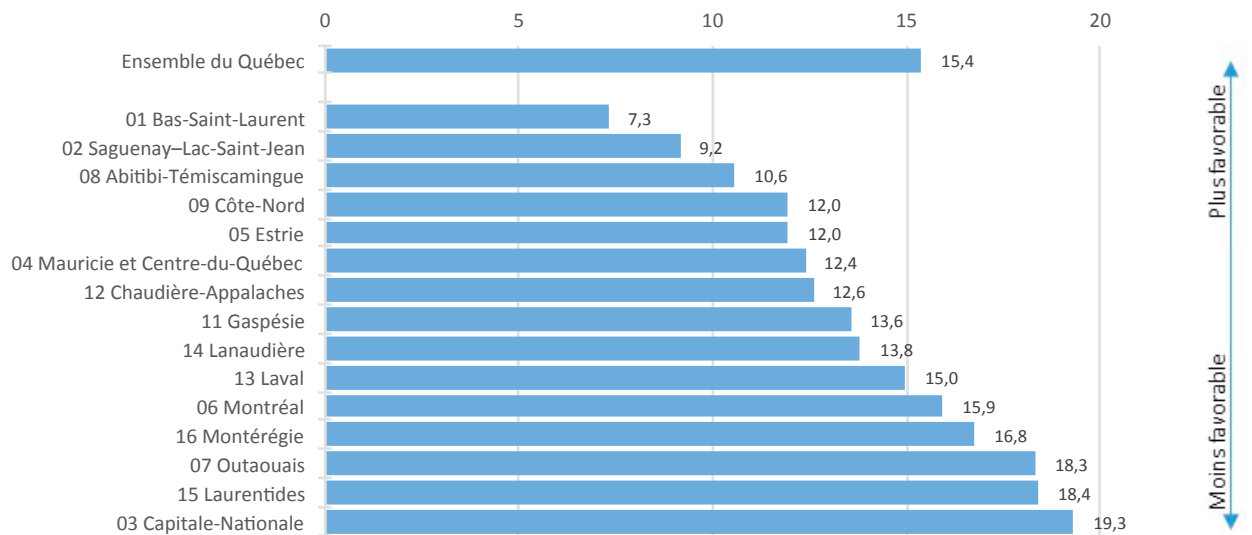
FIGURE 18
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE (EN HEURES) DES VISITES SUR CIVIÈRE EN SANTÉ MENTALE POUR LES PATIENTS NON HOSPITALISÉS, SELON LA GRAVITÉ DES TROUBLES (2016-2017)



* Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre

Les différences régionales pour cet indicateur sont très importantes. Elles vont presque du simple au triple. Alors qu'au Bas-Saint-Laurent, le séjour moyen des visites sur civière à l'urgence en santé mentale pour les patients non hospitalisés est de 7,3 heures, il atteint plus de 19 heures dans la région de la Capitale-Nationale (figure 19).

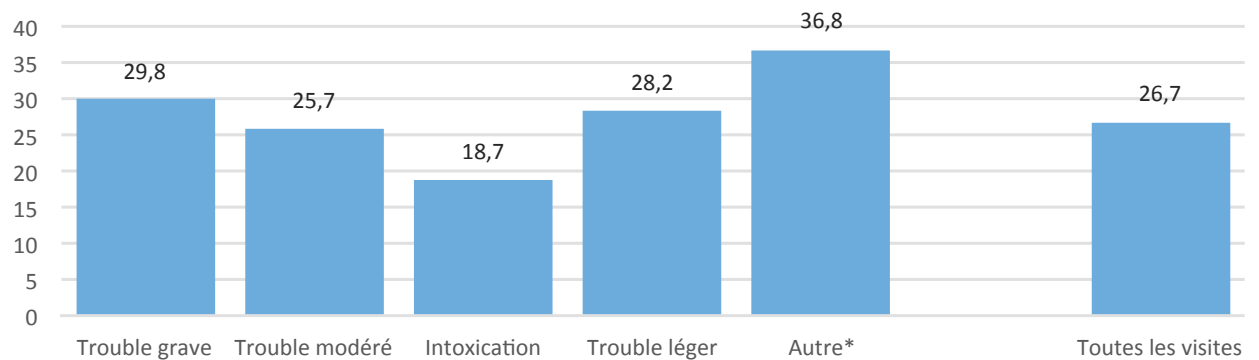
FIGURE 19
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE (EN HEURES) DES VISITES SUR CIVIÈRE EN SANTÉ MENTALE
POUR LES PATIENTS NON HOSPITALISÉS, SELON LA RÉGION (2016-2017)



Séjour moyen à l'urgence pour les visites en santé mentale sur civière pour les patients hospitalisés

En 2016-2017, le séjour moyen des visites sur civière à l'urgence en santé mentale pour les patients hospitalisés dépassait les 24 heures (26,7 heures). C'est sensiblement plus élevé que le séjour moyen des visites sur civière à l'urgence des patients hospitalisés en santé physique (22,7 heures). Ce séjour moyen dépasse les 24 heures tant pour les troubles graves que légers, mais est moins long (18,7 heures) pour les intoxications (figure 20). On note que les patients ayant un diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre (catégorie «Autres») présentent un séjour moyen très long (36,8 heures), sans doute lié à la complexité des cas (problème concomitant de santé physique et de santé mentale).

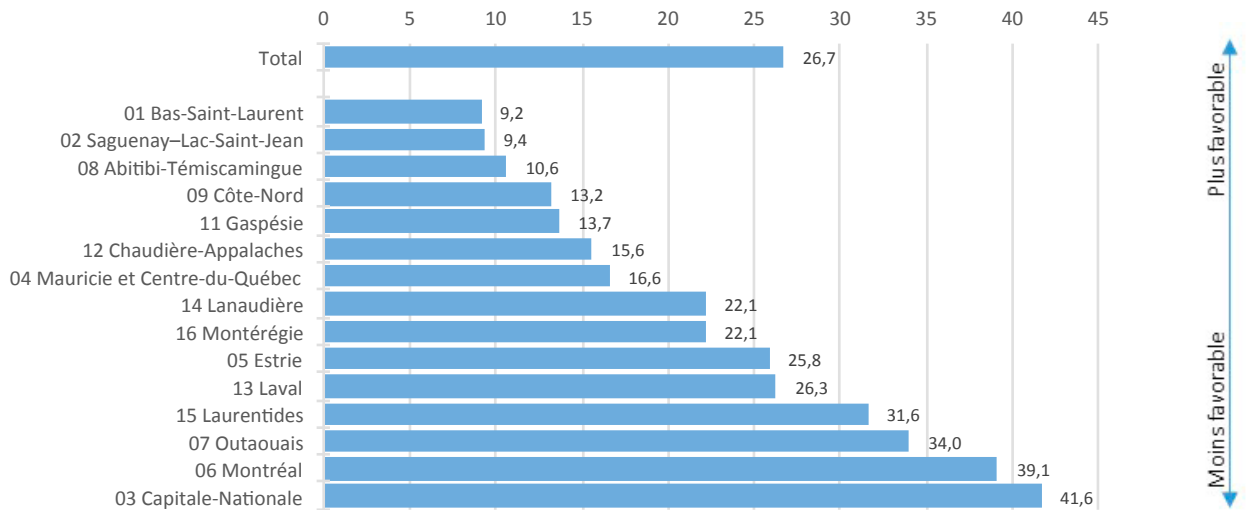
FIGURE 20
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE (EN HEURES) DES VISITES SUR CIVIÈRE EN SANTÉ MENTALE POUR LES PATIENTS HOSPITALISÉS, SELON LA GRAVITÉ DES TROUBLES (2016-2017)



* Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre

Les écarts régionaux pour cet indicateur sont extrêmement importants puisqu'on passe d'un séjour moyen de 9,2 heures dans la région du Bas-Saint-Laurent à un séjour moyen de 41,6 heures dans la région de la Capitale-Nationale (figure 21).

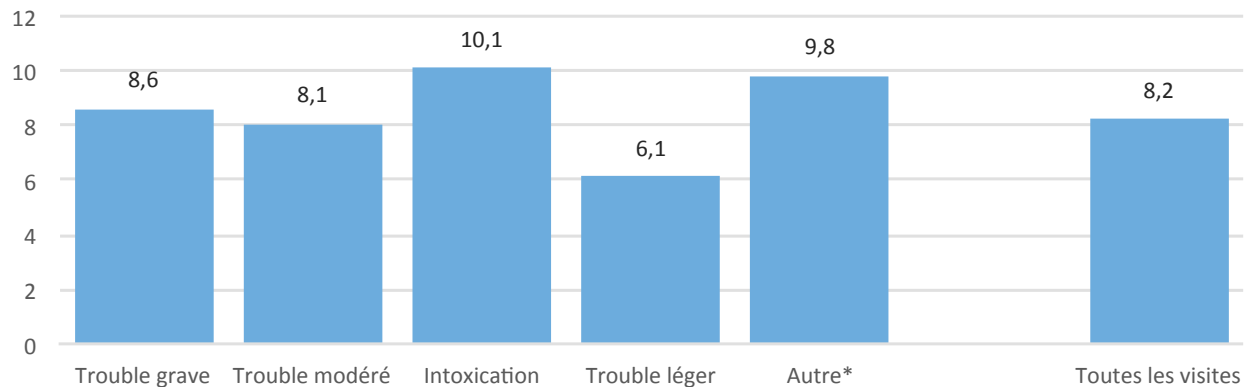
FIGURE 21
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE (EN HEURES) DES VISITES SUR CIVIÈRE EN SANTÉ MENTALE
POUR LES PATIENTS HOSPITALISÉS, SELON LA RÉGION (2016-2017)



Délai moyen pour la consultation d'un psychiatre

Environ le tiers (31 %) des visites à l'urgence pour des motifs de santé mentale font l'objet d'une consultation d'un psychiatre. Le délai moyen pour obtenir la consultation d'un psychiatre à l'urgence est de 8,2 heures. Ce délai est sensiblement plus long (environ une heure de plus) que celui pour obtenir une consultation d'un spécialiste en santé physique. On note que le délai pour obtenir la consultation d'un psychiatre est plus long pour les patients avec une intoxication (10,1 heures) et ceux avec un trouble grave (8,6 heures) ou modéré (8,1 heures) que pour ceux qui ont un trouble léger (6,1 heures) (figure 22).

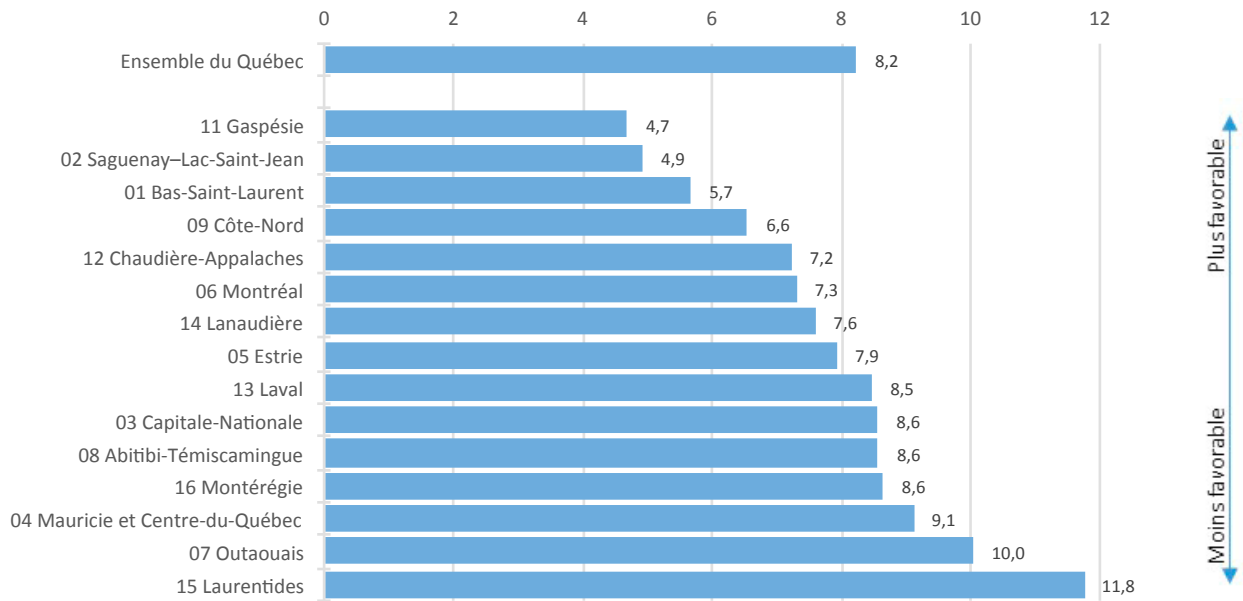
FIGURE 22
DÉLAI MOYEN (EN HEURES) POUR LA CONSULTATION D'UN PSYCHIATRE,
SELON LA GRAVITÉ DES TROUBLES (2016-2017)



* Diagnostic de santé physique avec la consultation d'un psychiatre

Les écarts régionaux pour cet indicateur sont extrêmement importants puisqu'on passe d'un délai de 4,7 heures en Gaspésie à un délai de 11,8 heures dans la région des Laurentides (figure 23). Les données révèlent par ailleurs que, dans la plupart des régions ayant un court délai, le nombre de consultations en santé mentale est relativement peu élevé (moins de 1 000 consultations dans l'année).

FIGURE 23
DÉLAI MOYEN (EN HEURES) POUR LA CONSULTATION D'UN PSYCHIATRE,
SELON LA RÉGION (2016-2017)



Proportion des visites en santé mentale suivies d'une hospitalisation ou d'un transfert

En 2016-2017, un peu plus du quart des visites à l'urgence en santé mentale se terminent soit par une hospitalisation (20%), soit par un transfert vers un autre établissement (6%) (figure 24). Chez les personnes ayant un trouble grave, ce pourcentage est beaucoup plus élevé, puisque 58% des visites à l'urgence sont suivies d'une hospitalisation ou d'un transfert (figure 25).

FIGURE 24
RÉPARTITION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE SELON L'ORIENTATION À LA SUITE DE LA VISITE (2016-2017)

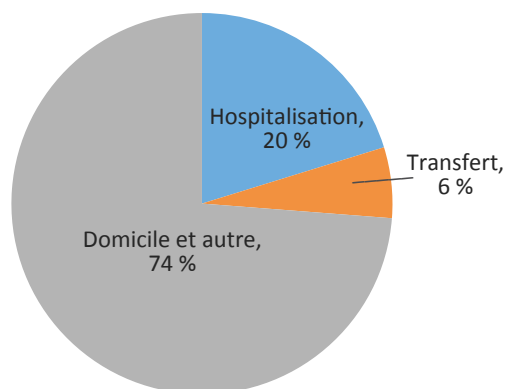
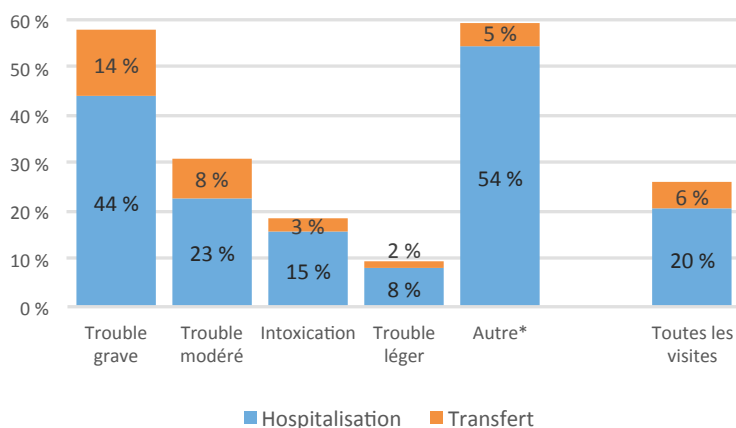
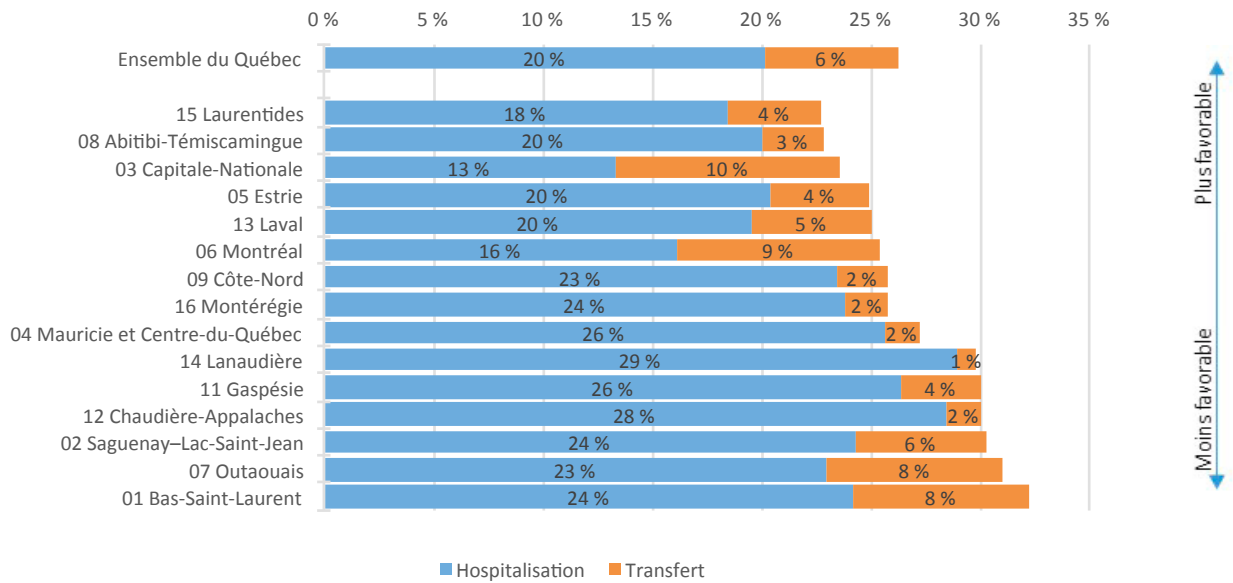


FIGURE 25
PROPORTION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE SUIVIES D'UNE HOSPITALISATION OU D'UN TRANSFERT, SELON LA GRAVITÉ DU TROUBLE (2016-2017)



Selon les régions, la proportion des visites en santé mentale suivies d'une hospitalisation ou d'un transfert passe de 22 % (Laurentides) à 32 % (Bas-Saint-Laurent). Dans certaines régions (Capitale-Nationale, Montréal, Outaouais et Bas-Saint-Laurent), la proportion de patients transférés vers un autre établissement est relativement élevée (entre 8 % et 10 %) (figure 26).

FIGURE 26
PROPORTION DES VISITES À L'URGENCE EN SANTÉ MENTALE SUIVIES D'UNE HOSPITALISATION
OU D'UN TRANSFERT, SELON LA RÉGION (2016-2017)







Section 2

Évolution de l'utilisation des urgences en santé physique entre 2014-2015 et 2016-2017

Méthodologie

La méthodologie utilisée pour analyser l'évolution de l'utilisation des urgences en santé physique est similaire à celle de l'étude du Commissaire sur les urgences de 2016. Les données proviennent aussi de la Banque de données communes des urgences (BDCU) du MSSS, pour les années financières 2014-2015 à 2016-2017. Les résultats portent sur l'évolution de la situation durant cette période, et ce, pour chacune des régions du Québec. Comme pour la santé mentale, les analyses en santé physique sont présentées par région plutôt que par centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) afin de rendre les comparaisons plus valides.

Afin d'analyser l'évolution entre 2014-2015 et 2016-2017, les 11 indicateurs suivants ont été calculés pour chacune des régions du Québec :

- Proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5⁵
- Proportion des visites sans prise en charge médicale⁶
- Proportion des patients ayant fait 3 visites⁷ ou plus dans l'année
- Proportion des visites réorientées vers un service dans la communauté⁸
- Délai moyen de prise en charge médicale
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés
- Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés
- Proportion des visites avec consultation d'un spécialiste⁹
- Délai moyen pour les consultations de spécialistes
- Proportion des visites suivies d'une hospitalisation

Comme certains patients ont des durées moyennes de séjour systématiquement plus courtes ou plus longues, certains cas ont été exclus des analyses afin de pouvoir comparer adéquatement les régions. Les cas exclus sont les suivants :

- Les visites dans les établissements ayant une mission spécifique (santé mentale, pédiatrie et cardiologie)¹⁰
- Les visites pour cause de santé mentale¹⁰
- Les visites pour cause de grossesse et pour les nouveau-nés¹⁰
- Les visites de patients de moins de 18 ans
- Pour l'ensemble du Québec, ces exclusions représentent environ 25% des visites à l'urgence.

-
5. Les niveaux de priorité 4 ou 5 sont les cas les moins urgents. Dans la plupart des cas, les patients pourraient être traités ailleurs qu'à l'urgence.
 6. Les patients quittent l'urgence sans avoir vu un médecin.
 7. Les visites peuvent avoir été faites dans différentes urgences d'une même région.
 8. La proportion des visites réorientées vers un service dans la communauté est un nouvel indicateur par rapport à l'étude du Commissaire sur les urgences de 2016. Il a été ajouté dans cette étude car c'est un indicateur significatif de la collaboration entre les urgences et les cliniques médicales dans la communauté.
 9. Seules les urgences ayant au moins 1000 consultations par an sont retenues pour le calcul de cet indicateur.
 10. Voir la liste et les codes d'exclusion à l'annexe 2.

Finalement, afin de contrôler la lourdeur des clientèles dans les différentes régions, les données ont été ajustées selon l'âge et le niveau de priorité au triage des patients, à partir de la moyenne des trois années (2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017), pour ces deux facteurs. Cet ajustement permet donc de comparer les régions et de mesurer l'évolution dans le temps en éliminant les effets de l'âge et de la lourdeur des clientèles à l'urgence.

Présentation des résultats

Les sections suivantes présentent tout d'abord l'évolution du nombre de visites à l'urgence entre 2014-2015 et 2016-2017, puis les 11 indicateurs sont détaillés pour chacune des régions du Québec.

Pour chaque indicateur, le rapport contient un tableau avec les valeurs de l'indicateur pour les 3 années à l'étude et un graphique qui montre l'évolution, en pourcentage, de la valeur de l'indicateur entre 2014-2015 et 2016-2017. Pour l'ensemble des indicateurs, à l'exception de celui sur la proportion des visites réorientées vers un service dans la communauté, une diminution de la valeur entre 2014-2015 et 2016-2017 (variation négative) représente une amélioration de la situation. Par exemple, si, dans une région, le séjour moyen à l'urgence passe de 10 heures à 9 heures entre 2014-2015 et 2016-2017, on observe alors une diminution de 10 % (c'est-à-dire une variation de -10 %), ce qui représente une amélioration de la situation de la région pour cet indicateur.

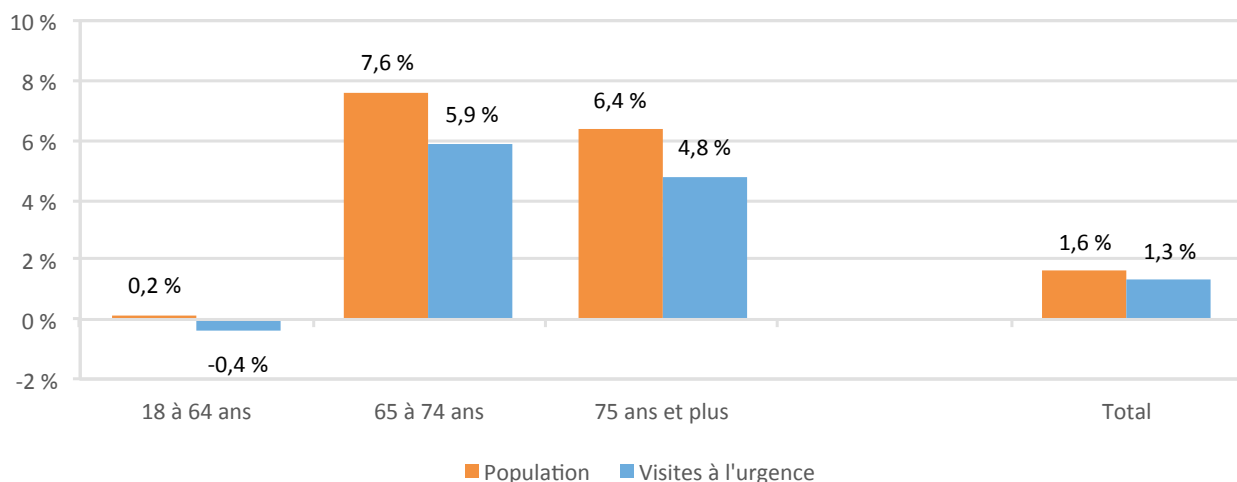
Pour la présentation des résultats, les 11 indicateurs ont été regroupés dans 3 sections : l'urgence et la première ligne médicale, l'attente à l'urgence, et la pertinence des soins à l'urgence.

Évolution du nombre de visites à l'urgence en santé physique entre 2014-2015 et 2016-2017

À l'exclusion des visites des patients de moins de 18 ans, des grossesses, des nouveau-nés et des cas de santé mentale, il y a eu, en 2016-2017, environ 2 809 000 visites dans les urgences du Québec. Comparativement à l'année 2014-2015, cela représente près de 37 000 visites de plus, soit une augmentation de 1,3%. Cette augmentation est légèrement inférieure à celle de la population adulte au Québec durant la même période (1,6%) (figure 27). Ainsi, même si le nombre de visites à l'urgence augmente dans l'absolu, il est encourageant d'observer que cette augmentation est moins rapide que celle de la population.

L'augmentation du nombre de visites est surtout concentrée chez les personnes de 65 ans et plus (entre 4,8% et 5,9%) qui sont aussi celles dont la population a le plus augmenté (entre 6,4% et 7,6%). Il y a donc une forte corrélation entre l'augmentation des visites à l'urgence et l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population.

FIGURE 27
VARIATION (EN POURCENTAGE) DE LA POPULATION ET DES VISITES À L'URGENCE
ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LES GROUPES D'ÂGE



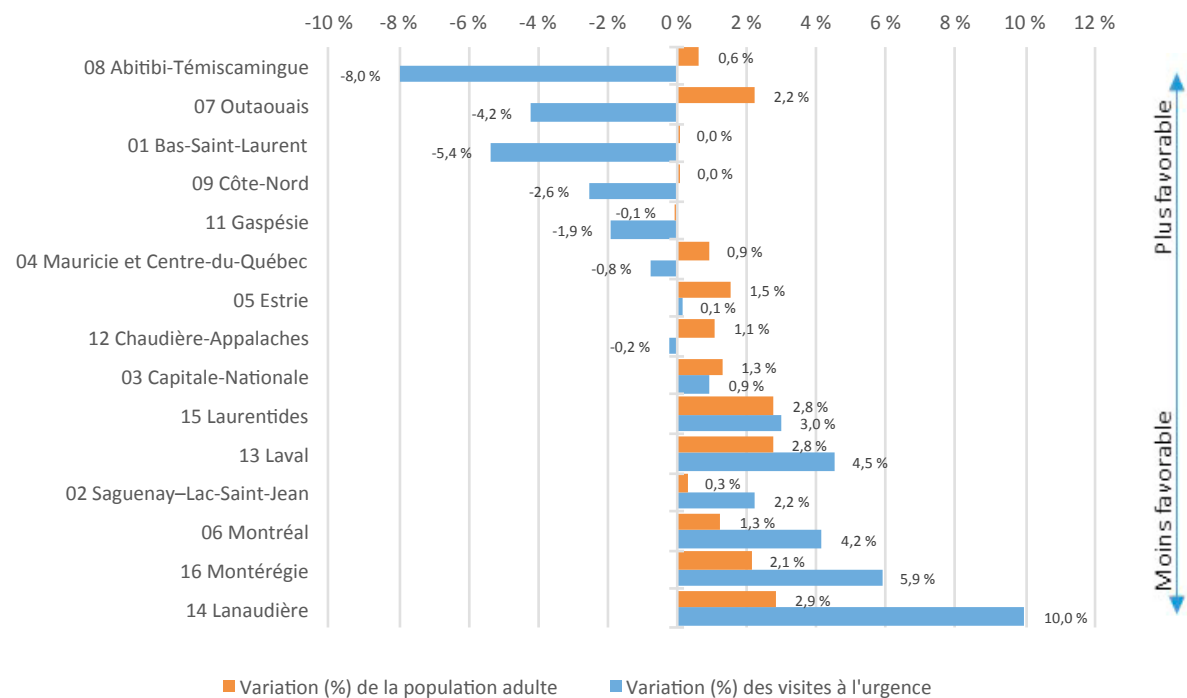
Puisque dans les dix prochaines années, on prévoit une croissance de plus de 30%¹¹ du nombre de personnes de 65 ans et plus au Québec, le nombre de visites à l'urgence devrait lui aussi continuer de croître de façon importante, si le système de santé n'améliore pas son offre de services de première ligne afin de proposer d'autres options que l'urgence pour cette partie de la population.

11. Institut de la statistique du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux, Estimations et projections de population comparables selon le territoire, le sexe et l'année d'âge, au 1^{er} juillet, 1996 à 2036.

Pour l'ensemble du Québec, le nombre de visites à l'urgence a augmenté de 1,3 %, entre 2014-2015 et 2016-2017. Ce pourcentage varie toutefois fortement selon les régions, allant d'une augmentation de 10 % dans la région de Lanaudière à une diminution de 8 % en Abitibi-Témiscamingue (figure 28).

Lorsqu'on compare les variations de la population et des visites à l'urgence dans chacune des régions du Québec, on constate qu'à Montréal et dans les régions limitrophes (Lanaudière, Montérégie, Laval et Laurentides), ainsi qu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean, le pourcentage d'augmentation des visites à l'urgence est plus important que celui de la population. C'est dans la région de Lanaudière que cette différence est la plus importante avec une augmentation des visites de 10 % contre une augmentation de seulement 2,9 % pour la population. Par contre, dans les autres régions (Capitale-Nationale, régions intermédiaires et régions éloignées), la situation inverse est observée puisque le nombre de visites à l'urgence augmente proportionnellement moins vite que la population. Le cas le plus extrême est celui de l'Abitibi-Témiscamingue où le nombre de visites à l'urgence a baissé de 8 % alors que la population est restée relativement stable (+0,6 %).

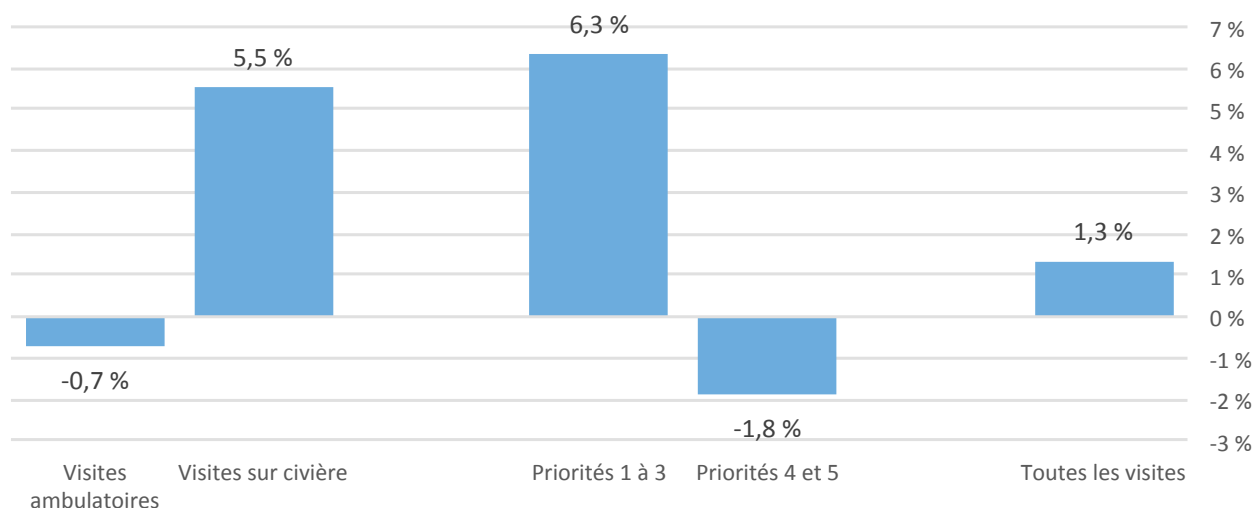
FIGURE 28
VARIATION (EN POURCENTAGE) DU NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE
ET DE LA POPULATION ADULTE ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION



En lien avec l'augmentation du nombre de visites à l'urgence chez les personnes âgées, on observe une augmentation du nombre de visites pour les cas plus complexes et plus urgents (figure 29). Ainsi, entre 2014-2015 et 2016-2017, le nombre de visites sur civière a augmenté de 5,5 % (environ 50 000 visites de plus), alors que le nombre de visites ambulatoires a légèrement baissé (-0,7 %, soit environ 13 000 visites en moins). De même, les visites pour les cas les plus urgents (niveaux de priorité au triage de 1 à 3) ont augmenté de 6,3 % (environ 68 000 visites de plus), alors que les cas les moins urgents (niveaux de priorité au triage de 4 et 5) ont diminué de 1,8 % (environ 31 000 visites en moins).

Finalement, durant cette période, il y a eu une nette augmentation des visites où le patient a été réorienté vers une ressource autre que l'urgence (clinique sans rendez-vous, cabinet privé, etc.). Cette augmentation de plus de 70 % entre 2014-2015 et 2016-2017 représente environ 39 000 visites à l'urgence de plus qui ont pu être réorientées vers une autre ressource dans la communauté.

FIGURE 29
VARIATION (EN POURCENTAGE) DU NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE ENTRE 2014-2015
ET 2016-2017 SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES VISITES



Les données détaillées sur le nombre de visites et les séjours moyens à l'urgence entre 2014-2015 et 2016-2017, selon les caractéristiques des patients et des visites, sont présentées à l'annexe 3.

L'urgence et la première ligne médicale

Le rapport du Commissaire de 2016 sur les urgences montrait qu'une première ligne médicale efficace était une condition nécessaire au bon fonctionnement des urgences. Trois indicateurs avaient alors été retenus pour évaluer les répercussions du bon fonctionnement de la première ligne médicale sur les urgences.

- La proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5
- La proportion des visites sans prise en charge médicale
- La proportion des patients ayant fait 3 visites ou plus dans l'année

Ces proportions devraient diminuer lorsqu'il y a une amélioration de la prise en charge des patients par les services de première ligne dans la communauté.

En plus de ces trois indicateurs, nous avons calculé dans ce rapport « la proportion des visites à l'urgence pour lesquelles le patient a pu être réorienté dans la communauté ». Dans ce cas, on vise plutôt une augmentation de cette proportion dans le temps.

Entre 2014-2015 et 2016-2017, il y a eu une amélioration de la situation au Québec pour ces quatre indicateurs.

Proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5

La proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5 est passée de 60,8 % à 59,4 % durant cette période, soit une diminution de 2,3 %. Ce résultat est toutefois très variable selon les régions. Dans la région de Laval, par exemple, la proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5 a diminué de 15,3 %, alors qu'à l'opposé, la région de la Montérégie a vu cette proportion augmenter de 3,4 % (figure 30).

En 2016-2017, c'est la région de Laval qui présente le pourcentage le moins élevé de visites avec un niveau de priorité 4 ou 5 (41,3 %). À l'opposé, en Gaspésie, ce pourcentage atteint 84,1 % (tableau 4).

Proportion des visites sans prise en charge médicale

Dans l'ensemble du Québec, la proportion des visites sans prise en charge médicale est passée de 10,1 % en 2014-2015 à 9,5 % en 2016-2017, soit une diminution de 5,2 %. Pour cet indicateur, les variations régionales sont particulièrement importantes, allant d'une diminution de 42,8 % (Mauricie et du Centre-du-Québec) à une augmentation de 6,9 % (Abitibi-Témiscamingue) (figure 31).

En 2016-2017, la proportion des visites sans prise en charge médicale varie de 3,8 % (Chaudière-Appalaches) à 15,4 % (Laurentides) (tableau 5).

Proportion des patients ayant fait 3 visites ou plus dans l'année

Environ 16% des patients ont fait 3 visites ou plus dans l'année durant chacune des 3 années de l'étude. S'il n'y a pratiquement pas eu de variation pour l'ensemble de Québec durant cette période (-0,3%), les variations régionales, elles, vont d'une diminution de 6,2% (Outaouais) à une augmentation de 11,6% (Lanaudière) (figure 32).

Pour l'année 2016-2017, les variations pour cet indicateur vont d'environ seulement un patient sur dix (11,1% à Laval) à plus d'un patient sur quatre (27,0% en Gaspésie) (tableau 6).

Proportion des visites réorientées vers un service dans la communauté

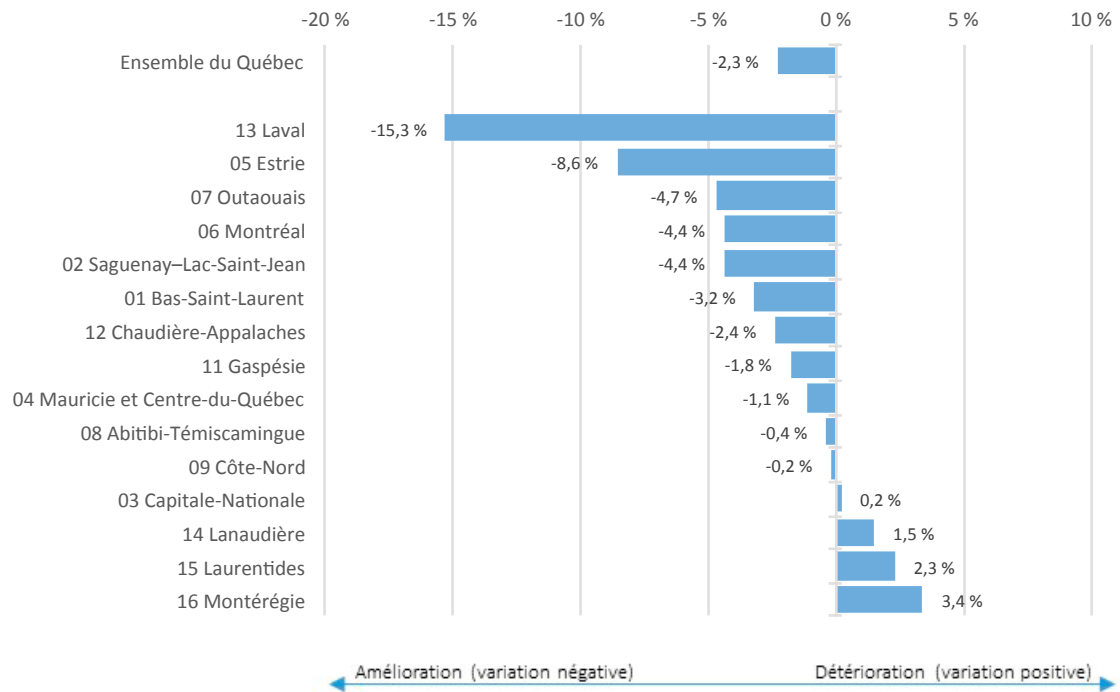
Finalement, la proportion des visites à l'urgence pour lesquelles le patient a pu être réorienté dans la communauté est passée de 2,2% à 3,8%, entre 2014-2015 et 2016-2017, soit une augmentation de plus de 70% (figure 33). Il y a donc eu, pour ce type de visites, un changement de pratique significatif dans les urgences du Québec. Là comme ailleurs cependant, les résultats sont très variables d'une région à l'autre. Par exemple, alors que, dans la région de Laval, 12% des visites ont été réorientées dans la communauté, ce pourcentage est inférieur à 1% dans plusieurs régions (tableau 7).

Proportion des visites avec un niveau de priorité 4 ou 5

TABLEAU 4
PROPORTION DES VISITES AVEC UN NIVEAU DE PRIORITÉ 4 OU 5, SELON LA RÉGION

Régions	% de visites P4 et P5			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	80,4%	78,2%	77,8%	-3,2%
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	61,2%	59,1%	58,5%	-4,4%
03 Capitale-Nationale	68,0%	68,1%	68,1%	0,2%
04 Mauricie et Centre-du-Québec	65,3%	64,8%	64,5%	-1,1%
05 Estrie	66,7%	63,4%	61,0%	-8,6%
06 Montréal	44,4%	43,9%	42,4%	-4,4%
07 Outaouais	71,9%	70,8%	68,5%	-4,7%
08 Abitibi-Témiscamingue	79,3%	79,1%	79,0%	-0,4%
09 Côte-Nord	82,2%	81,5%	82,0%	-0,2%
11 Gaspésie	85,6%	84,8%	84,1%	-1,8%
12 Chaudière-Appalaches	71,0%	69,8%	69,3%	-2,4%
13 Laval	48,8%	43,9%	41,3%	-15,3%
14 Lanaudière	49,3%	49,9%	50,0%	1,5%
15 Laurentides	54,4%	54,7%	55,7%	2,3%
16 Montérégie	50,9%	52,2%	52,6%	3,4%
Ensemble du Québec	60,8%	60,1%	59,4%	-2,3%

FIGURE 30
VARIATION (EN POURCENTAGE) DE LA PROPORTION DES VISITES AVEC UN NIVEAU
DE PRIORITÉ 4 OU 5 ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION

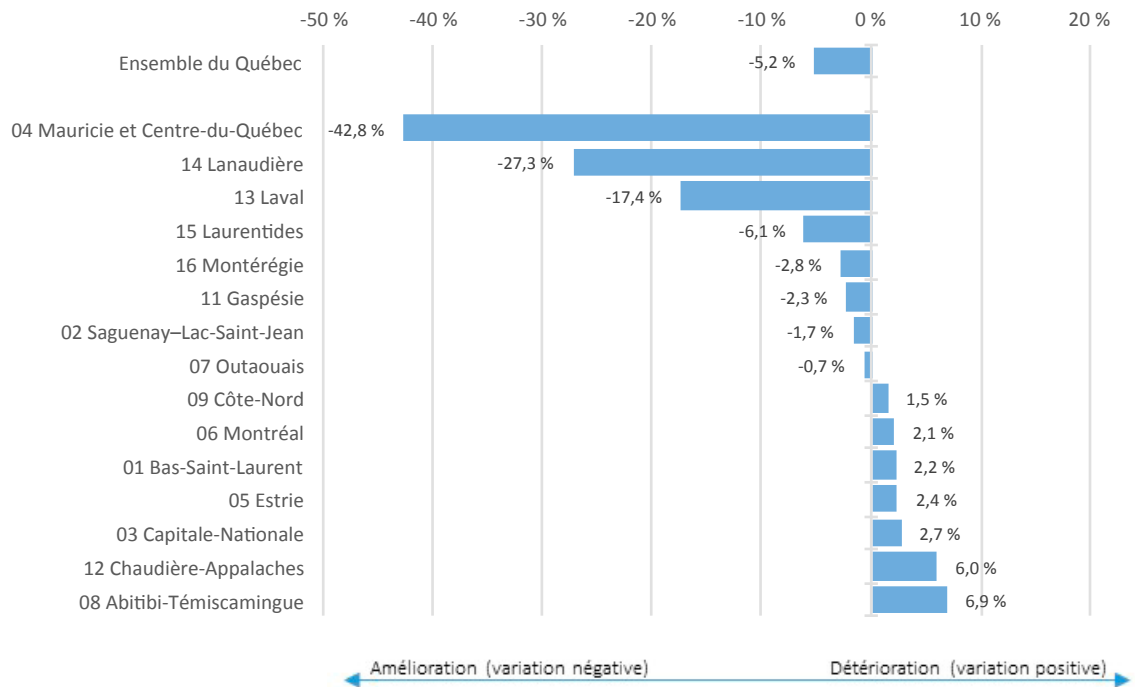


Proportion des visites sans prise en charge médicale

TABLEAU 5
PROPORTION DES VISITES SANS PRISE EN CHARGE MÉDICALE, SELON LA RÉGION

Régions	% de visites sans prise en charge			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	7,8 %	8,2 %	7,9 %	2,2 %
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	8,3 %	7,9 %	8,1 %	-1,7 %
03 Capitale-Nationale	10,6 %	10,8 %	10,9 %	2,7 %
04 Mauricie et Centre-du-Québec	10,9 %	9,8 %	6,3 %	-42,8 %
05 Estrie	11,4 %	11,4 %	11,6 %	2,4 %
06 Montréal	9,1 %	8,9 %	9,3 %	2,1 %
07 Outaouais	11,4 %	11,4 %	11,3 %	-0,7 %
08 Abitibi-Témiscamingue	5,6 %	6,0 %	5,9 %	6,9 %
09 Côte-Nord	9,6 %	10,0 %	9,8 %	1,5 %
11 Gaspésie	6,9 %	7,0 %	6,8 %	-2,3 %
12 Chaudière-Appalaches	3,6 %	4,0 %	3,8 %	6,0 %
13 Laval	12,0 %	10,3 %	9,9 %	-17,4 %
14 Lanaudière	15,7 %	13,1 %	11,4 %	-27,3 %
15 Laurentides	16,4 %	15,8 %	15,4 %	-6,1 %
16 Montérégie	12,6 %	11,6 %	12,2 %	-2,8 %
Ensemble du Québec	10,1 %	9,7 %	9,5 %	-5,2 %

FIGURE 31
VARIATION (EN POURCENTAGE) DE LA PROPORTION DES VISITES
SANS PRISE EN CHARGE MÉDICALE ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION

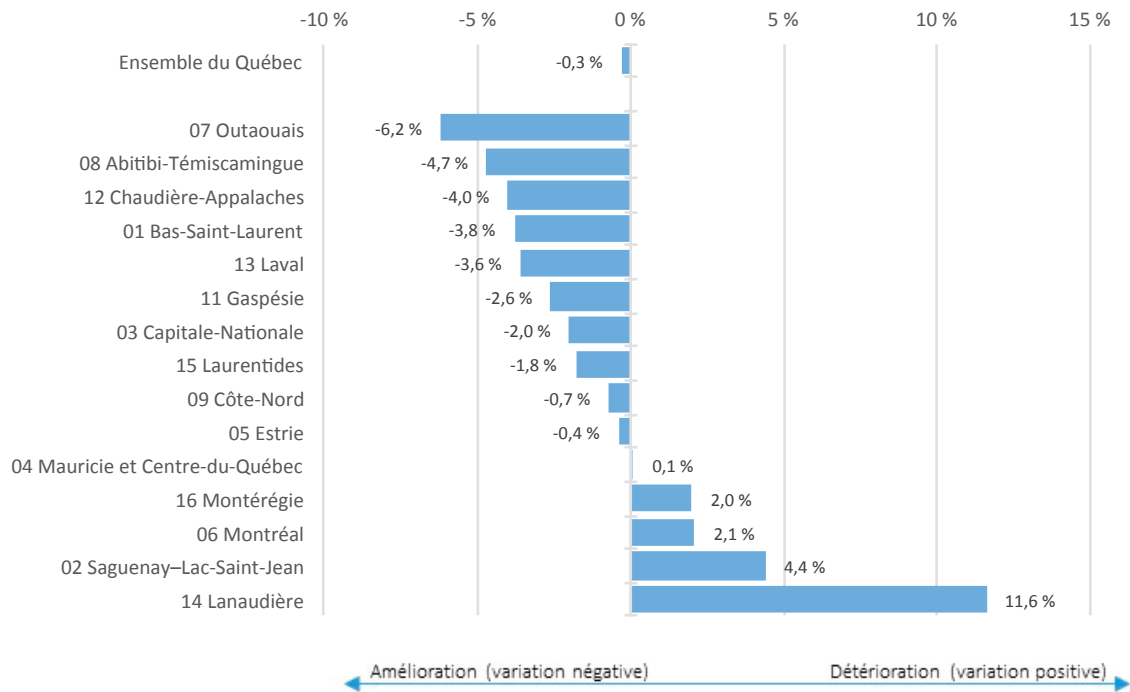


Proportion des patients ayant fait 3 visites ou plus à l'urgence dans l'année

TABEAU 6
PROPORTION DES PATIENTS AYANT FAIT 3 VISITES OU PLUS À L'URGENCE DANS L'ANNÉE,
SELON LA RÉGION

Régions	% des patients avec 3 visites ou plus			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	21,3 %	21,3 %	20,5 %	-3,8 %
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	17,5 %	17,8 %	18,2 %	4,4 %
03 Capitale-Nationale	17,4 %	17,3 %	17,1 %	-2,0 %
04 Mauricie et Centre-du-Québec	17,5 %	17,6 %	17,5 %	0,1 %
05 Estrie	17,0 %	16,9 %	17,0 %	-0,4 %
06 Montréal	13,3 %	13,5 %	13,6 %	2,1 %
07 Outaouais	18,7 %	18,2 %	17,5 %	-6,2 %
08 Abitibi-Témiscamingue	24,9 %	24,2 %	23,8 %	-4,7 %
09 Côte-Nord	26,3 %	25,9 %	26,1 %	-0,7 %
11 Gaspésie	27,7 %	27,6 %	27,0 %	-2,6 %
12 Chaudière-Appalaches	18,1 %	18,1 %	17,4 %	-4,0 %
13 Laval	11,5 %	11,6 %	11,1 %	-3,6 %
14 Lanaudière	11,2 %	11,7 %	12,5 %	11,6 %
15 Laurentides	13,4 %	13,5 %	13,2 %	-1,8 %
16 Montérégie	13,2 %	13,3 %	13,4 %	2,0 %
Ensemble du Québec	16,2 %	16,3 %	16,2 %	-0,3 %

FIGURE 32
VARIATION (EN POURCENTAGE) DE LA PROPORTION DES PATIENTS AYANT FAIT 3 VISITES
OU PLUS DANS L'ANNÉE ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION

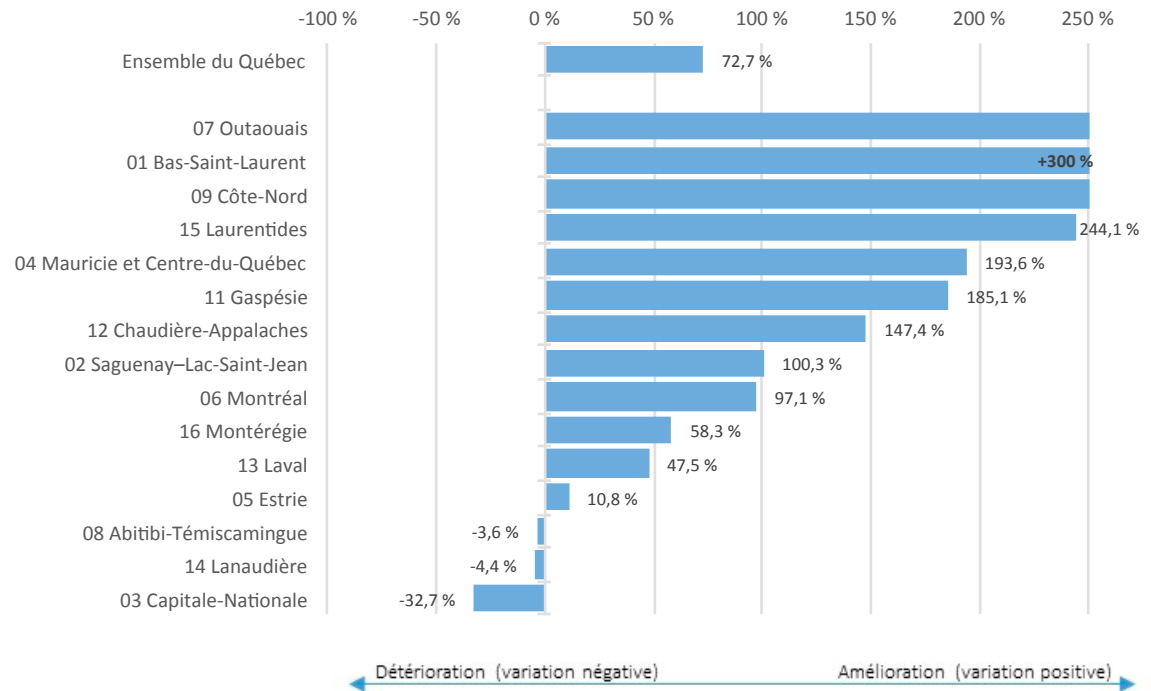


Proportion des visites réorientées vers un service dans la communauté

TABLEAU 7
PROPORTION DES VISITES RÉORIENTÉES VERS UN SERVICE DANS LA COMMUNAUTÉ,
SELON LA RÉGION

Régions	% des visites réorientées			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	0,02 %	0,05 %	0,17 %	572,4 %
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	0,19 %	0,28 %	0,39 %	100,3 %
03 Capitale-Nationale	0,47 %	0,39 %	0,31 %	–32,7 %
04 Mauricie et Centre-du-Québec	2,40 %	3,24 %	7,03 %	193,6 %
05 Estrie	3,02 %	3,18 %	3,35 %	10,8 %
06 Montréal	3,10 %	4,59 %	6,11 %	97,1 %
07 Outaouais	0,10 %	0,68 %	1,37 %	1262,9 %
08 Abitibi-Témiscamingue	3,37 %	3,22 %	3,25 %	–3,6 %
09 Côte-Nord	0,20 %	0,26 %	0,83 %	307,4 %
11 Gaspésie	0,02 %	0,04 %	0,05 %	185,1 %
12 Chaudière-Appalaches	0,50 %	0,67 %	1,23 %	147,4 %
13 Laval	8,20 %	11,32 %	12,09 %	47,5 %
14 Lanaudière	7,00 %	6,24 %	6,69 %	–4,4 %
15 Laurentides	0,68 %	1,54 %	2,36 %	244,1 %
16 Montérégie	4,21 %	6,52 %	6,67 %	58,3 %
Ensemble du Québec	2,22 %	3,00 %	3,84 %	72,7 %

FIGURE 33
VARIATION (EN POURCENTAGE) DE LA PROPORTION DES VISITES RÉORIENTÉES
VERS UN SERVICE DANS LA COMMUNAUTÉ ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION



L'attente à l'urgence

Dans les deux dernières années, plusieurs actions ont été entreprises pour tenter de diminuer les délais dans les urgences du Québec. Le gouvernement a ainsi réalisé des investissements ciblés afin de libérer des lits hospitaliers occupés par des personnes en attente d'un service dans la communauté. Il a également apporté des changements législatifs pour augmenter la prise en charge des patients en première ligne (nombre minimal de patients que les omnipraticiens doivent prendre en charge et taux d'assiduité de ces patients) ainsi que pour diminuer les délais aux urgences (instauration de délais maximaux pour les consultations de spécialistes à l'urgence). Globalement, ces mesures semblent produire certains effets puisque les différents délais à l'urgence ont diminué entre 2014-2015 et 2016-2017.

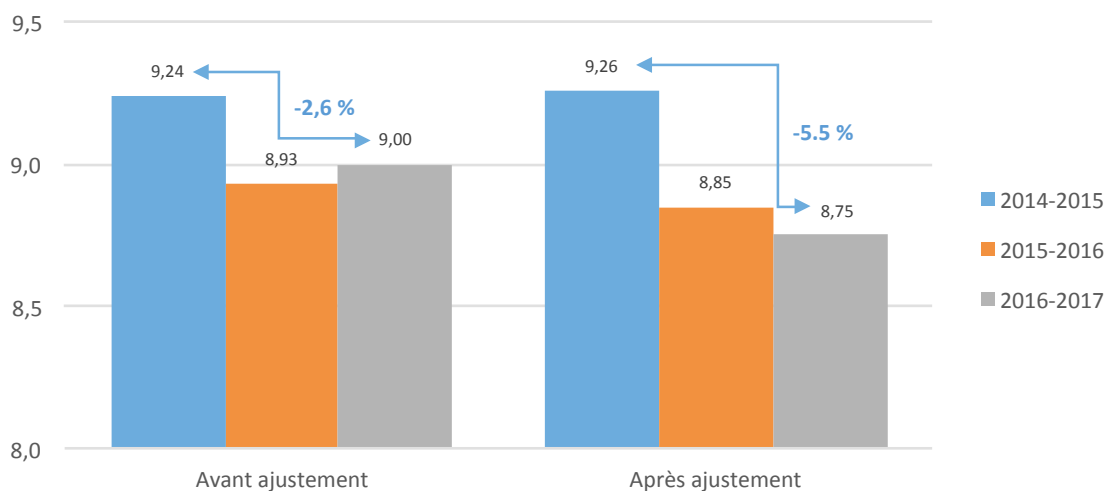
Évolution du séjour moyen à l'urgence

Le séjour moyen à l'urgence (non ajusté) pour l'ensemble des visites est passé de 9,24 heures à 8,93 heures entre 2014-2015 et 2015-2016, soit une diminution de 3,3%. Puis, il y a eu une légère augmentation entre 2015-2016 et 2016-2017 (8,93 heures à 9,00 heures, soit une augmentation de 0,8%) (figure 34).

Toutefois, ces séjours moyens non ajustés ne tiennent pas compte de l'alourdissement de la clientèle, qui est proportionnellement plus âgée et qui compte plus de cas dont le niveau de priorité au triage est urgent (priorités 1 à 3) en 2016-2017, par rapport aux années précédentes. Lorsqu'on tient compte de cet alourdissement (en ajustant les données afin de tenir compte de l'âge et du niveau de priorité au triage), on observe une diminution du séjour moyen à l'urgence non seulement entre 2014-2015 et 2015-2016, mais également entre 2015-2016 et 2016-2017 (figure 34). C'est donc le vieillissement de la population qui explique cet allongement des délais entre 2015-2016 et 2016-2017 (c'est-à-dire que, si la population aux urgences avait été comparable pour les deux années, il n'y aurait pas eu d'allongement des délais entre 2015-2016 et 2016-2017).

Ainsi, la figure 34 montre que, lorsque les données sont ajustées, le séjour moyen à l'urgence passe de 9,26 heures en 2014-2015 à 8,85 heures en 2015-2016, puis à 8,75 heures en 2016-2017, soit une diminution totale de 5,5%. Cette diminution est relativement importante entre 2014-2015 et 2015-2016 (4,5%), puis beaucoup plus modeste entre 2015-2016 et 2016-2017 (-1,1%).

FIGURE 34
ÉVOLUTION DU SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE (EN HEURES) AVANT ET APRÈS AJUSTEMENT,
ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017



Dans la suite de cette section, les indicateurs sur les délais sont ajustés afin de tenir compte de l'âge et du niveau de priorité au triage.

Évolution des différents délais à l'urgence

Dans le rapport sur les urgences du CSBE de 2016, quatre indicateurs avaient été retenus pour évaluer les délais à l'urgence :

- Le délai moyen de prise en charge médicale
- Le séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires
- Le séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés
- Le séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés

Cette section présente l'évolution de ces quatre indicateurs entre 2014-2015 et 2016-2017. Tous ont connu une baisse dans l'ensemble du Québec durant cette période, ce qui révèle une amélioration de la situation.

Délai de prise en charge médicale

Pour l'ensemble du Québec, en 2016-2017, le délai de prise en charge médicale à l'urgence était de 2 heures et 30 minutes, soit une diminution de 6 minutes (-3,9%) par rapport à 2014-2015. Pratiquement toutes les régions du Québec ont vu leur délai de prise en charge médicale à l'urgence baisser durant cette période. Dans deux régions, cette baisse dépasse 10% (Lanaudière: -23,2% et Côte-Nord: -16,6%) (figure 35).

Pour le délai de prise en charge médicale à l'urgence, les écarts entre les régions sont très importants. En 2016-2017, ce délai passe de 1 heure et 20 minutes (80 minutes) dans la région de Chaudière-Appalaches à près de 3 heures et demie (206 minutes) en Montérégie (tableau 8).

Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires

En 2016-2017, le séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires était de 4,38 heures, soit une baisse de 3,2 % par rapport à 2014-2015 (4,53 heures). Pour cet indicateur, trois régions ont connu une baisse de plus de 10 % (Lanaudière: -19,2 %, Côte-Nord: -11,4 % et Bas-Saint-Laurent: -10 %) (figure 36).

En 2016-2017, la région de Chaudière-Appalaches se démarque avec une moyenne de seulement 2,70 heures pour le séjour moyen des visites ambulatoires. À l'opposé, en Montérégie, le séjour moyen pour ce type de visites est plus de deux fois plus long (5,77 heures) (tableau 9).

Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés

Entre 2014-2015 et 2016-2017, dans l'ensemble du Québec, le séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés a baissé d'environ 50 minutes en passant de 12,93 heures à 12,09 heures. Cela représente une diminution de 6,5 %. Malgré cette amélioration notable, cette moyenne est beaucoup plus élevée que la cible du MSSS qui est de 8 heures. On note que les régions de Lanaudière, de la Côte-Nord et de l'Outaouais ont connu une baisse de plus de 10 % (figure 37).

En 2016-2017, les écarts entre les régions pour le séjour moyen sur civière des patients non hospitalisés sont extrêmement importants. En effet, en moyenne, ce type de séjour est 2,2 fois plus long en Montérégie (15,55 heures) qu'au Bas-Saint-Laurent (6,96 heures) (tableau 10).

Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés

Comme pour l'indicateur précédent, le séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés a connu une baisse substantielle d'environ une heure et demie entre 2014-2015 et 2016-2017 (24,27 heures contre 22,70 heures). Fait remarquable, 12 régions sur 15 ont connu une baisse du séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés, dont 8 avec une baisse de plus de 10 % (figure 38).

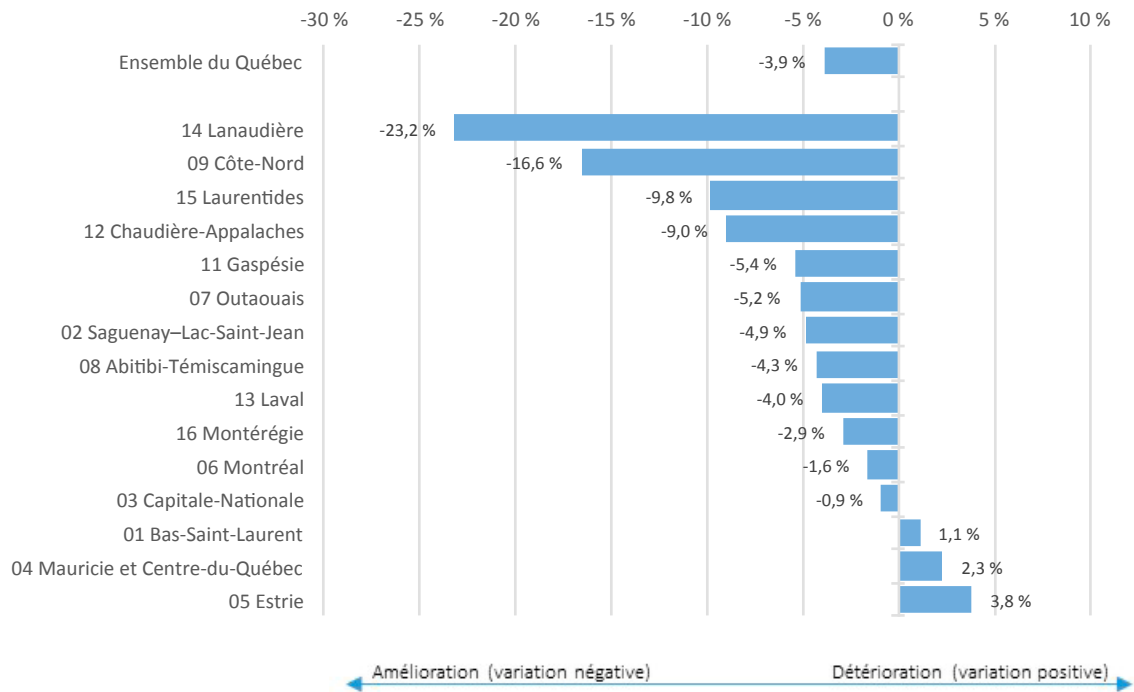
Malgré cette baisse, le séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés reste beaucoup plus long que la cible ministérielle de 12 heures. En 2016-2017, seule la région du Bas-Saint-Laurent a un séjour moyen moins élevé que la cible ministérielle, soit de 8,49 heures. Cette région a un séjour moyen 3,5 fois moins long que celui des régions de Montréal et de l'Outaouais, où ce type de séjour dépasse, en moyenne, les 30 heures (tableau 11).

Délai moyen de prise en charge médicale

TABLEAU 8
DÉLAI MOYEN DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE (EN MINUTES), SELON LA RÉGION

Régions	Délai moyen de prise en charge médicale (en minutes)			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	105	111	106	1,1 %
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	162	152	154	-4,9 %
03 Capitale-Nationale	118	117	116	-0,9 %
04 Mauricie et Centre-du-Québec	163	164	167	2,3 %
05 Estrie	164	171	170	3,8 %
06 Montréal	152	148	150	-1,6 %
07 Outaouais	184	181	175	-5,2 %
08 Abitibi-Témiscamingue	134	134	128	-4,3 %
09 Côte-Nord	143	144	119	-16,6 %
11 Gaspésie	103	102	97	-5,4 %
12 Chaudière-Appalaches	88	88	80	-9,0 %
13 Laval	208	209	200	-4,0 %
14 Lanaudière	247	205	190	-23,2 %
15 Laurentides	224	212	202	-9,8 %
16 Montérégie	212	195	206	-2,9 %
Ensemble du Québec	156	152	150	-3,9 %

FIGURE 35
VARIATION (EN POURCENTAGE) DU DÉLAI MOYEN DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE
ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION

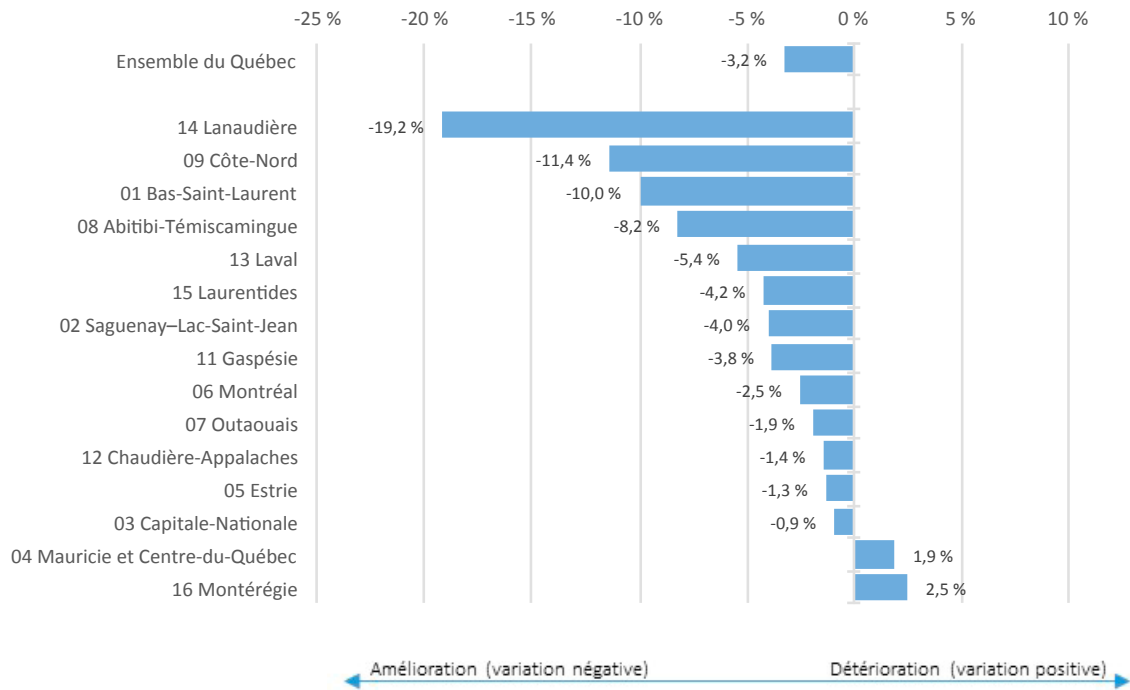


Séjour moyen à l'urgence pour les visites ambulatoires

TABLEAU 9
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE POUR LES VISITES AMBULATOIRES (EN HEURES), SELON LA RÉGION

Régions	Séjour moyen, visites ambulatoires (en heures)			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	3,58	3,31	3,23	-10,0%
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	4,05	3,85	3,89	-4,0%
03 Capitale-Nationale	3,53	3,51	3,50	-0,9%
04 Mauricie et Centre-du-Québec	4,23	4,25	4,31	1,9%
05 Estrie	4,80	4,93	4,74	-1,3%
06 Montréal	5,09	4,92	4,96	-2,5%
07 Outaouais	4,98	4,88	4,88	-1,9%
08 Abitibi-Témiscamingue	4,19	4,14	3,85	-8,2%
09 Côte-Nord	3,70	3,75	3,27	-11,4%
11 Gaspésie	3,02	3,04	2,91	-3,8%
12 Chaudière-Appalaches	2,74	2,77	2,70	-1,4%
13 Laval	5,60	5,45	5,30	-5,4%
14 Lanaudière	6,81	6,04	5,50	-19,2%
15 Laurentides	5,87	5,76	5,63	-4,2%
16 Montérégie	5,63	5,54	5,77	2,5%
Ensemble du Québec	4,53	4,43	4,38	-3,2%

FIGURE 36
VARIATION (EN POURCENTAGE) DU SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE
POUR LES VISITES AMBULATOIRES ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION

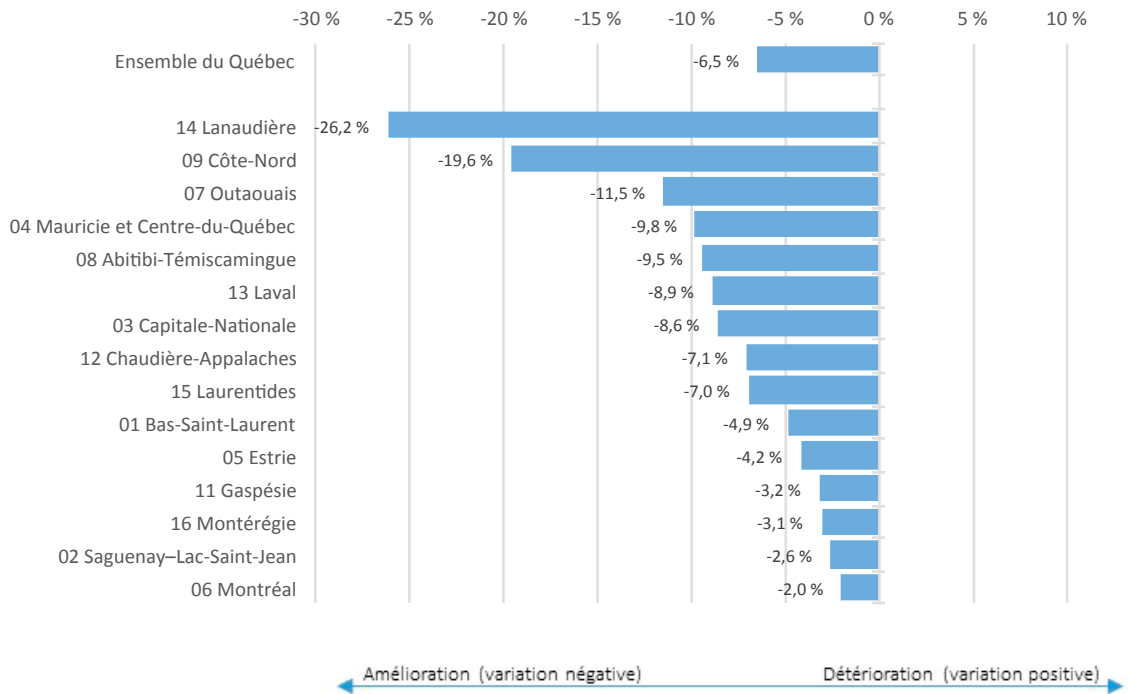


Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients non hospitalisés

TABLEAU 10
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE POUR LES VISITES SUR CIVIÈRE DES PATIENTS NON HOSPITALISÉS
(EN HEURES), SELON LA RÉGION

Régions	Séjour moyen, visites sur civière, patients non hospitalisés (en heures)			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	7,32	7,18	6,96	-4,9 %
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	9,59	9,43	9,35	-2,6 %
03 Capitale-Nationale	12,74	11,98	11,65	-8,6 %
04 Mauricie et Centre-du-Québec	11,24	10,65	10,14	-9,8 %
05 Estrie	11,82	11,81	11,32	-4,2 %
06 Montréal	13,69	13,39	13,41	-2,0 %
07 Outaouais	15,87	13,93	14,04	-11,5 %
08 Abitibi-Témiscamingue	10,97	10,36	9,93	-9,5 %
09 Côte-Nord	14,71	13,16	11,82	-19,6 %
11 Gaspésie	10,42	9,80	10,09	-3,2 %
12 Chaudière-Appalaches	10,40	10,12	9,67	-7,1 %
13 Laval	16,42	14,58	14,95	-8,9 %
14 Lanaudière	19,50	15,76	14,38	-26,2 %
15 Laurentides	15,21	14,81	14,15	-7,0 %
16 Montérégie	16,05	16,15	15,55	-3,1 %
Ensemble du Québec	12,93	12,38	12,09	-6,5 %

FIGURE 37
VARIATION (EN POURCENTAGE) DU SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE POUR LES VISITES
SUR CIVIÈRE DES PATIENTS NON HOSPITALISÉS ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION

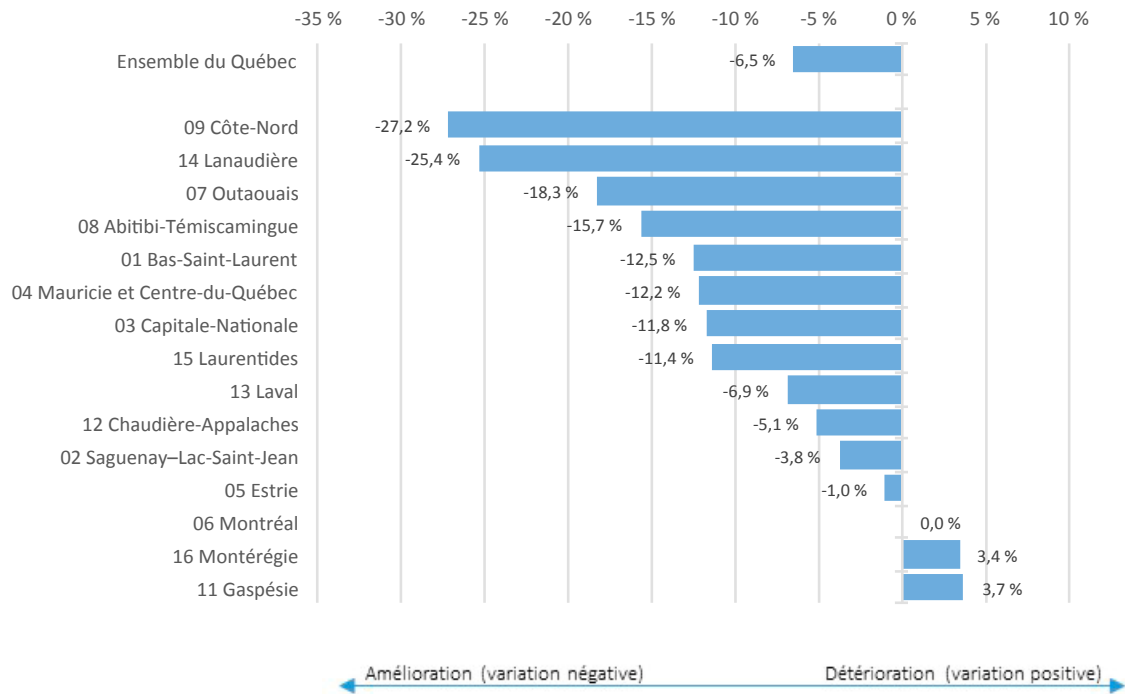


Séjour moyen à l'urgence pour les visites sur civière des patients hospitalisés

TABLEAU 11
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE POUR LES VISITES SUR CIVIÈRE DES PATIENTS HOSPITALISÉS
(EN HEURES), SELON LA RÉGION

Régions	Séjour moyen, visites sur civière, patients hospitalisés (en heures)			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	9,71	9,21	8,49	-12,5 %
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	14,41	13,56	13,86	-3,8 %
03 Capitale-Nationale	25,03	22,05	22,07	-11,8 %
04 Mauricie et Centre-du-Québec	18,13	16,24	15,92	-12,2 %
05 Estrie	19,50	19,29	19,31	-1,0 %
06 Montréal	30,12	29,77	30,10	0,0 %
07 Outaouais	37,02	29,20	30,24	-18,3 %
08 Abitibi-Témiscamingue	14,44	13,15	12,18	-15,7 %
09 Côte-Nord	25,88	20,82	18,84	-27,2 %
11 Gaspésie	11,84	11,45	12,27	3,7 %
12 Chaudière-Appalaches	16,77	15,32	15,92	-5,1 %
13 Laval	23,25	20,43	21,64	-6,9 %
14 Lanaudière	38,86	30,81	29,01	-25,4 %
15 Laurentides	30,69	27,98	27,18	-11,4 %
16 Montérégie	27,20	28,41	28,13	3,4 %
Ensemble du Québec	24,27	22,76	22,70	-6,5 %

FIGURE 38
VARIATION (EN POURCENTAGE) DU SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE POUR LES VISITES
SUR CIVIÈRE DES PATIENTS HOSPITALISÉS ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION



La pertinence des soins à l'urgence

Trois indicateurs sont utilisés pour évaluer la pertinence des soins aux urgences. Il s'agit de la proportion des visites à l'urgence où une demande de consultation d'un spécialiste a été faite, du délai moyen pour ce type de consultation et, enfin, de la proportion des visites à l'urgence qui sont suivies d'une hospitalisation.

Proportion des visites avec consultation d'un spécialiste

En moyenne, au Québec, la proportion des visites avec consultation d'un spécialiste a baissé de 3,2% entre 2014-2015 et 2016-2017. Dans la région des Laurentides, cette baisse atteint près de 8,9%, alors qu'à l'opposé, on observe une hausse de 12% dans la région de Laval (figure 39).

En 2016-2017, près d'un quart des visites à l'urgence font l'objet d'une consultation d'un spécialiste (24,3%). Alors que ce pourcentage est relativement élevé dans la grande région de Montréal (entre 23% et 28%) ainsi que dans la région de la Capitale-Nationale (33,1%), il est seulement de 10 à 12% dans les régions éloignées (Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Côte-Nord). Notons que, dans ces régions, la disponibilité des médecins spécialistes est moins importante (tableau 12).

Délai moyen pour les consultations de spécialistes

Entre 2014-2015 et 2016-2017, le délai moyen pour les consultations de spécialistes a connu une baisse de 10,2%, pour l'ensemble du Québec. Il est passé de 7,96 heures à 7,14 heures, soit une baisse de près de 50 minutes (figure 40). Ce délai a diminué dans toutes les régions du Québec, avec pour certaines d'entre elles une diminution de 25% et plus (Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord et Lanaudière).

Toutefois, ce délai varie de façon importante selon les régions. En effet, en 2016-2017, le délai moyen pour les consultations de spécialistes était de seulement 3,80 heures dans le Bas-Saint-Laurent contre 9,26 heures dans la région de Lanaudière (tableau 13).

Proportion des visites suivies d'une hospitalisation

Dans l'ensemble du Québec, la proportion des visites suivies d'une hospitalisation a baissé de 2,7% entre 2014-2015 et 2016-2017. Ici aussi, la variation régionale est importante. Alors que la région de l'Estrie a connu une baisse de 8,9%, la Côte-Nord a plutôt vu cette proportion augmenter de 7,5% (figure 41).

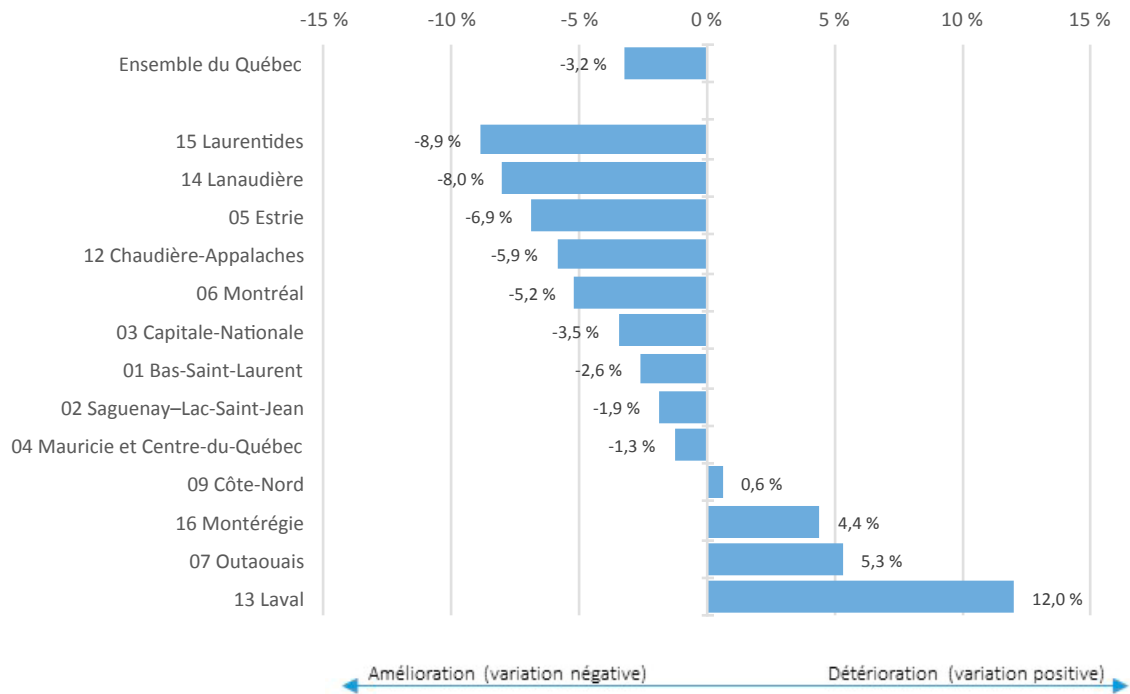
En 2016-2017, pour l'ensemble du Québec, 15,2% des visites à l'urgence se terminent par une hospitalisation. Cette proportion varie de 11,8% au Saguenay-Lac-Saint-Jean jusqu'à 22,2% dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (tableau 14).

Proportion des visites avec consultation d'un spécialiste

TABLEAU 12
PROPORTION DES VISITES AVEC CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE, SELON LA RÉGION

Régions	% des visites avec consultation d'un spécialiste			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	5,43	5,13	3,80	-30,1%
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	8,65	7,15	6,50	-24,8%
03 Capitale-Nationale	5,96	5,48	5,20	-12,8%
04 Mauricie et Centre-du-Québec	8,39	7,44	6,61	-21,2%
05 Estrie	6,90	6,83	6,20	-10,0%
06 Montréal	7,13	7,06	6,88	-3,5%
07 Outaouais	10,03	8,90	8,70	-13,3%
09 Côte-Nord	9,45	7,80	7,04	-25,5%
12 Chaudière-Appalaches	7,32	7,43	7,26	-0,7%
13 Laval	8,59	7,59	7,10	-17,3%
14 Lanaudière	12,39	11,03	9,26	-25,2%
15 Laurentides	10,32	8,75	8,73	-15,4%
16 Montérégie	9,88	9,85	9,12	-7,7%
Ensemble du Québec	7,96	7,56	7,14	-10,2%

FIGURE 39
VARIATION (EN POURCENTAGE) DE LA PROPORTION DES VISITES AVEC CONSULTATION
D'UN SPÉCIALISTE ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION

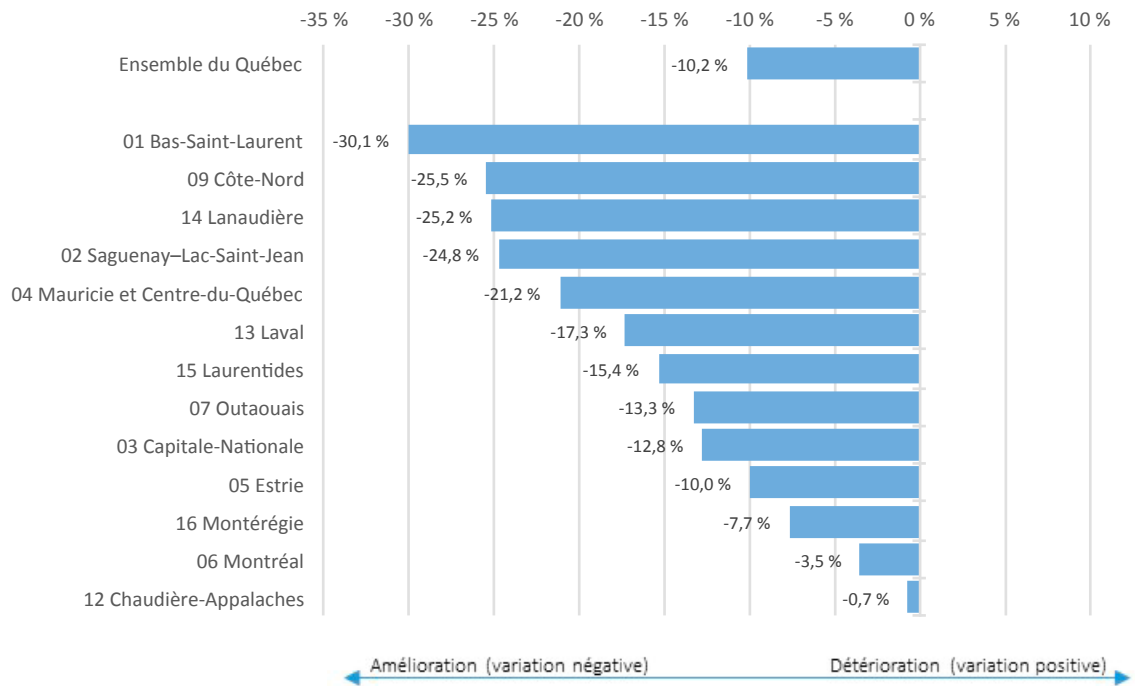


Délai moyen pour les consultations de spécialistes

TABLEAU 13
DÉLAI MOYEN POUR LES CONSULTATIONS DE SPÉCIALISTES (EN HEURES), SELON LA RÉGION

Régions	Délai moyen pour les consultations de spécialistes (en heures)			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	5,43	5,13	3,80	-30,1%
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	8,65	7,15	6,50	-24,8%
03 Capitale-Nationale	5,96	5,48	5,20	-12,8%
04 Mauricie et Centre-du-Québec	8,39	7,44	6,61	-21,2%
05 Estrie	6,90	6,83	6,20	-10,0%
06 Montréal	7,13	7,06	6,88	-3,5%
07 Outaouais	10,03	8,90	8,70	-13,3%
09 Côte-Nord	9,45	7,80	7,04	-25,5%
12 Chaudière-Appalaches	7,32	7,43	7,26	-0,7%
13 Laval	8,59	7,59	7,10	-17,3%
14 Lanaudière	12,39	11,03	9,26	-25,2%
15 Laurentides	10,32	8,75	8,73	-15,4%
16 Montérégie	9,88	9,85	9,12	-7,7%
Ensemble du Québec	7,96	7,56	7,14	-10,2%

FIGURE 40
VARIATION (EN POURCENTAGE) DU DÉLAI MOYEN POUR LES CONSULTATIONS DE SPÉCIALISTES
ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION

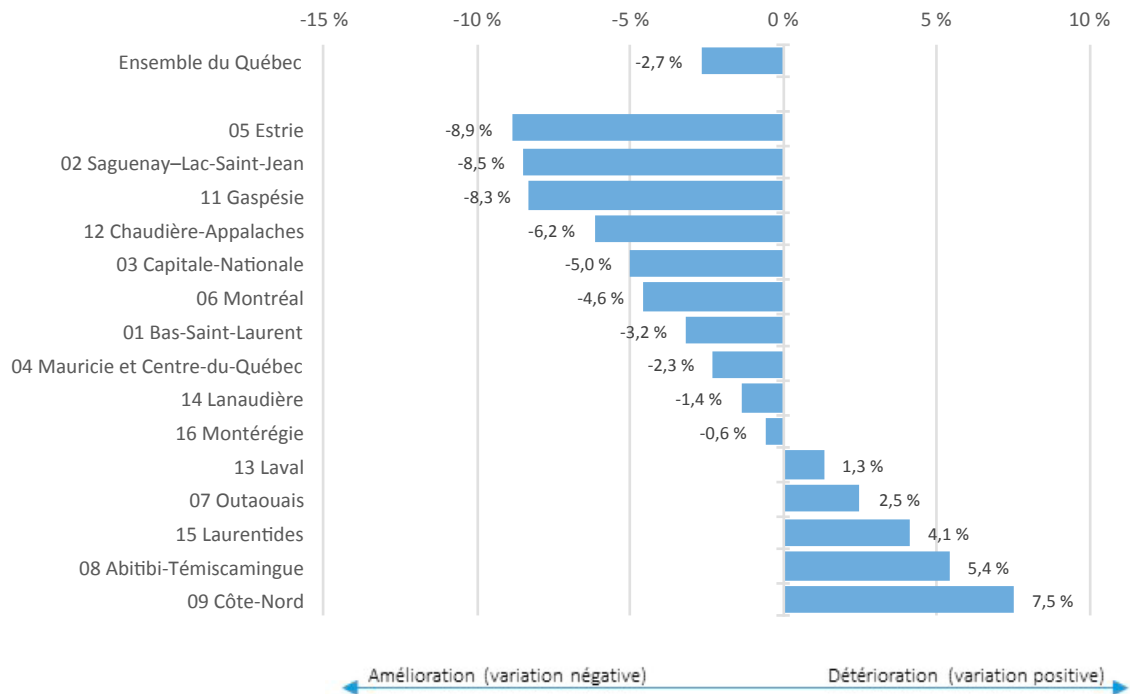


Proportion des visites à l'urgence suivies d'une hospitalisation

TABLEAU 14
PROPORTION DES VISITES À L'URGENCE SUIVIES D'UNE HOSPITALISATION, SELON LA RÉGION

Régions	Proportion des visites suivies d'une hospitalisation			Variation de 2014-2015 à 2016-2017
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
01 Bas-Saint-Laurent	15,5%	15,6%	15,0%	-3,2%
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	12,9%	12,2%	11,8%	-8,5%
03 Capitale-Nationale	15,4%	15,2%	14,6%	-5,0%
04 Mauricie et Centre-du-Québec	22,7%	21,6%	22,2%	-2,3%
05 Estrie	16,1%	15,2%	14,7%	-8,9%
06 Montréal	14,3%	13,7%	13,6%	-4,6%
07 Outaouais	14,1%	15,0%	14,4%	2,5%
08 Abitibi-Témiscamingue	13,4%	14,1%	14,1%	5,4%
09 Côte-Nord	13,8%	14,8%	14,9%	7,5%
11 Gaspésie	16,3%	16,0%	14,9%	-8,3%
12 Chaudière-Appalaches	13,8%	13,3%	13,0%	-6,2%
13 Laval	20,0%	20,7%	20,3%	1,3%
14 Lanaudière	19,4%	19,6%	19,1%	-1,4%
15 Laurentides	15,9%	16,1%	16,5%	4,1%
16 Montérégie	17,1%	16,9%	17,0%	-0,6%
Ensemble du Québec	15,6%	15,4%	15,2%	-2,7%

FIGURE 41
VARIATION (EN POURCENTAGE) DE LA PROPORTION DES VISITES À L'URGENCE SUIVIES
D'UNE HOSPITALISATION ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017, SELON LA RÉGION





Conclusion

Ce rapport du Commissaire permet, pour la première fois, de faire un état des lieux des visites en santé mentale dans les urgences du Québec. La méthodologie proposée pour classer les visites selon la gravité des troubles de santé mentale permet de mieux comprendre cette problématique et ses répercussions sur les séjours à l'urgence.

Il y a un peu plus de deux ans, le MSSS lançait le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 qui vise à « faire ensemble et autrement » dans le domaine de la santé mentale et propose quatre grandes orientations. Parmi celles-ci, on retrouve la volonté de « favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins », notamment par la consolidation d'un continuum de soins capable de répondre en temps opportun aux besoins des personnes. Dans cette perspective, il serait nécessaire de suivre l'évolution de l'utilisation des urgences en santé mentale dans le temps et de poursuivre les réflexions et travaux afin de mieux comprendre les raisons des écarts importants que l'on observe dans ce domaine entre les régions. Cela pourrait mieux soutenir la mise en place d'actions appropriées pour « assurer la performance et l'amélioration continue des soins et services en santé mentale », afin de répondre à la quatrième orientation du plan d'action du MSSS.

En ce qui concerne la santé physique, l'étude montre qu'au cours des trois dernières années, la situation dans les urgences du Québec s'est améliorée pour l'ensemble des 11 indicateurs retenus. Toutefois, le vieillissement de la population durant cette période a annulé une partie des gains réalisés. En effet, l'augmentation du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population entraîne un alourdissement de la clientèle aux urgences qui se traduit par un allongement des délais. Comme ce phénomène va se poursuivre et même s'intensifier dans les prochaines années, il faudra redoubler d'efforts pour que la population puisse bénéficier concrètement de l'amélioration de la situation dans les urgences du Québec.

À la suite des importantes réformes mises en place dans le réseau de la santé et des services sociaux ces dernières années, il faut continuer à suivre régulièrement la situation dans les urgences du Québec afin de pouvoir constater les effets de ces réformes et de surveiller en continu l'atteinte des objectifs, particulièrement en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé.

Annexes

Annexe 1 Diagnostics associés aux visites à l'urgence selon la gravité du trouble de santé mentale, 2016-2017

Code CIM10	Description du diagnostic	Nbre total de visites*	Nbre consult. psy.*	% consult. psy.*	Séjour moyen*
Trouble de santé mentale grave					
F209	Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision	7 803	5 352	69%	24,6
F239	Trouble affectif bipolaire, sans précision	5 056	3 025	60%	21,4
F319	Schizophrénie, sans précision	8 217	4 913	60%	24,7
TOTAL Trouble de santé mentale grave		21 076	13 290	63%	23,9
Trouble de santé mentale modéré					
F99	Trouble mental, sans autre indication	21 148	10 479	50%	14,3
Z046	Examen psychiatrique général, à la demande des autorités	470	232	49%	16,6
F609	Trouble de la personnalité, sans précision	11 044	5 449	49%	16,0
R443	Hallucinations, sans précision	1 995	978	49%	17,7
T424	Intoxication par les benzodiazépines	630	302	48%	15,7
F329	Épisode dépressif, sans précision	26 705	12 721	48%	13,0
R458	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur	6 690	2 651	40%	12,0
T399	Intoxication par un analgésique non opioïde, antipyrétique et antirhumatismal, sans précision	973	383	39%	15,8
F169	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, troubles mentaux et du comportement non précisés	41	16	39%	17,6
F199	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, troubles mentaux et du comportement non précisés	2 525	959	38%	15,5
F159	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, troubles mentaux et du comportement non précisés	401	152	38%	16,4
F149	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, troubles mentaux et du comportement non précisés	190	57	30%	13,5
TOTAL Trouble de santé mentale modéré		72 812	34 379	47%	14,1

Code CIM10	Description du diagnostic	Nbre total de visites*	Nbre consult. psy.*	% consult. psy.*	Séjour moyen*
	Intoxication				
T509	Intoxication par des drogues, des médicaments et des substances biologiques, autres et sans précision	9 709	2 665	27%	12,0
T390	Intoxication par les salicylés	98	26	27%	14,8
T439	Intoxication par un médicament psychotrope, sans précision	906	226	25%	12,3
T659	Effet toxique d'une substance, sans précision	1 481	275	19%	10,5
T406	Intoxication par des narcotiques, autres et sans précision	766	133	17%	12,1
F103	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage	4 596	740	16%	16,5
F139	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, troubles mentaux et du comportement non précisés	53	8	15%	9,1
T405	Intoxication par la cocaïne	1 073	161	15%	10,5
T469	Intoxication par des substances agissant essentiellement sur le système cardiovasculaire, autres et sans précision	84	11	13%	11,1
T409	Intoxication par des psychodysléptiques [hallucinogènes], autres et sans précision	550	71	13%	8,5
T511	Effet toxique du méthanol	17	2	12%	11,7
F100	Troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, intoxication aiguë	14 710	1 705	12%	9,5
	TOTAL intoxication	34 043	6 023	18%	11,4
	Trouble de santé mentale léger				
F489	Trouble névrotique, sans précision	5 493	1 235	22%	7,5
F509	Trouble de l'alimentation, sans précision	415	91	22%	10,7
G259	Syndrome extrapyramidal et trouble de la motricité, sans précision	112	21	19%	14,6
F119	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, troubles mentaux et du comportement non précisés	188	34	18%	11,5
F419	Trouble anxieux, sans précision	39 413	5 927	15%	6,6
Z659	Difficulté liée à des situations psychosociales, sans précision	6 081	809	13%	9,6
R630	Anorexie	706	89	13%	16,0
	TOTAL Trouble de santé mentale léger	52 408	8 206	16%	7,2
	Autres visites avec une consultation d'un psychiatre	5 216	5 216	100%	32,3

* Donnée brute, non ajustée. Les visites sans diagnostics ne sont pas incluses.

Annexe 2

Codes utilisés pour les exclusions pour les visites en santé physique

Visite en santé mentale

Les visites à l'urgence avec un diagnostic principal de santé mentale ou dont la raison est liée à la santé mentale sont exclues de l'analyse. Les codes utilisés pour ces exclusions sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Code	Diagnostics principaux (CIM-10)	Code	Raison de visite
F03	Démence	0600	Dépression/suicidaire/automutilation
F059	Delirium	0680	Idées suicidaires
F072	Syndrome post-commotionnel	0681	Tentative de suicide
F100	Intoxication aiguë à l'alcool	0601	Anxiété/crise situationnelle
F103	Syndrome de sevrage à l'alcool	0602	Hallucinations
F119	Troubles mentaux liés aux opiacés	0603	Insomnie
F139	Troubles mentaux liés aux hypnotiques	0604	Comportement violent/homicidaire
F149	Troubles mentaux liés à la cocaïne	0605	Problème social
F159	Troubles mentaux liés aux amphétamines	0606	Comportement bizarre
F169	Troubles mentaux liés aux hallucinogènes	0607	Inquiétude face à la sécurité du patient
F189	Troubles mentaux liés aux solvants	0630	Trouble de comportement pédiatrique
F199	Troubles mentaux liés aux drogues multiples		
F209	Schizophrénie		
F239	Trouble psychotique aigu		
F319	Trouble affectif bipolaire		
F329	Dépression		
F419	Anxiété		
F489	Trouble névrotique		
F509	Trouble de l'alimentation		
F609	Trouble de la personnalité		
F99	Trouble mental, autre		

Visites pour grossesse ou nouveau-nés

Les visites à l'urgence avec un diagnostic principal lié à une grossesse ou à un nouveau-né sont exclues de l'analyse. Les codes utilisés pour ces exclusions sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Code	DIAGNOSTIC PRINCIPAL GROSSESSE (CIM-10)
O009	Grossesse extra-utérine, sans précision
O021	Rétention d'un fœtus mort in utero
O039	Avortement spontané, complet ou sans précision, sans complication
O089	Complication consécutive à un avortement, ou à une grossesse extra-utérine ou molaire, sans précision
O15003	Éclampsie au cours de la grossesse, troubles ou complications antepartum
O20009	Menace d'avortement, épisode de soins non précisé ou sans objet
O21909	Vomissements de la grossesse, sans précision, épisode de soins non précisé ou sans objet
O36999	Soins maternels pour affection du fœtus, sans précision, trimestre non précisé, épisode de soins non précisé ou sans objet
O47903	Faux travail, sans précision, avec troubles ou complications antepartum
O60101	Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum
O75909	Complications du travail et de l'accouchement, sans précision, épisode de soins non précisé ou sans objet
O99809	Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, épisode de soins non précisé ou sans objet
O009	Grossesse extra-utérine, sans précision
O021	Rétention d'un fœtus mort in utero
O039	Avortement spontané, complet ou sans précision, sans complication
O089	Complication consécutive à un avortement, ou à une grossesse extra-utérine ou molaire, sans précision
O15003	Éclampsie au cours de la grossesse, troubles ou complications antepartum
O20009	Menace d'avortement, épisode de soins non précisé ou sans objet
O21909	Vomissements de la grossesse, sans précision, épisode de soins non précisé ou sans objet
O36999	Soins maternels pour affection du fœtus, sans précision, trimestre non précisé, épisode de soins non précisé ou sans objet
O47903	Faux travail, sans précision, avec troubles ou complications antepartum

Code	DIAGNOSTIC PRINCIPAL NOUVEAU-NÉS (CIM-10)
P229	Détresse respiratoire du nouveau-né, sans précision
P369	Sepsie bactérienne du nouveau-né, sans précision
P599	Ictère néonatal, sans précision
P60	Coagulation intravasculaire disséminée chez le fœtus et le nouveau-né
P619	Affection hématologique de la période périnatale, sans précision
P769	Occlusion intestinale du nouveau-né, sans précision
P77	Entérocolite nécrosante du fœtus et du nouveau-né
P789	Affection périnatale de l'appareil digestif, sans précision
P90	Convulsions du nouveau-né
P929	Problème alimentaire du nouveau-né, sans précision
P95	Mort fœtale de cause non précisée

Hôpitaux exclus

Le tableau ci-dessous présente la liste des établissements ayant une mission spécifique (santé mentale, pédiatrie et cardiologie) dont les visites à l'urgence ont été exclues de l'analyse.

PÉDIATRIE
Hôpital de Montréal pour enfants
CHU Sainte-Justine

SANTÉ MENTALE
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Institut universitaire en santé mentale Douglas
Pavillon Albert-Prévost (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)

CARDIOLOGIE
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Institut de Cardiologie de Montréal

Annexe 3

Tableaux synthèses sur l'évolution entre 2014-2015 et 2016-2017 des visites à l'urgence en santé physique

TABLEAU 15
NOMBRE DE VISITES À L'URGENCE ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017
SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET DES VISITES

Caractéristiques des patients et des visites			2014-2015	2015-2016	2016-2017	Évolution entre 2014-2015 et 2016-2017	
						Écart	%
Âge des usagers	18-64 ans	n	1 935 638	1 951 433	1 927 740	-7 898	-0,4%
		%	69,7%	69,6%	68,5%		
	65-74 ans	n	378 355	387 961	400 824	22 469	5,9%
		%	13,6%	13,8%	14,2%		
	75 ans et plus	n	463 648	464 675	486 000	22 352	4,8%
		%	16,7%	16,6%	17,3%		
Type de visite	Patient ambulatoire	n	1 869 849	1 875 714	1 856 823	-13 026	-0,7%
		%	67,3%	66,9%	66,0%		
	Patient sur civière	n	907 804	928 408	957 917	50 113	5,5%
		%	32,7%	33,1%	34,0%		
Orientation à la suite de la visite	Retour à domicile	n	2 052 830	2 064 859	2 056 115	3 285	0,2%
		%	73,9%	73,6%	73,0%		
	Admission CH	n	322 388	323 066	330 263	7 875	2,4%
		%	11,6%	11,5%	11,7%		
	Transfert	n	32 174	33 279	34 477	2 303	7,2%
		%	1,2%	1,2%	1,2%		
	Décès	n	8 231	7 423	7 191	-1 040	-12,6%
		%	0,3%	0,3%	0,3%		
	Départ avant prise en charge	n	287 115	280 457	271 647	-15 468	-5,4%
		%	10,3%	10,0%	9,7%		
	Réorienté	n	53 169	71 280	91 819	38 650	72,7%
		%	1,9%	2,5%	3,3%		
	Référence	n	21 746	23 750	23 228	1 482	6,8%
		%	0,8%	0,8%	0,8%		

Caractéristiques des patients et des visites			2014-2015	2015-2016	2016-2017	Évolution entre 2014-2015 et 2016-2017	
						Écart	%
Niveau de priorité au triage	1	n	27 517	28 402	28 237	720	2,6%
		%	1,0%	1,0%	1,0%		
	2	n	230 028	241 517	256 135	26 107	11,3%
		%	8,3%	8,6%	9,1%		
	3	n	817 713	841 569	858 871	41 158	5,0%
		%	29,5%	30,1%	30,6%		
	4	n	1 074 611	1 078 712	1 073 323	-1 288	-0,1%
		%	38,8%	38,6%	38,2%		
	5	n	622 453	607 537	592 485	-29 968	-4,8%
		%	22,5%	21,7%	21,1%		
	Total des visites	n	2 772 322	2 797 737	2 809 051	36 729	1,3%
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

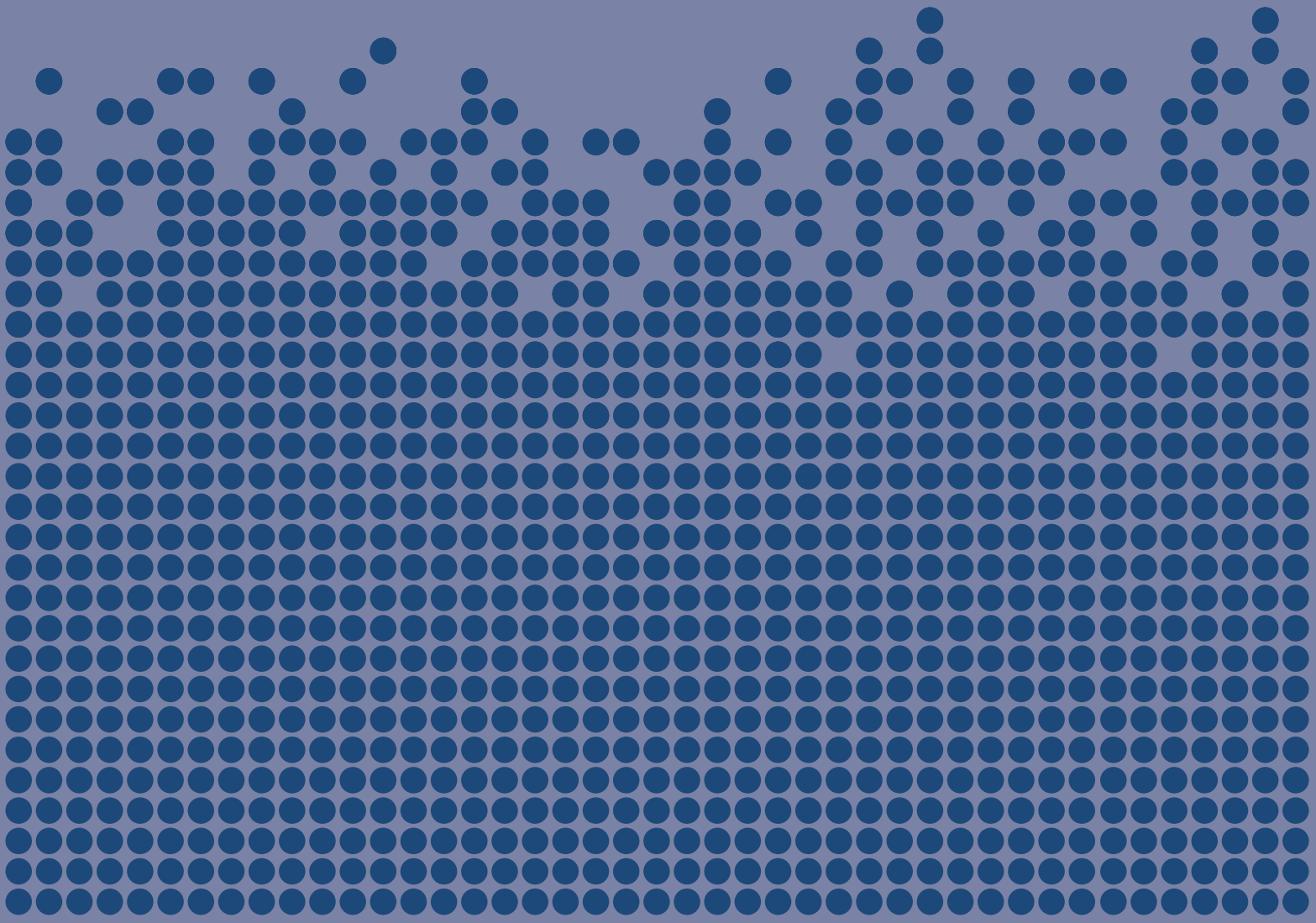
TABEAU 16
SÉJOUR MOYEN À L'URGENCE (EN HEURES) ET ÉVOLUTION ENTRE 2014-2015 ET 2016-2017
SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET DES VISITES

Caractéristiques des patients et des visites		Séjour moyen à l'urgence ¹			Évolution en % ²		
		2014-2015	2015-2016	2016-2017	Évolution 1	Évolution 2	Évolution 3
Toutes les visites	Avant ajustement	9,24	8,93	9,00	-3,3 %	0,8 %	-2,6 %
	Après ajustement	9,26	8,85	8,75	-4,5 %	-1,1 %	-5,5 %
Âge des usagers	18-64 ans	6,95	6,77	6,67	-2,6 %	-1,5 %	-4,1 %
	65-74 ans	11,42	10,85	10,69	-5,0 %	-1,4 %	-6,4 %
	75 ans et plus	16,17	15,01	14,95	-7,2 %	-0,4 %	-7,6 %
Type de visite	Patient ambulatoire	4,53	4,43	4,38	-2,1 %	-1,2 %	-3,2 %
	Patient sur civière	16,87	15,91	15,64	-5,7 %	-1,7 %	-7,3 %
Orientation à la suite de la visite	Retour à domicile	6,82	6,63	6,56	-2,8 %	-1,1 %	-3,9 %
	Admission CH	23,79	22,32	22,28	-6,2 %	-0,2 %	-6,3 %
	Transfert	12,82	12,24	11,97	-4,5 %	-2,2 %	-6,6 %
	Décès	7,67	7,10	7,35	-7,5 %	3,5 %	-4,3 %
	Référence	9,77	8,83	8,02	-9,6 %	-9,1 %	-17,9 %
Niveau de priorité au triage	1	13,78	12,73	12,86	-7,6 %	1,0 %	-6,7 %
	2	13,73	12,93	12,59	-5,8 %	-2,6 %	-8,3 %
	3	11,95	11,36	11,22	-4,9 %	-1,2 %	-6,1 %
	4	7,85	7,57	7,50	-3,6 %	-0,9 %	-4,5 %
	5	4,92	4,70	4,65	-4,5 %	-1,0 %	-5,5 %

1 Toutes les visites (ambulatoire et sur civière)

2 Évolution entre 2014-2015 et 2015-2016

- Évolution 1 : Évolution en pourcentage du séjour moyen à l'urgence entre 2014-2015 et 2015-2016
- Évolution 2 : Évolution en pourcentage du séjour moyen à l'urgence entre 2015-2016 et 2016-2017
- Évolution 3 : Évolution en pourcentage du séjour moyen à l'urgence entre 2014-2015 et 2016-2017



Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec 