INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

AVRIL 2021

ÉTAT DES PRATIQUES

COVID-19 : regard sur la fréquentation dans les urgences au Québec

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé et Bureau des données clinico-administratives

Québec

COVID-19 : regard sur la fréquentation dans les urgences au Québec

Rédaction
Claude Dallaire

Collaboration
Frédérique Baril
Isabelle Boisvert
Mamadou Diop
Josée Plamondon
Sybille Saury
Marie-Claude Sirois

Coordination scientifique
Mélanie Martin

Direction
Mike Benigeri
Catherine Truchon

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe projet

Auteur principal
Claude Dallaire

Soutien administratif
Jacinthe Clusiau

Collaborateurs internes
Frédérique Baril, M. Sc.
Isabelle Boisvert, Ph. D.
Mamadou Diop, M. Sc.
Josée Plamondon, M. Ps., M.A.P.
Sybille Saury, M. Sc.
Marie-Claude Sirois, M. Sc., Ps. éd., M. Sc. adm.

Coordonnatrice scientifique
Mélanie Martin, Ph. D.

Adjointe à la direction
Élisabeth Pagé, Ph. D., MBA

Directeurs
Mike Benigeri, Ph. D.
Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. adm.

Équipe de l'édition

Denis Santerre
Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021
ISBN 978-2-550-89123-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 : regard sur la fréquentation dans les urgences au Québec. État de pratiques rédigé par Claude Dallaire. Québec, Qc : INESSS; 2021. 37 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

INESSS LE SAVOIR PREND FORME
10 ANS avec vous pour l'EXCELLENCE

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité d'experts sont :

Dr Marc Afilalo, urgentologue, Hôpital général juif, professeur et président, Département de médecine d'urgence, Université McGill

Dr Laurent Boisvert, médecin de famille avec pratique en urgence

Dr Julien Poitras, urgentologue, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval

Autres contributions

L'institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Mme Marie-Christine Aubé, Direction du soutien à domicile, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Dr Jean-François Boivin, médecin expert, INESSS

Dr Pierre Bouchard, Direction des services d'urgence, MSSS

Dre Michèle de Guise, vice-présidente scientifique, INESSS

M. Carl Dumais, Direction du soutien à domicile, MSSS

M. Yves-Alain Hémon, Direction des services d'urgence, MSSS

Mme Josée Lavigne, Direction des services d'urgence, MSSS

M. Julien Ouellet, directeur, Direction des services d'urgence, MSSS

Dr Denis A. Roy, vice-président stratégie, INESSS

Déclaration d'intérêts

L'auteur de ce document et les experts sollicités pour le comité consultatif déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts; aucun financement externe n'a été obtenu pour sa réalisation.

Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document; les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS I
FAITS SAILLANTS II
INTRODUCTION 1
1. OBJECTIFS 2
2. MÉTHODOLOGIE 3
2.1. Source de données 3
2.2. Définition des variables à l'étude 3
2.3. Analyse des données 4
2.4. Validation externe 4
3. RÉSULTATS 6
3.1. Fréquentation des services d'urgence 6
3.2. Fréquentation des services d'urgence par la clientèle COVID-19 14
3.3. Décès à l'urgence 15
3.4. Évolution de la durée des séjours et des délais dans le flux des urgences 15
3.5. Impact de la baisse de la fréquentation des services d'urgence sur l'occupation des lits d'hospitalisation 18
DISCUSSION 20
RÉFÉRENCES 24
ANNEXE A 26
Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) pour les départements d'urgence 26
ANNEXE B 27
Admissions par l'urgence 27
ANNEXE C 28
Portrait selon la région du centre hospitalier (16) 28
ANNEXE D 32
Portrait selon la région du centre hospitalier (16) 32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec 6
Tableau 2 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et du nombre de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier 8

Tableau 3 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et du nombre de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon l'âge du patient 8

Tableau 4 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon le profil des visites 9

Tableau 5 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon certaines problématiques de santé 10

Tableau 6 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et du nombre de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, pour les problématiques santé mentale* et selon l'âge du patient 12

Tableau 7 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et du nombre de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, pour la catégorie de diagnostic associé aux maladies de l'appareil respiratoire et selon l'âge du patient 13

Tableau 8 Nombre de visites à l'urgence pour les cas confirmés ou suspectés de COVID-19, entre le 1er mars 2020 et le 28 février 2021, dans l'ensemble du Québec 14

Tableau 9 Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence des cas confirmés de COVID-19 par rapport aux autres patients de l'urgence, entre le 1er mars 2020 et le 28 février 2021, dans l'ensemble du Québec 15

Tableau 10 Comparaison du nombre de décès* aux urgences au Québec entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), selon la région du centre hospitalier 15

Tableau 11 Estimation de la réduction de l'occupation des lits hospitaliers par des patients en provenance de l'urgence 18

Tableau C-1 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier 29

Tableau C-2 Comparaison du nombre de visites à l'urgence avec admission entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier 30

Tableau C-3 Comparaison du nombre de visites à l'urgence dont le mode d'arrivée est l'ambulance entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier 31

Tableau D-1 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la catégorie majeure de diagnostic 32

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Comparaison du nombre hebdomadaire de visites à l'urgence entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec 7

Figure 2 Évolution en pourcentage du nombre de visites à l'urgence, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, pour les problématiques de santé mentale* par rapport aux autres catégories de diagnostic 11

Figure 3 Évolution en pourcentage du nombre de visites à l'urgence, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, pour la catégorie de diagnostic associé aux maladies de l'appareil respiratoire 13

Figure 4 Nombre hebdomadaire de visites à l'urgence pour les cas confirmés ou suspectés de COVID-19 durant la période pandémique (1er mars 2020 au 28 février 2021) 14

Figure 5 Variation du délai moyen de prise en charge aux urgences, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), pour toutes les visites, dans l'ensemble du Québec 16

Figure 6 Variation de la durée moyenne totale des séjours aux urgences, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), pour toutes les visites, dans l'ensemble du Québec 17

Figure 7 Variation de la durée moyenne totale des séjours aux urgences, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon le type de visite 17

Figure 8 Nombre moyen de lits hospitaliers occupés au cours de la période pandémique par rapport à la période de référence 19

Figure C-1 Variation du nombre total de visites à l'urgence entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier 28

Figure C-2 Variation du nombre de visites à l'urgence avec admission entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier 29

Figure C-3 Variation du nombre de visites à l'urgence dont le mode d'arrivée est l'ambulance entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier 31

SIGLES ET ACRONYMES

BDCU	Banque de données communes des urgences
CIM-10	Codes de diagnostic de la 10^{e} révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (version canadienne dans le présent document)
CMD	Catégories majeures de diagnostic selon CIM-10
CoV-2	Coronavirus 2
CPU	Console provinciale des urgences
ETG	Échelle canadienne de triage et de gravité
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d’excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l’étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l’assurance maladie du Québec
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
SIGDU	Système d’information de gestion des départements d’urgence
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

FAITS SAILLANTS

Dans l'ensemble de la province, la fréquentation des services d'urgence a fortement diminué au cours de la période pandémique (1er mars 2020 au 28 février 2021) avec plus de 1M de visites et 73 000 admissions par l'urgence en moins par rapport à la période de référence (1er mars 2019 au 29 février 2020). Cela représente une baisse de 28 % pour l'ensemble des visites et de 17 % pour les visites qui nécessitent une hospitalisation.

- La diminution la plus importante est observée chez les patients âgés de 0 à 17 ans, tant pour les visites (- 47 %) que pour les admissions par l'urgence (- 40 %).
- La diminution des admissions par l'urgence est particulièrement marquée dans le cas des maladies respiratoires (- 50 %), alors qu'elle est relativement faible pour les problématiques de santé mentale (- 4 %).
- Tant pour les cas graves hospitalisés que pour les cas moins urgents (P4 et P5), la baisse est beaucoup plus prononcée au cours du printemps et de l'automne, suivant ainsi l'évolution de la pandémie et des mesures de confinement.
- Les cas confirmés ou suspectés de COVID-19 représentent en moyenne 4,6 % de l'ensemble des visites à l'urgence. Pour les cas de COVID-19 confirmés, le taux d'hospitalisation est environ 2,8 fois plus élevé que pour les autres patients des services d'urgence (36 % contre 13 %).
- La réduction de la fréquentation des urgences s'accompagne d'une diminution du délai moyen entre l'arrivée du patient dans ce service et sa prise en charge médicale, qui passe de 2 h 31 à 1 h 50.
- La durée moyenne totale du séjour à l'urgence est relativement semblable entre la période pandémique et la période de référence. Elle a toutefois été en baisse lors de la première vague, entre mars et avril 2020, puis en hausse par la suite.

La réduction d'environ 73 000 admissions par l'urgence au cours de la période pandémique représente une moyenne de 1 770 lits utilisés en moins chaque jour dans les hôpitaux de la province.

- La baisse de l'occupation des lits par des patients en provenance de l'urgence a probablement été un facteur important pour réduire l'énorme pression de la pandémie sur l'activité hospitalière et, ainsi, compenser en grande partie le nombre important de lits non disponibles dans les hôpitaux.

INTRODUCTION

En date du 7 avril 2021, près de 320 000 cas d'infection par le virus SRAS-CoV-2 ont été confirmés et 10 709 décès sont liés à la COVID-19 au Québec [INSPQ, 2021].

Face à cette crise sanitaire sans précédent, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) est mobilisé pour fournir aux décideurs publics ainsi qu'aux gestionnaires et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux un éclairage pertinent sur les personnes infectées et leur parcours de soins ainsi que sur l'impact de la COVID-19 sur les soins et services de santé, et cela à l'aide des bases de données clinico-administratives. Ces analyses épidémiologiques ont notamment mené, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à la production de rapports hebdomadaires de prédiction des risques d'hospitalisation pour les personnes qui ont été infectées par le virus SRAS-CoV-2. Un portrait du profil sociodémographique, des comorbidités et du premier épisode hospitalier des cas confirmés d'infection par le virus SRAS-CoV-2 au Québec au cours de la première vague a aussi été publié [INESSS, 2020].

Le présent rapport présente un portrait de l'impact de la pandémie sur la fréquentation des services d'urgence par l'ensemble des clientèles au Québec.

L'ensemble de ces travaux visent à soutenir la prise de décision clinique ainsi que la prise de décision organisationnelle et ministérielle de même qu'à mieux diriger et intégrer les efforts de soins, non seulement pour les patients atteints de la COVID-19, mais aussi pour toutes les autres personnes dont l'état requiert des soins de santé.

1. OBJECTIFS

Les travaux réalisés dans le cadre du présent rapport visent à tracer le portrait de l'utilisation des services d'urgence au cours de la première année de la pandémie au Québec. Ce portrait est basé sur la comparaison des données de la période pandémique (1er mars 2020 au 28 février 2021) à celles de la période de référence (1er mars 2019 au 29 février 2020). Ce portrait comporte deux objectifs spécifiques.

Objectif spécifique 1 – La fréquentation des urgences
Décrire la fréquentation (volume, clientèle) dans les services d'urgence ainsi que les admissions au centre hospitalier par l'urgence en analysant : • les caractéristiques sociodémographiques des usagers • la priorité accordée au triage selon la gravité • les catégories majeures de diagnostic établi à l'urgence • les admissions, ou non, au centre hospitalier • les décès constatés à l'urgence • les cas de COVID-19 suspectés ou confirmés • l'évolution temporelle de ces différents indicateurs au cours de la pandémie

Objectif spécifique 2 – L'occupation des lits d'hospitalisation
Décrire l'impact de la baisse de la fréquentation des urgences sur l'occupation des lits d'hospitalisation.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Source de données

L'ensemble des données utilisées étaient anonymisées. L'INESSS a accès aux données de la Banque de données communes des urgences (BDCU), de la Banque des relevés quotidiens de la situation à l'urgence et des centres hospitaliers (RQSUCH) et au fichier numérique sur la maintenance et l'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO) conformément à l'entente portant sur la communication de renseignements nécessaires à la réalisation de l'étude et de l'évaluation faites en application de la *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* – entente tripartite entre le MSSS, l'INESSS et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

La BDCU contient les renseignements sur les épisodes de soins et de services prodigués à une personne inscrite à un service d'urgence d'un établissement du Québec.

Le RQSUCH comprend l'information déclarée quotidiennement par chaque centre hospitalier sous forme d'un formulaire numérique qui documente l'occupation hospitalière à une heure donnée de la journée.

Le fichier MED-ECHO contient, entre autres, de l'information sur la durée moyenne des séjours hospitaliers pour des soins de courte durée.

2.2. Définition des variables à l'étude

Les renseignements nécessaires à la création des variables de l'étude proviennent des sources de données énumérées précédemment.

Caractéristiques sociodémographiques – Les renseignements sur les variables sociodémographiques ont été obtenus à partir de la BDCU. Cette information incluait l'âge et la région de résidence des personnes inscrites à l'urgence.

Épisode de soins en service d'urgence :

- **Mode d'arrivée de l'usager** (ambulance, ambulatoire);
- **Raison de la visite,** qui correspond au symptôme principal identifié par l'infirmière lors du premier triage établi à partir d'une adaptation des « Raisons de consultation » du Système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU)[1];

[1] Le SIGDU est un système d'information constitué de plusieurs logiciels, dont la BDCU et la console provinciale des urgences (CPU). Le cadre normatif peut être consulté au site Web suivant : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/technologies-de-l-information/actifs-informationnels/sigdu/.

- **Priorité au triage,** qui correspond à la cote selon « L'échelle canadienne de triage et de gravité » (ETG) / P1, P2, P3, P4, P5) (Annexe A);
- **Catégorie majeure de diagnostic (CMD)** selon la CIM-10;
- **Type d'orientation au départ de l'urgence** (admission, décès, départ avant prise en charge, référence, réorienté, retour à domicile et transfert);
- **Cas Covid-19 suspectés** - La raison de visite « Exposition à une maladie contagieuse » (code 1500) est devenue en 2020 « COVID-19 Suspecté » (code 1500). Cette raison de visite est destinée à repérer les cas potentiels dès leur arrivée à l'urgence;
- **Cas Covid-19 confirmés** - Le diagnostic (élément 022) « SRAS – Syndrome respiratoire aigu suspecté » (code U0490) est devenu en 2020 « COVID-19 Confirmé » (code U0490). Ce diagnostic indique que le service des urgences a procédé au dépistage chez l'usager et que le test de laboratoire s'est révélé positif ou qu'un usager s'est présenté à l'urgence avec un résultat antérieur positif à la COVID-19 sans être considéré comme « rétabli » selon les critères de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce diagnostic ne signifie pas nécessairement que l'usager consulte à l'urgence pour des signes et symptômes de la COVID-19.

Hospitalisation :

- Nombre total d'usagers occupant chaque jour des lits en courte durée – Variable 4 du formulaire du RQSUCH;
- La durée moyenne du séjour hospitalier des patients en provenance de l'urgence en 2017-2018 et 2018-2019 a été extraite de MED-ECHO.

2.3. Analyse des données

Les analyses ont permis de faire un portrait de l'impact de la pandémie sur la fréquentation des services d'urgence et des visites qui ont donné lieu à une admission au centre hospitalier au cours de la première année de la pandémie. Des analyses descriptives et comparatives ont été effectuées pour présenter les caractéristiques de la clientèle qui s'est rendue à l'urgence au cours de la période pandémique (1er mars 2020 au 28 février 2021) par rapport à la période de référence (1er mars 2019 au 29 février 2020). L'impact de la baisse de la fréquentation des urgences sur l'occupation des lits d'hospitalisation a aussi été analysé au cours de la période pandémique.

2.4. Validation externe

Le comité consultatif a pour mandat d'accompagner les travaux de l'INESSS afin d'assurer la qualité scientifique, la pertinence et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Plus précisément, les commentaires

et suggestions des membres du comité ont été recueillis et intégrés au processus méthodologique, ont servi à la validation et à l'interprétation des données préliminaires ainsi qu'à l'identification des analyses supplémentaires souhaitables.

Des résultats préliminaires ont d'abord été présentés lors de rencontres individuelles. Le rapport a ensuite été transmis et présenté le 25 mars 2021 au comité pour valider la conformité des analyses effectuées et l'interprétation des résultats.

3. RÉSULTATS

3.1. Fréquentation des services d'urgence

En comparaison avec la période de référence (1er mars 2019 au 29 février 2020), le nombre de visites à l'urgence est passé de 3,8 M à 2,7 M, ce qui représente une diminution de 28 % (plus de 1 M de visites en moins) durant la période pandémique (1er mars 2020 au 28 février 2021).

Cette tendance est moins marquée pour les visites à l'urgence qui sont suivies d'une admission, avec une diminution de 17 % (environ 73 000 visites avec admission en moins) au cours de la période pandémique par rapport à la période de référence (tableau 1).

Tableau 1 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec

Toutes les visites à l'urgence			Visites avec admission		
Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation
3 775 683	2 710 266	↓ 28 %	437 449	364 386	↓ 17 %

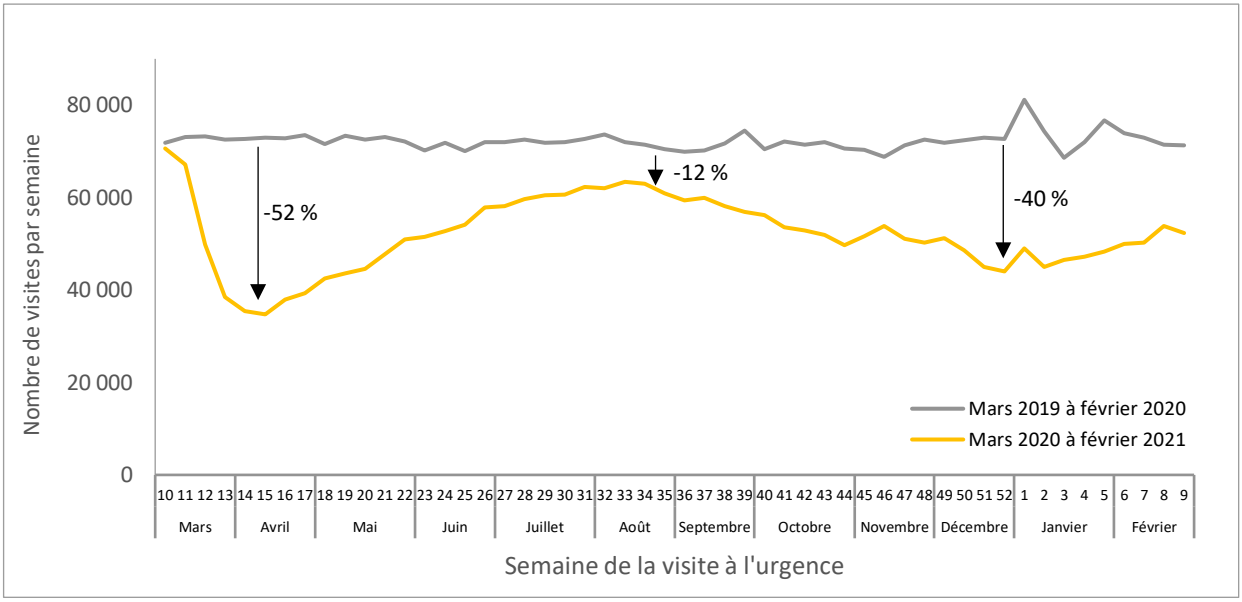
Évolution selon la période

La figure 1 montre que la diminution du nombre hebdomadaire de visites à l'urgence est associée à l'évolution de la pandémie. Une baisse de 52 % du nombre des visites est observée au cours du premier confinement (mars-avril 2020) et de 40 % au cours de la deuxième vague (décembre 2020-janvier 2021).

Cette tendance à la baisse est observée tant pour les arrivées autonomes de patients (ambulatoires) que pour les arrivées par ambulance. Une baisse de 30 % du nombre des arrivées par ambulance a été observée au cours du premier confinement (analyses non présentées).

Les visites qui ont résulté en une hospitalisation suivent la même courbe de variation que celle des visites et des arrivées par ambulance, avec une diminution de 33 % au cours du premier confinement et de 25 % au cours de la deuxième vague (figure B-1 de l'annexe B).

Figure 1 Comparaison du nombre hebdomadaire de visites à l'urgence entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec



Évolution selon la région du centre hospitalier

La diminution du nombre des visites à l'urgence observée en 2020 est relativement plus importante dans les régions de la Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches (33 %) et dans la région de Montréal (30 %) (tableau 2). Elle est toutefois moins importante dans les régions de la couronne de Montréal (22 à 24 %), ce qui pourrait s'expliquer par une réduction de la mobilité régionale. Une analyse selon la région de résidence du patient, plutôt que la région du centre hospitalier, a montré qu'une partie de la fréquentation de la population de la banlieue habituellement observée dans les urgences de Montréal semble s'être déplacée dans les urgences de la région de résidence des patients (analyses non présentées).

La diminution du nombre des visites à l'urgence avec admission observée au cours de la période pandémique est relativement plus importante dans les régions de Montréal et de la Montérégie (18 %), alors qu'elle est moins importante dans les régions de la Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches (14 %) (tableau 2). Il faut toutefois noter que la proportion des visites avec admission sur l'ensemble des visites à l'urgence varie d'une région à l'autre.

L'annexe C présente la comparaison du nombre total des visites à l'urgence, des visites avec admission et des arrivées par ambulance pour toutes les régions du Québec.

Tableau 2 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et du nombre de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier

Régions	Toutes les visites à l'urgence			Visites avec admission		
	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation
Montréal	926 448	648 476	↓ 30 %	120 546	98 955	↓ 18 %
Laval, Lanaudière et Laurentides	431 162	336 951	↓ 22 %	68 095	57 188	↓ 16 %
Montérégie	405 553	307 157	↓ 24 %	62 145	50 711	↓ 18 %
Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches	663 541	442 784	↓ 33 %	58 285	49 877	↓ 14 %
Autres régions	1 348 979	974 898	↓ 28 %	128 378	107 655	↓ 16 %
Ensemble du Québec	**3 775 683**	**2 710 266**	**↓ 28 %**	**437 449**	**364 386**	**↓ 17 %**

Évolution selon l'âge

La diminution des visites à l'urgence était plus importante chez les Québécois âgés de moins de 18 ans que chez les adultes et les personnes âgées (tableau 3).
En comparaison avec la période de référence, une diminution de 47 % des visites à l'urgence a été observée chez les personnes âgées de 0 à 17 ans au cours de la période pandémique, alors que cette diminution était de 24 % chez les 18 à 69 ans et de 25 % chez les 70 ans et plus.

Cette tendance est aussi observée pour les visites avec admission. Alors que la diminution du nombre de visites avec admission se situait entre 12 et 17 % chez les adultes, elle était plus de deux fois plus importante chez les jeunes de moins de 18 ans (40 %).

Tableau 3 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et du nombre de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon l'âge du patient

Groupe d'âge	Toutes les visites à l'urgence			Visites avec admission		
	Mars 2019 – Fév. 2020	Mars 2020 – Fév. 2021	Variation	Mars 2019 – Fév. 2020	Mars 2020 – Fév. 2021	Variation
0-17 ans	666 941	351 089	↓ 47 %	34 210	20 643	↓ 40 %
18-69 ans	2 323 678	1 773 256	↓ 24 %	188 122	164 652	↓ 12 %
70 ans et plus	785 064	585 921	↓ 25 %	215 117	179 091	↓ 17 %
Total	**3 775 683**	**2 710 266**	**↓ 28 %**	**437 449**	**364 386**	**↓ 17 %**

Évolution selon la gravité des cas

Les variations de la fréquentation des services d'urgence ont été analysées selon le niveau de gravité des cas. À cette fin, les visites ont été subdivisées en cinq profils mutuellement exclusifs (tableau 4).

En comparaison avec la période de référence, la variation des visites au cours de la période pandémique a été la plus importante dans le groupe des patients qui ont quitté les services d'urgence avant la prise en charge médicale (- 53 %).

La clientèle ambulatoire a diminué dans des proportions relativement équivalentes, quel que soit le niveau de priorité au triage (- 27 % pour les priorités 1 à 3 et - 29 % pour les priorités 4 et 5).

Enfin, la baisse des visites est moins importante pour les patients admis (- 17 %) et ceux arrivés par ambulance et qui ont reçu leur congé (- 18 %).

Tableau 4 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon le profil des visites

Profil des visites (mutuellement exclusif)	Mars 2019 – Févr. 2020		Mars 2020 – Févr. 2021		Écart entre 2019 et 2020	
	Nombre	Poids relatif	Nombre	Poids relatif	Différence	Variation
Visites avec admission	437 449	12 %	364 386	13 %	- 73 063	↓ 17 %
Visites ambulances (ayant eu congé)	458 498	12 %	374 391	14 %	- 84 107	↓ 18 %
Visites P1-2-3 (excluant ambulances et admission)	982 405	26 %	721 146	27 %	- 261 259	↓ 27 %
Visites P4-5 (excluant ambulances et admission)	1 527 513	40 %	1 078 227	40 %	- 449 286	↓ 29 %
Visites avec départ avant prise en charge médicale - toutes priorités (excluant ambulance)	369 818	10 %	172 116	6 %	- 197 702	↓ 53 %
Ensemble du Québec	**3 775 683**	**100 %**	**2 710 266**	**100 %**	**- 1 065 417**	**↓ 28 %**

Évolution selon la catégorie majeure de diagnostic

Les catégories majeures de diagnostic, telles qu'assignées à chaque séjour à l'urgence à partir du diagnostic principal, ont été utilisées pour observer la variation de la fréquentation des services d'urgence entre la période de référence et la période pandémique selon certaines problématiques de santé.

Une baisse générale du nombre des visites, mais également de celui des visites pour les cas plus graves qui ont nécessité une hospitalisation, est observée pour la plupart des problématiques de santé (lésions traumatiques, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil respiratoire, tumeurs). Toutefois, une réduction plus importante est observée pour les maladies de l'appareil respiratoire (- 63 % pour l'ensemble des visites et de - 50 % pour les visites avec admission). À l'inverse, pour les problématiques de santé mentale (catégorie regroupant les troubles mentaux et du comportement ainsi que les troubles mentaux organiques), la baisse des visites avec admission est moins marquée par rapport aux autres catégories, avec une diminution de 4 % (tableau 5). L'annexe D présente la comparaison des catégories majeures de diagnostic pour toutes les régions du Québec.

Les sections suivantes présentent des analyses relatives aux visites à l'urgence pour les problématiques de santé mentale et les maladies de l'appareil respiratoire.

Tableau 5 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon certaines problématiques de santé

Catégories majeures de diagnostics	Toutes les visites à l'urgence			Visites avec admission		
	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation
Lésions traumatiques	448 138	367 745	↓ 18 %	29 908	26 731	↓ 11 %
Maladies de l'appareil circulatoire	138 310	115 577	↓ 16 %	55 777	47 454	↓ 15 %
Maladies de l'appareil digestif	191 238	162 904	↓ 15 %	50 226	45 393	↓ 10 %
Maladies de l'appareil respiratoire	367 977	137 874	↓ 63 %	61 330	30 562	↓ 50 %
Troubles mentaux*	160 205	134 515	↓ 16 %	33 643	32 178	↓ 4 %
Tumeurs	21 762	19 299	↓ 11 %	12 741	11 208	↓ 12 %
Autres	2 448 053	1 772 352	↓ 28 %	193 824	170 860	↓ 12 %
Ensemble du Québec	**3 775 683**	**2 710 266**	**↓ 28 %**	**437 449**	**364 386**	**↓ 17 %**

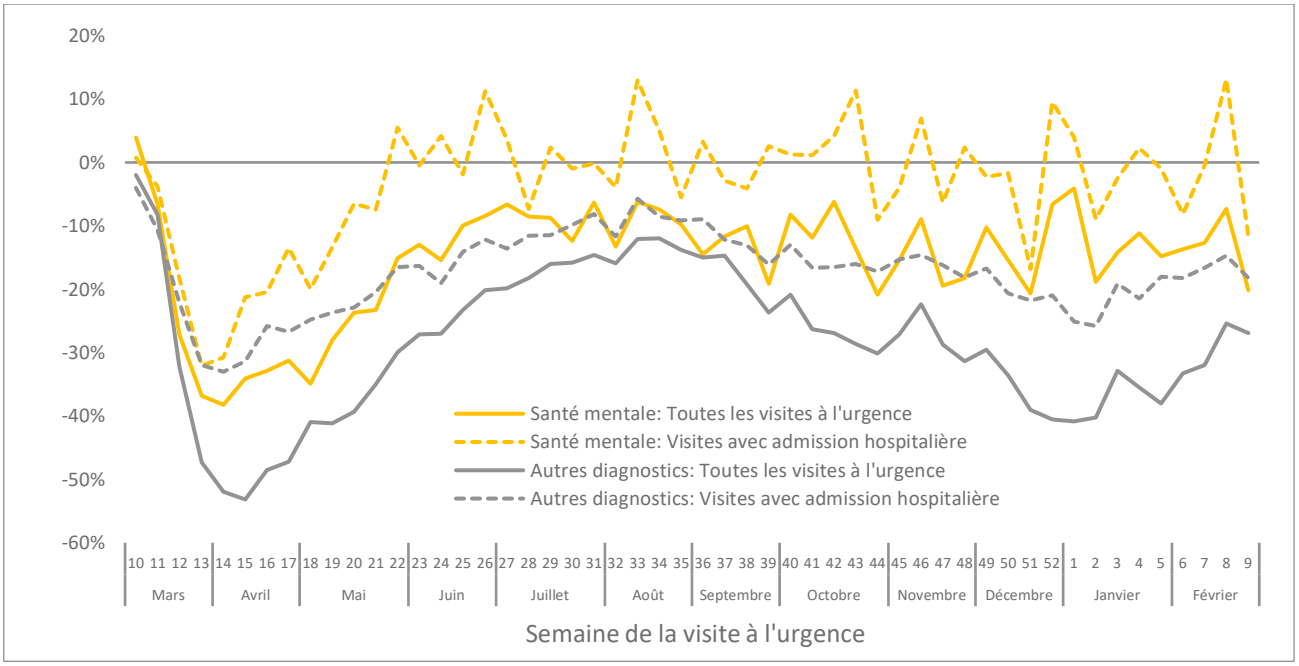
* Cette catégorie regroupe trois types, soit les troubles mentaux organiques (y compris les troubles somatiques), les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives et les troubles mentaux et du comportement.

Évolution des visites pour les problématiques de santé mentale

Les courbes de diminution des visites à l'urgence et des visites avec admission pour les problématiques de santé mentale (catégorie regroupant les troubles mentaux et du comportement ainsi que les troubles mentaux organiques) présentent une évolution différente de celles observées pour les autres clientèles des services d'urgence.

Alors que ces courbes se suivent au tout début de la première vague, la reprise s'effectue différemment. La figure 2 montre un redressement plus rapide des visites pour des problématiques de santé mentale. Le nombre de visites pour cette catégorie qui donnent lieu à une admission est par ailleurs revenu à un niveau pratiquement équivalent à celui de la période de référence, dès la fin du printemps 2020. Ce n'est pas le cas pour les autres catégories majeures de diagnostic pour lesquelles la diminution des visites avec admission reste importante après la première vague et durant la deuxième vague.

Figure 2 Évolution en pourcentage du nombre de visites à l'urgence, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, pour les problématiques de santé mentale* par rapport aux autres catégories de diagnostic



* Cette catégorie regroupe les troubles mentaux organiques (y compris les troubles somatiques), les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives et les troubles mentaux et du comportement.

La diminution des visites à l'urgence pour des problématiques de santé mentale était plus importante chez les Québécois âgés de moins de 18 ans que chez les adultes (tableau 6). En comparaison avec la période de référence, une diminution de 21 % des visites à l'urgence a été observée chez les personnes âgées de 0 à 17 ans au cours de la période pandémique, alors que cette réduction était de 16 % chez les 18 à 69 ans et de 14 % chez les 70 ans et plus.

Cette tendance est aussi observée pour les visites avec admission. Alors que la diminution du nombre de visites avec admission se situait entre 3 et 7 % chez les adultes, elle était deux fois plus importante chez les jeunes de moins de 18 ans (- 14 %).

Tableau 6 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et du nombre de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, pour les problématiques santé mentale* et selon l'âge du patient

Groupe d'âge	Toutes les visites à l'urgence CMD Troubles mentaux			Visites avec admission CMD Troubles mentaux		
	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation
0-17 ans	12 324	9 752	↓ 21 %	1 451	1 250	↓ 14 %
18-69 ans	130 059	109 510	↓ 16 %	24 549	23 852	↓ 3 %
70 ans et plus	17 822	15 253	↓ 14 %	7 643	7 076	↓ 7 %
Total	**160 205**	**134 515**	**↓ 16 %**	**33 643**	**32 178**	**↓ 4 %**

* Cette catégorie regroupe les troubles mentaux organiques (y compris les troubles somatiques), les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives et les troubles mentaux et du comportement.

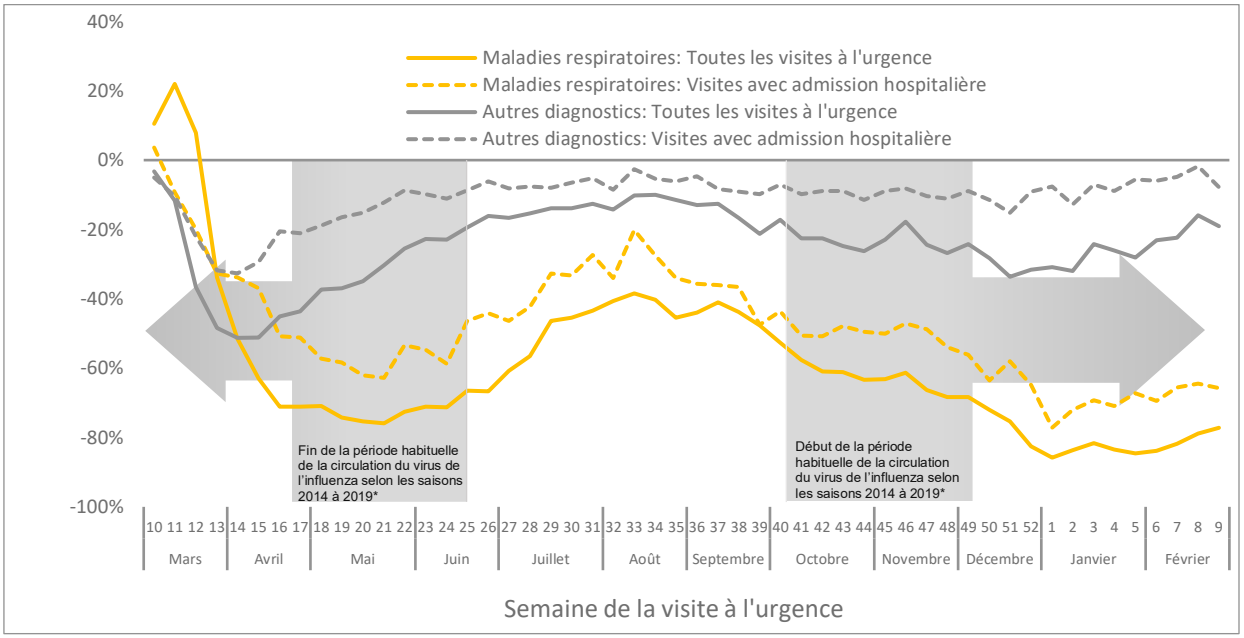
Évolution des visites pour les maladies de l'appareil respiratoire

La courbe de l'évolution hebdomadaire des visites et visites avec admission dans les cas de maladies de l'appareil respiratoire montre que les visites ont abruptement chuté lors de la première période de confinement du printemps 2020, atteignant des baisses allant jusqu'à 76 % (visites) et 63 % (admissions) à la mi-mai (figure 3). Pour la période estivale, les baisses sont moins marquées, mais elles restent tout de même trois fois plus importantes que celles de l'ensemble des autres diagnostics associés aux visites aux urgences. La courbe reprend ensuite sa descente à l'automne, soit à la période au cours de laquelle la circulation des virus respiratoires débute habituellement.

La période du début janvier montre généralement les plus fortes pressions provenant de l'activité grippale dans les milieux de soins. Or, il n'y a pratiquement pas d'activité grippale cette année. Durant la première semaine de janvier 2021, les maladies de l'appareil respiratoire ont été en baisse de 86 % pour les visites et de 77 % pour les admissions, des taux qui ont à peine fléchi jusqu'à la fin de février 2021 (fin de la période d'observation).

Les réductions les plus importantes concernant les maladies de l'appareil respiratoire sont observées chez les visiteurs des urgences âgés de moins de 18 ans (tableau 7). Tant pour l'ensemble des visites que pour les cas plus graves nécessitant une hospitalisation, une diminution de près des trois quarts des visites est observée comparativement à la période de référence. Cette baisse était de 55 % et 58 % pour les visites chez les adultes, alors que celle du nombre de visites avec admission se situait entre 44 % et 47 %.

Figure 3 Évolution en pourcentage du nombre de visites à l'urgence, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, pour la catégorie de diagnostic associé aux maladies de l'appareil respiratoire



*Circulation du virus de l'influenza : saison 2019-2020 comparativement aux saisons antérieures (2014-2015 – 2018-2019) / Source : Adapté du Portail des virus respiratoires, Laboratoire de santé publique du Québec, février 2020. (Cité par le MSSS au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/grippe).

Tableau 7 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence et du nombre de visites avec admission, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, pour la catégorie de diagnostic associé aux maladies de l'appareil respiratoire et selon l'âge du patient

Groupe d'âge	Toutes les visites à l'urgence CMD Maladies de l'appareil respiratoire			Visites avec admission CMD Maladies de l'appareil respiratoire		
	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation
0-17 ans	121 531	33 126	↓ 73 %	9 663	2 486	↓ 74 %
18-69 ans	172 435	71 748	↓ 58 %	18 640	10 514	↓ 44 %
70 ans et plus	74 011	33 000	↓ 55 %	33 027	17 562	↓ 47 %
Total	**367 977**	**137 874**	**↓ 63 %**	**61 330**	**30 562**	**↓ 50 %**

3.2. Fréquentation des services d'urgence par la clientèle COVID-19

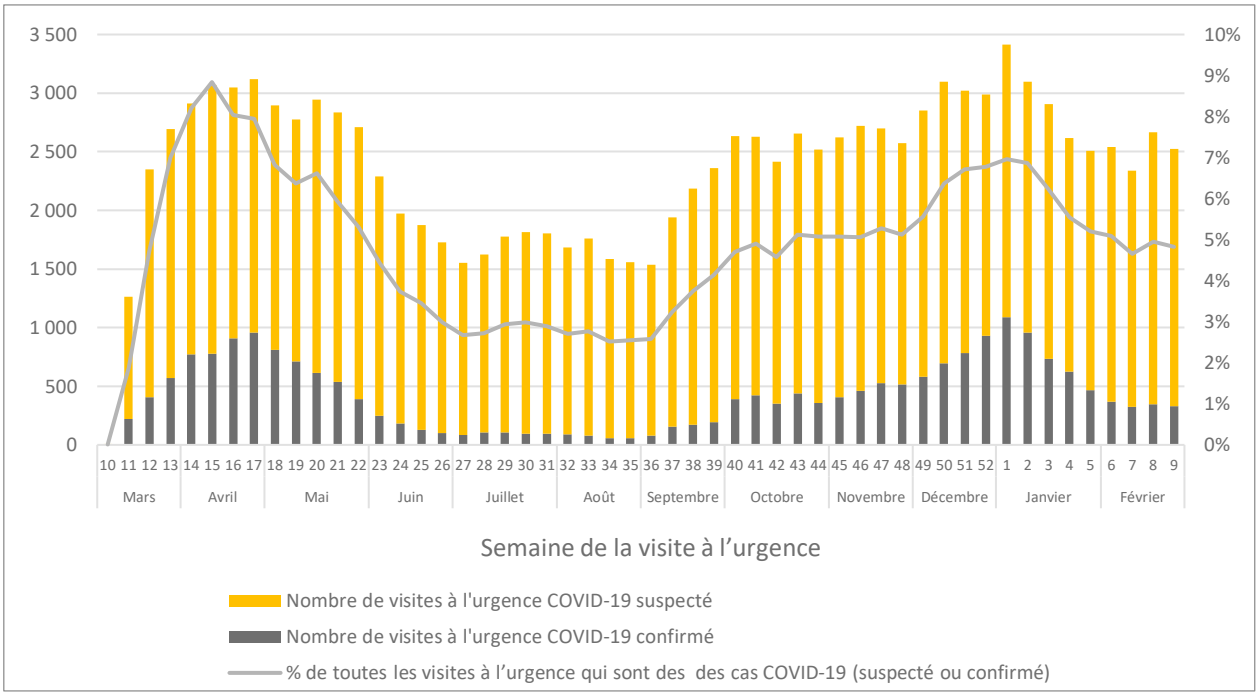
L'évaluation du nombre de visites associées à des cas suspectés ou confirmés de COVID-19 est faite à partir de nouvelles définitions introduites dans la BDCU au début de la pandémie. Il faut interpréter ces résultats avec prudence, puisqu'il est probable que le codage de ces cas soit sujet à des variations dans le temps et entre les centres hospitaliers.

Entre le 1er mars 2020 et le 28 février 2021, 124 594 visites à l'urgence ont été associées à des cas suspectés ou confirmés de COVID-19. Cela représente 4,6 % de l'ensemble des visites à l'urgence (tableau 8). Selon la période, ces visites représentent de 3 % à 9 % de toutes les visites à l'urgence (figure 4).

Tableau 8 Nombre de visites à l'urgence pour les cas confirmés ou suspectés de COVID-19, entre le 1er mars 2020 et le 28 février 2021, dans l'ensemble du Québec

Cas confirmés COVID-19	Cas suspectés COVID-19	Total des cas COVID-19	Total des visites à l'urgence	% des visites COVID-19
22 531	102 063	124 594	2 710 266	4,6 %

Figure 4 Nombre hebdomadaire de visites à l'urgence pour les cas confirmés ou suspectés de COVID-19 durant la période pandémique (1er mars 2020 au 28 février 2021)



Environ 36 % des patients chez qui la COVID-19 est confirmée et qui se présentent à l'urgence sont hospitalisés, alors que le taux d'hospitalisation des autres patients de l'urgence (excluant les visites des cas COVID-19 confirmés) est de 13 % (tableau 9).

Tableau 9 Taux d'hospitalisation en provenance de l'urgence des cas confirmés de COVID-19 par rapport aux autres patients de l'urgence, entre le 1er mars 2020 et le 28 février 2021, dans l'ensemble du Québec

	Nombre total de visites	Visites avec admission	Taux d'hospitalisation
Toutes les visites (excluant les visites COVID-19 confirmés)	2 687 735	356 278	13 %
Visites COVID-19 confirmés	22 531	8 108	36 %

3.3. Décès à l'urgence

Le nombre de décès constatés à l'urgence, en excluant les arrivées à l'urgence pour constatation de décès, montre une hausse de 10 % au cours de la période pandémique par rapport à la période de référence.

Des variations entre les régions sont constatées. Les régions de Montréal, de la Montérégie et les autres régions se démarquent avec une hausse supérieure à la moyenne, alors qu'à l'inverse, les régions de Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches ainsi que les régions de Laval, de Lanaudière et des Laurentides présentent des résultats similaires pour les deux périodes (tableau 10).

Tableau 10 Comparaison du nombre de décès* aux urgences au Québec entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), selon la région du centre hospitalier

Région du centre hospitalier	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Variation
Montréal	1 219	1 403	15 %
Laval-Lanaudière-Laurentides	1 120	1 147	2 %
Montérégie	1 195	1 355	13 %
Capitale-Nationale – Chaudière-Appalaches	592	588	↓ 1 %
Autres régions	1 924	2 188	14 %
Ensemble du Québec	**6 050**	**6 681**	**10 %**

* Le nombre de décès constatés à l'urgence exclut les arrivées à l'urgence pour constatation de décès.

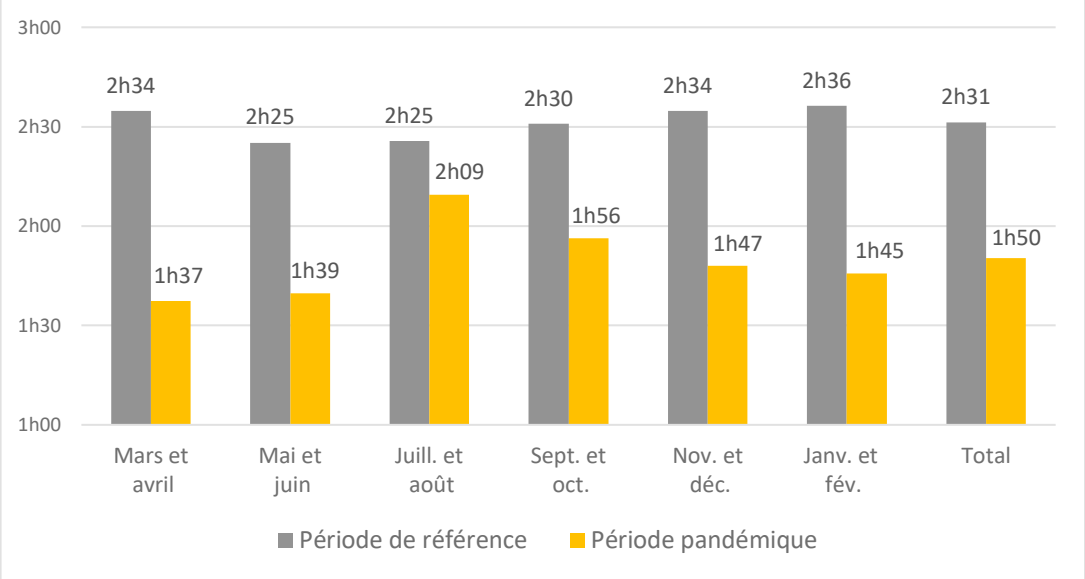
3.4. Évolution de la durée des séjours et des délais dans le flux des urgences

Les épisodes de soins dans les services d'urgence ont été analysés pour observer les variations de deux indicateurs du flux des patients : le délai moyen avant la prise en charge médicale et la durée moyenne totale du séjour. Les séjours avec un départ avant la prise en charge médicale et les séjours de patients réorientés ont été exclus de cette analyse.

La figure 5 illustre le délai entre l'arrivée à l'urgence et la prise en charge médicale. La baisse de la fréquentation des urgences au cours de la période pandémique s'accompagne d'une amélioration du délai moyen, qui est passé de 2 h 31 au cours de la période de référence à 1 h 50 au cours de la période pandémique, pour l'ensemble des visites. Au printemps 2020, au cœur de la première vague, la prise en charge médicale était faite dans un délai d'environ 1 h 38 après l'arrivée du patient.

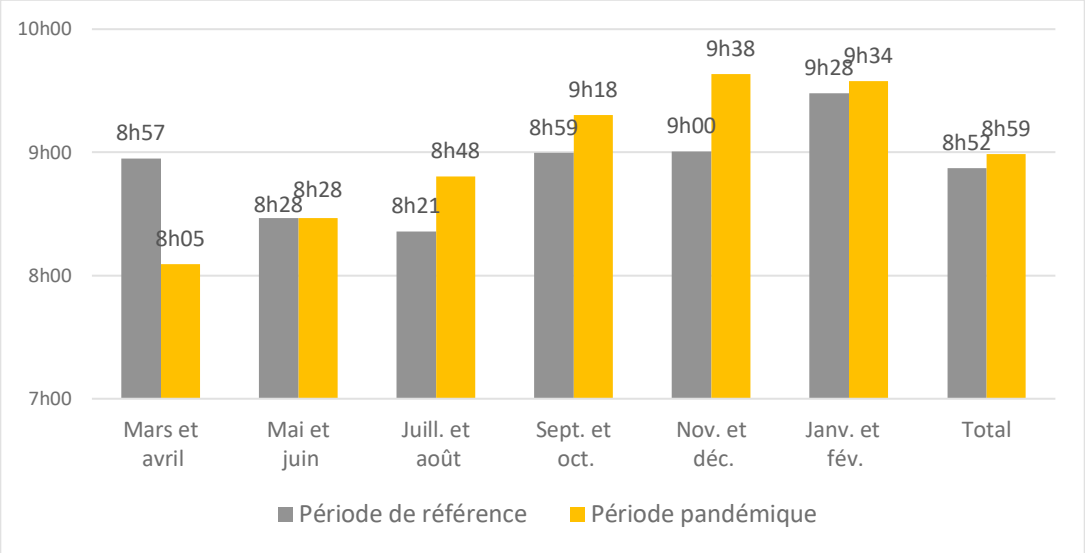
Des analyses ont montré que la variation du temps d'attente selon le niveau de gravité (admis ou non) ou de priorité des patients était relativement similaire (données non présentées).

Figure 5 Variation du délai moyen de prise en charge aux urgences, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), pour toutes les visites, dans l'ensemble du Québec



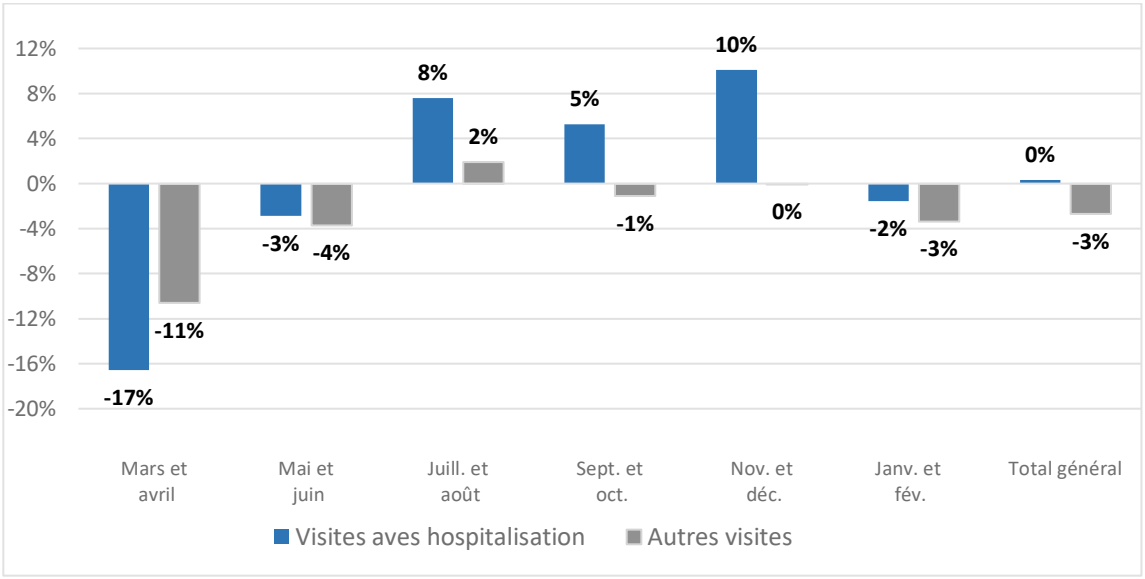
La durée moyenne totale des séjours aux urgences est semblable entre la période de référence et la période pandémique. Une légère baisse a toutefois été observée au printemps 2020, suivie d'une augmentation (figure 6).

Figure 6 **Variation de la durée moyenne totale des séjours aux urgences, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), pour toutes les visites, dans l'ensemble du Québec**



L'analyse des délais selon le besoin d'hospitalisation (figure 7) montre des différences plus marquées. Même si le nombre des visites avec admission a été en forte baisse au cours de la période pandémique, ces visites ont vu leurs délais s'allonger entre juillet et décembre 2020 (augmentation de 5 à 10 %), après une baisse de mars à juin 2020, par rapport à la période de référence.

Figure 7 **Variation de la durée moyenne totale des séjours aux urgences, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon le type de visite**



3.5. Impact de la baisse de la fréquentation des services d'urgence sur l'occupation des lits d'hospitalisation

Cette section présente une estimation de l'impact de la baisse de la fréquentation des services d'urgence sur l'occupation des lits hospitaliers par des patients en provenance de l'urgence (tableau 11).

Une diminution de 17 % des admissions par l'urgence est observée au cours de la période pandémique dans l'ensemble du Québec, ce qui représente une réduction d'environ 73 000 admissions par rapport à la période de référence (tableau 1). Environ la moitié de ces admissions en moins sont attribuables à des personnes de 70 ans et plus, dont le séjour à l'hôpital est en moyenne plus long.

Tableau 11 Estimation de la réduction de l'occupation des lits hospitaliers par des patients en provenance de l'urgence

Groupe d'âge	Admissions en moins en 2020 *vs* 2019	DMS en 2018-2019	Admissions en moins X DMS	Estimation de l'occupation des lits en moins par jour
0-17 ans	13 567	3,45	46 806 j	128 lits
18-69 ans	23 470	7,88	184 943 j	506 lits
70 ans et plus	36 026	11,51	414 659 j	1 136 lits
Total	**73 063**	**s.o.**	**646 408 j**	**1 770 lits**

DMS : durée moyenne du séjour; s.o. : sans objet.

Seules les hospitalisations en soins actifs ont été considérées. Cela exclut donc les séjours en soins de longue durée.

En appliquant la durée moyenne des séjours des patients en provenance de l'urgence par groupe d'âge en 2018 et 2019, il est possible d'estimer la réduction de l'occupation des lits hospitaliers résultant de la baisse des admissions provenant de l'urgence au cours de la première année de la pandémie.

La réduction du nombre total de jours d'occupation de lits dans les centres hospitaliers au cours de la période pandémique peut donc être estimée en multipliant la durée moyenne du séjour par le nombre d'admissions en moins selon les catégories d'âge. Lorsque l'on rapporte cette donnée par jour, on estime qu'au cours de la période pandémique 1 770 lits en moins ont été occupés par des patients en provenance de l'urgence.

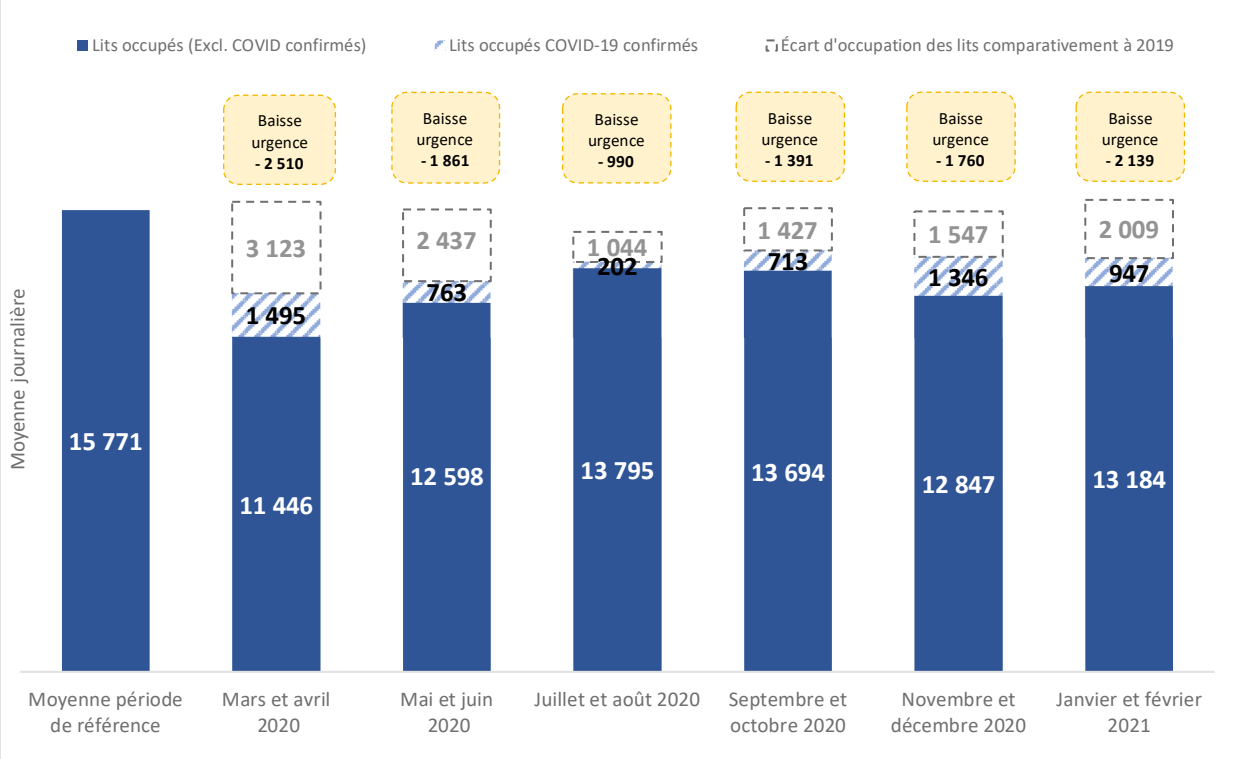
Cette estimation de la réduction du nombre moyen de lits occupés par jour varie selon la période pandémique. Elle est passée d'environ 2 500 lits utilisés en moins pour mars et avril 2020 à moins de 1 000 lits au cours de l'été (juillet et août 2020), puis elle est remontée à près de 2 100 lits en janvier et février 2021.

Par ailleurs, le nombre moyen de lits hospitaliers occupés par jour est passé d'une moyenne de près de 16 000 lits au cours de la période de référence à environ 13 000 à 14 000 lits occupés (incluant les lits COVID confirmés) au cours de la période pandémique (figure 8), soit une baisse de 1 000 à 3 000 lits en moyenne par jour.

Afin de compléter l'analyse de la pression exercée par la pandémie sur l'accès aux lits hospitaliers, l'occupation des lits de courte durée par les cas confirmés de COVID-19 a également été estimée à partir du nombre de cas hospitalisés et de leur durée de séjour. Les résultats montrent que ces patients ont occupé, en moyenne, près de 1 500 lits par jour au début de la première vague et au plus fort de la deuxième vague à l'automne (figure 8).

Cette analyse de l'occupation se limite uniquement aux cas confirmés de COVID-19 ayant eu un séjour en hospitalisation. Elle ne détaille pas le dénombrement des cas suspectés de COVID-19 qui pourraient avoir été hospitalisés, les secteurs ou unités mis en isolement en cas d'éclosion ou encore la mise en place des unités différenciées chaudes-froides dans la plupart des établissements, un ensemble de faits qui ont eu un impact majeur sur la gestion, la disponibilité et l'occupation des lits hospitaliers.

Figure 8 Nombre moyen de lits hospitaliers occupés au cours de la période pandémique par rapport à la période de référence



Note : Le dénombrement des lits occupés provient de l'information déclarée par les établissements dans le formulaire quotidien du RQSUCH (variable 4).

DISCUSSION

L'impact de la pandémie s'est fait ressentir fortement dans le réseau de la santé et des services sociaux, y compris sur les services d'urgence. L'ampleur de la baisse de fréquentation aux urgences est sans précédent. La réduction a été subite et forte pour tous les types d'utilisateurs des urgences, et ce, dès le début de la pandémie au Québec en mars 2020. Une baisse du nombre des visites par les patients dont le cas plus grave a nécessité une hospitalisation a été observée pour la plupart des problématiques de santé. Cette diminution est particulièrement marquée dans le cas des maladies respiratoires, alors qu'elle est moins marquée pour les problématiques de santé mentale. Les experts ont corroboré que ces observations représentent leur pratique au cours de la période pandémique, en précisant toutefois que les données provinciales annuelles ne reflètent pas les particularités des deux vagues pandémiques ni les variations entre les centres hospitaliers et les régions. Par ailleurs, ce portrait se limite à une observation de la fréquentation des services d'urgence et ne tient pas compte de l'ensemble des facteurs qui ont eu un effet sur la situation dans les services d'urgence au cours de la période pandémique, dont la réorganisation des services et effectifs.

Le phénomène de diminution de la fréquentation des urgences a aussi été observé à des périodes et des niveaux comparables dans les autres provinces canadiennes au cours de la première vague au printemps 2020 [ICIS, 2020]. Des tendances similaires ont également été reconnues au cours de la première vague aux Pays-Bas [Barten *et al.*, 2020], en Finlande [Kuitunen *et al.*, 2020] et aux États-Unis [Hartnett *et al.*, 2020]. Comme au Québec, certaines études ont rapporté une diminution plus importante chez les enfants [Hartnett *et al.*, 2020], pour les visites moins urgentes [Lucero *et al.*, 2020] et pour les maladies respiratoires [Kuitunen *et al.*, 2020]. Une exploration de la littérature internationale portant spécifiquement sur les consultations dans les urgences psychiatriques révèle des tendances similaires à celles observées au Québec, soit une baisse du nombre de visites au début de la mise en application des restrictions, suivie d'une hausse progressive des consultations à l'urgence avec un motif lié à la santé mentale à la suite de la première vague [Holland *et al.*, 2021; Gonçalves-Pinho *et al.*, 2020].

Concernant les patients chez qui la COVID-19 a été confirmée et qui se sont présentés à l'urgence, 36 % ont été hospitalisés, alors que le taux d'hospitalisation de l'ensemble des autres patients de l'urgence est de 13 %. Un taux d'hospitalisation plus élevé pour les patients atteints de la COVID-19 par rapport aux autres patients de l'urgence a aussi été observé aux Pays-Bas [Barten *et al.*, 2020].

Malgré une baisse significative de tous les principaux marqueurs de fréquentation aux urgences (visites, ambulances, admissions), le nombre de décès constatés à l'urgence montre une hausse de 10 % au cours de la période pandémique par rapport à la période de référence. Ce pourcentage est comparable à la surmortalité observée par l'Institut de la statistique du Québec [ISQ, 2021].

L’analyse temporelle des variations montre que la réduction des visites par les groupes d’utilisateurs de l’urgence (cas urgents et non urgents, cas graves admis et cas arrivés par ambulance) débute approximativement au moment de la déclaration de l’urgence sanitaire (13 mars 2020). Ce phénomène s’accentue avec l’application des mesures de confinement, ce qui suggère que les réductions initiales n'étaient probablement pas uniquement une réaction ou une conséquence du confinement en lui-même, mais également une sensibilisation forte, voire possiblement une crainte accrue de contracter la COVID-19 en se présentant à l’urgence [Barten *et al.*, 2020]. Le redressement du nombre de visites aux urgences à la suite de la première vague a été partiel, ce qui indique qu’outre le confinement d’autres phénomènes expliquent le recul de la fréquentation.

Les experts consultés sont d’ailleurs préoccupés par la réduction potentielle de consultations à l’urgence pour des raisons médicales sévères, qui pourrait se traduire à moyen terme par un effet sur l’état de santé de diverses clientèles. Alors que certains cliniciens sont préoccupés par le sort des patients atteints d’une maladie cardiaque en dehors du contexte hospitalier [Frankfurter *et al.*, 2020; De Filippo *et al.*, 2020], d’autres ont rapporté une hausse des complications chez certains patients [Gluckman *et al.*, 2020]. Des études sont nécessaires pour comprendre les effets indirects de la pandémie et les conséquences de la baisse des consultations et hospitalisations chez les patients dont l’état requiert des soins de santé. Des travaux sont en cours à l’INESSS pour décrire l’impact de la pandémie sur le parcours de soins des patients atteints d’une maladie cardiaque ou d’un cancer ainsi que sur la fréquentation des urgences par les adolescents pour des problématiques de santé mentale.

Les données sur les urgences sont partielles et ne permettent pas, à elles seules, de bien comprendre les relations entre les effets de la pandémie, les besoins de la population et l’utilisation des services d’urgence. Toutefois, combinée avec les consultations menées auprès de certains experts, cette information nous permet d’avancer certaines pistes expliquant la réduction de l’utilisation des services d’urgence durant la pandémie, soit :

- la réduction des activités en société et les effets du confinement;
- les effets de décisions individuelles des patients de reporter ou de ne pas consulter pour répondre à leurs besoins de santé;
- les effets des mesures de contingence du réseau de la santé favorisant le recours à des services alternatifs à l’urgence;
- les effets protecteurs des mesures de prévention contre la COVID-19 sur d’autres problèmes de santé (grippe et autres infections respiratoires, gastroentérite, bronchiolite, etc.).

Cela est corroboré par la Health Foundation du Royaume-Uni qui rapporte que trois principaux facteurs ont contribué à la diminution de la fréquentation des urgences dans le réseau public de soins : les politiques mises en application pour libérer de la place pour les patients COVID-19 et pour protéger les patients non atteints de la COVID-19 et le personnel, le changement de comportement des usagers qui décident de recourir à un autre service, de retarder ou de ne pas consulter ainsi que le changement de la prévalence de certaines conditions [Kelly et Firth, 2020].

Il est sans doute important de tirer des leçons des effets de la pandémie sur le recours aux urgences. En effet, les experts consultés pensent que les mesures de distanciation physique et les mesures de prévention des infections appliquées ont eu des avantages significatifs pour certaines clientèles vulnérables. En plus de diminuer le nombre des hospitalisations associées aux infections respiratoires, ces mesures de prévention ont probablement évité à certains patients atteints d'une maladie pulmonaire ou d'une autre maladie chronique de développer des complications à la suite de certaines problématiques générales d'infection. De plus, les mesures appliquées pour éviter le recours non nécessaire aux urgences, telle la réorientation des patients vers les cliniques de dépistage désignées ou d'autres services de proximité ainsi que les mesures de triage en première ligne pour éviter le transfert de patients en provenance des résidences privées pour aînés ou les centres d'hébergement et de soins de longue durée, semblent avoir eu des effets sur le désengorgement des urgences.

Les données exploitées pour ce rapport ne permettent pas d'analyser complètement les processus de gestion des lits et de flux des clientèles durant la pandémie. Les analyses exploratoires portant sur la durée des séjours à l'urgence ont montré que la COVID-19 a complexifié la gestion interne des services d'urgence, ce que les experts consultés ont corroboré en plus d'ajouter que la pandémie a entraîné une réorganisation importante en ce qui a trait aux zones chaudes-froides. La diminution de l'achalandage à l'urgence a permis une réduction du temps d'attente pour la prise en charge dans ce service au cours de la première et de la deuxième vague de la pandémie. Toutefois, la durée du séjour a augmenté pour les patients dont l'état nécessitait une admission. Selon les experts consultés, le débordement des patients sur civière et en attente d'hospitalisation est lié au nombre important de lits non disponibles sur les étages, malgré la diminution de 17 % des demandes d'hospitalisation en provenance des urgences.

Environ 18 000 lits sont dressés dans les centres hospitaliers au Québec, ce qui inclut les lits de soins intensifs. Le nombre de lits réellement disponibles peut varier selon plusieurs facteurs : la fermeture de lits en lien avec les ressources humaines, la gestion de lits de débordement, les éclosions et autres causes. Au cours de la période pandémique, l'occupation des lits hospitaliers a été réduite d'environ 1 000 à 3 000 lits par rapport à la période de référence, notamment en raison de la fermeture de lits causée par le manque de personnel, la gestion des éclosions et la mise en place d'unités chaudes-froides.

Ainsi, la réduction de l'occupation des lits de courte durée par des patients en provenance de l'urgence (près de 1 800 lits) a probablement été un facteur important pour réduire l'énorme pression de la pandémie sur l'activité hospitalière. Toutefois, cette diminution de la demande de lits d'hospitalisation à partir des urgences ne pourra persister que si l'on réussit à maintenir certains des bénéfices observés durant la pandémie, notamment la diminution des maladies infectieuses et le recours aux mesures alternatives à l'hospitalisation appliquées durant cette période.

Les analyses du présent rapport ne permettent pas d'expliquer tous les phénomènes observés, et les résultats doivent être interprétés avec prudence. Des analyses complémentaires sont nécessaires pour apprécier les facteurs expliquant ces phénomènes et leurs conséquences à long terme pour les Québécois.

RÉFÉRENCES

Barten DG, Latten GH, van Osch FH. Reduced emergency department utilization during the early phase of the COVID-19 pandemic: Viral fear or lockdown effect? Disaster Med Public Health Prep 2020 [Epub ahead of print].

De Filippo O, D'Ascenzo F, Angelini F, Bocchino PP, Conrotto F, Saglietto A, et al. Reduced rate of hospital admissions for ACS during Covid-19 outbreak in Northern Italy. N Engl J Med 2020;383(1):88-9.

Frankfurter C, Buchan TA, Kobulnik J, Lee DS, Luk A, McDonald M, et al. Reduced rate of hospital presentations for heart failure during the COVID-19 pandemic in Toronto, Canada. Can J Cardiol 2020;36(10):1680-4.

Gluckman TJ, Wilson MA, Chiu ST, Penny BW, Chepuri VB, Waggoner JW, Spinelli KJ. Case rates, treatment approaches, and outcomes in acute myocardial infarction during the coronavirus disease 2019 pandemic. JAMA Cardiol 2020;5(12):1419-24.

Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric emergency department visits – A descriptive study. Psychiatr Q 2020 [Epub ahead of print].

Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, Gundlapalli AV. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69(23):699-704.

Holland KM, Jones C, Vivolo-Kantor AM, Idaikkadar N, Zwald M, Hoots B, et al. Trends in US emergency department visits for mental health, overdose, and violence outcomes before and during the COVID-19 pandemic. JAMA Psychiatry 2021;78(4):372-9.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Incidence de la première vague de COVID-19 sur les visites au service d'urgence, de mars à juin 2020 — tableaux de données [site Web]. Ottawa, ON : ICIS; 2020. Disponible à : https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC4386.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec : regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès. État des pratiques rédigé par Éric Tremblay et Mike Benigeri. Québec, Qc : INESSS; 2020. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_EP_Portrait_cohorte_COVID.pdf.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Données COVID-19 au Québec [site Web]. Québec, Qc : INSPQ; 2021. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). Naissances, décès et mariages par mois et par trimestre, Québec, 2010-2020 [site Web]. Québec, Qc : ISQ; 2021. Disponible à : https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-deces-et-mariages-par-mois-et-par-trimestre-quebec.

Kelly E et Firth Z. How is COVID-19 changing the use of emergency care? [site Web]. Londres, Angleterre : Health Foundation; 2020. Disponible à : https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-is-covid-19-changing-the-use-of-emergency-care.

Kuitunen I, Ponkilainen VT, Launonen AP, Reito A, Hevonkorpi TP, Paloneva J, Mattila VM. The effect of national lockdown due to COVID-19 on emergency department visits. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2020;28(1):114.

Lucero AD, Lee A, Hyun J, Lee C, Kahwaji C, Miller G, et al. Underutilization of the emergency department during the COVID-19 pandemic. West J Emerg Med 2020;21(6):15-23.

ANNEXE A

Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) pour les départements d'urgence

Source : Association canadienne des médecins d'urgence

NIVEAU I : RÉANIMATION

Conditions qui menacent la vie ou la survie d'un membre (ou qui présentent un risque imminent de détérioration), commandant une intervention agressive et immédiate.

NIVEAU II : TRÈS URGENT

Conditions représentant une menace potentielle pour la vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction, qui demandent une intervention médicale rapide ou bien l'exécution d'actes délégués

NIVEAU III : URGENT

Conditions pouvant s'aggraver jusqu'à représenter un problème commandant une intervention urgente spécifique, pouvant être associées à un inconfort significatif ou affecter la capacité de travailler ou d'effectuer des activités journalières.

NIVEAU IV : MOINS URGENT

Conditions qui, en relation avec l'âge du patient, le degré de détresse ou le potentiel de détérioration ou de complications, peuvent nécessiter une intervention ou des conseils dans un délai d'une à deux heures.

NIVEAU V : NON URGENT

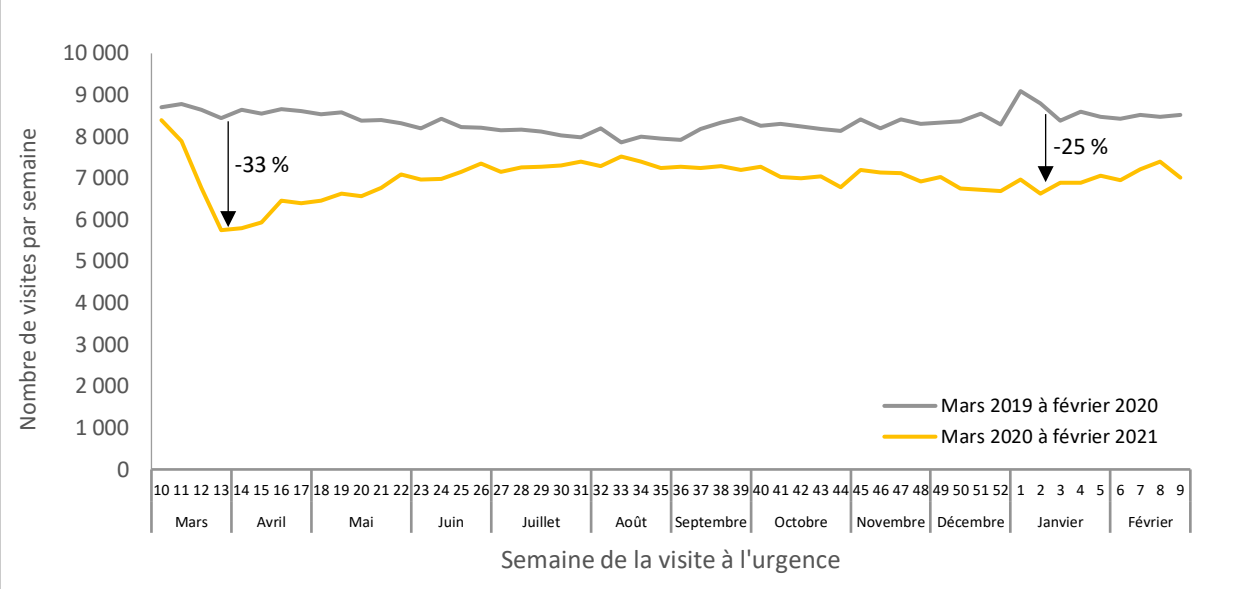
Conditions peut être aiguës, mais non urgentes, ou pouvant relever d'un problème chronique mais sans toutefois de signes de détérioration. L'investigation et les interventions pour certains de ces problèmes ou traumatismes peuvent être retardées ou même référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du réseau de soins.

Source de l'information : ÉTG – L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation. 1998. Disponible à : https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG_-_L_echelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf.

ANNEXE B

Admissions par l'urgence

Figure B-1 Comparaison du nombre hebdomadaire d'admissions hospitalières par l'urgence entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec



ANNEXE C

Portrait selon la région du centre hospitalier (16)

Figure C-1 Variation du nombre total de visites à l'urgence entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier

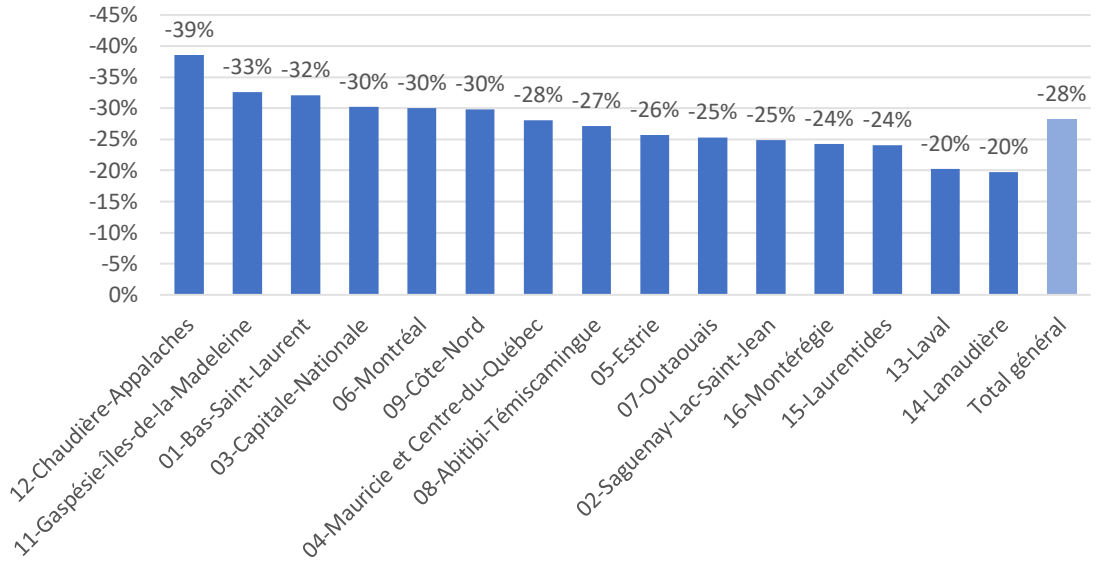


Tableau C-1 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier

Région du centre hospitalier	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation
01-Bas-Saint-Laurent	151 250	102 781	- 48 469	- 32 %
02-Saguenay–Lac-Saint-Jean	180 172	135 413	- 44 759	- 25 %
03-Capitale-Nationale	421 786	294 246	- 127 540	- 30 %
04-Mauricie et Centre-du-Québec	263 303	189 420	- 73 883	- 28 %
05-Estrie	248 007	184 232	- 63 775	- 26 %
06-Montréal	926 448	648 476	- 277 972	- 30 %
07-Outaouais	163 171	121 920	- 41 251	- 25 %
08-Abitibi-Témiscamingue	125 049	91 102	- 33 947	- 27 %
09-Côte-Nord	110 943	77 845	- 33 098	- 30 %
11-Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	107 084	72 185	- 34 899	- 33 %
12-Chaudière-Appalaches	241 755	148 538	- 93 217	- 39 %
13-Laval	89 758	71 569	- 18 189	- 20 %
14-Lanaudière	141 859	113 797	- 28 062	- 20 %
15-Laurentides	199 545	151 585	- 47 960	- 24 %
16-Montérégie	405 553	307 157	- 98 396	- 24 %
Total général	3 775 683	2 710 266	- 1 065 417	- 28 %

Figure C-2 Variation du nombre de visites à l'urgence avec admission entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier

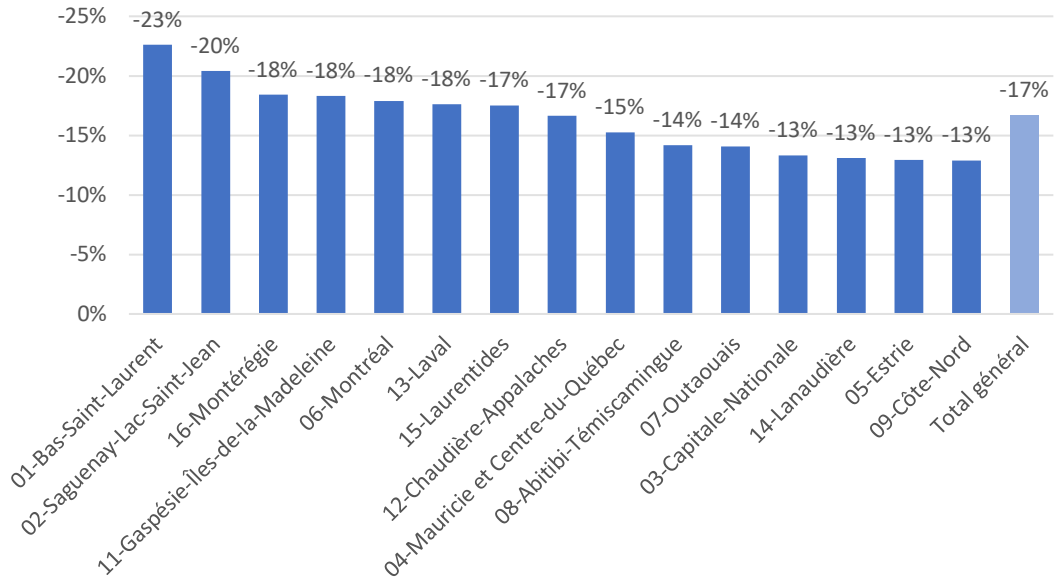


Tableau C-2 Comparaison du nombre de visites à l'urgence avec admission entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier

Région du centre hospitalier	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation	Estimation du nombre moyen de lits par jour utilisés par les urgences
01-Bas-Saint-Laurent	13 002	10 062	- 2 940	- 23 %	- 77 lits
02-Saguenay–Lac-Saint-Jean	19 109	15 209	- 3 900	- 20 %	- 94 lits
03-Capitale-Nationale	38 480	33 365	- 5 115	- 13 %	- 114 lits
04-Mauricie et Centre-du-Québec	33 555	28 429	-5 126	- 15 %	- 129 lits
05-Estrie	26 248	22 855	- 3 393	- 13 %	- 80 lits
06-Montréal	120 546	98 955	- 21 591	- 18 %	- 533 lits
07-Outaouais	14 664	12 601	- 2 063	- 14 %	- 50 lits
08-Abitibi-Témiscamingue	9 068	7 781	- 1 287	- 14 %	- 28 lits
09-Côte-Nord	5 874	5 116	- 758	- 13 %	- 17 lits
11-Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	6 858	5 602	- 1 256	- 18 %	- 32 lits
12-Chaudière-Appalaches	19 805	16 512	- 3 293	- 17 %	- 76 lits
13-Laval	16 309	13 432	- 2 877	- 18 %	- 71 lits
14-Lanaudière	23 363	20 305	- 3 058	- 13 %	- 70 lits
15-Laurentides	28 423	23 451	- 4 972	- 17 %	- 118 lits
16-Montérégie	62 145	50 711	- 11 434	- 18 %	- 281 lits
Total général	437 449	364 386	- 73 063	- 17 %	- 1 771 lits

Figure C-3 Variation du nombre de visites à l'urgence dont le mode d'arrivée est l'ambulance entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier

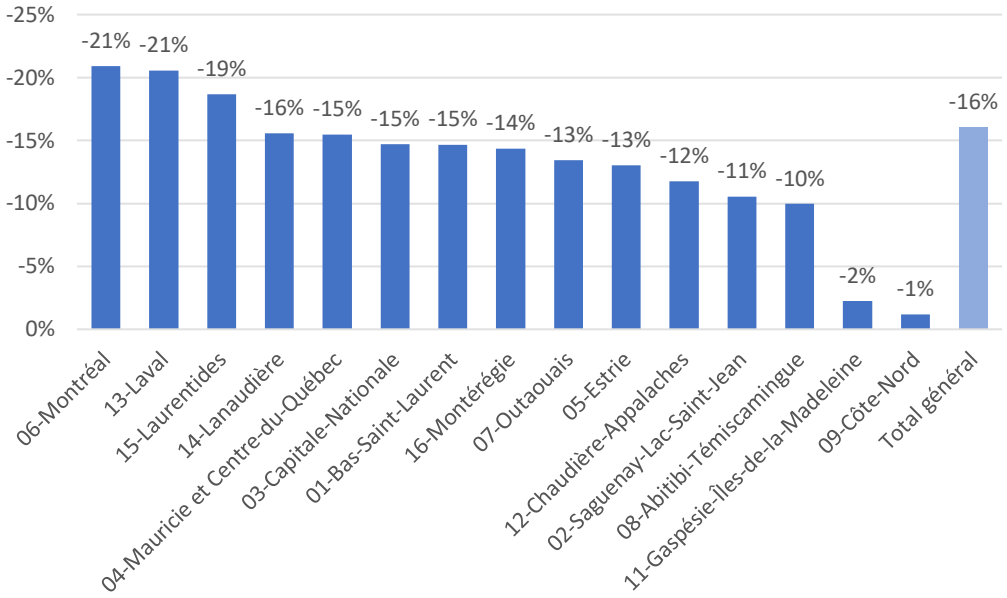


Tableau C-3 Comparaison du nombre de visites à l'urgence dont le mode d'arrivée est l'ambulance entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la région du centre hospitalier

Région du centre hospitalier	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation
01-Bas-Saint-Laurent	20 387	17 397	- 2 990	- 15 %
02-Saguenay–Lac-Saint-Jean	24 209	21 653	- 2 556	- 11 %
03-Capitale-Nationale	73 332	62 547	- 10 785	- 15 %
04-Mauricie et Centre-du-Québec	49 807	42 099	- 7 708	- 15 %
05-Estrie	41 154	35 791	- 5 363	- 13 %
06-Montréal	189 487	149 869	- 39 618	- 21 %
07-Outaouais	26 919	23 304	- 3 615	- 13 %
08-Abitibi-Témiscamingue	10 712	9 645	- 1 067	- 10 %
09-Côte-Nord	7 633	7 544	- 89	- 1 %
11-Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	10 324	10 094	- 230	- 2 %
12-Chaudière-Appalaches	32 098	28 329	- 3 769	- 12 %
13-Laval	20 621	16 380	- 4 241	- 21 %
14-Lanaudière	35 762	30 194	- 5 568	- 16 %
15-Laurentides	43 546	35 406	- 8 140	- 19 %
16-Montérégie	100 577	86 129	- 14 448	- 14 %
Total général	686 568	576 381	- 110 187	- 16 %

ANNEXE D

Portrait selon la région du centre hospitalier (16)

Tableau D-1 Comparaison du nombre total de visites à l'urgence, entre la période de référence (mars 2019 à février 2020) et la période pandémique (mars 2020 à février 2021), dans l'ensemble du Québec, selon la catégorie majeure de diagnostic

Région du centre hospitalier	Catégories majeures de diagnostic	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation
01-Bas-Saint-Laurent	Lésions traumatiques	14 434	11 669	- 2 765	- 19 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	3 804	3 213	- 591	- 16 %
	Maladies de l'appareil digestif	6 661	5 620	- 1 041	- 16 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	17 971	5 587	- 12 384	- 69 %
	Troubles mentaux*	3 783	2 800	- 983	- 26 %
	Tumeurs	403	390	- 13	- 3 %
	Autres	104 194	73 502	- 30 692	- 29 %
	Total	151 250	102 781	- 48 469	- 32 %
02-Saguenay–Lac-Saint-Jean	Lésions traumatiques	27 269	23 050	- 4 219	- 15 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	6 131	5 199	- 932	- 15 %
	Maladies de l'appareil digestif	11 014	9 484	- 1 530	- 14 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	21 267	8 175	- 13 092	- 62 %
	Troubles mentaux*	6 768	5 433	- 1 335	- 20 %
	Tumeurs	875	834	- 41	- 5 %
	Autres	106 848	83 238	- 23 610	- 22 %
	Total	180 172	135 413	- 44 759	- 25 %

Région du centre hospitalier	Catégories majeures de diagnostic	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation
03-Capitale-Nationale	Lésions traumatiques	55 806	46 520	- 9 286	- 17 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	17 219	14 296	- 2 923	- 17 %
	Maladies de l'appareil digestif	24 409	19 754	- 4 655	- 19 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	49 222	15 979	- 33 243	- 68 %
	Troubles mentaux*	18 802	15 683	- 3 119	- 17 %
	Tumeurs	2 351	2 113	- 238	- 10 %
	Autres	253 977	179 901	- 74 076	- 29 %
	Total	421 786	294 246	- 127 540	- 30 %
04-Mauricie et Centre-du-Québec	Lésions traumatiques	40 670	33 016	- 7 654	- 19 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	9 791	8 302	- 1 489	- 15 %
	Maladies de l'appareil digestif	12 940	10 922	- 2 018	- 16 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	28 537	9 575	- 18 962	- 66 %
	Troubles mentaux*	10 465	8 387	- 2 078	- 20 %
	Tumeurs	1 029	885	- 144	- 14 %
	Autres	159 871	118 333	- 41 538	- 26 %
	Total	263 303	189 420	- 73 883	- 28 %
05-Estrie	Lésions traumatiques	38 258	31 891	- 6 367	- 17 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	10 811	8 939	- 1 872	- 17 %
	Maladies de l'appareil digestif	13 461	11 966	- 1 495	- 11 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	26 988	10 902	- 16 086	- 60 %
	Troubles mentaux*	9 459	7 817	- 1 642	- 17 %
	Tumeurs	1 926	1 680	- 246	- 13 %
	Autres	147 104	111 037	- 36 067	- 25 %
	Total	248 007	184 232	- 63 775	- 26 %

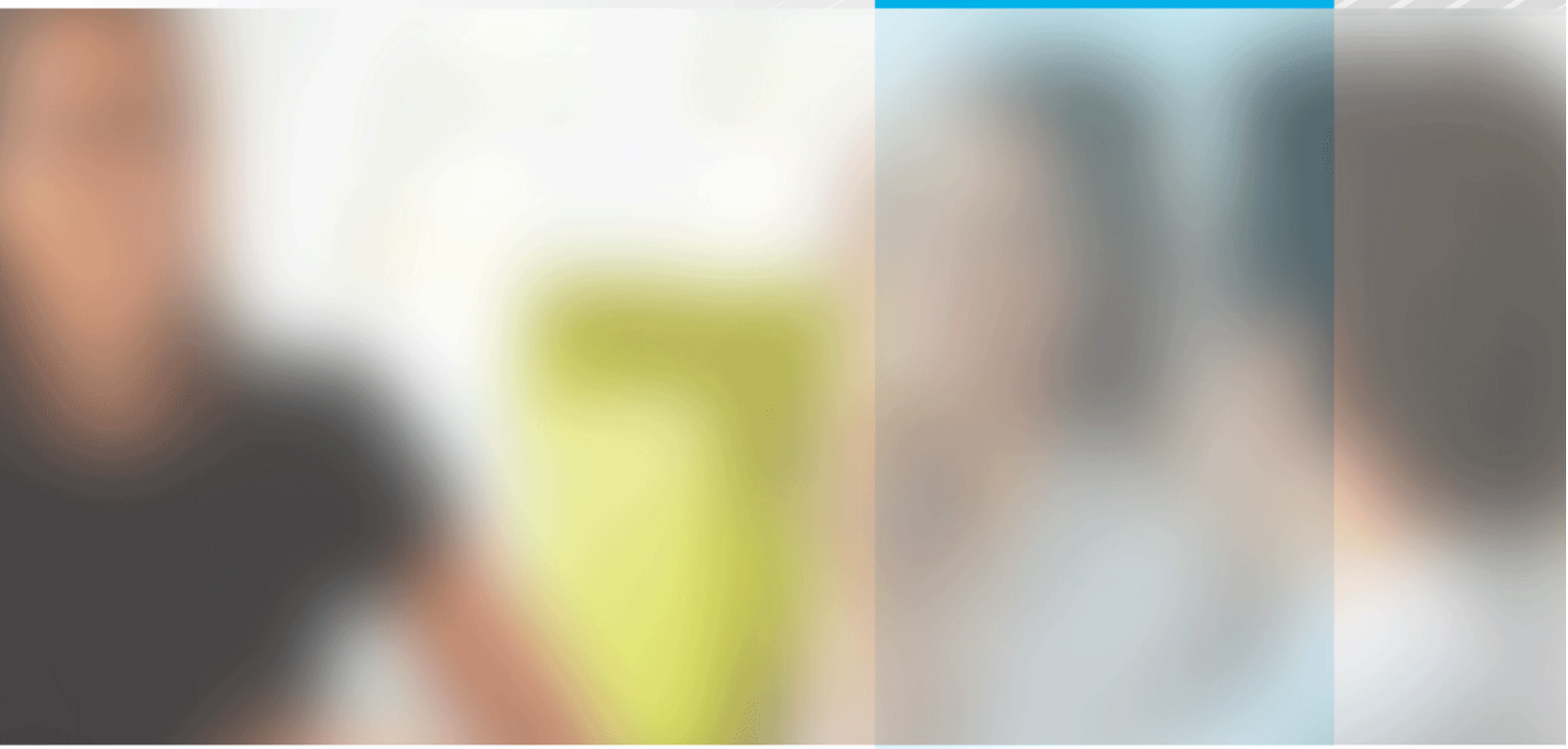
Région du centre hospitalier	Catégories majeures de diagnostic	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation
06-Montréal	Lésions traumatiques	100 603	75 620	- 24 983	- 25 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	36 781	29 643	- 7 138	- 19 %
	Maladies de l'appareil digestif	44 639	37 316	- 7 323	- 16 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	69 133	30 327	- 38 806	- 56 %
	Troubles mentaux*	48 538	40 740	- 7 798	- 16 %
	Tumeurs	7 148	6 037	- 1 111	- 16 %
	Autres	619 606	428 793	- 190 813	- 31 %
	Total	926 448	648 476	- 277 972	- 30 %
07-Outaouais	Lésions traumatiques	17 545	15 394	- 2 151	- 12 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	5 257	4 546	- 711	- 14 %
	Maladies de l'appareil digestif	8 212	7 543	- 669	- 8 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	15 821	6 564	- 9 257	- 59 %
	Troubles mentaux*	6 690	5 769	- 921	- 14 %
	Tumeurs	904	738	- 166	- 18 %
	Autres	108 742	81 366	- 27 376	- 25 %
	Total	163 171	121 920	- 41 251	- 25 %
08-Abitibi-Témiscamingue	Lésions traumatiques	13 829	11 881	- 1 948	- 14 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	3 025	2 605	- 420	- 14 %
	Maladies de l'appareil digestif	6 188	5 254	- 934	- 15 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	15 773	5 177	- 10 596	- 67 %
	Troubles mentaux*	4 780	3 870	- 910	- 19 %
	Tumeurs	770	641	- 129	- 17 %
	Autres	80 684	61 674	- 19 010	- 24 %
	Total	125 049	91 102	- 33 947	- 27 %

Région du centre hospitalier	Catégories majeures de diagnostic	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation
09-Côte-Nord	Lésions traumatiques	8 436	7 186	- 1 250	- 15 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	2 434	2 017	- 417	- 17 %
	Maladies de l'appareil digestif	4 542	3 704	- 838	- 18 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	12 827	4 298	- 8 529	- 66 %
	Troubles mentaux*	3 213	2 639	- 574	- 18 %
	Tumeurs	227	231	4	2 %
	Autres	79 264	57 770	- 21 494	- 27 %
	Total	110 943	77 845	- 33 098	- 30 %
11-Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Lésions traumatiques	8 105	7 234	- 871	- 11 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	2 736	2 260	- 476	- 17 %
	Maladies de l'appareil digestif	4 847	3 833	- 1 014	- 21 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	16 210	4 596	- 11 614	- 72 %
	Troubles mentaux*	2 709	2 300	- 409	- 15 %
	Tumeurs	288	285	- 3	- 1 %
	Autres	72 189	51 677	- 20 512	- 28 %
	Total	107 084	72 185	- 34 899	- 33 %
12-Chaudière-Appalaches	Lésions traumatiques	30 418	23 206	- 7 212	- 24 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	6 438	5 090	- 1 348	- 21 %
	Maladies de l'appareil digestif	10 098	7 628	- 2 470	- 24 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	27 677	6 095	- 21 582	- 78 %
	Troubles mentaux*	7 191	5 727	- 1 464	- 20 %
	Tumeurs	793	663	- 130	- 16 %
	Autres	159 140	100 129	- 59 011	- 37 %
	Total	241 755	148 538	- 93 217	- 39 %

Région du centre hospitalier	Catégories majeures de diagnostic	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation
13-Laval	Lésions traumatiques	6 335	7 042	707	11 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	4 592	3 927	- 665	- 14 %
	Maladies de l'appareil digestif	6 965	6 174	- 791	- 11 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	6 219	3 137	- 3 082	- 50 %
	Troubles mentaux*	4 152	4 013	- 139	- 3 %
	Tumeurs	381	533	152	40 %
	Autres	61 114	46 743	- 14 371	- 24 %
	Total	89 758	71 569	- 18 189	- 20 %
14-Lanaudière	Lésions traumatiques	19 250	16 855	- 2 395	- 12 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	5 548	4 863	- 685	- 12 %
	Maladies de l'appareil digestif	7 350	6 589	- 761	- 10 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	11 398	4 970	- 6 428	- 56 %
	Troubles mentaux*	6 840	6 159	- 681	- 10 %
	Tumeurs	960	861	- 99	- 10 %
	Autres	90 513	73 500	- 17 013	- 19 %
	Total	141 859	113 797	- 28 062	- 20 %
15-Laurentides	Lésions traumatiques	24 039	21 156	- 2 883	- 12 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	7 546	6 730	- 816	- 11 %
	Maladies de l'appareil digestif	10 182	9 457	- 725	- 7 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	18 709	8 131	- 10 578	- 57 %
	Troubles mentaux*	9 919	8 417	- 1 502	- 15 %
	Tumeurs	1 371	1 111	- 260	- 19 %
	Autres	127 779	96 583	- 31 196	- 24 %
	Total	199 545	151 585	- 47 960	- 24 %

Région du centre hospitalier	Catégories majeures de diagnostic	Mars 2019 – Févr. 2020	Mars 2020 – Févr. 2021	Différence	Variation
16-Montérégie	Lésions traumatiques	43 141	36 025	- 7 116	- 16 %
	Maladies de l'appareil circulatoire	16 197	13 947	- 2 250	- 14 %
	Maladies de l'appareil digestif	19 730	17 660	- 2 070	- 10 %
	Maladies de l'appareil respiratoire	30 225	14 361	- 15 864	- 52 %
	Troubles mentaux*	16 896	14 761	- 2 135	- 13 %
	Tumeurs	2 336	2 297	- 39	- 2 %
	Autres	277 028	208 106	- 68 922	- 25 %
	Total	405 553	307 157	- 98 396	- 24 %
Total général		**3 775 683**	**2 710 266**	**- 1 065 417**	**- 28 %**

* Cette catégorie regroupe trois types, soit les troubles mentaux organiques (y compris les troubles somatiques), les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives et les troubles mentaux et du comportement.



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec