Association canadienne des médecins d'urgence

Faire face à la crise dans les services d'urgence canadiens

« L'importance de cette réunion est profonde. Son potentiel pour sauver des vies au Canada surpasse l'effet de notre groupe de représentants. »

CAEP | ACMU

Documents

1. Représentants de l'ACMU
2. Déclaration préliminaire
3. Contexte
4. Documents à l'appui
    a. Déclaration de position sur l'encombrement et le blocage de l'accès des services d'urgence (English)
    b. Waiting to Die: The Hidden Pandemic of ED Crowding and Excess Mortality (article du CJEM) (English)
    c. Without more acute care beds, hospitals are on their own to grapple with emergency department crises (article du CMAJ) (English)
    d. Ébauche des recommandations EM:POWER
    e. Infographies/visuels
    f. Déclaration de position de l'ACMU sur la violence aux services d'urgence

Représentants de l'ACMU – Intervenants

Michael Howlett, directeur médical, CMFC (MU)
Président de l'ACMU
Médecin d'urgence Oshawa, ON (Lakeridge Health)

Le docteur Michael K Howlett est membre de l'ACMU depuis 2000 et membre du conseil d'administration depuis 2016, dont il sera élu président en 2020. Il a commencé sa carrière en médecine familiale à service complet en 1987 dans un cabinet rural en Nouvelle-Écosse. Il a occupé des rôles de dirigeant, comme chef du service de médecine d'urgence à l'hôpital régional de Colchester (Truro) en 1992 et chef de section du service de médecine d'urgence de Doctors Nova Scotia, et a fait partie du comité du conseil et économique de Doctors NS. Il a obtenu une maîtrise en administration des services de santé et la certification en médecine d'urgence du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) en 1997. Il a siégé au comité des promotions et au comité de la formation à l'internat du service de médecine d'urgence de l'Université Dalhousie de 2000 à 2019. Il a déménagé à Saint John au Nouveau-Brunswick à titre de chef du service de médecine d'urgence de Horizon Health Network dans la région de Saint John en 2009, pour superviser la mise en œuvre d'un nouveau plan de financement universitaire, parallèlement à l'ouverture du campus satellite de l'école de médecine de l'Université Dalhousie du N.-B. et à l'élaboration d'un programme intégré triennal de médecine familiale rurale et de médecine d'urgence au N.-B. À la fin de son mandat à Saint John, le docteur Howlett a déménagé dans la région d'Oshawa et a récemment été invité à devenir le directeur médical régional et chef du service de médecine d'urgence dans la région de Durham.

Elizabeth Shouldice, directrice médicale, CFMC (MU), maîtrise en santé publique
Présidente, comité des affaires publiques de l'ACMU
Directrice conseil d'administration de l'ACMU
Médecin d'urgence à Ottawa (ON) (Queensway Carleton Hospital)

La docteure Elizabeth Shouldice est une membre active du service de médecine d'urgence du QCH (Queensway Carleton Hospital) et est médecin à Recovery Care Bells Corners depuis 2018. Elle a commencé son parcours médical en obtenant un diplôme et un internat en médecine familiale à l'Université Dalhousie à Halifax, après quoi elle est retournée dans sa ville natale d'Ottawa pour effectuer un internat en médecine d'urgence. En se joignant au personnel du QCH en 2008, elle s'est intéressée à la santé publique et aux politiques de santé, décrochant finalement une maîtrise en santé publique à l'Université Johns Hopkins de Baltimore (Maryland) en 2013. L'engagement de la docteure Shouldice pour l'amélioration des soins de santé l'a conduite à suivre une formation supplémentaire en santé liée à l'usage de substances et à s'engager activement dans les efforts de politique de santé et de prévention, collaborant avec des organisations comme l'Association canadienne des médecins d'urgence et Meta:PHI. Elle est présidente du comité des affaires publiques de l'ACMU. Elle est également la directrice médicale des programmes paramédicaux de l'Algonquin College, ce qui souligne son dévouement pour la formation en matière de soins de santé et pour le bien-être des communautés.

Advocacy
Public Affairs Committee
CAEP | ACMU

Alecs Chochinov, directeur médical, FRCPC
Président, président de la force opérationnelle EM:POWER sur l'avenir des soins d'urgence
Ancien président de l'ACMU (de 2018 à 2020)
Médecin d'urgence à Winnipeg (Manitoba) (Saint-Boniface Hospital)

Le docteur Chochinov est professeur du service de médecine d'urgence à l'Université du Manitoba et ancien président de l'ACMU. Par une froide journée d'hiver en 1998 à Ottawa, il a réanimé le plus ancien survivant d'une immersion prolongée en eau glacée, ce qui l'a amené à s'intéresser à l'hypothermie et aux noyades. Il a récemment terminé son mandat de chef de service de l'université, mais il continue à exercer en clinique et à participer aux recherches collaboratives. Ses projets actuels comprennent une collaboration internationale examinant les transitions des soins entre le secteur de longue durée et le service d'urgence et la présidence de la nouvelle force opérationnelle de l'ACMU sur l'avenir de la médecine d'urgence au Canada.

Représentants accompagnateurs :

Lynn Garrow, B.Sc.Soc. (criminologie), MBA (KELLOGG)
Directrice générale
Association canadienne des médecins d'urgence

Christina Bova
Directrice, Mobilisation et défense des membres
Association canadienne des médecins d'urgence

Association canadienne des médecins d'urgence : Fermetures et encombrement des services d'urgence au Canada

Observations préliminaires : Dr Michael Howlett, président de l'ACMU

Merci de cette invitation pour discuter de l'état de la médecine d'urgence au Canada. Il y a exactement 45 ans aujourd'hui, l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) était créée à Toronto. Un groupe visionnaire de huit pionniers a constaté la nécessité impérative d'une voix forte pour défendre les patients canadiens et leurs soins de santé. L'heureux hasard de cette réunion d'anniversaire revêt une signification profonde. Nous sommes la voix des médecins d'urgence d'un océan à l'autre au Canada et nous sommes forts d'expériences et de savoirs à partager qui, nous en sommes convaincus, vous seront utiles dans la recherche de solutions durables pour améliorer les services d'urgence et aussi les soins de santé publics au Canada.

Je voudrais d'abord commencer en soulignant l'augmentation des demandes en médecine d'urgence et en donnant un aperçu général de nos défis.

- Encombrement :
    - Les salles d'attente dans lesquelles certains patients sont même assis sur le sol en raison d'un manque de sièges.
    - La réception de soins dans les couloirs ou d'autres endroits improvisés en raison du manque de salles ou de lits libres – ce qui compromet le respect de la vie privée des patients, leur dignité et la lutte contre les infections.
- Les fermetures imprévues.
- La pénurie de médecins et d'infirmières formés à la médecine d'urgence.
- Les temps d'attente prolongée pour une première consultation.
- L'effet de la dégradation du filet de sécurité sociale (les sans-abri, les personnes atteintes de maladies mentales et les populations vulnérables, etc.).
- Les retards dans les soins intensifs entraînent de mauvais résultats pour les patients.
- Les longues attentes de lits pour patients nécessitant une hospitalisation. Les patients admis peuvent passer des heures ou même des jours à attendre au service d'urgence qu'un lit pour patients nécessitant une hospitalisation se libère.

Encadrement : Dre Elizabeth Shouldice, présidente du comité des affaires publiques et membre du conseil d'administration de l'ACMU

Merci de votre attention et de votre soutien. Pour moi, il est beaucoup plus efficace d'agir en défendant des droits que de se plaindre. Je ne suis pas seulement médecin d'urgence, je suis Canadienne, comme vous, j'ai une famille qui peut un jour avoir besoin de soins d'urgence. Je suis urgentologue depuis 2008 et j'ai constaté des changements importants dans mon travail. Nombre de mes collègues partent, et il est de plus en plus fréquent d'arriver en poste alors que les temps d'attente atteignent une dizaine d'heures et de s'inquiéter, et parfois d'avoir peur, des patients dans la salle d'attente qui sont là pour obtenir des soins médicaux sans diagnostic ou sans problème de santé clair et précis. Ils souffrent souvent de divers symptômes ou problèmes, mais la cause de ces problèmes n'est pas immédiatement évidente pour nous.

Au Canada, nos équipes ont joué un rôle crucial pour garder les gens en sécurité et s'assurer que les patients les plus malades recevaient des soins à temps. Dans de nombreux services, les temps d'attente ont doublé, voire triplé. Nous savons que l'attente rend les patients de plus en plus malades. Les ressources nécessaires pour soutenir notre système ne sont plus suffisantes, et ce sentiment est partagé par des collègues dans tout le pays. Nos services, les niveaux de dotation et l'espace physique ont largement dépassé les ressources à disposition, et la demande de soins de santé mentale ou pour les dépendances n'a jamais été aussi forte.

Sur une note positive, mes collègues et moi-même, les professionnels de la santé qui sont encore là, sommes dévoués, compatissants et engagés à offrir les meilleurs soins possibles aux Canadiens. Nous sommes enthousiastes à l'idée de collaborer et de travailler ensemble, mais nous avons besoin de votre aide pour relever ces défis urgents.

Le rapport EM:POWER sur l'avenir des soins d'urgence au Canada : Dr Alecs Chochinov, président de la force opérationnelle EM:POWER, ancien président de l'ACMU (de 2018 à 2020)

Alors que nous préparons le monde d'après la pandémie, l'aggravation des blocages de l'accès et la crise de confiance dans la capacité du système de soins de santé à remplir sa mission montrent manifestement que nous ne pouvons pas simplement retourner aux anciens modèles et attendre des résultats différents. Les gouvernements, les dirigeants de la santé et la communauté médicale ont besoin d'approches plus innovantes, intégrées et efficaces de la prestation des soins de santé. Nos patients méritent mieux.

En réponse à ces défis, l'ACMU a institué la force opérationnelle EM:POWER qui a la mission ambitieuse de proposer un nouveau cadre de travail pour l'avenir des soins d'urgence dans un écosystème de soins de santé repensé. Il s'agit d'un processus pluriannuel pour formuler les principaux problèmes, puis les recadrer après avoir consulté à plusieurs reprises des spécialistes de notre domaine ou d'autres domaines et d'autres corporations professionnelles de la santé. Le rapport qui sera publié sous peu est seulement le début du processus de changement. Comme l'a décrit un dirigeant médical pendant nos consultations, utilisant une métaphore canadienne par excellence, ce (rapport) est comme une boule de neige entre nos mains en haut d'une colline, elle est encore petite, mais remplie d'une énergie

potentielle considérable. Lâchez-la et elle peut prendre de l'ampleur et de l'élan à partir de plusieurs sources pour devenir en fin de compte une force irrésistible. Et elle nous appartient à tous; personne ne se souciera d'où elle est partie.

EM:POWER, l'acronyme commence par « EM » (médecine d'urgence) et se termine par « ER » (écosystème repensé). Au milieu, on trouve les patients, les organisations et notre force de travail.

Le rapport commence par un préambule, puis enchaîne sur 30 recommandations essentielles, dérivées des cinq sections du rapport. Les 10 premières recommandations sont des recommandations primordiales pour le système de santé, et une autre dans le corps du rapport qui s'adresse en particulier au conseil des sous-ministres*.

La section 1 du rapport pose des questions d'orientation larges : Où en sommes-nous dans les soins d'urgence? Comment en sommes-nous arrivés là? Où allons-nous? Qu'est-ce qu'un médecin d'urgence et que devrait-il être, parce qu'il ne peut pas être tout pour tout le monde (c.-à-d., le filet de sécurité universel de la santé).

La section 2 traite des fermetures de services d'urgence dans le contexte de la planification générale des services d'urgence. Quel est le bon nombre de services d'urgence? Est-il préférable d'en avoir plus? Existe-t-il d'autres options d'accès aux soins d'urgence qui sont aussi bonnes, voire meilleures, ou moins chères et meilleures? Quels sont le bon nombre et le bon type de fournisseurs dans une équipe de service d'urgence?

La section 3 se concentre sur l'encombrement des services d'urgence et le blocage de l'accès à l'échelle du système, qui est le principal problème pour les Canadiens qui veulent obtenir des soins d'urgence et le principal symptôme du dysfonctionnement du système de santé. Elle propose un cadre de responsabilisation, dans lequel les besoins de la population cadrent avec les programmes, dotés de ressources proportionnelles, et il faut rendre compte des mesures du rendement de manière continue des programmes.

La section 4 traite de l'état de préparation aux catastrophes et de la résilience du système face aux périodes d'intensification. Elle définit une catastrophe comme une situation dans laquelle les ressources sont débordées par la demande et, à ce titre, cette situation s'applique à nos services d'urgence quotidiennement, en plus de l'anticipation de la prochaine pandémie. Les catastrophes entraînent également une morbidité et une mortalité excessives, et il ne fait plus guère de doutes que des milliers de décès excédentaires au Canada chaque année peuvent être attribués, directement ou indirectement, à l'encombrement des services d'urgence. C'est une catastrophe.

La section 5 couvre un éventail de forces et de tendances perturbatrices dans l'écosystème mondial qui refaçonnera et réorientera les soins d'urgence, la recherche et la formation dans les prochaines décennies. Elles comprennent la santé numérique et les technologies avancées, la justice, l'équité, la

diversité et l'inclusion, les changements climatiques et les leçons tirées des autres systèmes de santé (plus performants).

Il y a beaucoup de matières pour la discussion, la collaboration et, espérons-le, l'amélioration du système. Nous serons heureux de communiquer ce travail et de répondre aux questions, maintenant, tout à l'heure ou à l'avenir.

Comment pouvons-nous aider : Dre Elizabeth Shouldice

En qualité de défenseur de la prestation de soins d'urgence de grande qualité, l'ACMU souligne la nécessité de projets de collaboration entre nos deux groupes afin de relever ces défis. Nous voulons souligner qu'en tant que défenseurs de la médecine d'urgence, nous possédons une expertise dans ce domaine. Contrairement aux médecins des cliniques sans rendez-vous ou aux anesthésiologistes cardiaques (par exemple), notre spécialisation réside dans la médecine d'urgence et sa complexité. Il est essentiel de ne pas s'appuyer sur les apports d'autres spécialités non liées à la médecine d'urgence pour déterminer les solutions de cette crise nationale.

Rejoignez-nous pour avancer ensemble concernant ce qui suit :

1. **Reconnaissance publique de la crise et engagement pour une collaboration continue avec l'ACMU**

   Nous vous demandons instamment de défendre la cause de la déclaration de l'encombrement, des fermetures et du blocage croissant de l'accès dans les services d'urgence, qui est une urgence ou une crise médicale grave, devant les ordres de gouvernement provincial et fédéral. En reconnaissant ces problèmes et en vous associant à l'ACMU pour garantir que les Canadiens reçoivent les soins d'urgence de qualité qu'ils méritent, quel que soit votre code postal, vos administrations peuvent améliorer leur crédibilité et leur rapport avec le public canadien.

2. **Action immédiate : Créer un forum national en partenariat avec l'ACMU**

   Il permettra de partager des idées à l'échelle nationale, de dresser un état des lieux de l'union et de créer un modèle pour nous guider dans la multitude des problèmes que nous affrontons et servira de baromètre grâce auquel nous pouvons, ensemble, dire avec autorité ce qui doit changer et dans quel ordre en se fondant sur des preuves.

3. **Orientations futures**

   L'ACMU s'engage à favoriser un dialogue continu, la recherche et la collaboration afin de créer des solutions innovantes et durables contre l'encombrement des hôpitaux et les fermetures de services d'urgence. En travaillant ensemble, nous pouvons nous assurer que tous les Canadiens bénéficient de soins d'urgence de grande qualité lorsqu'ils en ont vraiment besoin. La

publication prochaine de notre rapport EM:POWER sur l'avenir des soins d'urgence au Canada sera essentielle pour tous les intervenants et contribuera à guider la réparation du système de soins de santé cassé du Canada.

Vous trouverez des renseignements supplémentaires et des preuves à l'appui dans notre document de référence et nos documents à l'appui.

Clôture : Dr Michael Howlett

L'Association canadienne des médecins d'urgence réaffirme son dévouement à régler les problèmes critiques de l'encombrement des hôpitaux et des fermetures de services d'urgence touchant le système de santé. Grâce à des projets collaboratifs et à des stratégies axées sur des preuves, nous cherchons à offrir des soins d'urgence plus sûrs et efficaces à tous les Canadiens. Au nom de nos membres, nous voulons réaffirmer notre volonté de collaborer avec vous et nous espérons sincèrement que vous serez d'accord. Nous tenons une nouvelle fois à vous remercier de votre invitation et nous répondrons volontiers à vos questions.

Association canadienne des médecins d'urgence : Déclaration sur les fermetures et l'encombrement des services d'urgence au Canada

L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) reconnaît le problème critique de l'encombrement des hôpitaux et son incidence sur les fermetures* inattendues de services d'urgence dans le pays. En qualité de défenseur de la prestation de soins d'urgence de grande qualité, l'ACMU souligne la nécessité de projets de collaboration entre les intervenants afin de régler ces difficultés.

* L'ACMU souhaiterait également clarifier que les fermetures inattendues comprennent les fermetures de services entiers (courantes dans les centres ruraux) ainsi que les fermetures partielles de services (fréquentes dans les grands centres urbains). Elles ont toutes des effets négatifs importants dans les communautés.

1. **Reconnaissance du problème**

   L'encombrement des hôpitaux et les fermetures subséquentes de services d'urgence présentent des risques importants pour les soins, la sécurité des patients et surtout la prestation de soins de santé. Ces difficultés peuvent compromettre les résultats pour les patients, augmenter le temps d'attente et imposer un stress excessif aux professionnels de la santé. Les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral doivent déclarer que les fermetures des services d'urgence et l'augmentation des blocages de l'accès constituent une urgence ou une crise médicale des soins de courte durée.

2. **Causes et facteurs contributifs**

   Divers facteurs contribuent à l'encombrement des hôpitaux et aux fermetures des services d'urgence, notamment :

   - l'insuffisance de la capacité en lits pour les patients nécessitant une hospitalisation, surtout dans les zones de débordement des services d'urgence comme les soins de courte durée et les unités de soins intensifs;
   - l'insuffisance des ressources dans le système en général, surtout en raison de l'augmentation incessante et du vieillissement de la population;
   - des ressources inadéquates pour l'évaluation et le traitement des patients en temps opportun;
   - l'accès limité aux services de soins primaires et communautaires qui entraîne des présentations de maladies graves avancées menant à des résultats négatifs ou à l'admission pour des examens, parce qu'un suivi approprié est impossible;
   - des processus administratifs complexes qui perturbent le flux des patients;

- lorsqu'un service ferme complètement ou partiellement, aucune ressource n'est redirigée pour aider les autres secteurs qui reçoivent alors des patients.

L'ACMU souhaite surtout insister sur le fait que les visites pour une raison de faible gravité ou que certains considèrent comme « inappropriées » NE SONT PAS la cause de l'encombrement des services d'urgence. Il s'agit d'un malentendu courant qu'il convient de dissiper.

3. **Position de l'ACMU**

L'ACMU souligne les points essentiels ci-dessous pour régler l'encombrement dans les hôpitaux et les fermetures des services d'urgence :

- Mission coordonnée : Les intervenants comme les gouvernements, les établissements de soins de santé, les fournisseurs de soins de santé et les organisations communautaires doivent collaborer pour créer et mettre en place des solutions complètes qui répondent à la fois aux pressions à court terme et aux problèmes systémiques à long terme.
- Optimisation des points d'accès : Il faut optimiser le nombre, la répartition, la capacité, les liens, la coordination et la main-d'œuvre des services d'urgence et des autres points d'accès du système de soins d'urgence.
  Responsabilisation : Il faut mettre en œuvre des cadres de responsabilité des soins aux patients pour définir les attentes et les objectifs de performance des programmes, et pour responsabiliser les personnes, les programmes et les organisations. La sécurité des patients, la qualité de soins et la rapidité des traitements doivent rester le point central de tous les efforts pour gérer l'encombrement et les fermetures de services d'urgence.
- Affectation des ressources : Des ressources adéquates, tant financières qu'humaines, doivent être affectées aux services d'urgence afin de garantir un flux de patients efficace, des évaluations rapides et des prestations de soins appropriées.
- Solutions axées sur les données : La prise de décision fondée sur des données probantes doit guider l'établissement et la mise en œuvre de stratégies visant à atténuer l'encombrement. Des collectes et des analyses régulières de données sont essentielles pour surveiller les progrès et adapter les interventions si nécessaire.
- Adaptation et évolution continues : Les systèmes de soins d'urgence doivent améliorer continuellement leur approche de la création, de la mise en œuvre et de l'intégration des connaissances, dans la médecine et au-delà, afin de s'adapter à l'évolution du monde.

4. **Actions immédiates requises :**

Pour répondre aux difficultés posées par l'encombrement des hôpitaux et les fermetures de services d'urgence, l'ACMU recommande les mesures suivantes :

- Communication bidirectionnelle continue entre l'ACMU et les systèmes de santé provinciaux concernant la crise.
- Augmentation de la capacité en lits d'hôpital pour répondre à la demande de la population et améliorer le flux des malades nécessitant une hospitalisation.
- Mise en œuvre de stratégies efficaces de gestion du flux des patients dans les hôpitaux pour réduire les goulots d'étranglement.
- Amélioration du soutien pour les services de soins primaires et élargissement de l'accès aux ressources de santé communautaires.
- Simplification de la communication et de la collaboration fluide entre les services d'urgence, l'administration des hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires.

5. **Orientations futures**

L'ACMU s'engage à favoriser un dialogue continu, la recherche et la collaboration afin de créer des solutions innovantes et durables contre l'encombrement des hôpitaux et les fermetures de services d'urgence. En travaillant ensemble, nous pouvons nous assurer que tous les Canadiens bénéficient de soins d'urgence de grande qualité lorsqu'ils en ont vraiment besoin. La publication prochaine de notre rapport EM:POWER sur l'avenir des soins d'urgence au Canada sera essentielle pour tous les intervenants et contribuera à guider la réparation du système de soins de santé cassé du Canada.

Conclusion

L'Association canadienne des médecins d'urgence réaffirme son dévouement à régler les problèmes critiques de l'encombrement des hôpitaux et des fermetures de services d'urgence touchant le système de santé. Grâce à des projets collaboratifs et à des stratégies axées sur des preuves, nous cherchons à offrir des soins d'urgence plus sûrs et efficaces à tous les Canadiens.

Références :

1. Affleck A, Parks P, Drummond A, Rowe BH, Ovens HJ. Emergency department overcrowding and access block. CJEM. Nov. 2013.;15(6):359-84. Anglais, français. doi : 10.1017/s1481803500002451. PMID : 24176460.
2. https://caep.ca/wp-content/uploads/2021/04/National-Licensure-ConsensusStatement-FINAL.pdf
3. Drummond, A., Chochinov, A., Johnson, K. et autres. Prise de position de l'ACMU sur la violence aux services des urgences. Can J Emerg Med 23, 758–761 (2021). https://doi.org/10.1007/s43678-021-00182-z

Déclaration connexe : The Health Care Safety Net is Ripping

Breaking News Media Centre

Contact :

Christina Bova
Directrice, Mobilisation et défense des membres
Association canadienne des médecins d'urgence
cbova@caep.ca

Emergency department overcrowding and access block

Andrew Affleck, MD*; Paul Parks, MD†; Alan Drummond, MD‡; Brian H. Rowe, MD, MSc§; Howard J. Ovens, MD‖

EXECUTIVE SUMMARY

Emergency department overcrowding (EDOC) is defined as a situation where the demand for emergency services exceeds the ability of an emergency department (ED) to provide quality care within appropriate time frames.[1,2] ED overcrowding has been a key issue in Emergency Medicine in Canada for more than 20 years. Despite increased political, administrative, and public awareness, EDOC situations continue to rise in frequency and severity.[3] Patient suffering, prolonged wait times, deteriorating levels of service, adverse patient outcomes and the ability to retain experienced staff in an ED are all ill effects of this ongoing problem.

Contrary to popular perceptions, ED overcrowding is not caused by inappropriate use of ED's, or by high numbers of lower acuity patients presenting to the ED; the inability of admitted patients to access in-patient beds from the ED is the most significant factor causing EDOC in Canadian hospitals.

Despite its importance, there currently are no national benchmarks in place to determine severity (and thus identify the factors causing poor performance). Through this position statement, CAEP will put forth recommended national benchmarks (targets) for ED performance to help address the issue. The suggested targets are as follows:

i. ***Time to physician initial assessment (PIA):***

- Median of 1 hour, 90th percentile of 3 hours.

ii. ***Time (to transfer) to in-patient bed:***

- Median of 2 hours, 90th percentile of 8 hours

iii. ***ED LOS:***

- **CTAS IV/V discharged patients** – median of 2 hours, 90th percentile of 4 hours;
- **CTAS I-III discharged patients** – median of 4 hours, 90th percentile of 8 hours;
- **Admitted patients (all CTAS levels)** – median of 8 hours, 90th percentile of 12 hours.

It is CAEP's belief that adoption of national benchmarks *(see recommendations for further details)* will provide goals for each province or territory to strive to achieve, and a mechanism for comparing their progress to their peers. We understand that depending on their circumstances and current situation, individual hospitals may find these targets difficult to reach while others may be performing at or above these targets, but we believe all will benefit from a set of common metrics and benchmarks.

EDOC is a public health concern whose root causes extend beyond the walls of Canada's ED's. It reflects a need for solutions and interventions at multiple levels within the health care system. Solutions outlined within this position statement will reflect this need while not minimizing the most important factor causing EDOC – delays in securing beds for patients admitted through the ED.

CAEP POSITION

1. The primary problem arising from EDOC is a block in the provision of health care required by patients presenting to the ED within an appropriate time and

From the *Thunder Bay Regional Health Sciences Center, Northern Ontario School of Medicine, Thunder Bay, ON; CAEP Public Affairs Co-Chair; †Medicine Hat Regional Hospital, Medicine Hat, AB; ‡Perth and Smiths Falls District Hospital, Perth, ON; CAEP Public Affairs Co-Chair; §Department of Emergency Medicine and School of Public Health, University of Alberta, Edmonton, AB; and ‖Schwartz/Reisman Emergency Centre, Mount Sinai Hospital, and Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Toronto, ON.

Correspondence to: Dr. Howard Ovens, Schwartz/Reisman Emergency Centre, Mount Sinai Hospital, Toronto, ON M5G 1X5; howard.ovens@utoronto.ca.

© Canadian Association of Emergency Physicians
CJEM ;15(6):359-370 DOI 10.2310/8000.CAEPPS

in an appropriate place. This results in a diminished access to health care or "Access Block" (AB).* Access Block often results from system capacity and efficiency issues that lie outside of the ED.

EDOC is associated with increased mortality and worse outcomes for patients assessed in a crowded ED whether admitted or discharged.[5,6] It has been studied extensively and can be conceptualized using the ***input-throughput-output*** model where a comprehensive, jurisdictional approach is required to address factors impacting flow outside the ED; in the community, in the rest of the acute care hospital, and in the post-acute continuing care sector. A summary of the evidence on interventions and strategies to reduce overcrowding has been published.[7,8] Comprehensive approaches to EDOC from a system perspective should include:

a. Transparent and easy access to valid and reliable data to measure performance[9] using nationally standardized definitions as per the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Canadian Emergency Department Information System (EDIS) National Working Groups, and the National Ambulatory Care Records System (NACRS) database;
b. Establishment of performance targets and benchmarks for key ED and in-patient intervals;
c. Timely public reporting of performance targets along with success on achieving the benchmarks;
d. Financial incentives (pay-for-performance initiatives) should be explored for hospitals and providers to improve performance;
e. Coaching and education for hospitals on best practices to improve processes related to flow within the ED along with overall hospital flow, using evidence based repositories;
f. Attention to community access to long-term care must become a local, provincial and national priority;
g. Attention to:
    i. Acute care capacity (target maximum below 95% occupancy rates);
    ii. Alternative Level of Care (ALC) levels in acute care settings (target maximum 5% occupancy rates);
    iii. Adequate capacity in the Long-term Care (LTC) and post-acute care sector;
    iv. Community and home care supports for vulnerable groups such as the frail elderly.

2. Use of standard intervals for performance monitoring and public reporting is important to allow cross-jurisdictional comparisons of performance. With the starting time being the time of registration or triage, intervals or performance metrics should include:
    a. "**Waiting Times**" – Intervals that are strictly waiting:
        i. Time to physician initial assessment (PIA) – is the total time from initial registration/triage to first being seen by an MD;
        ii. Time for transfer of care for Emergency Medical Services (EMS) arrivals: "ambulance offload time" – time from arrival until care accepted by ED;
        iii. Time to consultation: ideally, time elapsed between the consult request to arrival of consulting physician;
        iv. Time to transfer to in-patient bed for admitted patients: time from admit decision to actual transfer/departure to the ward.
    b. "**Care Times**" – Intervals that include care and waiting combined:
        i. Total Length of Stay in the ED (ED Length of Stay, or ED LOS);
        ii. Time from arrival to consult request (for patients receiving consults this includes the emergency physician's process time and often the time for diagnostic imaging to be performed (and reported) and lab turnaround times);
        iii. Consult request to disposition decision (for patients receiving consultation this is the consultant's process time).
3. The format for public reporting is crucial. Key principles include:
    a. **Segregate populations**: Differentiate between patients requiring admission to hospital and

*For consistency, the term EDOC is utilized within this paper to specifically refer to the ED manifestations of Access Block. The transition to the use of Access Block has been recently encouraged, to reinforce the concept and understanding that EDOC is a form of Access Block with roots and causes that frequently lie outside of the ED. To remain consistent we have chosen to continue to utilize the abbreviation EDOC to describe Access Block that manifests within the ED.[4]

those who can be safely discharged from the ED.

b. **Report Non-aggregated Data**: EDOC is primarily a problem of academic centres and high volume urban centres. Aggregating regional or provincial data will obscure significant local problems. Performance of individual facilities must be reported separately.

c. **Format of metrics**: For internal performance monitoring, reporting of metrics at the 90th percentiles has advantages and is recommended for health care professionals and system administrators. On the other hand, public reporting requires the use of medians which are better understood by the public and patients. Averages have problems in skewed data sets and should be avoided.

4. Targets are an important component of performance improvement. Very little evidence exists to guide the setting of targets for ED wait times, but targets should be determined using best existing evidence in conjunction with expert consensus. Ideally the targets should be aligned across jurisdictions to allow performance comparisons. Without objective measures and system access benchmarks it can be difficult to quantify the level of Access Block within a hospital, region or province. Worse, without gauging success at achieving targets over time, it can be very difficult to assess whether system adjustments designed to improve flow are accomplishing their intended effect. At a minimum it is recommended that targets be established for the following parameters, and, based on existing provincial goals and expert consensus, the suggested targets are as follows:

   i. **Time to physician initial assessment (PIA)**:

   - Median of 1 hour, 90th percentile of 3 hours.

   ii. **Time (to transfer) to in-patient bed**:

   - Median of 2 hours, 90th percentile of 8 hours.

   iii. **ED LOS:**

   - **CTAS IV/V discharged patients**
     - median of 2 hours, 90th percentile of 4 hours;
   - **CTAS I-III discharged patients**
     - median of 4 hours, 90th percentile of 8 hours;
   - **Admitted patients (all CTAS levels)**
     - median of 8 hours, 90th percentile of 12 hours.

5. It is important to keep in mind that "wait times" are different than "length of stay." The wait times are the intervals where a patient is waiting for something (i.e., care from a health care provider or assignment to a bed). Length of stay markers measure the time it takes for a patient to receive care, including assessment and treatment. While the experience of waiting and receiving care can be intimately intertwined in an ED visit, they are frequently confused. It is important to provide clarity when publishing and discussing these numbers, as spending a total of 8 hours in an ED including assessment, complex diagnostics and treatment (ED LOS) is considerably different from waiting 8 hours in an ED waiting room awaiting assessment by a physician (time to PIA).

INTRODUCTION

ED overcrowding is a complex, multi-dimensional health services problem which is conceptualized using the input-throughput-output model.[4,10,11] While media attention has highlighted input factors and inappropriate use of the ED across Canada, the primary and definitive cause of ED overcrowding is hospital overcrowding (also known as "Access Block").[4] Hospital overcrowding can also be conceptually organized with the same model: input (e.g., elective and ED admissions); throughput (in-patient services and flow), and output (e.g., discharge, community care resources, access to LTC).

BACKGROUND

CAEP published its first position paper on ED Overcrowding (EDOC) in 1994 with a revision in 2009. The first paper identified and defined the issue of EDOC which helped to propel Emergency Department Wait Times onto provincial forums as well as causing ED wait times to be included on the national Wait Time List supported by the Canadian Medical Association (CMA). Having identified EDOC as a growing health care concern, the second position paper stressed the system-wide origins of EDOC and recommended wait time targets to improve patient care as well as stressing the fact that Access Block solutions must occur on a system wide basis. Since the

last position paper in 2009, change has rapidly occurred in Canada and internationally. At a provincial level, several provinces have taken steps to look at and address ED wait times. Over time, there has been a growing appreciation of the multi-factorial causes of EDOC, and a system-wide approach to addressing Access Block has now been generally accepted.

The main factors causing long ED wait times and EDOC penetrate almost every level of the Canadian health care system. Consequently, there has been a shift away from focusing solely on overcrowding alone and processes within the ED to adopting language that better describes the true causative factors of EDOC and the Access Block that patients are experiencing at multiple levels.

On the input side, changes occurring in primary care have also resulted in Access Block that can contribute to EDOC. Patients without a primary care provider (PCP) may turn to the ED as their only access to health care, while other patients may have a PCP that cannot accommodate semi-urgent bookings, so they often turn to the ED for urgent attention. This creates a situation where more patients utilize the EDs, and worse, a larger proportion of these patients have missed opportunities for preventative care and thus present with illnesses that are further advanced. In addition, the age of patients presenting to the ED and the complexity of their problems has increased. Consequently, in many EDs, there is an increased need for investigations, advanced imaging and consultation, further extending the length of stay and contributing to overcrowding. Finally, utilization of ED's for episodic care and chronic conditions also creates a need for better communication between EDs and PCPs to help coordinate the overall care of patients.

On the output side, ALC patients can have a significant impact on EDOC by occupying acute care spaces that could be utilized by newly admitted ED patients. In addition to the reduced bed capacity that results from high ALC levels, the patients waiting ALC placement are not receiving the appropriate ALC care in the optimal place which can impact on their outcomes and experience - and thus their needs have to be addressed as part of the solution.

This position paper will serve to update the previous position papers to reflect these changes. The goal of this update is to add recent experience and scientific literature to the discussion in the hopes of creating a document that can be used when trying to address the multi-layer causes of EDOC.

PROBLEM DEFINITION

Delays in emergency care can occur at a variety of levels. As outlined in the Executive Summary, the inability for admitted patients to access in-patient beds from the ED is the most significant factor causing EDOC in most busy Canadian hospitals. Although ED input pressures can contribute to EDOC in some communities, specifically where a lack of timely access to a PCP is a significant factor for patients, the vast majority of the time the system bottlenecks are located "down-stream" from the ED and occur on the output side of patient flow. Problems associated with flow of admitted patients out of the ED and into the hospital, and then ultimately back out into the community, can arise from several factors. At different times in different hospitals/communities the problems can be based on numerous capacity and efficiency limitations and may include:

- Suboptimal utilization of acute care beds including access to diagnostics;
- A shortage of acute care bed capacity - actual bed numbers may be inadequate and/or beds may be blocked for budget or other reasons including presence of ALC patients;
- ED staffing shortages (including physicians);
- Staffing shortages and other inefficiencies affecting physicians/consultants and programs providing inpatient services;
- Limited community care resources - both home care and post-acute care resources such as long term care or rehabilitation services;
- Lack of integration of community and hospital-based resources;
- Poor communication between acute care facilities and PCPs when patients are ready for discharge but require timely follow-up;
- Confusion on who is accountable for the patient at different times in the patient's care.

With the shortage of hospital beds and recurring issues with acute care capacity, hospitals increasingly face a situation where more patients require admission than there are beds to accommodate them. The current approach to dealing with Access Block due to hospital crowding involves delaying the outflow of admitted patients into appropriate inpatient areas; resulting in an excessive and unsafe use of EDs to inappropriately "warehouse" admitted patients, both stable and unstable, for long periods of time. This "boarding" of admitted

patients within the ED results in EDOC and thus creates delays in seeing new patients presenting to the ED.

Surveys have shown that patients attempt multiple other options prior to accessing the ED.[12] Moreover, patients of lower acuity and urgency do not occupy acute care stretchers, require little nursing care, and typically have brief treatment times. The myth of "inappropriate use" should be permanently dispelled, and administrators and politicians should be encouraged to avoid attributing EDOC to ambulatory patient ED health services access. While patients discharged home are not the cause of ED overcrowding, process improvements for this group can decrease their waiting, and improve their experience. All Canadian ED's should commit to continuous quality improvement to ensure they are keeping up with best practices and optimizing ED resource use and patient experience. Improving and optimizing care delivery within every ED should be an ongoing priority for all hospitals, but this optimization process will not be able to address the down-stream output bottlenecks that are the root causes of EDOC.

Given the near universal and recurrent issue in Canada of in-patient bed limitations, EDOC is a direct consequence of hospital overcrowding, which in turn is a major contributor to Access Block.[13] In Canada, the problem of EDOC is most critical at trauma, tertiary care, teaching, and high-volume hospital EDs.[3] The consequences of EDOC are, however, similar across the emergency care system; referring hospitals and ambulances are unable to access secondary and tertiary care ED facilities in a timely fashion. For instance; despite having adequate acute care capacity locally, peripheral hospitals often experience Access Block in the form of delayed transfer to definitive care for their patients. This form of Access Block is an important issue for rural physicians and their patients, when physicians are unable to transfer patients requiring a higher level of care to urban receiving facilities which are frequently overwhelmed.

Pressures on ambulance services can occur when EDs are gridlocked with admitted patients and paramedics are unable to transfer patient care to ED staff in a timely fashion. Ambulance offload delays or, in uncommon cases, ambulance diversion are both examples of Access Block where EDOC impacts and delays access to pre-hospital care. While EDOC can compromise care for the EMS patient waiting to be off-loaded to an ED care space, it can also lead to staffing pressures for EMS services and result in longer response times for new calls. This in turn compromises the safety of patients experiencing emergencies in the community as the Access Block moves upstream.

Access Block can also occur within hospitals on multiple levels. Within the ED when inpatients occupy ED stretchers for prolonged periods of time they block access to these care spaces by ill and injured patients in the waiting room and increase waiting times for newly arriving patients. For the inpatients housed in the ED, the care provided is not equivalent to that on a ward and thus there is Access Block to appropriate inpatient care. Within many Canadian hospitals, elective surgery cases have been delayed or cancelled in an effort to deal with hospital and ED overcrowding, and in doing so patients awaiting scheduled surgery experience Access Block. On the inpatient wards, as hospital overcrowding increases, nursing workloads that are often perceived as dangerous result and provider/patient satisfaction decreases when over capacity protocols (OCP) are initiated.

In 2009, Canada had only 1.7 acute care beds per 1,000 Canadians, ranking 33rd out of 34 Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) countries (OECD average was 3.4/1,000).[14] The lack of acute care beds in Canada means that most hospitals frequently operate at unsustainable occupancy rates of higher than 95%, a level at which regular bed shortages, periodic bed crises, and hospital overcrowding are inevitable.[15–17] Functioning at capacities above 95% occupancy does not allow for flexibility in the system to accommodate the natural peaks in patient volumes and admissions that will periodically occur.

Acute care bed capacity can also be significantly affected by patients who occupy acute care beds but who actually require an "alternate level of care" (e.g., long term care, rehabilitation etc.) and yet cannot access this care because of shortages in community resources and post-acute bed capacity. These patients account for the occupancy of up to 20% of acute care hospital beds, and thereby contribute to ED overcrowding and Access Block by preventing the admission of emergency patients to hospital beds.[18] The majority of patients in ALC status are elderly; with life expectancy increasing and the population aging this bottleneck will escalate if the problems are not addressed.

As can be seen, the problem of Access Block in general, and more specifically the growing concern of EDOC, is a multifaceted issue and no one single intervention will be effective. Any attempts to address EDOC will require a system-wide approach that will need to take into account input factors (improved

primary care access and improved ongoing care for patients with chronic conditions), throughput issues and ED optimization, along with addressing output bottlenecks and the flow of admitted patients (from acute care capacity and efficiency improvements all the way back out to the community and to post-acute care capacity).

RECOMMENDATIONS

The following recommendations have been generated from evidence-based documents with input from CAEP experts' opinions and consensus.

i **Establish national benchmarks for key intervals in the ED experience and report them publicly:** CAEP recommends the establishment of national benchmarks for key intervals in the experience of patients receiving care within the ED. In order to encourage transparency, and to ensure this issue remains in the forefront of the public's attention, these targets and individual non-aggregated hospital performance measures should be publicly reported. All benchmarks must be measurable and be linked to an accountability framework in order to adequately assess performance. Reliable, complete, and accurate data must also be collected in every ED so that progress can be measured and interventions evaluated.

For public reporting the median is best understood by lay people and reflects the typical patient experience. The 90th percentile targets should also be measured and reported as they better reflect majority experience and are a better tool for identifying existing delays and for judging process improvement, and can be used for incentives such as pay for results programs.

It is predicted that hospitals across the country will be at varying levels of performance initially, but patients can expect us to work towards a common standard of service. In general, expecting improvements of 5-10% per year towards these targets are reasonable.

Currently, there are many different targets in place across Canada – see Table 1 – CAEP urges provinces to meet and agree on common targets and reporting standards so Canadians can know how their community compares to others across the country.

1. **Time to PIA:** This is the interval from triage or registration until the patient is seen by an MD. This is the interval that most patients would intuitively think of as their "wait time" on an emergency visit, and correlates to "left without being seen" rates, overall patient satisfaction and total ED length of stay.
   CAEP recommends a target of one hour at the median and 3 hours at the 90th percentile.

2. **Time to In-patient Bed**: This is the interval from admission decision until a patient departs to the ward. It is the other key waiting interval and reflects bed availability at the time of admission, as well as hospital administrative efficiencies in assigning beds and arranging transfer of care and transportation. Admitted patients wait in uncomfortable circumstances in the ED for long periods of time, and this should be avoided in an optimally resourced and well-functioning health care system.
   CAEP recommends a target of 2 hours at the median and 8 hours at the 90th percentile.

3. **Overall length of stay in the ED (EDLOS)**: This is the time from arrival at triage or registration until departure home or transfer

Table 1. Variation in Emergency Department wait-time targets (as of November 2011)

	Admits	High Acuity Discharges	Low acuity discharges
Nova Scotia	8 hours 90th %-ile	8 hours 90th %-ile	4 hours 90 th %-ile
Quebec	12 hour (mean)	8 hours (mean)* * applies only to stretcher patients.	
Ontario	8 hours 90th %-ile	8 hours 90th %-ile	4 hours 90th %-ile
Manitoba		N/A	
Saskatchewan		N/A	
Alberta	8 hours 90th %-ile	4 hours 90th %-ile	
British Columbia	10 hours 75th %-ile	4 hours 75th %-ile	2 hours 75th %-ile

Courtesy of the Health Quality Council of Alberta.

to the ward. It reflects total patient experience, including care and waiting. In some cases, better care will require a longer stay, which is partly reflected in the varying target times by acuity/disposition.

a. **Low acuity discharged patients (CTAS IV or V on arrival): CAEP recommends a target of 2 hours at the median and 4 hours at the 90th percentile;**
b. **High acuity discharges (CTAS I-III on arrival): CAEP recommends a target of 4 hours at the median and 8 hours at the 90th percentile;**
c. **Admitted patients: CAEP recommends a target of 8 hours at the median and 12 hours at the90th percentile**.

ii **Link ED length of stay (ED LOS) benchmarks to incentives and infrastructure investment:** ED LOS benchmarks must be linked with incentives and infrastructure investment for meaningful change to be achieved. The UK and Ontario have achieved significant reductions in ED wait times following the adoption of jurisdiction-wide targets for ED LOS.[19] This was coupled with financial incentives, accountability measures, and tackling delays in access to inpatient beds, specialist doctors, and diagnostic investigations.

iii **Mandate a national ED repository of visit data:** It is a national conundrum that ED visit data are not all held and reported from one central resource. Only Alberta and Ontario contribute all ED visit data to the National Ambulatory Care Records System (NACRS) database maintained by the Canadian Institute of Health Information (CIHI). Transparent and easy access to valid and reliable data to measure performance, using nationally standardized definitions as per the CAEP CTAS and CEDIS National Working Groups, should be a provincial and federal priority.

iv **Optimize bed management and proactively plan bed capacity:** In addition to increasing the absolute number of acute care beds, inpatient bed capacity can also be improved by optimizing bed management. Effective bed management strategies should smooth the degree of variability in the numbers of admissions and discharges. Areas of focus for better management include; discharge planning, surgical smoothing, admission procedures, capacity planning, operational planning, and hospital policies for bed availability priorities and bed use. Hospital overcapacity protocols, along with expedited discharges and formalized discharge processes, will improve overall hospital flow and mitigate EDOC.

OTHER POTENTIAL SOLUTIONS

Several strategies have been used to address Access Block/EDOC including:

i. **INPUT Solutions:**

1. **Improve Primary Care Access**: Investing in a robust primary care system ensuring all Canadians have reasonable access to a PCP with a focus on prevention and healthy living. Improved and extended access to a PCP, with increased after-hours access and semi-urgent appointments, would possibly prevent patients from becoming ill and thus requiring hospital care.
2. **Improve EMS Coordination:** Consideration should be given to improve EMS offload processes. Utilization of Ambulance Offload Nurses in Ontario has shown some impressive success in addressing Access Block for pre-hospital patients. Ontario provided funding for nurses specifically to take over care of patients arriving by ambulance from paramedics at peak periods of the day – even if no stretcher is available (suitable areas for this to take place are found in the ED waiting/arrivals area or adjacent to the ED). Paramedics are then able to get back on the road. Alberta has also used EMS consolidation processes to address EMS Access Block. In some hospitals multiple EMS patients are consolidated together and cared for by one EMS provider to facilitate the rapid return of ambulance crews back out into the community.

ii. **THROUGHPUT Solutions**

1. **Engage in process improvement:** Management techniques such as "LEAN" have shown that many hospital and ED processes can be simplified and improved.[20]
2. **Invest in improving staffing of our EDs:** Most ED's are staffed to average patient flow demands. Queuing at specific times of the day,

days of the week, and during specific seasons is surprisingly predictable. Volume-based staffing that ensures adequate physicians, nurses, allied health workers, and alternate care providers (e.g., NP's, PA's, GEM nurses, Social Workers, PT's and OT's, Discharge Planners etc.) are present when required, should be part of the staffing plan. Note that a critical volume of ED visits, likely above 30,000 is needed to ensure efficient use of extra resources.

3. **Match staffing to patient demand:** Many ED's can do a better job of scheduling their existing resources by analyzing patient arrival patterns**.** Recent randomized controlled trial evidence also suggests that altering shifts can be studied using both quantitative and qualitative results.[21] Alternatively, employing staff on administrative functions has been shown to increase overall ED efficiency.[22]
4. **ED Information Systems (EDIS) are basic ED infrastructure:** EDIS or patient tracking systems, can assist with moment to moment management of patient flow and resource use, and can also provide data capture to inform management decisions and assist with compliance with obligations regarding reporting of data.[9] EDIS systems that are aligned with our strategies and incorporate our definitions and targets can allow for real time collection and distribution of performance measures to support transparency on local performance perturbations and support better management of performance at all levels – from unit to hospital to regional to system wide.
5. **Utilize medical directives:** When combined with an appropriate approval process, education and implementation program and ongoing monitoring, medical directives can speed care for selected patients on arrival to the ED.
6. **Utilize Fast Track Areas:** Many alternatives such as dissuading ED use through media campaigns and diversion of patients to walk-in clinics have been proposed; however, most evidence suggests these are ineffective strategies.[23,24] Overall, while the evidence is poorly coordinated, there appears to be support for the role of fast-track areas in most high-volume, urban EDs. These data likely don't apply to smaller, rural hospitals. Several reports conclude that the operation of an ED fast-track system appears to be efficient, operationally cost-effective, safe, and improves patient satisfaction with care[8,25] The author of the most comprehensive report concluded that: 1) fast-tracks were safe and did not appear to provide lower quality of care; 2) because they require less resources, fast-track areas are cost-effective; and 3) the quality of the literature in this area would be considered "weak".[25]
7. **Utilize "Rapid Assessment Zones (RAZ)":** Many EDs have had success with organizing and staffing specific areas to meet specific patient population needs. "Fast Tracks", or ambulatory or minor treatment areas, service patients with low risk of admission who have no need for a stretcher. They can be cared for in non-traditional care spaces, frequently only needing to be in a stretcher for a very brief examination period followed by treatment and wait periods in comfortable chairs that take up less ED space and resources. Rapid assessment zones or RAZ's can be utilized for the initial assessment of intermediate acuity patients who are stable enough to wait in a chair, but require a stretcher for assessment and/or intimate examinations/procedures.[26]
8. **Establish formalized "Intake" Policies and Processes**: Intake is a formalized process where patients who have complaints that cannot be evaluated within a short triage process, can be moved to a rapid assessment area where a physician can do a more formal assessment and streamline the patient to the appropriate care space within the ED. Typically patients with CTAS level 3 complaints, undifferentiated abdominal pain as an example, can be assessed in an intake area of the ED, investigations can be initiated rapidly, and the patient can then be more streamlined into the appropriate acute care space, or to the Fast Track/minor treatment environment to complete their care.
9. **Establish SSU's, CDU's and/or Observation Units, and or MAU's:** In some settings, carefully designed and monitored Short Stay Units, Clinical Decision Units and/or ED Observation Units, or Medical Assessment

Units decrease EDOC and improve overall patient flow and care. In general the higher the ED volume and admissions the greater the positive effect of these types of units. Recent evidence from implementation of CDUs in Ontario suggest the benefit may be less than previously reported.[27]

10. **Dedicated ED Satellite labs:** Given the delays associated with ordering laboratory testing in the ED that have been identified in the medical literature,[28] it might be reasonable to expect that improvements in laboratory times would have dramatic influence on overall LOS. Based on the available evidence summarized in the HQCA Report, the effect of point-of-care testing on turn-around times is supported by relatively strong evidence, whereas its positive effect on LOS is supported by limited evidence. Overall, the best evidence would suggest a 60 minute reduction in length of stay using a dedicated satellite ED lab, although actual results will vary locally depending on baseline turn-around times and the tests available.[7]
11. **Utilize Better Teaching Practices:** The traditional approach to teaching- often with initial assessment by a junior and consequent delayed decision making - can be an impediment to flow. We need to find ways to preserve the teaching experience while remaining patient centred and preserving access and quality.

iii. Output Solutions**:**

1. **Implement overcapacity protocols:** Access block and EDOC are symptomatic of demand exceeding capacity in hospitals and requires system-wide solutions. Access Block and EDOC can be addressed immediately, with existing resources, through mechanisms to improve patient flow. CAEP recommends the rapid implementation of overcapacity protocols as part of comprehensive surge strategies so that all hospitals have an organized approach to deal, in the best manner possible, with situations of demand exceeding capacity. While the evidence for this intervention is weak,[29] implementing overcapacity protocols effectively shares the responsibility for already stabilized and admitted patients with all wards in the hospital, instead of just 'warehousing' them in the emergency department. Overcapacity protocols should be implemented at times of peak inpatient pressures where ED patient care is compromised. While these are not a permanent solution for Access Block or EDOC, they represent a mechanism to temporarily "decompress" the ED. As other strategies lead to better baseline performance the frequency with which these protocols would be required will diminish.
2. **Formalized Hospital Wide Flow Policies and Processes:** One approach to improving flow is to create a Hospital LOS committee to continually monitor and optimize patient flow and to appropriately minimize LOS. These committees would need to be led by senior administrators with local decision making authority. The goal of these committees would be to aggressively addresses factors directly associated with hospital LOS such as:

   - Most Responsible Physician (MRP) designation – which is particularly important in complicated patients with multiple services involved in their care;
   - Designated discharge planners;
   - Inpatient lab and radiology priorities;
   - Monitoring and improving consultant times;
   - Improved discharge planning through formalized Evidence Based Guidelines and benchmarks;
   - Improving communication with primary care providers;
   - Facilitating specialist follow-up;
   - Assessment of readmission rates and addressing areas of concern for continuing quality improvement;
   - Creation of outpatient/ambulatory care clinics to promote early discharge;
   - Earlier involvement of CCAC (home care).

Measures designed to help hospitals achieve ED length of stay benchmarks must be appropriate to the local context. There will not be a "one size fits all" solution. Access Block and EDOC must be dealt with urgently through collaborative action between the provincial governments, health authorities, hospital administrators, community care access organizations, front-line emergency physicians, and all hospital staff in order to effect the necessary changes needed for safe access to emergency care and improved patient flow.

CONCLUSIONS

Access Block and EDOC represent a public health emergency. Crowded EDs are associated with poorer outcomes including increased mortality for patients seen during crowded periods. Access Block and EDOC is the result of complex multi-layer problems requiring engagement at all levels of the health care system. The accountability for patient care extends well beyond the walls of the ED and the hospital with an increased emphasis on both primary care access and meeting the needs of ALC patients. Incentives need to be aligned with desired behaviours, performance needs to be tracked and reported, and senior executives need to demonstrate leadership and be held accountable. There are now domestic and international examples of jurisdictions that have successfully mitigated this problem. The time to act is now; there is no longer any excuse for delay.

Further information on ED overcrowding and local/provincial progress and successes can be obtained from the Canadian Association of Emergency Physicians at www.caep.ca.

GLOSSARY OF TERMS

Access Block - refers to the situation where patients in the emergency department (ED) requiring inpatient care are unable to gain access to appropriate hospital beds within a reasonable time frame, or anywhere else patients needing care are unable to obtain it in a timely fashion appropriate to their need.

ALC: Alternative Level of Care - are patients who no longer require hospital care but cannot be discharged due to a lack of beds and/or resources in the community. In short, ALC patients are not receiving the right care in the right place. They are often referred to as "Bed Blockers" as they prevent more acute patients from receiving a required bed, but we should remember they are also not having their needs met either.

CAEP: The Canadian Association of Emergency Physicians - CAEP is the meeting place for emergency physicians! CAEP's mission is to promote the interests of emergency physicians and the specialty of emergency medicine in Canada by advocating for emergency physicians and their patients, connecting emergency physicians, providing leading emergency medicine education and a forum for research in emergency medicine.

CDU: Clinical Decision Units - is an observation unit in or adjacent to the emergency department. It is designed to provide appropriate physician and nurse staffing and diagnostic/treatment capabilities to allow extended care for select patients, usually up to 24 hours, in a safe, effective and comfortable environment.

CEDIS: Canadian Emergency Department Information Systems - is a working group that develops resources, tools and definitions to promote improved data gathering and reporting in ED's.

CTAS: Canadian Triage And Acuity Scale - is a tool that enables Emergency Departments (ED) to prioritize patient care requirements at arrival in a standardized fashion. CTAS levels correlate with resource requirements including admission rate but are not designed for this purpose and should be used with caution for anything other than triaging of patients.

ED: Emergency Department - an area within the hospital designed to respond immediately to patients suffering from serious medical problems.

EDIS: Emergency Department Information System - A computer program for tracking patients arriving and departing to ED's and assist in ED management.

EDOC: Emergency Department Overcrowding - defined as "a situation where the demand for emergency services exceeds the ability to provide care in a reasonable amount of time."

EMS: Emergency Medical Services - ambulance services; a mobile medical service dedicated to providing out-of-hospital acute medical care, transport to definitive care, and other medical transport to patients with illnesses and injuries which prevent the patient from transporting themselves.

GEM nurse: Geriatric Emergency Management Nurse - provides advanced gerontological expertise in the care of the frail elderly seen in the ED who are at risk of suffering adverse events, loss of independence and admission to hospital or long-term care.

LTC: Long Term Care - a facility able to provide a variety of services which help meet both the medical and non-medical needs of people with a chronic illness or disability who cannot care for themselves for an indefinite periods of time (eg a "nursing home").

MAU: Medical Assessment Unit - provides a service for the rapid assessment and treatment of a wide range of medical conditions. It improves the

efficiency in the admission process for unplanned patients by providing assessment, care and treatment for a designated period (usually 48 hours) prior to transfer to a medical ward or home where appropriate. The patients stay on an inpatient ward is eliminated or drastically reduced for appropriate patients when this model of care is used.

NACRS: National Ambulatory Care Records System - contains data for hospital-based and community-based emergency and ambulatory care (for example, day surgery and outpatient clinics).

NP: Nurse Practitioner - A nurse practitioner (NP) is a nurse with a graduate degree in advanced practice nursing.

OLD: Off Load Delay - is a state when an ambulance transports a patient to a hospital and paramedics must wait with the patient until hospital staff assumes responsibility for care of the patient.

PA: Physician's Assistant - is a healthcare professional who is trained to practice medicine as part of a team with a physician.

PCP: Primary Care Provider - is a health care practitioner who sees patients at their own request for preventative care or for common medical problems. In Canada, this person is usually a family doctor; however, increasingly in North America. this person may also be a nurse practitioner, a Pediatrician, or an Internist.

PIA: Physician Initial Assessment - The first contact with a physician after arrival at an ED.

RAZ: Rapid Assessment Zones - An area in an ED to facilitate efficient care of patients with moderate acuity. These patients typically are well enough to wait in a chair in an internal waiting area adjacent to the exam areas, but require a stretcher for assessment or intimate examinations. These zones allow privacy while increasing stretcher productivity.

SSU: Short Stay Units - provide an alternative to traditional inpatient services for patients with short anticipated hospital stays. See MAU, there is overlap in these concepts.

Target - refers to a designated benchmark for key performance metrics.

Acknowledgements: The authors would like to thank Lee Arbon, CAEP staff, for his assistance in editing the document and assisting with the process, and the members of the CAEP Public Affairs Committee and Drs. Chris Evans and Bruce McLeod for their thoughtful review of the document.

REFERENCES

1. Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affiliation. Joint position statement on emergency department overcrowding. *CJEM* 2001;3:82-4.
2. Canadian Association of Emergency Physicians. *CAEP position statement: emergency department overcrowding 2009.* Available at: www.caep.ca (accessed August 2001, 2011).
3. Bond K, Ospina M, Blitz S, et al. Frequency, determinants, and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey of emergency department directors. *Healthc Q* 2007;10:32-40, doi:10.12927/hcq.2007.19312.
4. Fatovich DM, Nagree Y, Sprivulis P. Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emerg Med J* 2005;22:351-4, doi:10.1136/emj.2004.018002.
5. Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342:d2983, doi:10.1136/bmj.d2983.
6. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, et al. Association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *MJA* 2006;184:208-12.
7. de Grood JBM, Villa-Roel C, Zwicker K, et al. *Overview of interventions to mitigate emergency department overcrowding.* Calgary (AB): Health Quality Council of Alberta; 2013.
8. Rowe BH, Bond K, Ospina MB. et al. *Emergency department overcrowding in Canada: what are the issues and what can be done?* Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006.
9. Rowe BH, Bond K, Ospina M, et al. Data collection on patients in emergency departments in Canada. *CJEM* 2006; 8:417-24.
10. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. A conceptual model of emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med* 2003;42:181-4, doi:10.1067/mem.2003.302.
11. Schull MJ, Slaughter PM, Redelmeier DA. Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions. *CJEM* 2002;4:76-83.
12. Han A, Ospina M, Blitz S, et al. Patients presenting to the emergency department: use of other health care services and reasons for presentation. *CJEM* 2007;9:428-34.
13. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006;184:213-6.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Statistics.* Available at: www.oecd.org (accessed May 13, 2013).
15. Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ* 1999;319:155-8, doi:10.1136/bmj.319.7203.155.
16. Forster AJ, Stiell I, Wells G, et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med* 2003;10:127-33, doi:10.1111/j.1553-2712.2003.tb00029.x.

17. Wait Time Alliance. *It's about time: achieving benchmarks and best practices in wait time management. Final report.* 2005.

18. Canadian Association of Emergency Physicians. *Backgrounder: emergency department overcrowding in Canada.* 2004.

19. Alberti G. *Transforming emergency care in England.* October 2004. Available at: http://aace.org.uk/wp-content/uploads/2011/11/Transforming-Emergency-Care-in-England.pdf (accessed September 30, 2013).

20. Dickson EW, Anguelov Z, Vetterick D, et al. Use of LEAN in the emergency department: a case series of 4 hospitals. *Ann Emerg Med* 2009;54:504-10, doi:10.1016/j.annemergmed.2009.03.024.

21. Rowe BH, Villa-Roel C, Lashyn T, Singh M, et al. Emergency department staffing decisions using trial data: what really matters? *CJEM* 2012;14 Suppl 1:S46.

22. Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, et al. The role of triage liaison physicians on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2011;18:111-20, doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00984.x.

23. Hutchison B, Ostbye T, Barnsley J, et al. Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario walk-in clinic study *Can Med Assoc J* 2003;168:977-83.

24. Affleck A, Innes G. Quality of care in walk-in clinics, family practice and emergency departments: the Ontario walk-in clinic study. *CJEM* 2003;5:350-2.

25. Yoon P. *Emergency department fast-track system.* HTA Initiative #10. Edmonton (AB): Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2003.

26. Bullard MJ, Villa-Roel C, Guo X, et al. The role of a rapid assessment zone/pod on reducing overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J* 2012;29:372-8, doi:10.1136/emj.2010.103598.

27. Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA, et al. Evaluating the effect of clinical decision units on patient flow in seven Canadian emergency departments. *Acad Emerg Med* 2012;19:828-36, doi:10.1111/j.1553-2712.2012.01396.x.

28. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *CJEM* 2003;5:155-61.

29. Villa-Roel C, Guo X, Holroyd BR, et al. The role of full capacity protocols on mitigating overcrowding EDs *Am J Emerg Med* 2012;30:412-20, doi:10.1016/j.ajem.2010.12025.

Canadian Journal of Emergency Medicine
https://doi.org/10.1007/s43678-023-00571-6

COMMENTARY

Waiting to die: the hidden pandemic of ED crowding and excess mortality

James Worrall[1] · **Paul Atkinson**[2]

Received: 14 February 2023 / Accepted: 26 July 2023
© The Author(s), under exclusive licence to Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)/ Association Canadienne de Médecine d'Urgence (ACMU) 2023

More than 50,000 Canadian deaths have been attributed to COVID-19; however, the public is largely unaware of the excess mortality associated with Emergency Department (ED) crowding. The Royal College of Emergency Medicine [1] (RCEM) and The Economist [2] have recently published analyses of weekly deaths attributable to ED crowding in the United Kingdom (UK). Like Canada and other developed countries, the UK has experienced increased delays in moving admitted patients from the ED to the wards: 7% of patients wait 12 h or more, compared to 2% only a year ago. These reports place the number of deaths associated with this worsening crowding at 260 to 500 patients per week, nationally.

What is excess mortality? In epidemiology and public health, excess mortality refers to the number of deaths from all causes during a crisis, above the expected number of deaths in 'normal' conditions [3]. The advantage of an excess mortality analysis is that it does not require data on individual causes of death.

Even before the pandemic, studies from multiple countries found that ED crowding is associated with increased patient mortality [4–7]; a finding confirmed in a recent systematic review and meta-analysis [8]. Hypotheses for the cause of the increased mortality include delays in appropriate inpatient care while the patient is in the ED, increased medication errors, difficulties maintaining appropriate infection control, increased delirium in elderly patients, and compromised physician decision making due to workload and resource pressures.

Unfortunately, excess deaths caused by ED overcrowding continue to be under-recognized. Except in periodic, and well publicized, cases of ED waiting room deaths, [9] it is challenging to pinpoint overcrowding as the proximate cause of death in any single case. Patient safety reviews continue to focus on the particular features of medical and nursing care for a given patient, rather than the overall state of the hospital system.

If the data presented by The Economist are generalizable, then Canadians should be concerned; ED crowding statistics in Canada point to an even worse state of affairs than the UK. In Ontario, in the second half of 2022, the average admitted patient waited more than 20 h in the ED before moving to an inpatient bed [10]. Fewer than 25% of patients are moving upstairs within the government's 8-h target. Although Canada has less than 60% of the UK population, it is reasonable to assume the same factors contribute to excess mortality in our hospitals. If all other things are equal, the UK analysis implies that 8000–15,000 Canadian patients are dying unnecessarily each year as a direct result of hospital crowding.

It is remarkable that this excess death rate is rarely discussed in Canada. Physicians, politicians, and the media often describe hospital crowding and prolonged wait times for ED patients as an inconvenience, but not a killer. Furthermore, it remains a persistent myth that a significant contributor to the problem is ED attendances by low-acuity patients, who do not really need to be there. Diversion of low-acuity patients will not solve ED crowding [11], but the myth serves as a convenient distraction from the real issue—long waits for admitted patients to move to inpatient units. Healthcare leaders (and our physician colleagues) often assume rising ED volumes, lack of staff, and lack of inpatient beds mean that crowding is a straightforward problem of resource mismatch. Another UK analysis suggests, however, that uncoordinated hospital processes, and inefficient bed management are more important factors [12].

Communicated by Simon Berthelot.

✉ James Worrall
jaworrall@toh.ca

[1] Department of Emergency Medicine, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada

[2] Department of Emergency Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

Published online: 15 August 2023

ED crowding has become normalized in Canada. A culture of acceptance and helplessness seems to persist among clinicians and hospital administrators. It is a moral imperative that this silent crisis is better studied, and that the number of excess deaths that occur as hospital and ED occupancy rises is accurately quantified, tracked and reported. For emergency physicians, there is an opportunity and obligation to refocus our advocacy on the excess mortality associated with ED crowding. We, therefore, challenge the emergency medicine community to coordinate a national public awareness campaign, highlighting these preventable deaths.

To find the allies we need among other physician groups, nurses, administrators, and the broader public, we must be clear that the harms of ED crowding are visited on patients throughout the hospital and the wider system. Without clear accountability and accurate risk assessment within the system, it is inevitable that the well-meaning attempts to shorten wait times for elective care could, if we are not careful, also shorten lives [9]. While we may hope to reduce wait times for minor problems, and to make the ED a nicer place to work, we must focus on our principal goal: to save lives.

Declarations

Conflict of interest The authors declare they have no financial conflicts of interest.

References

1. The Royal College of Emergency Medicine, "Health and social care select committee: addendum to the topical session on A&E". https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2023/01/Topical_Session_on_AE.pdf. Accessed 1 Feb 2023.
2. "How many deaths in England are associated with A&E delays?" The Economist, January 11, 2023. https://www.economist.com/britain/2023/01/11/how-many-excess-deaths-in-england-are-associated-with-a-and-e-delays. Accessed 1 Feb 2023.
3. Checchi F, Roberts L (2005) Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network, 52
4. McCusker J, et al. Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. Acad Emerg Med. 2014;21(10):1092–100. https://doi.org/10.1111/acem.12480.
5. Singer AJ, et al. The association between length of emergency department boarding and mortality. Acad Emerg Med. 2011;18:1324–9. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01236.x.
6. Sun BC, et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. Ann Emerg Med. 2012;61(6):605–11. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.10.026.
7. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Med J Aust. 2006;184(5):213–6. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00204.x.
8. Lauque D, et al. Length-of-stay in the emergency department and in-hospital mortality: a systematic review and meta-analysis. J Clin Med. 2023;12(1):32. https://doi.org/10.3390/jcm12010032.
9. Atkinson P, McGeorge K, Innes G. Saving emergency medicine: is less more? Can J Emerg Med. 2022;24:9–11. https://doi.org/10.1007/s43678-021-00237-1.
10. Health Quality Ontario. System Performance: Time spent in emergency departments. https://www.hqontario.ca/system-performance/time-spent-in-emergency-departments. Accessed 6 Feb 2023.
11. Kalen GD, et al. Emergency department crowding: the canary in the health care system. NEJM Catal Innov Care Deliv. 2021 Sept 28. https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0217. Accessed 6 Feb 2023.
12. Black, Matt. Misunderstanding the causes of the 2013 performance crisis in English A&E departments. https://policyskeptic.blogspot.com/2015/06/another-analysis-i-wrote-during-2013.html. Accessed 25 Apr 2023.

Without more acute care beds, hospitals are on their own to grapple with emergency department crises

Catherine Varner MD MSc

■ Cite as: *CMAJ* 2023 September 5;195:E1157-8. doi: 10.1503/cmaj.231156

See related article at www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221516

In this issue of *CMAJ*, Yao and colleagues present findings from British Columbia, showing that visits to emergency departments for most reasons returned to baseline levels by the summer of 2021, following a dramatic decrease in the early months of the COVID-19 pandemic, and have since shown a sustained increase.[1] Emergency departments are seeing patients of higher acuity, more visits for mental health and substance use and more patients requiring hospital admission. Use of emergency departments increased at rates higher than population growth, and May to August were the busiest months.[1]

These results confirm that Canada's emergency departments are in a crisis that will continue to build, as recently discussed in *CMAJ*.[2] Hospitals do not operate safely when occupancy rates exceed 90% for many days in a row,[3] and many Canadian hospitals have been exceeding 100% occupancy for months on end.[4] Quality of care decreases, staff retention becomes problematic and overcrowding of emergency departments, a symptom of the problem, is assured.[3] Given federal and provincial leaders' inertia over increasing acute care capacity, hospital leadership, staff and physicians are left without system-level supports and will remain in a perpetual state of crisis management to mitigate harms to patients and staff.

Given higher rates of patients requiring admission,[1] lack of acute care hospital beds[5] and hospitals regularly operating beyond capacity,[4] boarding of admitted patients in emergency departments will continue. Although the federal government recently issued one-time health care transfers, intended to relieve immediate pressures on the health care system and alleviate pressures on emergency departments,[6] the money came with no requirement that provinces increase the number of staffed hospital beds, the root cause of overcrowding in emergency departments.[7,8]

Although it may seem that hospital-based efforts would be futile when there are no hospital beds left for use, concerted efforts initiated by senior hospital administrators have been shown to facilitate patients' disposition from the emergency department.[3] Highly visible involvement of hospital leaders, including regular, in-person conversations with emergency department staff, confirms that emergency department crowding is everyone's burden to share and improves staff morale, especially when crowding is severe.[3] Position statements and recommendations from the Canadian Association of Emergency Physicians in 2001, 2013 and 2023 insist that hospitals implement demand-driven overcapacity protocols when crowding of emergency departments is compromising care delivery.[9–11] Such protocols take an all-hands-on-deck approach to decompress an emergency department but are rarely used in Canadian hospitals despite overcapacity thresholds being regularly and severely exceeded, perhaps because applying an emergency solution on a chronic basis is unsustainable.[12]

To help mitigate extreme levels of crowding, other strategies include extending hours during which procedures and consults in hospitals are available. As Canadian hospitals are routinely operating at more than 90% occupancy, the additional hours during which an admitted patient waits for a test or procedure that may facilitate their discharge represent time spent by another patient in a waiting room chair. Extending the availability of hospital services, such as diagnostic imaging and specialist consultation, into evenings and weekends has been shown to decrease inpatient lengths of stay and may prevent need for hospital admission.[3]

Using the emergency department as the gateway to facilitate care or planned admission is not a patient-centred option, as patients with nonemergent conditions sit in crowded waiting rooms and have extended lengths of stay. Hospitals can establish pathways for patients to access urgent but nonemergent diagnostic testing, receive anticipated red blood cell transfusions and have planned hospital admissions without involving the emergency department.

Why is it permissible for patient-to-provider ratios to exceed safe thresholds in the emergency department but not in other areas of the hospital? As an alternative to boarding in the emergency department, boarding of patients in inpatient hallways has proven effective, is preferred by patients and decreases both emergency department and inpatient stays.[3,13] Further, to equalize ratios, hospitals in the United States have developed care models whereby admitted patients boarding in the emergency department are cared for only by nurses and physicians from the

All editorial matter in *CMAJ* represents the opinions of the authors and not necessarily those of the Canadian Medical Association or its subsidiaries.

© 2023 CMA Impact Inc. or its licensors

admitting service, even while they remain in the emergency department.[14] Although such strategies may encounter resistance and do not solve the underlying problem of lack of hospital beds, care provided by the admitting service either in the emergency department or in a hallway on an inpatient unit are superior options for boarding emergency department patients.[3,12,13]

The pressure cooker environment of crowded emergency department waiting rooms and the increase in emergency department visits related to substance use contribute to escalating rates of violence experienced by emergency department staff.[1,15] Emergency department doctors and nurses say violence directed toward them is one of the biggest contributors to them leaving the field,[16] and half of emergency department nurses are physically or verbally abused in any given week.[17] Emergency department personnel cannot be expected to simultaneously provide life-saving care, de-escalate people who threaten harm and protect themselves.[18] By embedding dedicated and integrated security personnel and mental health clinicians who are trained in trauma-informed de-escalation strategies in the emergency department, 24 hours a day, hospitals could decrease violence, enable safer care provision and retain staff.[19]

Deputy ministers and ministers of health should arrange a site visit to a Canadian emergency department on one of the last remaining evenings or weekends of the summer and hear first-hand experiences from emergency department patients and providers. Their experiences will no doubt underscore the urgent need for more acute care beds and for retaining, training and hiring hospital personnel to staff them.

References

1. Yao J, Irvine MA, Klaver B, et al. Changes in emergency department use in British Columbia, Canada, during the first 3 years of the COVID-19 pandemic. *CMAJ* 2023;195:E1141-50. doi: 10.1503/cmaj.221516.
2. Varner C. Emergency departments are in crisis now and for the foreseeable future. *CMAJ* 2023;195:E851-2.
3. Kelen GD, Wolfe R, D'Onofrio G, et al. Emergency department crowding: the canary in the health care system. *NEJM Catal* 2021. doi: 10.1056/CAT.21.0217.
4. Crawley M. Some of Ontario's biggest hospitals are filled beyond capacity nearly every day, new data reveals. *CBC News* 2020 Jan. 22. Available: https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-hospital-hallway-medicine-healthcare-beyond-capacity-1.5420434 (accessed 2023 Aug. 3).
5. Hospital beds and occupancy. In: *Health at a Glance 2021*. Paris (FR): Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021. Available: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e5a80353-en/index.html?itemId=/content/component/e5a80353-en (accessed 2023 Aug. 3).
6. Government of Canada delivers additional $2 billion Canada Health Transfer payment to provinces and territories [news release]. Ottawa: Department of Finance Canada; 2023 June 30. Available: https://www.canada.ca/en/department-finance/news/2023/06/government-of-canada-delivers-additional-2-billion-canada-health-transfer-payment-to-provinces-and-territories.html (accessed 2023 Aug. 11).
7. Campbell I. Amid summer staffing crunch, no provinces have yet submitted health-care 'action plans' to feds. *The Hill Times* 2023 June 28. Available: https://www.hilltimes.com/story/2023/06/28/outstanding-health-action-plans-is-urgent-but-provinces-must-get-them-as-close-to-right-as-possible-canadian-medical-association/391515/ (accessed 2023 Aug. 3).
8. Duong D. Feds propose $196B health funding deal with few strings attached. *CMAJ* 2023;195:E311-2.
9. Canadian Association of Emergency Physicians; National Emergency Nurses Affiliation. Joint position statement on emergency department overcrowding. *CJEM* 2001;3:82-8.
10. Affleck A, Parks P, Drummond A, et al. Emergency department overcrowding and access block. *CJEM* 2013;15:359-84.
11. Draft recommendations. Ottawa: Canadian Association of Emergency Physicians; 2023. Available: https://caep.ca/wp-content/uploads/2023/05/EMPOWER-Recommendations.pdf (accessed 2023 Aug. 3).
12. Prentiss M. Nurses' plea for Code Orange in overcrowded Halifax ER rejected. *CBC News* 2019 Mar. 15. Available: https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/nurses-plea-for-code-orange-halifax-er-1.5058634 (accessed 2023 Aug. 3).
13. Viccellio P, Zito JA, Sayage V, et al. Patients overwhelmingly prefer inpatient boarding to emergency department boarding. *J Emerg Med* 2013;45:942-6.
14. Kobayashi KJ, Knuesel SJ, White BA, et al. Impact on length of stay of a hospital medicine emergency department boarder service. *J Hosp Med* 2020;15:147-53.
15. Duong D, Vogel L. "We are desensitized": Violence escalating in struggling emergency departments. *CMAJ* 2022;194:E1216-7.
16. Varner C. 'Do I really need this in my life?' Concerns grow over violence in ERs. *Healthy Debate* 2021 Oct. 14. Available: https://healthydebate.ca/2021/10/topic/concerns-grow-over-violence-in-ers/ (accessed 2023 Aug. 6).
17. Copeland D, Henry M. Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *J Trauma Nurs* 2017;24:65-77.
18. Spelten E, van Vuuren J, O'Meara P, et al. Workplace violence against emergency health care workers: What strategies do workers use? *BMC Emerg Med* 2022;22:78.
19. Bautista AV, Obenschain KC, Potterton JT, et al. Trauma-informed hospital security: a policy for intimate partner violence in a pediatric healthcare setting. *J Hosp Manag Health Policy* 2021;5:39.

Competing interests: www.cmaj.ca/staff

Affiliations: Deputy editor, *CMAJ*; Schwartz/Reisman Emergency Medicine Institute; Department of Emergency Medicine, Sinai Health, Department of Family & Community Medicine, University of Toronto, Toronto, Ont.

Content licence: This is an Open Access article distributed in accordance with the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0) licence, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided that the original publication is properly cited, the use is noncommercial (i.e., research or educational use), and no modifications or adaptations are made. See: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Correspondence to: *CMAJ* editor, editorial@cmaj.ca

ÉBAUCHE DES RECOMMANDATIONS

CAEP | ACMU

1 OBJECTIF PARTAGÉ, MISSION COORDONNÉE

Le système de soins d'urgence est intégré dans le système de soins de santé élargi et ses nombreux sous-systèmes interdépendants. Nous devons tous comprendre notre objectif partagé et nos principes directeurs, puis coordonner notre mission.

2 UN RÉSEAU, DE NOMBREUX POINTS D'ACCÈS

Le nombre, la répartition, la capacité, les liens, la coordination et la main-d'œuvre des services d'urgence et des autres points d'accès doivent être optimisés.

3 BLOCAGE DE L'ACCÈS ET RESPONSABILISATION

Les ministres de la Santé doivent mettre en œuvre des cadres de responsabilisation pour responsabiliser les personnes, les programmes et les organisations afin qu'ils atteignent les attentes définies et les objectifs de performance.

4 ÉTAT DE PRÉPARATION AUX CATASTROPHES

L'état de préparation aux catastrophes permanent, validé et adéquatement financé doit être intégré dans l'ensemble des systèmes de soins de santé et dans tous les territoires.

5 ADAPTATION ET ÉVOLUTION

Pour s'adapter à un monde en évolution, les systèmes de soins d'urgence doivent continuellement améliorer leur approche de la création, de la mise en œuvre et de l'intégration des connaissances au sein et au-delà de la médecine.

EM:POWER
The Future of Emergency Care in Canada

OBJECTIF PARTAGÉ, MISSION COORDONNÉE

Le système de soins d'urgence est intégré dans le système de soins de santé élargi et ses nombreux sous-systèmes interdépendants. Nous devons tous comprendre notre objectif partagé et nos principes directeurs, puis coordonner notre mission.

1. Les dirigeants, les fournisseurs et les organismes canadiens des soins de santé doivent adopter le **cadre du quintuple objectif** comme but global de la refonte du système de santé.

2. Les planificateurs des systèmes de santé doivent **comprendre les besoins de la population**, déterminer les services qui répondent le mieux à ces besoins et les doter de ressources appropriées.

3. Les ministères provinciaux de la Santé doivent **mettre en œuvre les cadres de responsabilisation pour les soins aux patients** qui intègrent des zones de responsabilité, les attentes liées aux programmes et les objectifs de rendement.

4. La planification et la conception de la santé doivent être confiées à une **entité publique indépendante** du gouvernement, afin de réduire l'effet des cycles des élections sur les décisions liées aux systèmes de santé.

5. Les responsables canadiens des politiques doivent **s'inspirer des systèmes de santé internationaux**, tout en soutenant les soins de santé financés publiquement et en confirmant le quintuple objectif.

6. Les ministres de la Santé et les autorités sanitaires doivent s'assurer que tous les Canadiens ont **accès aux soins primaires**, en donnant la priorité à ceux en ayant le plus besoin. Un accès fiable aux soins primaires aidera les systèmes d'urgence à se concentrer sur leur mission fondamentale.

7. Les gouvernements doivent soutenir l'**intégration de la santé numérique unifiée** pour faciliter l'accès aux données et le partage de l'information entre les patients, les fournisseurs de soins, les chercheurs et les communautés.

8. Les principes de **justice, d'équité, de diversité et d'inclusion** doivent être intégrés à la planification, à la prestation et à l'évaluation des soins de santé à tous les niveaux.

9. Les ministres de la Santé provinciaux doivent catalyser la refonte des systèmes en créant des **réseaux de soins cliniques intégrés** qui donnent la priorité aux besoins des patients et de la population.

10. Lorsque les facteurs du système compromettent les soins, les médecins d'urgence doivent **collaborer avec les dirigeants des soins de santé** pour éviter les réponses simplistes à des problèmes complexes et pour encourager l'innovation dans les systèmes.

CAEP | ACMU

UN RÉSEAU, DE NOMBREUX POINTS D'ACCÈS

Le nombre, la répartition, la capacité, les liens, la coordination et la main-d'œuvre des services d'urgence et des autres points d'accès doivent être optimisés.

1. Les ministres provinciaux de la Santé doivent **établir** des **réseaux cliniques de soins d'urgence** pour coordonner le service clinique et la planification des ressources humaines, les orientations opérationnelles et des initiatives d'amélioration de la qualité.

2. Les réseaux cliniques de soins d'urgence supervisent la **catégorisation, la normalisation** (établissements, équipement, compétences nécessaires) et l'**intégration** des services d'urgence et des autres points d'accès aux soins d'urgence.

3. Les réseaux cliniques de soins d'urgence doivent établir et soutenir des **soins en équipe**, en instaurant des rôles complémentaires et des responsabilités au service des besoins des patients. Les ministres de la Santé et les autorités sanitaires doivent assurer le **financement nécessaire pour la constitution d'équipes**, y compris des programmes de simulation régionaux.

4. Les systèmes de soins d'urgence doivent travailler avec les organismes de soins médicaux d'urgence pour mettre en œuvre et évaluer **les centres de coordination préhospitaliers et les concepts de soins médicaux d'urgence à « portée élargie »**.

5. Les gouvernements provinciaux doivent mettre en œuvre un **modèle de planification des effectifs médicaux** (p. ex., le modèle Savage) axé sur les besoins, influencé par les comportements et mis à jour de manière itérative.

CAEP | ACMU

BLOCAGE DE L'ACCÈS ET ESPONSABILISATION

Les ministres de la Santé doivent mettre en œuvre des cadres de responsabilisation pour responsabiliser les personnes, les programmes et les organisations afin qu'ils atteignent les attentes définies et les objectifs de performance

1. Les dirigeants des soins de santé doivent **utiliser des mesures du rendement définies pour surveiller les lacunes en matière de soins** et déterminer si elles seront mieux comblées au moyen d'une nouvelle capacité, de l'amélioration de la capacité ou de la réaffectation des ressources actuelles. Lorsque les lacunes ou la cause fondamentale sont liées à la capacité, ils doivent recommander de nouvelles ressources, et s'il s'agit de l'inefficacité ou d'une mauvaise affectation des ressources, ils doivent faciliter le changement.

2. Les établissements doivent mettre en œuvre des **protocoles de surcapacité axés sur la demande** qui peuvent être activés lorsque les systèmes à flux tirés sont défaillants ou lorsque le blocage d'accès compromet la prestation des soins. Les protocoles de surcapacité doivent également assurer la transition entre l'hôpital et la communauté.

3. Les gouvernements provinciaux doivent investir immédiatement dans des **options permettant de vieillir à la maison et une capacité de transition à d'autres niveaux de soins** pour accélérer les sorties de l'hôpital, atténuer le blocage de l'accès aux soins de courte durée et améliorer les résultats liés à la qualité.

4. Les hôpitaux doivent **rendre compte publiquement du rendement des services d'urgence** concernant l'accès et les objectifs de flux dans les services d'urgence de l'ACMU, comme cela est formulé dans sa déclaration de position 2013 sur l'encombrement et le blocage de l'accès.

5. Le ministre de la Santé doit exiger que tous les directeurs des hôpitaux et des autorités sanitaires atteignent des **taux d'occupation des lits de 85 %** en moyenne, pour réduire l'utilisation des services d'urgence comme des unités d'attente pour les patients admis.

CAEP | ACMU

ÉTAT DE PRÉPARATION AUX CATASTROPHES

L'état de préparation aux catastrophes permanent, validé et adéquatement financé doit être intégré dans l'ensemble des systèmes de soins de santé et dans tous les territoires.

1. Tous les établissements de soins de santé doivent avoir un **plan officiellement mis à l'essai pour la capacité en cas de période d'intensification**. Étant donné qu'un système ayant près un taux d'occupation de 100 % ou presque ne peut pas, par définition, faire face aux périodes d'intensification, le plan doit comprendre un niveau constant de lits excédentaires. Ces lits excédentaires doivent être de vrais lits, qui existent mais sont inoccupés, par opposition à une expansion théorique du nombre de lits par rapport au recensement existant.

2. La compétence dans le cadre de l'intervention en cas de catastrophe doit être validée au moyen d'une **vérification cyclique** structurée, établie à titre d'exigence pour l'agrément des établissements de soins de santé et intégrée dans l'évaluation courante.

3. **La planification de l'état de préparation doit être intégrée et uniforme à tous les niveaux** du système de santé et permettre une aide mutuelle à tous les niveaux et dans tous les territoires.

4. Un **financement annuel particulier** devrait être accordé à l'éducation et à la formation sur la préparation en cas de catastrophe pour que ces compétences soient acquises et maintenues.

5. Toute la planification en cas de catastrophe doit **tenir compte des segments vulnérables de la population**, y compris ceux ayant des besoins et des difficultés spéciaux.

CAEP | ACMU

ADAPTATION ET ÉVOLUTION

Pour s'adapter à un monde en évolution, les systèmes de soins d'urgence doivent continuellement améliorer leur approche de la création, de la mise en œuvre et de l'intégration des connaissances au sein et au-delà de la médecine.

1. L'ACMU, en conjonction avec les services universitaires et les divisions de la médecine d'urgence, doit créer un **réseau pancanadien de recherche en médecine d'urgence** pour coordonner les chercheurs et simplifier la collaboration interdisciplinaire, qui donne la priorité aux besoins de la population et des patients les plus urgents et les plus importants.

2. Les médecins d'urgence doivent adopter des **rôles de leadership et de gérance dans le cadre de la santé numérique**, pour s'assurer que les meilleures innovations sont promues et que les précieuses ressources publiques ne sont pas détournées pour des activités sans valeur ajoutée.

3. Les médecins d'urgence, grâce à leurs organisations nationales et provinciales, doivent connaître les effets sur la santé de la population et les **incidences** sur le système de santé du **changement climatique** (p. ex., les feux incontrôlés, les inondations) et participer à la formation du public et des professionnels et à la défense des droits.

4. Les programmes de formation à la médecine d'urgence doivent comprendre dans leur enseignement les affaires publiques, les politiques et la défense des droits, dans le cadre d'un **curriculum de science des systèmes de santé**, pour faire progresser la compréhension du contexte élargi dans lequel la médecine d'urgence opère et pour former la génération suivante de leaders du changement de systèmes.

5. Les programmes de formation à la médecine d'urgence doivent aborder l'effet de l'**identité sociale** dans l'environnement des soins de santé et encourager les possibilités d'interaction productive entre les spécialités, afin que le **travail d'équipe et les objectifs partagés** fassent partie intégrante du développement de l'identité professionnelle.

EM:POWER
The Future of Emergency Care in Canada

CAEP | ACMU

Ça DOIT cesser.

EM:POWER
The Future of Emergency Care in Canada

RETARDS POUR DÉCHARGER LES AMBULANCES

Impossible de transférer les patients à cause d'un manque de chambres dans les services d'urgence. Résultat? ABSENCE d'ambulances sur la route pour répondre aux appels des Ontariens dans le besoin.

Code Black
Essex-Windsor, May 2023

C'est NON.

EM:POWER
The Future of Emergency Care in Canada

LA MÉDECINE DE COULOIR

Les patients attendent ou sont traités dans les couloirs, car les zones de soins adéquates sont pleines.

43 DEMANDES DE LITS
7 H D'ATTENTE
47 LITS

CAEP | ACMU

Toronto, 2023

C'EST VRAI?

EM:POWER
The Future of Emergency Care in Canada

ESPACES NON CONVENTIONNELS

Les patients sont « hébergés » dans des toilettes à cause d'un manque de chambres de soins appropriées.

Snapshot of Hospital Operations:

A Single Shift's Perspective

Quebec Hospital Statistics

677 patients on ED stretcher for more than 24h
254 patients on ED stretcher for more than 48h

Mean occupation rate in Qc EDs was 128%

That means that some eds were well above that – Here are some record break EDs by region :

Laurentides

169% occupation rate

- Saint-Eustache ED: 175%
- Sainte-Agathe ED : 206 %

Montérégie

: 143% occupation rate

- Pierre-Boucher ED : 179%
- Anna-Laberge ED : 191%

Montréal

143% occupation rate

- Royal-Victoria Hospital’s ED : 197%
- Montreal General Hospital’s ED : 181%
- Jewish general hospital’s ED : 257%

Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)
509 – 350 Sparks Street, Ottawa, ON K1R 7S8
1-800-463-1158 www.caep.ca

Prise de position de l'ACMU sur la violence aux services des urgences

Définition

La violence au travail se produit lorsqu'une personne est physiquement ou verbalement abusée, menacée, intimidée, harcelée ou agressée dans le cadre de son emploi. Au Canada, le personnel a droit à un environnement de travail sûr, et il est du devoir de l'employeur de le lui fournir [1].

Nature et ampleur du problème

Le problème de la violence au travail dans les services des urgences est grave. On estime que le taux de violence au travail est quatre fois plus élevé chez les prestataires de soins de santé et que la moitié de ces attaques se produisent aux urgences [2,3,4,5,6,7,8,9,9]. Des études indiquent que 43 % des infirmières et infirmiers hospitaliers seront harcelés ou agressés sexuellement cette année [4], dont plus de 50 % de ceux qui travaillent aux urgences [10, 11, 12, 13, 14, 15]. Plus de la moitié des infirmières et des infirmiers des urgences sont victimes de violence physique ou verbale au cours d'une semaine donnée [10, 11]. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) a signalé en 2017 que « le nombre de réclamations pour congé de maladie liée à la violence pour les travailleuses et les travailleurs de la santé de première ligne a augmenté de près de 66 % au cours de la dernière décennie, soit trois fois le taux d'augmentation pour les policières et les policiers et les agentes et les agents des services correctionnels réunis » [8]. Il est choquant de constater que le risque de violence pour un médecin ou une infirmière ou un infirmier qui travaillent dans un service des urgences canadien augmente de façon si dramatique et intolérable qu'on le laisse s'accroître sans cesse. On peut raisonnablement s'attendre à ce que le niveau de violence aux urgences continue d'augmenter à l'avenir en raison de l'évolution de la population des urgences, de la prévalence des armes à feu et de la rareté des services offerts aux personnes sujettes à la violence en raison de troubles médicaux, de toxicomanie ou de santé mentale sous-jacents.

La tendance à la hausse constatée par la profession infirmière est reprise par les médecins d'urgence. Près de 70 % des médecins d'urgence affirment que la violence aux urgences a augmenté au cours des cinq dernières années, 25 % d'entre eux déclarant qu'elle a fortement augmenté [16]. Ce niveau élevé de violence aux urgences est sans aucun doute un facteur qui contribue au taux déjà élevé d'épuisement professionnel des médecins d'urgence [17,18,19]. La violence aux urgences a une incidence négative sur la qualité des soins offerts et sur le coût financier pour le système de santé [20]. En Ontario seulement, la violence aux urgences coûte 23,8 millions de dollars par année [21].

L'augmentation de la violence contre les travailleuses et les travailleurs de la santé est inquiétante, non seulement en raison de sa prévalence, mais aussi de la culture du silence qui l'entoure et de l'absence de mesures d'atténuation efficaces, malgré son coût humain et financier incroyablement élevé. Le récent sondage de la FCSII a mis en évidence que, bien que

la violence dans les services des urgences soit courante, peu de personnes signalent les incidents et encore moins cherchent à obtenir de l'aide auprès de leur syndicat. Beaucoup supposent qu'il s'agit d'un risque professionnel qu'ils doivent accepter et pourtant, il n'est pas surprenant que deux tiers (66 %) des infirmières et des infirmiers aient pensé à quitter leur emploi au cours de l'année écoulée [8]. L'environnement de travail malsain contribue à l'absentéisme des infirmières et des infirmiers, qui est plus élevé que dans toutes les autres professions. En 2016, le coût annuel de l'absentéisme pour cause de maladie ou d'invalidité était d'au moins 989 millions de dollars [8]. La violence aux urgences coûte aux Canadiens des milliards de dollars par an, de l'argent qui pourrait autrement être dépensé de manière constructive pour les services de santé et les services sociaux nécessaires.

Changer la culture qui prévaut actuellement

La culture actuelle du système hospitalier laisse entendre que la violence aux urgences fait partie du travail et qu'il s'agit d'un risque inhérent qu'il est inutile de tenter de contrer [22]. L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) cherche à modifier cette perception et à accroître la sécurité des urgences pour les médecins, le personnel hospitalier et la patientèle. L'ACMU estime que le niveau de violence aux urgences est inacceptable, que la rareté des techniques de prévention est dangereuse, que l'absence de recours efficace est négligente et insensible, et que le gaspillage de ressources humaines et financières est inadmissible.
L'élément le plus important de tout programme de prévention de la violence est un engagement clair de la direction. L'ACMU attend des hôpitaux et des autorités sanitaires régionales un soutien sans équivoque en faveur de la sécurité au travail. Des politiques et des procédures explicites et écrites qui visent à prévenir la violence aux urgences doivent être mises en œuvre et respectées, de même que des espaces physiques sûrs et la présence de services de conseil et de soutien aux victimes de violence aux urgences. Bien que les médecins n'aient normalement pas droit aux avantages sociaux du personnel de l'hôpital, ils devraient bénéficier d'un soutien total en cas de violence au travail.

Les politiques liées à la violence aux services des urgences doivent : [1].
(1) Être élaborées par la direction ainsi que les représentantes et les représentants de la première ligne ;
(2) S'appliquer à la direction, au personnel et à la patientèle ;
(3) Définir la violence au travail dans un langage précis et concret ;
(4) Fournir des exemples clairs de comportements et de conditions de travail inacceptables ;
(5) Énoncer en termes clairs le point de vue de l'organisation sur la violence au travail et son engagement à la prévenir ;
(6) Énoncer précisément les conséquences des menaces ou des actes violents et présenter les protocoles et les options concrètes disponibles à ce moment-là. Cela doit inclure les rôles et les notifications (c'est-à-dire la sécurité, la police, la direction, etc.) ;
(7) Décrire le processus par lequel les mesures préventives seront développées ;

(8) Rendre obligatoire le signalement de tous les incidents de violence ;
(9) Décrire le processus confidentiel par lequel le personnel peut signaler les incidents et à qui il peut le faire ;
(10) S'assurer qu'aucune mesure de représailles ne sera prise contre les membres du personnel qui signalent les incidents ;
(11) Décrire les procédures d'enquête et de résolution des plaintes, y compris le droit à une compensation pour le temps pris sur le lieu de travail pour faire face aux effets physiques, émotionnels ou juridiques de la violence pour les professionnelles et les professionnels de la santé ;
(12) Décrire comment les informations sur les risques de violence seront communiquées au personnel ;
(13) S'engager à fournir des services de soutien aux victimes de violence, y compris aux professionnelles et aux professionnels de la santé ;
(14) Offrir un programme d'aide aux employées et aux employés (PAE) confidentiel pour permettre aux professionnelles et aux professionnels de la santé de demander de l'aide ;
(15) S'engager à répondre aux besoins de formation en matière de prévention de la violence des différents groupes de personnel de l'organisation ;
(16) Traiter spécifiquement des mesures qui peuvent être prises lorsqu'un individu qui a agi violemment dans le passé se présente aux urgences pour être traité ;
(17) S'engager à surveiller et à réviser régulièrement la politique ;
(18) Indiquer les exigences réglementaires applicables.
En plus des politiques susmentionnées, l'ACMU préconise les mesures suivantes [23,24,25,26,27,28,29,30,31,32] :
(1) L'élaboration d'une norme de sécurité nationale, en collaboration avec des expertes et des experts en sécurité et d'autres partenaires, qui décrit les pratiques exemplaires, les points de repère et les plans exhaustifs pour améliorer la sûreté et la sécurité dans les urgences. Les administratrices et les administrateurs d'hôpitaux devraient être obligés de respecter ces normes dans un délai urgent. Les normes devraient inclure :

(a) Prévoir une meilleure conception de l'environnement des urgences canadiennes afin de prévenir les dangers de l'isolement sans limiter l'intimité. Il a été démontré que la restriction de l'accès aux urgences permet de prévenir la violence,

(b) Améliorer les mesures de sécurité dans tous les services des urgences canadiens. Dans la mesure du possible, une présence visible de la sécurité est souhaitable. Des systèmes d'alarme devraient également être envisagés,

(c) Élaborer des lignes directrices et des protocoles pour le code Argent : Situations de tireur(s) actif(s) [33,34,35,36,37,38,39,40],

(d) La formation de l'ensemble du personnel à la reconnaissance des comportements agressifs et d'escalade et à la désescalade pour tout le personnel des urgences,

(e) L'équipement du personnel avec des protocoles médicaux appropriés pour le contrôle, la contention et la sédation des patientes et des patients (potentiellement) violents, comme cliniquement approprié ;

(2) Un meilleur accès aux ressources communautaires pour les patientes et les patients qui souffrent de troubles mentaux et de toxicomanie ;

(3) Un soutien aux initiatives qui visent à mieux comprendre et à atténuer les obstacles au signalement de la violence aux urgences.

Causes multiples, tolérance zéro

La violence aux urgences a de nombreux antécédents, notamment la pauvreté, le racisme, la toxicomanie, les gangs et la violence personnelle. La patiente ou le patient violent peut présenter des manifestations de délire dues à une myriade de causes médicales aiguës ou de démence. Le manque de ressources communautaires pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux et de toxicomanie a également joué un rôle important. Nous pensons que la patiente ou le patient violent mérite les mêmes soins optimaux que tout autre patient et que sa situation médicale et sociale individuelle doit être prise en compte dans son plan de soins final. La violence aux urgences est plus souvent qu'autrement un symptôme plutôt qu'un trait de personnalité : nous recommandons donc la prudence à l'égard d'une politique de « tolérance zéro » selon laquelle les patientes et les patients qui ont des antécédents de violence se verraient refuser l'accès aux soins. Nous pensons cependant que des efforts administratifs maximaux doivent être faits pour offrir au personnel de la santé et à notre patientèle un environnement de travail sûr et sécurisé.

Il incombe aux administrations hospitalières de déployer tous les efforts possibles et imaginables pour faire face à l'augmentation de l'incidence et du bilan de la violence aux urgences. Elles doivent offrir un environnement respectueux et collaboratif dans lequel tous les cas de violence sont signalés sans crainte ni intimidation. Elles doivent s'engager à faire participer le personnel à la prévention de la violence, notamment par une formation obligatoire à la désescalade. L'amélioration des ratios de personnel et du flux de patientes et de patients contribuera à rendre l'établissement plus sûr pour la patientèle et le personnel.

Les médecins et les infirmières de nos services des urgences doivent faire face à une augmentation de la violence et de l'épuisement professionnel, avec de moins en moins de soutien et de ressources, dans un contexte de réduction croissante de financement. La position de l'ACMU est que le fardeau humain et financier croissant de ces coupures s’avère non seulement préjudiciable à la société, mais viole également les droits du personnel de la santé à un environnement de travail sûr qui lui permettra de fournir des soins appropriés au public. Outre la préservation de la dignité humaine, des compétences et de la sécurité, la lutte contre la violence aux urgences à l'échelle nationale pourrait permettre de réaliser d'importantes

Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)
509 – 350 Sparks Street, Ottawa, ON K1R 7S8
1-800-463-1158 www.caep.ca

économies. Il est donc impératif de s'attaquer sérieusement à l'épidémie de violence dans les urgences canadiennes et, pour tout retard à cet égard, il devrait y avoir une tolérance zéro.