

ANNEXE 1 : Bases de données électroniques consultées

BASE DE DONNÉES	PLATEFORME	PÉRIODE DE LA RECHERCHE	DATE DE LA RECHERCHE
MEDLINE®	Version Ovid : rel 9.1.0	de 1966 à la 1 ^{re} semaine de novembre 2004	Le 15 novembre 2004 (mises à jour les 1 ^{er} et 9 décembre 2004)
EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials	Version Ovid : rel 9.1.0	3 ^e trimestre 2004 (la recherche remonte jusqu'à 1950)	Le 15 novembre 2004 (mises à jour les 1 ^{er} et 9 décembre 2004)
Ovid MEDLINE® In-Process & Other Non-Indexed Citations	Version Ovid : rel 9.1.0	de 1966 au 14 novembre 2004	Le 15 novembre 2004 (mises à jour les 1 ^{er} et 9 décembre 2004)
EMBASE	Version Ovid : rel 9.1.0	de 1988 à la 46 ^e semaine de 2004	Le 15 novembre 2004 (mises à jour les 1 ^{er} et 9 décembre 2004)
CINAHL® (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature)	Version Ovid : rel 9.1.0	de 1982 à la 1 ^{re} semaine de novembre 2004	Le 16 novembre 2004 (mises à jour les 1 ^{er} et 9 décembre 2004)
HealthSTAR/Ovid Healthstar	Version Ovid : rel 9.1.0	de 1975 à octobre 2004	Le 16 novembre 2004 (mises à jour les 1 ^{er} et 9 décembre 2004)
PsycINFO®	Version Ovid : rel 9.1.0	de 1972 à la 4 ^e semaine d'octobre 2004	Le 16 novembre 2004 (mises à jour les 1 ^{er} et 9 décembre 2004)
Science Citation Index Expanded™ (par Web of Science®)	ISI Web of KnowledgeSM	de 1945 à novembre 2004	Le 16 novembre 2004
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) par The Cochrane Library	Wiley InterScience®	de 1995 à décembre 2004	Le 10 décembre 2004
Health Technology Assessment Database (HTA) par The Cochrane Library	Wiley InterScience®	de 1995 à décembre 2004	Le 10 décembre 2004
NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) par the Cochrane Library	Wiley InterScience®	de 1995 à décembre 2004	Le 10 décembre 2004
Academic Search Premier	EBSCOhost	La période varie selon la revue – certaines revues en plein texte remontent à 1965 ou au premier numéro publié.	Le 16 novembre 2004
Social Sciences Abstracts	EBSCOhost	de 1984 à décembre 2004	Le 14 décembre 2004

BASE DE DONNÉES	PLATEFORME	PÉRIODE DE LA RECHERCHE	DATE DE LA RECHERCHE
ABI/Inform®	ProQuest®	de 1971 à décembre 2004	Le 7 décembre 2004
CBCA Business	ProQuest®	de 1980 à décembre 2004	Le 7 décembre 2004
Business Source Premier	EBSCOhost	de 1922 à décembre 2004	Le 7 décembre 2004
PAIS (Public Affairs Information Service) International	CSA Illumina	de 1972 à décembre 2004	Le 9 décembre 2004
INFORMS Online	Institute for Operations Research and the Management Sciences (http://www.informs.org/)	Décembre 2004	Le 9 décembre 2004
SIGLE (System for Information on Grey Literature in Europe) (À noter que cette base de données n'existait plus en 2005.)	FIZ Karlsruhe – Version Interhost 3000	de 1980 à novembre 2004	Du 17 novembre 2004
GrayLit Network	U.S. Department of Energy's (DOE) Office of Scientific and Technical Information (OSTI) (http://www.osti.gov/graylit/)	Novembre 2004	Le 17 novembre 2004
Dissertation Abstracts	ProQuest®	de 1980 à novembre 2004	Le 17 novembre 2004
NLM Gateway	U.S. National Library of Medicine - http://gateway.nlm.nih.gov/gw/Command	de 1950 à novembre 2004	Le 17 novembre 2004

ANNEXE 2 : Recherche documentaire

GUIDE TO SEARCH SYNTAX	
Exp	Explodes the subject heading to retrieve the search term plus all narrower (more specific) terms (OVID).
/	All subheadings for a subject heading are included in the search (OVID).
*term	Focuses the search to a particular subject heading, e.g. *emergency medical services (OVID).
\$	Truncation symbol - searches for variations of a word (e.g. crowd\$ searches for crowd, crowded, crowds, crowding) (OVID).
*	Truncation symbol - searches for variations of a word (e.g. crowd* searches for crowd, crowded, crowds, crowding). (Cochrane Library - Wiley InterScience®; EBSCOhost; ISI Web of KnowledgeSM; ProQuest; CSA Illumina).
.ti,ab.	Searches in record title and abstract (OVID).
.mp.	Searches in the title, abstract, and subject heading fields (OVID).
TS=	Searches for a particular topic (ISI Web of KnowledgeSM).
DE	Searches for subject headings and author-supplied keywords describing an article (EBSCOhost).
ZU	Searches for subject headings (EBSCOhost).
SU	Searches for articles about a specific subject (ProQuest).
DE=	Searches for subject terms (also called descriptors) (CSA Illumina).
kw:	Searches for keywords (CSA Illumina).
adj#	Searches for keywords “adjacent” to each other within a specified number (OVID).
next	Searches for keywords that appear next to each other (Cochrane Library - Wiley InterScience®).
“ “	Searches for phrases, e.g. “fast track” (OVID; EBSCOhost; ProQuest; SIGLE).
.pt.	Searches for a particular publication type (OVID).
MeSH	Searches for a Medical Subject Heading from the National Library of Medicine’s controlled vocabulary (Cochrane Library - Wiley InterScience®; NLM Gateway).
MESH NOMAP	A MeSH term is searched as an exact MeSH phrase (NLM Gateway).

BASES DE DONNÉES	STRATÉGIES DE RECHERCHE
MEDLINE®	1. exp CROWDING/
	2. crowd\$.ti,ab.
EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials	3. overcrowd\$.ti,ab.
	4. gridlock\$.ti,ab.
	5. volume\$.ti,ab.
	6. load\$.ti,ab.
	7. board\$.ti,ab.
Ovid MEDLINE® In-Process & Other Non-Indexed Citations	8. overload\$.ti,ab.
	9. "access block\$.ti,ab.
	10. (throughput OR through-put).ti,ab.
	11. warehous\$.ti,ab.
HealthSTAR/Ovid Healthstar (OVID)	12. ("left without being seen" OR "leave\$ without being seen" OR lwbs).ti,ab.
	13. (ambulance\$ adj2 diver\$).ti,ab.
	14. "fast track\$.ti,ab.
	15. (wait\$ adj2 time\$).ti,ab.

BASES DE DONNÉES	STRATÉGIES DE RECHERCHE
	<p>16. delay\$.ti,ab. 17. ("patient flow\$ OR "flow of patient\$").ti,ab. 18. defer\$.ti,ab. 19. (esi OR "emergency severity index").ti,ab. 20. *Health Services Misuse/ 21. (misuse\$ OR overutili\$).ti,ab. 22. ((nonurgent OR non-urgent OR inappropriate OR nonacute) adj5 (patient\$ OR visit\$ OR use\$ OR care OR problem\$ OR attend\$)).ti,ab. 23. ("length of stay\$" OR los).mp. 24. (length adj2 stay\$).ti,ab. 25. (acuit\$ OR complexit\$).ti,ab. 26. (capacit\$ OR occupanc\$).ti,ab. 27. (lama OR (leave\$ adj4 ("medical advice" OR treatment\$)) OR (left adj4 ("medical advice" OR treatment\$))).ti,ab. 28. OR/1-27 29. *emergency medical services/ OR *emergency medical service communication systems/ OR *emergency service, hospital/ OR *trauma centers/ OR *emergency services, psychiatric/ OR *"transportation of patients"/ OR *ambulances/ OR *air ambulances/ OR *triage/ 30. (triage\$ OR "emergency medical service\$ communication\$ system\$" OR "trauma center\$" OR "trauma centre\$" OR "transport\$ adj2 patient\$").mp. 31. (emergenc\$ adj2 (medical\$ OR health OR hospital\$ OR psychiatric) adj2 service\$).mp. 32. (("a and e" OR "a & e" OR a&e) adj1 (service\$ OR department\$)).ti,ab. 33. ((emergenc\$ OR emerg OR accident\$ OR casualt\$) adj2 (service\$ OR department\$ OR room\$ OR centre\$ OR center\$ OR unit\$)).ti,ab. 34. ("acute care" OR "emergency care").mp. 35. (emergicenter\$ OR emergicentre\$).mp. 36. (((prehospital OR pre-hospital) adj2 emergenc\$ adj2 care\$) OR ("prehospital care" OR "pre-hospital care")).mp. 37. (emergenc\$ adj2 (outpatient\$ OR out-patient\$) adj2 unit\$).mp. 38. ((ems OR ed OR er) AND emergenc\$).mp. 39. ("observation unit\$" OR "observation area\$" OR "holding unit\$" OR "holding area\$").ti,ab. 40. "Canadian Triage & Acuity Scale".mp. 41. ambulance\$.ti,ab. 42. OR/29-41 43. 28 AND 42 44. remove duplicates from 43 Results: - Medline: 8777 - EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials: 529 - Ovid MEDLINE® In-Process & Other Non-Indexed Citations: 195 - HealthSTAR/Ovid Healthstar: 8869</p>
EMBASE (OVID)	<p>1. exp CROWDING/ 2. crowd\$.ti,ab. 3. overcrowd\$.ti,ab. 4. gridlock\$.ti,ab.</p>

BASES DE DONNÉES	STRATÉGIES DE RECHERCHE
	<p>5. volume\$.ti,ab. 6. load\$.ti,ab. 7. board\$.ti,ab. 8. overload\$.ti,ab. 9. "access block\$".ti,ab. 10. (throughput or through-put).ti,ab. 11. warehous\$.ti,ab. 12. ("left without being seen" or "leave\$ without being seen" or lwbs).ti,ab. 13. (ambulance\$ adj2 diver\$).ti,ab. 14. "fast track\$".ti,ab. 15. (wait\$ adj2 time\$).ti,ab. 16. delay\$.ti,ab. 17. ("patient flow\$" or "flow of patient\$").ti,ab. 18. defer\$.ti,ab. 19. (esi or "emergency severity index").ti,ab. 20. (misuse\$ or overutili\$).ti,ab. 21. ((nonurgent or non-urgent or inappropriate or nonacute) adj5 (patient\$ or visit\$ or use\$ or care or problem\$ or attend\$)).ti,ab. 22. ("length of stay\$" or los).mp. 23. (length adj2 stay\$).ti,ab. 24. (acuit\$ or complexit\$).ti,ab. 25. (capacit\$ or occupanc\$).ti,ab. 26. (lama or (leave\$ adj4 ("medical advice" or treatment\$)) or (left adj4 ("medical advice" or treatment\$))).ti,ab. 27. or/1-26 28. exp emergency health service/ or exp patient transport/ or exp AMBULANCE/ or exp emergency ward/ 29. (triage\$ or "emergenc\$ adj2 service\$ adj2 communication\$" or "trauma center\$" or "trauma centre\$" or "tranport\$ adj2 patient\$").mp. 30. (emergenc\$ adj2 (medical\$ or health or hospital\$ or psychiatric) adj2 service\$).mp. 31. ((emergenc\$ or emerg or accident\$ or casualt\$) adj2 (service\$ or department\$ or room\$ or centre\$ or center\$ or unit\$)).ti,ab. 32. (("a and e" or "a & e" or a&e) adj1 (service\$ or department\$)).ti,ab. 33. ("acute care" or "emergency care").mp. 34. (emergicenter\$ or emergicentre\$).mp. 35. (((prehospital or pre-hospital) adj2 emergenc\$ adj2 care\$) or ("prehospital care" or "pre-hospital care")).mp. 36. (emergenc\$ adj2 (outpatient\$ or out-patient\$) adj2 unit\$).mp. 37. ((ems or ed or er) and emergenc\$).mp. 38. ("observation unit\$" or "observation area\$" or "holding unit\$" or "holding area\$").ti,ab. 39. "Canadian Triage & Acuity Scale".mp. 40. (ambulance\$ or "emergency car\$" or "emergency vehicle\$").ti,ab. 41. or/28-40 42. 27 and 41 43. remove duplicates from 42 Results: 6066</p>

BASES DE DONNÉES	STRATÉGIES DE RECHERCHE
CINAHL® (OVID)	<ol style="list-style-type: none"> 1. crowd\$.ti,ab. 2. overcrowd\$.ti,ab. 3. gridlock\$.ti,ab. 4. volume\$.ti,ab. 5. load\$.ti,ab. 6. board\$.ti,ab. 7. overload\$.ti,ab. 8. "access block\$.ti,ab. 9. (throughput or through-put).ti,ab. 10. warehous\$.ti,ab. 11. ("left without being seen" or "leave\$ without being seen" or lwbs).ti,ab. 12. (ambulance\$ adj2 diver\$).ti,ab. 13. "fast track\$.ti,ab. 14. (wait\$ adj2 time\$).ti,ab. 15. delay\$.ti,ab. 16. ("patient flow\$" or "flow of patient\$").ti,ab. 17. defer\$.ti,ab. 18. (esi or "emergency severity index").ti,ab. 19. *Health Services Misuse/ 20. (misuse\$ or overutili\$).ti,ab. 21. ((nonurgent or non-urgent or inappropriate or nonacute) adj5 (patient\$ or visit\$ or use\$ or care or problem\$ or attend\$)).ti,ab. 22. ("length of stay\$" or los).mp. 23. (length adj2 stay\$).ti,ab. 24. (acuit\$ or complexit\$).ti,ab. 25. (capacit\$ or occupanc\$).ti,ab. 26. (lama or (leave\$ adj4 ("medical advice" or treatment\$)) or (left adj4 ("medical advice" or treatment\$))).ti,ab. 27. or/1-26 28. exp Emergency Service/ or exp trauma centers/ or exp TRIAGE/ or exp Emergency Care/ or exp "Transportation of Patients"/ or exp Ambulances/ or exp Prehospital Care/ 29. (triage\$ or "emergency medical service\$ communication\$ system\$" or "trauma center\$" or "trauma centre\$" or "transport\$ adj2 patient\$").mp. 30. (emergenc\$ adj2 (medical\$ or health or hospital\$ or psychiatric) adj2 service\$).mp. 31. ((emergenc\$ or emerg or accident\$ or casualt\$) adj2 (service\$ or department\$ or room\$ or centre\$ or center\$ or unit\$)).ti,ab. 32. (("a and e" or "a & e" or a&e) adj1 (service\$ or department\$)).ti,ab. 33. ("acute care" or "emergency care").mp. 34. (emergicenter\$ or emergicentre\$).mp. 35. (((prehospital or pre-hospital) adj2 emergenc\$ adj2 care\$) or ("prehospital care" or "pre-hospital care")).mp. 36. (emergenc\$ adj2 (outpatient\$ or out-patient\$) adj2 unit\$).mp. 37. ((ems or ed or er) and emergenc\$).mp. 38. ("observation unit\$" or "observation area\$" or "holding unit\$" or "holding area\$").ti,ab. 39. "Canadian Triage & Acuity Scale".mp.

BASES DE DONNÉES	STRATÉGIES DE RECHERCHE
	40. ambulance\$.ti,ab. 41. or/28-40 42. 27 and 41 43. remove duplicates from 42 Results: 2770
PsycINFO® (OVID)	1. exp CROWDING/ 2. crowd\$.ti,ab. 3. overcrowd\$.ti,ab. 4. gridlock\$.ti,ab. 5. volume\$.ti,ab. 6. load\$.ti,ab. 7. board\$.ti,ab. 8. overload\$.ti,ab. 9. "access block\$.ti,ab. 10. (throughput or through-put).ti,ab. 11. warehous\$.ti,ab. 12. ("left without being seen" or "leave\$ without being seen" or lwbs).ti,ab. 13. (ambulance\$ adj2 diver\$).ti,ab. 14. "fast track\$.ti,ab. 15. (wait\$ adj2 time\$).ti,ab. 16. delay\$.ti,ab. 17. ("patient flow\$" or "flow of patient\$").ti,ab. 18. defer\$.ti,ab. 19. (esi or "emergency severity index").ti,ab. 20. (misuse\$ or overutili\$).ti,ab. 21. ((nonurgent or non-urgent or inappropriate or nonacute) adj5 (patient\$ or visit\$ or use\$ or care or problem\$ or attend\$)).ti,ab. 22. *treatment duration/ 23. ((treatment\$ adj2 duration) or ("length of stay\$" or los)).mp. 24. (length adj2 stay\$).ti,ab. 25. (acuit\$ or complexit\$).ti,ab. 26. (capacit\$ or occupanc\$).ti,ab. 27. (lama or (leave\$ adj4 ("medical advice" or treatment\$)) or (left adj4 ("medical advice" or treatment\$))).ti,ab. 28. or/1-27 29. exp EMERGENCY SERVICES/ 30. (triage\$ or "emergency medical service\$ communication\$ system\$" or "trauma center\$" or "trauma centre\$" or "transport\$ adj2 patient\$").mp. 31. (emergenc\$ adj2 (medical\$ or health or hospital\$ or psychiatric) adj2 service\$).mp. 32. (("a and e" or "a & e" or a&e) adj1 (service\$ or department\$)).ti,ab. 33. ((emergenc\$ or emerg or accident\$ or casualt\$) adj2 (service\$ or department\$ or room\$ or centre\$ or center\$ or unit\$)).ti,ab. 34. ("acute care" or "emergency care").mp. 35. (emergicenter\$ or emergicentre\$).mp. 36. (((prehospital or pre-hospital) adj2 emergenc\$ adj2 care\$) or ("prehospital care" or "pre-hospital care")).mp. 37. (emergenc\$ adj2 (outpatient\$ or out-patient\$) adj2 unit\$).mp.

BASES DE DONNÉES	STRATÉGIES DE RECHERCHE
	<p>38. ((ems or ed or er) and emergenc\$).mp. 39. ("observation unit\$" or "observation area\$" or "holding unit\$" or "holding area\$").ti,ab. 40. "Canadian Triage & Acuity Scale".mp. 41. ambulance\$.ti,ab. 42. or/29-41 43. 28 and 42 44. remove duplicates from 43 Results: 532</p>
<p>The Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p>Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)</p> <p>Health technology assessment database (HTA)</p> <p>NHS Economic evaluation database (NHS EED)</p> <p>(all via The Cochrane Library - Wiley InterScience®)</p>	<p>EMERGENCY MEDICAL SERVICES explode all trees (MeSH) or AMBULANCES single term (MeSH)</p> <p>And</p> <p>CROWDING single term (MeSH) or (crowd* or overcrowd* or volume* or load* or throughput* or delay* or (access next block*) or (ambulance next diver*) or (fast next track) or (wait* next time*) or delay* or (patient next flow*) or (flow next patient) or (flow next patients) or overutili* or nonurgent or (length next stay) or acuit* or capacit* or occupanc* gridlock* or board* or overload* or warehouse* or (emergency next severity next index) or misuse*)</p> <p>Results: 144</p>
<p>Science Citation Index Expanded™</p> <p>Social Sciences Citation Index</p> <p>(ISI Web of KnowledgeSM)</p>	<p>TS=crowd* OR TS=overload* OR TS=emergency department* volume* OR TS=gridlock OR TS=access block* OR TS=leave without treatment</p> <p>AND</p> <p>TS=emergency medical service* OR TS=emergency service* OR TS=trauma center* OR TS=ambulance* OR TS=triage OR TS=prehospital care OR TS=acute care OR TS=emergency care OR TS=hospital emergenc* OR TS=emergency-department* OR TS=public hospital* emergenc*</p> <p>Results: 69</p>
<p>Academic Search Premier</p> <p>(EBSCOhost)</p>	<p>((((DE "EMERGENCY medical services" OR DE "AMBULANCE service" OR DE "EMERGENCY medical personnel" OR DE "HOSPITALS -- Emergency service" OR DE "PEDIATRIC emergency services" OR DE "POISON control centers" OR DE "TRIAGE (Medicine)") or (DE "EMERGENCY medical services -- Communication systems" OR DE "PERSONAL emergency response systems") or (DE "EMERGENCY medical services -- Utilization")) or (DE "TRAUMA</p>

BASES DE DONNÉES	STRATÉGIES DE RECHERCHE
	<p>centers" OR DE "PEDIATRIC trauma centers")) or (DE "AMBULANCES" OR DE "AIRPLANE ambulances" OR DE "HELICOPTER ambulances" OR DE "HOSPITAL trains" OR DE "INTENSIVE care units, Mobile")) or (DE "TRIAGE (Medicine)")</p> <p>AND</p> <p>(Crowd* or gridlock or load* or "Access block" or overcrowd* or volume* or "ambulance divers*" or "fast track" or "wait* time*" or misuse* or overutili* or nonurgent or "length of stay" or acuit* or complexit* or capacite* or occupanc* or "patient flow*" or "flow of patient*" or "left without being seen" or "leav* without being seen")</p> <p>Results: 410</p>
<p>Social Sciences Abstracts</p> <p>(EBSCOhost)</p>	<p>(DE "Emergency medical services") or (DE "Emergency medical services--Conferences") or (DE "Triage (Medicine)") or ambulance*</p> <p>AND</p> <p>crowd* or overcrowd* or "fast track" or "wait* time*" or "patient flow*" or "flow of patient*" or "length of stay*" or misuse* or overutili* or nonurgent or volume* or "access block*" or "ambulance diver*"</p> <p>Results: 0</p>
<p>ABI/Inform®</p> <p>CBCA Business (ProQuest)</p>	<p>SU(emergency services or ambulance services or triage) AND (crowd* or overcrowd* or gridlock* or volume* or load* or board* or overload* or "Access block*" or throughput or through-put or warehous* or "left without being seen" or "leav* without being seen" or lwbs or "ambulance divers*" or "fast track" or "wait* time*" or delay* or "patient flow*" or "flow of patient*" or esi or "emergency severity index" or misuse* or overutili* or nonurgent or "length of stay" or acuit* or complexit* or capacite* or occupanc* or lama or "leave* against medical advice" or "left against medical advice" or "leave* without medical treatment" or "left without medical treatment")</p> <p>Results: 171</p>
<p>Business Source Premier</p> <p>(EBSCOhost)</p>	<p>((((ZU "EMERGENCY MEDICAL SERVICES") or (ZU "EMERGENCY MEDICAL SERVICES -- COMMUNICATION SYSTEMS")) or (ZU "TRIAGE (MEDICINE)") or (ZU "TRAUMA CENTERS")) or (ZU "AMBULANCE SERVICE") or (DE "HOSPITALS -- Emergency service"))</p> <p>and</p> <p>(crowd* or overcrowd* or gridlock* or volume* or load* or board* or overload* or "Access block*" or throughput or through-put or warehous* or "left without being seen" or "leav* without being seen" or lwbs or "ambulance divers*" or "fast track" or "wait* time*" or delay* or "patient flow*" or "flow of patient*" or esi or "emergency severity index" or misuse* or overutili* or nonurgent or "length of stay" or acuit* or complexit* or capacite* or occupanc* or lama or "leave* against medical advice" or "left against medical advice" or "leave* without medical treatment" or "left without medical treatment")</p> <p>Results: 123</p>

BASES DE DONNÉES	STRATÉGIES DE RECHERCHE
INFORMS Online	Emergency Results: 55
PAIS (Public Affairs Information Service) International (CSA Illumina)	(de="Emergency services" or "Emergency medical services") and (kw=overcrowding or kw=crowd* or kw=overcrowd* or kw=gridlock* or kw=volume* or kw=load* or kw=board* or kw=overload* or kw="Access block*" or kw=throughput or kw=through-put or kw=warehous* or kw="left without being seen" or kw="leav* without being seen" or kw=lwbs or kw="ambulance divers*" or kw="fast track" or kw="wait* time*" or kw=delay* or kw="patient flow*" or kw=esi or kw="emergency severity index" or kw=misuse* or kw=overutili* or kw=nonurgent or kw="length of stay" or kw=acuit* or kw=complexit* or kw=capacit* or kw=occupanc* or kw=lama or kw="leave* against medical advice" or kw="left against medical advice" or kw="leave* without medical treatment" or kw="left without medical treatment") Results: 8
SIGLE	"EMERGENCY SERVICES" OR "EMERGENCY SERVICES PROVISION" OR "AMBULANCE SERVICE" OR "AMBULANCE SERVICES" OR AMBULANCES OR AMBULANCE OR TRIAGE Results: 0
GrayLIT Network	Overcrowding or emergency department Results: 3
Dissertation Abstracts (ProQuest)	Overcrowding and emergency Patient flow Waiting time and emergency Results: 20
NLM Gateway (search for Meeting Abstracts)	Emergency Service, Hospital[MESH] OR Emergency Medical Services[MESH_NOMAP] OR Triage[MESH] OR Ambulances[MESH] Results: 107 Meeting Abstracts

ANNEXE 4 : Fiche d'évaluation de la qualité des ECR en fonction de l'échelle Jadad

Numéro de l'étude _____

Initiales de l'évaluateur : _____

Partie 1 (tirée de : Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ et al. *Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?* Control Clin Trials 1996;17(1):1-12.)

- | | Score |
|---|-------|
| 1. L'étude est-elle décrite comme étant randomisée (par des mots comme aléatoire, au hasard, randomisation) ?
Oui=1 Non=0 | _____ |
| 2. L'étude est-elle décrite comme étant à double insu ?
Oui=1 Non=0 | _____ |
| 3. Y a-t-il une description des abandons et des retraits ?
Oui=1 Non=0 | _____ |

Accorder un point quand :

la méthode de production de la séquence de randomisation est décrite et est appropriée (p. ex., table de numéros aléatoires, générée par ordinateur, tirage au sort)

le mécanisme de double insu est décrit et est approprié (placebo identique, placebo actif, technique du double placebo)

Soustraire un point quand :

la méthode de randomisation est décrite mais est inappropriée (affectation en alternance, mention de la date de naissance ou du numéro d'hôpital)

le mécanisme de double insu est décrit mais est inapproprié (comparaison entre des comprimés et une solution injectable sans le recours à la technique du double placebo)

SCORE GLOBAL (maximum de 5)

ANNEXE 5 : Fiche d'évaluation de la qualité des études cas-témoin selon l'échelle Newcastle-Ottawa

Le nombre d'étoiles maximal attribué à chacune des questions des rubriques sélection et intervention est de un. À la rubrique comparabilité, le nombre d'étoiles maximal est de deux.

Sélection

1. Est-ce que la définition de cas est appropriée ?
 - a) oui, avec validation indépendante*
 - b) oui (p. ex., couplage des données ou d'après les comptes rendus d'autoévaluation)
 - c) pas de description
2. La représentativité des cas
 - a) série de cas consécutifs ou manifestement représentatifs*
 - b) risque de biais de sélection ou pas de mention
3. Sélection des témoins
 - a) témoins dans la communauté*
 - b) témoins à l'hôpital
 - c) pas de description
4. Définition des témoins
 - a) sans antécédents de la maladie (issue)*
 - b) pas de description de l'origine

Comparabilité

1. Comparabilité des cas et des témoins d'après la structure de l'étude ou l'analyse
 - a) examiner les témoins pour déceler _____ (choisir le facteur le plus important)*
 - b) examiner les témoins pour déceler un autre facteur* (peut être modifié pour indiquer le relevé précis d'un deuxième facteur important)

Intervention

1. Évaluation de l'effet de l'intervention
 - a) dossier valide (p. ex., dossier chirurgical)*
 - b) entrevue structurée où l'état des cas et des témoins n'est pas connu de l'évaluateur*
 - c) entrevue où l'état des cas et des témoins est connu
 - d) compte rendu écrit d'autoévaluation ou dossier médical seulement
 - e) pas de description
2. Même méthode d'évaluation pour les cas et les témoins
 - a) oui*
 - b) non
3. Taux de non-réponse
 - a) même taux dans les deux groupes*
 - b) description des non-répondants
 - c) taux différents et pas de désignation

ANNEXE 6 : Fiche d'évaluation de la qualité des études de cohortes selon l'échelle Newcastle-Ottawa

Le nombre d'étoiles maximal attribué à chacune des questions numérotées des rubriques sélection et paramètre d'intérêt est de un. À la rubrique comparabilité, le nombre d'étoiles maximal est de deux.

Sélection

1. Représentativité de la cohorte soumise à l'intervention
 - a) véritablement représentative de la moyenne _____ (préciser) dans la communauté*
 - b) assez représentative de la moyenne _____ de la communauté*
 - c) certains groupes d'utilisateurs (p. ex., infirmières, volontaires)
 - d) pas de description de l'origine de la cohorte
2. Sélection de la cohorte non soumise à l'intervention
 - a) provient de la même communauté que la cohorte soumise à l'intervention*
 - b) provient d'un autre milieu
 - c) pas de description de l'origine de la cohorte non soumise à l'intervention
3. Évaluation de l'intervention
 - a) dossier valide (p. ex., dossier chirurgical)*
 - b) entrevue dirigée
 - c) compte rendu écrit d'autoévaluation
 - d) pas de description
4. Démonstration que le paramètre d'intérêt n'est pas présent au début de l'étude
 - a) oui*
 - b) non

Comparabilité

1. Comparabilité des cohortes d'après la structure de l'étude ou l'analyse
 - a) examiner les témoins pour déceler _____ (le facteur le plus important)*
 - b) examiner les témoins pour déceler un autre facteur* (peut être modifié pour indiquer le relevé précis d'un second facteur en importance)

Paramètre d'intérêt

1. Évaluation du paramètre
 - a) évaluation à l'aveugle indépendante*
 - b) couplage des données*
 - c) compte rendu du patient
 - d) pas de description
2. Est-ce que le suivi a été suffisamment long pour que le paramètre se manifeste ?
 - a) oui (indiquer le suivi approprié en fonction du paramètre d'intérêt)*
 - b) non
3. Caractère approprié du suivi des cohortes
 - a) suivi complet – toutes les personnes prises en considération*
 - b) les personnes perdues de vue au suivi ne donneront probablement pas lieu à un biais – petit nombre ____% (indiquer le % approprié) ou description des personnes perdues de vue*
 - c) taux de suivi < ____% (indiquer le % approprié) et pas de description des personnes perdues de vue
 - d) aucune mention

ANNEXE 7 : Fiche d'évaluation de la qualité des études avant-après

Sélection

1. Est-ce que le groupe après l'intervention est représentatif ?
 - a) participants en suite consécutive ou manifestement représentatifs de la population cible (OUI)*
 - b) risque de biais de sélection ou pas indiqué (group d'utilisateurs choisis) (NON)
 - c) pas de description de l'origine de l'échantillon (IMPRÉCIS)
2. Est-ce que l'échantillon avant l'intervention est représentatif ?
 - a) participants en suite consécutive ou manifestement représentatifs de la population cible (OUI)*
 - b) risque de biais de sélection ou pas indiqué (group d'utilisateurs choisis) (NON)
 - c) pas de description de l'origine de l'échantillon (IMPRÉCIS)
3. Est-ce que les groupes avant et après l'intervention sont issus de la même source ?
 - a) les groupes avant et après l'intervention sont issus de la même source (OUI)*
 - b) les groupes avant et après l'intervention sont issus de sources différentes (NON)
 - c) pas de description de la source des groupes (IMPRÉCIS)

Comparabilité

4. Est-ce que les groupes avant et après l'intervention sont comparables d'après la structure de l'étude ou l'analyse ?
 - a) les groupes avant et après l'intervention sont comparables du point de vue des caractéristiques principales (OUI)*
 - b) l'analyse a été redressée en fonction des différences entre les groupes avant et après l'intervention (OUI)*
 - c) pas de prise en compte des différences entre les groupes dans la conception ou l'analyse (NON)
 - d) pas de description de la comparabilité des groupes avant et après l'intervention (IMPRÉCIS)

Évaluation des paramètres d'intérêt

5. L'évaluation des paramètres est-elle valide ?
 - a) confirmation du paramètre par renvoi à des dossiers valides, ou par une méthode validée (OUI)**
 - b) confirmation du paramètre dans un échantillon de cas (OUI)*
 - c) pas de confirmation ou paramètre clairement non validé (NON)
 - d) pas de description (IMPRÉCIS)
6. L'évaluation des paramètres est-elle fiable et exacte ?
 - a) évaluation indépendante des paramètres par un autre examinateur dans tous les cas (OUI)**
 - b) évaluation indépendante des paramètres par un autre examinateur dans un échantillon de cas (OUI)*
 - c) pas de confirmation des paramètres (NON)
 - d) pas de description (IMPRÉCIS)
7. Le mode d'évaluation des paramètres est-il le même dans les groupes avant et après l'intervention ?
 - a) OUI*
 - b) NON
 - c) IMPRÉCIS

Intervention

8. L'étude mentionne-t-elle le moment où l'intervention est survenue ?
 - a) l'étude indique que l'intervention s'est produite à des moments précis (OUI)*
 - b) l'étude indique que l'intervention n'est pas survenue à des moments précis, ou ne mentionne rien à ce sujet (NON)

9. L'intervention est-elle précisément décrite ?
 - a) OUI*
 - b) NON

Périodes avant et après l'intervention

10. Le délai de collecte des données est-il le même dans les deux cas ?
 - a) dans l'étude, les périodes avant et après l'intervention sont les mêmes (p. ex., du 1^{er} au 30 juin 2004 et du 1^{er} au 30 juin 2005) (OUI)**
 - b) la durée de la période avant et après l'intervention est la même, mais pas la période, ce qui peut donner lieu à un biais saisonnier (p. ex., du 1^{er} au 30 juin 2004 et du 1^{er} au 30 juillet 2004) (OUI)*
 - c) le délai de collecte des données dans les périodes avant et après l'intervention n'est pas le même (p. ex., du 1^{er} juin au 30 décembre 2004 et du 1^{er} janvier au 30 mai 2005) (NON)
 - d) imprécis dans le compte rendu (p. ex., dates de collecte des données non mentionnées) (IMPRÉCIS)

ANNEXE 8 : Articles rejetés et motifs de rejet

Pas de groupe témoin (4)

1. Ganapathy S, Zwemer FL. Coping with a crowded ED: an expanded unique role for midlevel providers. *Am J Emerg Med* 2003; 21(2):125-8.
2. Hu SC. Computerized monitoring of emergency department patient flow. *Am J Emerg Med* 1993; 11(1):8-11.
3. Lagoe RJ, Jastremski MS. Relieving overcrowded emergency departments through ambulance diversion. *Hosp Top* 1990; 68(3):23-7.
4. Waldrop RD, Harper DE, Mandry C. Prospective assessment of triage in an urban emergency department. *South Med J* 1997; 90(12):1208-12.

Modèles de simulation informatisés (6)

1. Barber Perez P, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Simulation of a hospital emergency department and its potential use in management. *Gac Sanit* 1994; 8(44):239-47.
2. Blake JT, Carter MW. An analysis of emergency room wait time issues via computer simulation. *INFOR* 1996; 34(4):263.
3. Chin L, Fleisher G. Planning model of resource utilization in an academic pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14(1):4-9.
4. Connelly LG, Bair AE. Discrete event simulation of emergency department activity: a platform for system-level operations research. *Acad Emerg Med* 2004; 11(11):1177-85.
5. Handyside AJ, Morris D. Simulation of emergency bed occupancy. *Health Serv Res* 1967; 2(3):287-97.
6. Lane DC, Monefeldt C. Looking in the wrong place for healthcare improvements: a system dynamics study of an accident and emergency department. *J Oper Res Soc* 2000; 51(5):518.

Pas une étude interventionnelle (93)

1. Afilalo M, Boivin JF, Beigue M, Colacone A, Dankoff J, Giguere C *et al.* Développement et évaluation d'une mesure de lourdeur de la clientèle des départements d'urgence. Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation, 2001. Available from: http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/afilalo2_f.php?mode=print&.
2. Afilalo M, Unger B, Colacone A, Giguere C, Boivin JF, Vandal A *et al.* Development of a tool for predicting length of stay (LOS) for the emergency department clientele. *CJEM* 2002; 4(2).
3. Agouridakis P, Hatzakis K, Chatzimichali K, Psaromichalaki M, Askitopoulou H. Workload and case-mix in a Greek emergency department. *Eur J Emerg Med* 2004; 11(2):81-5.
4. Aharonson-Daniel L, Fung H, Hedley AJ. Time studies in A&E departments: a useful tool for management. *J Manag Med* 1996; 10(3):15-22.
5. Allen AB, Barnard BG, Falk W, Higgs ER, McCracken JG. A study of waiting time in an emergency department. *CMAJ* 1973; 109(5):373-6.
6. American College of Emergency Physicians. State of emergency medicine: emergency physician survey. Irving (TX): The College, 2003.
7. Andersson G, Karlberg I. Lack of integration, and seasonal variations in demand explained performance problems and waiting times for patients at emergency departments: a 3 years evaluation of the shift of responsibility between primary and secondary care by closure of two acute hospitals. *Health Policy* 2001; 55(3):187-207.
8. Andrulic DP, Kellermann AL, Hintz EA, Hackman BB, Weslowski VB. Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1991; 20(9):980-6.
9. Asplin BR, Rhodes KV, Crain L, Camargo CA. Measuring emergency department crowding and hospital capacity. *Acad Emerg Med* 2002; 9(5):366-7.

10. Asplin BR, Rhodes KV, Flottemesch TJ, Wears R, Camargo CA, Hwang U *et al.* Is this emergency department crowded? A multicenter derivation and evaluation of an emergency department crowding scale (EDCS). *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):484.
11. Baer RB, Pasternack JS, Zwemer FL. Recently discharged inpatients as a source of emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2001; 8(11):1091-4.
12. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician: causes and consequences. *JAMA* 1991; 266(8):1085-90.
13. Baumann BM, Chansky ME, Boudreaux ED. Holding admitted patients in the emergency department is most highly correlated with longer patient throughput times. *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):453-4.
14. Bayley MD, Schwartz JS, Shofer FS, Weiner M, Sites FD, Traber B *et al.* The financial burden of ED congestion and hospital overcrowding for chest pain patients awaiting admission. *Acad Emerg Med* 2002; 9(5):367.
15. Bernstein SL, Verghese V, Leung W, Lunney AT, Perez I. Development and validation of a new index to measure emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 2003; 10(9):938-42.
16. Bindman AB, Grumbach K, Keane D, Rauch L, Luce JM. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. *JAMA* 1991; 266(8):1091-6.
17. Brown DFM. Emergency department divert: an analysis of the contributions of ED volume, hospital occupancy, and internal medicine inpatient census. *Acad Emerg Med*. 2001; 8(5):575.
18. Bullard M, Rowe BH, Yiannakoulis N, Spooner CA, Holroyd B, Craig W *et al.* Recent increases in left without being seen in the emergency department. *CJEM* 2002; 4(2).
19. Campbell SG, Maxwell DM, Sinclair DE. Is individual emergency physician efficiency a significant determinant of ED overcrowding? *CJEM* 2003; 5(3).
20. Channan P, Bullard M, Alibhai A, Saunders D, Rowe BH. Reasons why patients leave without being seen from the ED. *CJEM* 2003; 5(3).
21. Cooke MW, Wilson S, Halsall J, Roalfe A. Total time in English accident and emergency departments is related to bed occupancy. *Emerg Med J* 2004; 21(5):575-6.
22. Curry G, Hall CA, Schorn R. Emergency department overcrowding: impact of hospital occupancy on length of stay in emergency. *CJEM* 2003; 5(3).
23. Davis B, Sullivan S, Levine A, Dallara J. Factors affecting ED length-of-stay in surgical critical care patients. *Am J Emerg Med*. 1995; 13(5):495-500.
24. Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med* 2001; 8(2):151-5.
25. Derlet RW, Richards JR. Emergency department overcrowding in Florida, New York, and Texas. *South Med J* 2002; 95(8):846-9.
26. Derlet RW, Richards RJ. Overcrowding in academic emergency departments. *Acad Emerg Med* 1999; 6(5):404.
27. DiGiacomo EV, Kramer LD. A study of emergency unit waiting time. *QRB Qual Rev Bull* 1982; 8(11):10-3.
28. Doxzon G, Howard-Ducsay J. ED overcrowding: successful action plans of a Southern California community hospital. *J Emerg Nurs* 2004; 30(4):325-9.
29. Dunn R. Reduced access block causes shorter emergency department waiting times: an historical control observational study. *Emerg Med* 2003; 15(3):232.
30. Eckstein M, Chan LS. The effect of emergency department crowding on paramedic ambulance availability. *Ann Emerg Med* 2004; 43(1):100-5.
31. Epstein SK. Development of an emergency department workscore to predict ambulance diversion. *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):484.

32. Erickson R. Foothills emergency: a look at length of stay. *Dimens Health Serv* 1984; 61(1):26-8.
33. Espinosa G, Miro O, Sanchez M, Coll-Vinent B, Milla J. Effects of external and internal factors on emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med* 2002; 39(6):693-5.
34. Fatovich DM, Hirsch RL. Entry overload, emergency department overcrowding, and ambulance bypass. *Emerg Med J* 2003; 20(5):406-9.
35. Fernandez Moyano A, Callejas Rubio JL, Paredes Garcia MI, Navarro Hidalgo D. Waiting time and healthcare quality in emergency department. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(14):559.
36. Fineberg DA, Stewart MM. Analysis of patient flow in the emergency room. *Mt Sinai J Med* 1977; 44(4):551-9.
37. Forero R, Mohsin M, Bauman AE, Ieraci S, Young L, Phung HN *et al.* Access block in NSW hospitals, 1999-2001: does the definition matter? *Med J Aust* 2004; 180(2):67-70.
38. Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, van Walraven C. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med* 2003; 10(2):127-33.
39. Fromm Jr RE, Gibbs LR, McCallum WGB, Niziol C, Babcock JC, Gueler AC *et al.* Critical care in the emergency department: a time-based study. *Crit Care Med* 1993; 21(7):970-6.
40. Fry M, Thompson J, Chan A. Patients regularly leave emergency departments before medical assessment: a study of did not wait patients, medical profile and outcome characteristics. *Aust Emerg Nurs J* 2003; 6(2):21-6.
41. Fullerton-Gleason L, Campbell M, Froman P, Crandall C, Jambrosic M, Sklar D. Emergency department overcrowding evidence of a worsening trend over three years. *Acad Emerg Med* 2002; 9(5):427-8.
42. Grafstein EJ, Innes GD, Stenstrom R, Christenson JM, Hunte G. Emergency waiting room care: are some of our emergency patients being poorly cared for? *Acad Emerg Med* 2003; 10(5):531-2.
43. Heckerling PS. Time study of an emergency room: identification of sources of patient delay. *Ill Med J* 1984; 166(6):437-40.
44. Lambe S, Washington DL, Fink A, Laouri M, Liu H, Scura Fosse J *et al.* Waiting times in California's emergency departments. *Ann Emerg Med* 2003; 41(1):35-44.
45. Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *MJA* 2003; 179(10):524-6.
46. Liptak GS, Super DM, Baker N, Roghmann KJ. An analysis of waiting times in a pediatric emergency department. *Clin Pediatr* 1985; 24(4):202-9.
47. Liu S, Hobgood C, Brice JH. Impact of critical bed status on emergency department patient flow and overcrowding. *Acad Emerg Med* 2003; 10(4):382-5.
48. McConnell KJ, Bernell SL, Daya M, Richards CF, Lowe RA. The role of ambulance diversion on time spent in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):460.
49. McMullan JT, Veser FH. Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment. *South Med J* 2004; 97(8):729-33.
50. Miro O, Antonio MT, Jimenez S, De Dios A, Sanchez M, Borrás A *et al.* Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 1999; 6(2):105-7.
51. Miro O, Sanchez M, Coll-Vinent B, Milla J. Quality assessment in Emergency Department: behavior respect to attendance demand. *Med Clin (Barc)* 2001; 116(3):92-7.
52. Miro O, Sanchez M, Coll-Vinent B, Milla J. Relative effects of external and internal factors on emergency department efficiency. *Med Clin (Barc)* 2000; 115(8):294-6.
53. Purnell L. Reducing waiting time in emergency department triage. *Nurs Manage* 1995; 26(9):64Q.

54. Reeder TJ, Burlison DL, Garrison HG. The overcrowded emergency department: a comparison of staff perceptions. *Acad Emerg Med* 2003; 10(10):1059-64.
55. Rehmani R. Emergency section and overcrowding in a university hospital of Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2004; 54(5):233-7.
56. Richards JR, Navarro ML, Derlet RW. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. *West J Med* 2000; 172(6):385-8.
57. Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust* 2002; 177(9):492-5.
58. Richardson DB. Association of access block with decreased ED performance. *Acad Emerg Med* 2001; 8(5):575-6.
59. Richardson DB. A new definition of emergency department overcrowding using point occupancy. *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):462.
60. Richardson DB. Prospective confirmation of casemix-independent increased inpatient length of stay in patients with long total emergency department time. *Acad Emerg Med* 2003; 10(5):523.
61. Richardson DB. Prospective confirmation that total daily patient care time can measure emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2003; 10(5):526-7.
62. Richardson DB. Prospective validation of point occupancy definition of overcrowding. *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):462-3.
63. Richardson DB. Relationship between total daily patient care time and performance as a measure of emergency department efficiency. *Acad Emerg Med* 2003; 10(5):527.
64. Richardson DB. Total daily patient care time as a measure of emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2003; 10(5):526.
65. Richardson DB, Bryant M. Confirmation of association between overcrowding and adverse events in patients who do not wait to be seen. *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):462.
66. Richardson DB, Bryant M. Daily patient care time is the best predictor of waiting time performance. *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):461.
67. Ross MA, Wilson AG, McPherson M. The impact of an ED observation unit bed on inpatient bed availability. *Acad Emerg Med* 2001; 8(5):576.
68. Schneider S, Zwemer F, Doniger A, Dick R, Czapranski T, Davis E. Rochester, New York: a decade of emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2001; 8(11):1044-50.
69. Schneider SM, Gallery ME, Schafermeyer R, Zwemer FL. Emergency department crowding: a point in time. *Ann Emerg Med* 2003; 42(2):167-72.
70. Schreck DM, Brotea C, Babin S. Prediction of total patient encounter times using chaotic dynamics and an artificial neural network. *Acad Emerg Med* 2000; 7(5):520.
71. Schull MJ, Lazier K, Vermeulen M, Mawhinney S, Morrison LJ. Emergency department contributors to ambulance diversion: a quantitative analysis. *Ann Emerg Med* 2003; 41(4):467-76.
72. Schull MJ, Lazier K, Vermeulen M, Mawhinney S, Morrison LJ. Nurses, patients, and physicians: an analysis of causes of emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2002; 9(5):367.
73. Schull MJ, Lazier K, Vermeulen M, Mawhinney S, Morrison LJ. Nurses, patients and physicians: an analysis of causes of emergency department overcrowding. *CJEM* 2002; 4(2).
74. Schull MJ, Mamdani MM, Fang J. Community influenza outbreaks and emergency department ambulance diversion. *Ann Emerg Med* 2004; 44(1):61-7.
75. Schull MJ, Mamdani MM, Fang J. Influenza and emergency department utilization by elders. *Acad Emerg Med* 2005; 12(4):338-44.

76. Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M, Redelmeier DA. Emergency department gridlock and out-of-hospital delays for cardiac patients. *Acad Emerg Med* 2003; 10(6): 709-16.
77. Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *CMAJ* 2003; 168(3):277-83.
78. Schull MJ, Slaughter PM, Redelmeier DA. Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions. *CJEM* 2002; 4(2).
79. Schull MJ, Szalai JP, Schwartz B, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: trends at twenty hospitals over ten years. *Acad Emerg Med* 2001; 8(11):1037-43.
80. Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med* 2004; 44:577-85.
81. Shih FY, Ma MH, Chen SC, Wang HP, Fang CC, Shyu RS, *et al.* ED overcrowding in Taiwan: facts and strategies. *Am J Emerg Med* 1999; 17(2):198-202.
82. Siddharthan K, Jones WJ, Johnson JA. A priority queuing model to reduce waiting times in emergency care. *Int J Health Care Qual Assur* 1996; 9(5):10-6.
83. Solberg LI, Asplin BR, Weinick RM, Magid DJ. Emergency department crowding: consensus development of potential measures. *Ann Emerg Med* 2003; 42(6):824-34.
84. Swafford CA, Eitel DR, Schlenker MK, Peters KL. Effects of ED overcrowding on emergency medicine resident education. *Acad Emerg Med* 2002; 9(5): 476.
85. The Lewin Group. Emergency department overload: a growing crisis. The results of the American Hospital Association survey of emergency department and hospital capacity. Falls Church (VA): American Hospital Association, 2002.
86. United States General Accounting Office. Hospital emergency departments: crowded conditions vary among hospitals and communities. Government Audit Office Report. Report to the ranking member, Committee on Finance, U.S. Senate; 2003. Available from: <http://www.gao.gov/new.items/d03460.pdf>.
87. Uy C, Guttman A, Verter V, Colacone A, Rosenthal S, Afilalo M. A process evaluation of patient flow in the emergency department (ED) prior to initial physician assessment. *CJEM* 2004; 6(4).
88. Vertesi L. Does the Canadian emergency department triage and acuity scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *CJEM* 2004; 6(5):337-42.
89. Warden CR, Bangs C, Norton R, Huie J. Temporal trends in ambulance diversion in a mid-sized metropolitan area. *Prehosp Emerg Care* 2003; 7(1):109-13.
90. Weiss SJ, Arndahl J, Ernst AA, Derlet R, Richards J, Nick TG. Development of a site sampling form for evaluation of ED overcrowding. *Med Sci Monit* 2002; 8(8):549-53.
91. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, Richards J, Fernandez-Frankleton M, Schwab R *et al.* Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med* 2004; 11(1):38-50.
92. Weiss SJ, Ernst AA, Derlet RW, King R, Nick TG, Bair AE. Correlation of patients who leave without being seen to the degree of emergency department overcrowding in an academic medical center. *Acad Emerg Med* 2004; 11(5):484-5.
93. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *CJEM* 2003; 5(3):155.

ANNEXE 9 : Articles en attente d'évaluation

En attente de traduction

1. Carmel A, Amital H, Shemer Y, Sahar A. Why do they leave? Clinical characteristics of patients who leave the emergency room against medical advice [in Hebrew]. *Harefuah* 1998; 134(6):445-9.
2. Bilo HJG, Meyboom-De Jong B, Van der Kam WJ, Pierik EGJM, Bosveld HPE. No Friday afternoon peak in the patient flow to the emergency department of De Weezenlanden Hospital in Zwolle, May/June 1997 [in Dutch]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144 (8):396-7.

En attente d'obtention de la version intégrale

1. California emergency services: a system in crisis. Sacramento (CA): California Medical Association; 2001. Available from: <http://www.cmanet.org/upload/ERWhitePaper.pdf>.
2. Ambulance service. Code red: hospital emergency departments. North Sydney: Department of Health NSW; 1998.
3. Department of Health Sciences Clinical Evaluation, University of York, York Health Economics Consortium Plymouth, University Office of the Vice Chancellor. The rise in emergency admissions project: executive summary. Plymouth, United Kingdom: Coventry Business School, Coventry University and University of York; 1998.
4. Hospital Report Research Collaborative and the Government of Ontario. Emergency department care: hospital specific results. July 2004.
5. Ly N. Trends in patient waiting time in emergency departments in the US, 1997-2000. *AHSRHP Annual Meeting* 2002; 19:28.
6. Massachusetts Health Care Task Force. Hospital capacity, crowding and ambulance diversion. Chelsea (MA): Health Care Finance and Policy, Commonwealth of Massachusetts; 2001.
7. Rylko-Bauer B. The role of freestanding emergency centers in the delivery of health care: perspectives on change in American medicine (room, non-urgent, primary practitioners, ambulatory). Lexington (KY): University of Kentucky; 1985.
8. Sanchez M, Miro O, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, Gomez-Angelats E *et al*. Emergency department overcrowding: quantification of associated factors. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(5):161-72.
9. Schur C, Mohr P, Zhao L. Emergency department use in Maryland: a profile of users, visits and ambulance diversion. Bethesda (MD): The Project HOPE Center for Health Affairs; 2003.

ANNEXE 10 : Caractéristiques des études

Pays	n	
États-Unis	29	26 28 34 38 40 41 46 51 54 56 57 63 67-69 71 73 76 77 80-86 88-90
Canada	13	25 75 49 44 50 62 30 45 32 78 79 47 87
Royaume-Uni	9	27 29 72 53 33 36 42 43
Australie	5	48 59 60 31 58
Espagne	3	35 52 55
Autre	7	37 74 39 61 64-66
Intervention	n	
Voie express	23	37 25 26 44 27 28 29 30 45 31 32 38 39 47 40 33 34 35 36 41 42 43 46
Multiple	12	59 48 49 50-52 53 54 55 56 57 58
Dotation	8	60 61 62 85 64 66 67
Processus particulier	8	83 84 85 86 87 88 89 90
Triage	6	68 69 72 70 71 73
Déroutement	4	74 75 76 77
Saisie des ordonnances médicales	3	78 79 80
Unité de court séjour	2	81 82
Type d'interventions	n	
Simple	50	74 75 37 81 83 25 61 68 59 26 44 27 28 69 29 84 72 45 31 32 38 63 85 78 79 82 39 47 64 65 86 70 80 87 40 71 33 66 34 73 35 88 89 36 41 42 90 43 67 46
Complexe	16	60 48 49 50 62 30 51 76 52 53 54 55 56 57 58 77
Structure de l'étude	n	
Avant-après	50	75 81 83 25 60 61 68 59 48 49 26 27 28 69 29 84 50 62 30 31 32 63 85 79 82 64 51 76 65 86 70 80 52 53 71 54 33 66 34 55 35 88 89 56 36 57 90 58 67 77
Essai clinique contrôlé	7	37 72 39 40 73 42 43
Étude de cohortes	7	74 44 45 38 78 41 46
Essai clinique comparatif et randomisé	2	47 87
Nombre de centres	n	
Unicentrique	57	74 37 81 83 25 60 61 68 49 26 44 27 28 69 29 84 50 62 30 72 45 31 32 38 63 85 78 79 82 39 47 64 51 65 86 70 80 52 87 40 71 54 33 66 34 55 35 88 56 36 41 57 42 90 43 58 46
Multicentrique	9	75 59 48 76 53 73 89 67 77
Élément du modèle	n	
Intervention	51	74 37 83 25 60 61 68 26 44 27 28 29 84 62 30 72 45 31 32 38 63 78 79 82 39 47 64 51 65 86 70 80 52 87 40 71 54 33 66 34 73 55 35 88 36 41 57 42 90 43 46
Afflux	4	75 69 89 77
Systémique	4	59 49 76 53
Issue	3	81 50 85
Intervention-issue	3	48 56 58
Afflux-intervention	1	67
N^{bre} de visites annuelles	n	
≥50 000	25	37 81 25 68 49 27 69 50 62 30 72 31 82 47 64 65 86 80 40 33 66 34 55 56 36 43
<50 000	19	60 61 26 45 38 63 85 39 51 87 71 54 73 41 57 90 58 67 46
Pas indiqué	21	74 75 83 59 48 44 28 29 84 32 78 79 76 70 52 53 35 88 89 42 77

Paramètres d'intérêt	n	
Durée du séjour à l'urgence	34	37 81 61 49 26 44 84 62 30 45 31 32 38 63 78 79 39 47 51 86 80 87 40 54 33 66 34 55 35 56 41 57 42 58 46
Délai de consultation	27	74 37 25 60 61 68 59 26 27 84 72 45 31 63 64 51 65 70 52 71 33 73 35 56 36 42 43
Quittent sans avoir été examinés	20	81 83 68 28 69 30 45 31 32 63 82 51 52 40 71 34 55 35 56 57
Délai d'admission	9	81 68 48 29 85 78 52 53 33
Déroutement	7	75 59 48 82 76 67 77
Autre	32	81 83 60 61 68 59 49 44 84 50 45 63 64 51 65 86 52 53 71 33 34 73 55 88 89 56 57 42 90 43 67 77

ANNEXE 11 : Caractéristiques des études retenues

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Anantharaman ⁷⁴	Singapour	Étude de cohortes rétrospective	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Déroutement : système électronique global de dossiers ambulanciers (système HEAL) Élément du modèle : intervention	d'octobre 1998 à janvier 1999	Délai de consultation à l'urgence des patients nécessitant des soins critiques	Le délai de consultation à l'urgence des patients nécessitant des soins critiques diminue quand ils arrivent à l'urgence par une ambulance HEAL.	ENO=5/9
Anderson ⁷⁵	Canada	Étude avant-après	Multicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Déroutement : nouveau système de déroutement d'ambulances (déroutement général et interruption des soins critiques) Élément du modèle : afflux	de février à juin 1999	Pourcentage du temps disponible en déroutement	Réduction du pourcentage du temps disponible en déroutement	EQAP=6/14
Ardagh ³⁷	Nouvelle-Zélande	Essai clinique contrôlé	Unicentrique, 65 000+ visites par an	Voie express : clinique d'évaluation rapide (CER) : une infirmière et un médecin supplémentaires pour diriger la CER. Élément du modèle : intervention	de février à avril 2000	Durée du séjour à l'urgence; délai de consultation médicale	La clinique d'évaluation rapide diminue le délai de consultation médicale et la durée du séjour à l'urgence aux niveaux inférieurs du triage	Jadad=1/5

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Bazarian ⁸¹	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 60 000 visites par an	Court séjour : unité de médecine court séjour Élément du modèle : issue	d'août à novembre 1994	Nombre de patients hébergés à l'urgence; DS à l'urgence; nombre moyen d'heures de séjour à l'urgence des patients traités et ayant obtenu leur congé; nombre de patients qui QSE; nombre de patients traités et autorisés à partir dont la DS >8 heures	Diminution de la durée du séjour des patients traités et autorisés à partir	EQAP =9/14
Boger ⁸³	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Processus particulier : système de suivi électronique Élément du modèle : intervention	d'octobre à décembre 2000	Délai d'entrée à la salle de traitement; nombre de patients qui QSE	Le système de suivi électronique diminue la DS et le nombre de patients qui QSE; amélioration de la satisfaction des patients et diminution du nombre de patients qui attendent de 4 à 6 heures	EQAP= 4/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Bond ²⁵	Canada	Étude avant-après	Unicentrique, 68 000 visites par an	Voie express : 1 médecin et 1 infirmière en charge d'une salle d'évaluation des cas non urgents Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	Attente moyenne des cas non urgents	Diminution de la période d'attente moyenne des cas non urgents	EQAP =7/14
Browne ⁶⁰	Australie	Étude avant-après	Unicentrique, 46 000 visites par an	Dotation : modèle de gestion rationnelle (restructuration hospitalière) Élément du modèle : intervention	de juillet 1998 à juin 1999	Délais d'attente; rendement en matière de soins critiques	Le modèle de gestion rationnelle diminue le délai d'attente moyen, améliore le rendement en soins critiques, la satisfaction des patients, et le moral du personnel et diminue l'attente des patients qui se présentent à l'urgence d'eux-mêmes.	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Bucheli ⁶¹	Suisse	Étude avant-après	Unicentrique, 34 000 visites par an	Dotation : un 2 ^e médecin par quart de travail Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	Délai de l'inscription à l'urgence à la première intervention médicale; délai de l'admission à l'urgence à l'anamnèse et à l'examen physique; durée de l'examen du patient à l'urgence; durée, par période d'une heure et par médecin, des activités autres que l'examen du patient; DS totale	Le médecin supplémentaire au quart de travail de soir diminue la DS des patients ambulatoires qui obtiennent leur congé après l'évaluation et la prise en charge, mais non pas celle des patients admis à l'urgence.	EQAP =9/14
Cain ⁶⁸	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 65 000 visites par an	Triage : modification des critères de triage pédiatrique Élément du modèle : intervention	de novembre 1992 à janvier 1993	Délai d'examen à l'urgence; délai de sortie de l'urgence; délai d'admission à l'unité; délai d'admission à l'unité de soins intensifs	La modification des critères de triage pédiatrique a amélioré la précision du triage, a diminué le délai de consultation médicale et d'admission, a diminué l'ampleur du « sous-triage »; les améliorations n'ont pas eu d'effets indésirables sur la circulation des adultes	EQAP =8/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Cameron ⁵⁹	Australie	Étude avant-après	Multicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Multiple : programme d'amélioration des services d'urgence (primes accordées aux hôpitaux publics pour améliorer l'accès aux soins à l'urgence) Élément du modèle : systémique	d'avril 1995 à juin 1998	Nombre de périodes de déroutement d'ambulances; nombre de patients bénéficiant des soins dans le délai fixé; blocage de l'accès	Diminution du nombre de périodes de déroutement d'ambulances par trimestre; amélioration de la capacité de respecter les délais d'attente déterminés	EQAP =8/14
Cameron ⁴⁸	Australie	Étude avant-après	Multicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Multiple : changement organisationnel de 51 nouvelles actions afin d'améliorer l'accès (gestion de la demande de services d'urgence, chirurgie élective, gestion de la capacité, processus des soins pour affections subaiguës) Élément du modèle : intervention-issue	de juin à septembre 2001	Déroutement d'ambulances; délai d'obtention d'un lit dans l'hôpital >12 heures	Réduction du nombre de périodes de déroutement d'ambulances; réduction du nombre de patients qui attendent >12 heures	EQAP =6/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Cardin ⁴⁹	Canada	Étude avant-après	Unicentrique, 50 000 visites par an	Multiple : augmentation de la couverture médicale; affectation de médecins coordonnateurs; nouvelles directives concernant les procédures de laboratoire, de consultation et d'admission Élément du modèle : systémique	d'octobre 1993 à octobre 1994	Taux d'occupation des civières; DS moyenne des patients obtenant leur congé de l'urgence; DS moyenne de tous les patients à l'urgence	Réduction de la DS moyenne des patients ayant obtenu leur congé de l'urgence sans augmentation du nombre de visites subséquentes de ces patients	EQAP =9/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Chan ²⁶	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 40 000 visites par an	Voie express : prose en charge accélérée par suite du triage (admission rapide grâce à inscription électronique automatisée, identification immédiate du patient par technologie du code à barres et possibilité d'évaluation médicale et d'épreuves à l'arrivée) Élément du modèle : intervention	d'août à novembre 2003	DS moyenne; délai d'attente des patients soumis à la voie express; délai d'attente des patients admis; délai d'attente des patients non admis	La prise en charge accélérée au triage réduit la DS totale et les délais d'attente des patients de la voie express et des patients non admis; pas de modifications du délai d'attente des patients admis	EQAP =5/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Cheung ⁴⁴	Canada	Étude de cohortes rétrospective	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Voie express : système de triage avancé (détermination par l'infirmière de triage des tests diagnostiques appropriés de certains patients d'après un protocole ou un algorithme établi) Élément du modèle : intervention	1997	DS totale; DS suite à l'évaluation médicale	Le système de triage avancé a diminué la DS totale; la plus grande amélioration est dans la DS suivant l'évaluation médicale	ENO=5/9
Cooke ²⁷	Royaume-Uni	Étude avant-après	Unicentrique, 13 918 visites en 10 semaines	Voie express : consultation médicale comme au cabinet (salle voie express) à l'intention de patients ambulants dont le cas ne nécessite pas une évaluation alitée ou une intervention urgente Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	Nombre de patients attendant <30 minutes avant de voir un médecin; nombre de patients attendant <60 minutes pour voir un médecin; délai d'attente	La mise en place d'une voie distincte pour les blessures légères peut diminuer le nombre de patients traumatisés qui attendent >60 minutes	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Covington ²⁸	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Voie express : infirmière clinicienne chargée de la voie express Élément du modèle : intervention	de janvier 1990 à septembre 1991	Nombre de patients qui QSE	Réduction du nombre de patients qui QSE	EQAP =3/14
Derlet ⁶⁹	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 60 000 visites par an	Triage : directive voulant que les patients soient dirigés hors de l'urgence au triage Élément du modèle : afflux	de juillet 1988 à juin 1991	Patients qui QSE	Le nouveau système de triage a diminué le nombre de patients qui QSE; inutile d'offrir un traitement à tous les patients qui se présentent à l'urgence; les patients peuvent être acheminés hors de l'urgence pourvu qu'il y ait suffisamment de soutien communautaire.	EQAP =5/14
Dinah ²⁹	Royaume-Uni	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Voie express : voie express Élément du modèle : intervention	de mai à juillet 2001	Délai d'attente	Le système de voie express a réduit de beaucoup l'attente moyenne et la fluctuation des délais d'attente.	EQAP =9/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Espinosa ⁸⁴	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Processus particulier : réorganisation des services de radiologie à l'urgence (les clichés sont tous directement acheminés aux urgentologues qui les interprètent), affectation de techniciens en radiologie à l'urgence Élément du modèle : intervention	mai 1996	Délai d'exécution; durée du cycle en voie express; délai de l'arrivée au traitement; DS totale	Réduction du délai d'exécution en radiologie, du cycle en voie express, du délai de l'arrivée au traitement par l'urgentologue et de la DS totale à l'urgence; amélioration de la satisfaction du patient quant à l'attente	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Feferman ⁵⁰	Canada	Étude avant-après	Unicentrique, 80 000 visites par an	Multiple : création d'une unité gériatrique pour évaluer et prendre en charge le nombre croissant de personnes âgées et de malades chroniques; réaffectation des lits dans les services; un plus grand nombre de lits pour les services médicaux; augmentation des chirurgies externes; expansion de l'unité court séjour et de l'unité des procédures ambulatoires; système d'admission géré par un médecin Élément du modèle : issue	d'octobre 1987 à mars 1988	Nombre de blocages de l'accès de l'urgence aux patients arrivant en ambulance; nombre de patients en attente d'admission à l'urgence; nombre de personnes âgées en attente d'admission aux soins de longue durée; nombre de patients examinés aux unités de court séjour et de procédures ambulatoires	L'intervention a amené une diminution considérable du nombre de périodes de déroutement d'ambulances.	EQAP =9/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Fernandes ⁶²	Canada	Étude avant-après	Unicentrique, 50 000 visites par an	Dotation : amélioration continue de la qualité par l'affectation d'un commis à l'admission et diminution des tâches de l'infirmière de la voie express qui n'examine que les signes vitaux et voit au placement du patient Élément du modèle : intervention	janvier et février 1994	DS	Application en bonne et due forme de techniques d'amélioration continue de la qualité à l'urgence a produit une diminution considérable du délai de production des dossiers et de la DS des patients de la voie express	EQAP =6/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Fernandes ³⁰	Canada	Étude avant-après	Unicentrique, 4 553 visites le mois précédant l'intervention	Voie express : cinq solutions dans le cadre du processus d'amélioration continue de la qualité pour faciliter la circulation des patients au triage et à la voie express : un commis de plus à l'admission, rationalisation de la voie express, expansion de la zone de la voie express, précision de la classification du triage Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	DS ; patients qui QSE	Diminution considérable du nombre de patients qui QSE	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
George ⁷²	Royaume-Uni	Essai clinique contrôlé	Unicentrique, 60 000 visites par an	Triage : triage infirmier structuré comparativement à processus de priorisation non organisé Élément du modèle : intervention	1990	Délais d'attente	Les patients du groupe du triage ont attendu plus longtemps que les patients de l'autre groupe; l'attente médiane beaucoup plus grande pour les patients au cas urgent affectés au groupe du triage; le triage n'influence pas la satisfaction des patients; l'étude ne démontre pas les avantages prétendus du triage infirmier structuré; le triage infirmier pourrait repousser davantage le traitement, particulièrement quand celui-ci est urgent.	Jadad=1/5

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Grafstein ⁴⁵	Canada	Étude de cohortes rétrospective	Unicentrique, 45 000 visites par an	Voie express : traitement en salle d'attente ou dans le couloir comparativement à l'obtention d'un lit en soins actifs suite au triage Élément du modèle : intervention	de novembre 2000 à novembre 2002	DS; nombre de patients qui QSE; nombre de patients qui quittent sans autorisation médicale (QSAM)	Les patients de la salle d'attente séjournent moins longtemps à l'urgence et QSE/QSAM plus souvent.	ENO=7/9
Grant ³¹	Australie	Étude avant-après	Unicentrique, 5 480 visites par mois	Voie express : équipe (médecin et infirmière de triage) d'évaluation rapide Élément du modèle : intervention	de juillet à septembre 1997	Nombre de patients examinés dans le délai approprié selon leur niveau de triage; attente médiane; DS; nombre de patients qui n'ont pas attendu de consulter un médecin.	Augmentation du nombre de patients examinés dans les délais courants et réduction de l'attente médiane; pas de changement notable de la DS médiane	EQAP =8/14
Hall ³²	Canada	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Voie express : voie express Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	DS; nombre de patients qui QSE	La voie express dans une urgence urbaine affairée réduit la DS et le nombre de patients qui QSE aux niveaux 3, 4 et 5 de l'ÉTG	EQAP =5/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Hampers ³⁸	États-Unis	Étude de cohortes prospective	Unicentrique, 39 000 visites par an	Voie express : voie express dans une urgence pédiatrique Élément du modèle : intervention	de septembre à décembre 1997	DS	Diminution du nombre de tests et de la DS; pas de différences dans l'évolution de l'état de santé ou la satisfaction entre les deux groupes	ENO=6/9
Howell ⁶³	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 25 000 à 30 000 visites par an	Dotation : affectation d'un médecin à des tâches particulières Élément du modèle : intervention	de décembre 1987 à mars 1988	Nombre de patients qui attendent >1 heure avant d'être acheminés hors de l'urgence; nombre de patients qui attendent >2 heures avant d'être acheminés hors de l'urgence; délai de consultation médicale; période de l'entrée à l'urgence jusqu'à l'acheminement hors de l'urgence; nombre de patients qui QSE	L'affectation d'un urgentologue supplémentaire et l'amélioration de l'expérience en médecine d'urgence du personnel de l'urgence a amené une hausse de l'opportunité et de la qualité des soins; diminution remarquable du délai de consultation médicale, du délai de congé, du nombre de patients qui QSE et du nombre de dossiers incomplets	EQAP =8/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Howell ⁸⁵	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 41 180 visites par an	Processus particulier : système d'admission fondé sur la consultation téléphonique entre les urgentologues et l'équipe soignante de l'hôpital Élément du modèle : issue	janvier et février 2000	La durée du cycle d'admission	En faisant intervenir le personnel de l'hôpital, le processus sûr et efficient d'admission a réduit considérablement le délai d'admission.	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Innes ⁷⁸	Canada	Étude de cohortes rétrospective	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Saisie des ordonnances médicales (SOM): saisie informatisée des ordonnances médicales Élément du modèle: intervention	de juin à octobre 2001	Nombre de patients admis hébergés à l'urgence; période de civière; DS; nombre de patients traités dans les couloirs	Le surpeuplement de l'urgence a augmenté après SOM : hausse du nombre de patients traités dans les couloirs, du nombre de patients admis hébergés à l'urgence et de la DS des patients admis; un système SOM à l'urgence a réduit la DS à l'urgence, la période de civière, le délai de l'inscription à l'examen médical, la période de l'inscription à l'ordonnance de laboratoire et la période de l'inscription à l'obtention des premiers résultats.	ENO=6/9
Innes ⁷⁹	Canada	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	SOM : SOM à l'urgence Élément du modèle : intervention	de juin à novembre 2001	Nombre de patients admis hébergés à l'urgence; DS des patients ayant obtenu leur congé; nombre	Le surpeuplement de l'urgence et la saturation de l'accès par	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
						de patients dans la salle d'attente; DS des patients traités dans la salle d'attente	ambulance ont empiré à la suite de SOM; le nombre quotidien moyen de patients admis hébergés à l'urgence et la DS des patients admis augmentent; la DS à l'urgence des patients ayant obtenu leur congé diminue; la DS des patients dans la salle d'attente diminue; le SOM accélère le traitement des patients et compense l'influence défavorable sur le surpeuplement.	

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Kelen ⁸²	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 54 000 visites par an	Court séjour : unité de soins actifs éloignée de l'urgence principale et gérée par l'urgence Élément du modèle : intervention	janvier 2001	Fréquence du déroutement d'ambulances; déroutement d'ambulances; volume de patients; nombre de patients qui QSE	L'unité de soins actifs gérée par l'urgence a réduit le nombre de patients qui QSE et le déroutement.	EQAP =6/14
Kilic ³⁹	Turquie	Essai clinique contrôlé	Unicentrique, 30 000 visites par an	Voie express : voie express Élément du modèle : intervention	juin et juillet 1997	DS	Diminution de la DS médiane et augmentation de la satisfaction des patients; la voie express n'a pas réduit l'attente des patients souffrant d'une infection urinaire ou d'une gastroentérite.	Jadad=0/5

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Klassen ⁴⁷	Canada	Essai clinique comparatif randomisé	Unicentrique, 55 000 visites par an	Voie express : les infirmières prescrivent les radiographies selon le protocole Brand en cas de traumatisme aux membres inférieurs ou aux membres supérieurs. Élément du modèle : intervention	de mars 1990 à février 1991	Séjour global à l'urgence	La prescription de radiographies par les infirmières du triage selon le protocole Brand a réduit le nombre de radiographies prescrites mais a augmenté le nombre de cas où il aurait fallu une radiographie; l'attente à l'urgence a diminué beaucoup.	Jadad=3/5

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Krakau ⁶⁴	Suède	Étude avant-après	Unicentrique, 4 694 visites par mois	Dotation : introduction de la chirurgie à l'urgence par un omnipraticien (augmentation de l'effectif des omnipraticiens mais pas d'autres travailleurs) Élément du modèle : intervention	d'avril 1994 à octobre 1995	Volume de patients; attente moyenne des cas non urgents; attente moyenne des cas urgents	L'affectation d'omnipraticiens supplémentaires à l'urgence a accru le nombre de visites, particulièrement des cas non urgents; l'affectation d'omnipraticiens supplémentaires a réduit l'attente des cas non urgents mais a allongé les délais concernant les cas urgents ou émergents.	EQAP =8/14
Kyriacou ⁵¹	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 41 000 visites par an	Multiple : interventions administratives (techniques d'amélioration continue de la qualité); demande automatique des anciens dossiers médicaux par le préposé à l'urgence; infirmières auxiliaires chargées d'acheminer les prélèvements au	de septembre 1993 à juillet 1998	Période de la décision au congé du patient; DS totale; période de la présentation au triage à l'inscription terminée; période de la fin de l'inscription à l'entrée à la salle de traitement de l'urgence; période de l'entrée à la salle de traitement de l'urgence à l'évaluation médicale initiale; période de la présentation au triage à l'évaluation	Réduction considérable de la DS médiane totale et amélioration de l'efficacité générale (délais d'attente)	EQAP =6/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
				laboratoire; imprimante à l'urgence pour obtenir les résultats de laboratoire; nouveau système de téléavertissement pour obtenir les services de consultation majeurs; voie express pour obtenir le congé; techniciens en radiologie chargés de déplacer les patients vers et en provenance de l'unité de radiologie; système d'acheminement par pneumatique des prélèvements; élaboration de nouvelles directives de congé; établissement d'un système de triage à simple admission Élément du modèle : intervention		médicale initiale; période de l'évaluation médicale initiale à la décision quant au sort du patient		

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Lagoe ⁷⁶	États-Unis	Étude avant-après	Multicentrique n ^{bre} de visites non indiqué	Déroutement : procédures systémiques nécessitant l'échange d'information sur le déroutement (système EM) Procédures particulières de l'hôpital : précision de la planification et des critères de déroutement d'ambulances et mise en place de ressources supplémentaires pour la prestation des soins Élément du modèle : systémique	de janvier 2001 à juin 2002	Heures de déroutement d'ambulances; nombre d'ambulances accueillies	Les procédures hospitalières systémiques ont réduit le nombre d'heures de déroutement d'ambulances et le nombre de transports par ambulance dans la communauté et dans les hôpitaux; le déroutement est resté néanmoins fréquent par la suite	EQAP =9/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Lau ⁶⁵	Hong Kong	Étude avant-après	Unicentrique, 13 837 visites par mois	Dotation : petite équipe de consultation Élément du modèle : intervention	de janvier à avril 1994	Attente	Le système de l'équipe de consultation a réduit l'attente moyenne; pas de changement remarquable d'autres facteurs influençant l'attente ou la qualité des services	EQAP =7/14
Lee-Lewandrowski ⁸⁶	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 70 000 visites par an	Processus particulier : épreuves au lieu des soins grâce à laboratoire satellite à l'urgence doté de techniciens et d'une infirmière de recherche Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	DS	Réduction notable des délais d'exécution au laboratoire; diminution notable de la DS des patients ayant bénéficié des épreuves au lieu des soins	EQAP =4/14
Mallett ⁷⁰	Royaume-Uni	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{brc} de visites non indiqué	Triage : triage Élément du modèle : intervention	mars 1988	Délai de la consultation médicale; délai de la consultation par un professionnel de la santé (infirmière); délai de triage; séjour à l'urgence	Une infirmière de triage réduit le délai d'évaluation par un professionnel de la santé; la mesure a été fructueuse pour réduire le délai d'évaluation clinique.	EQAP =8/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
McAfee ⁸⁰	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 52 555 visites par an	SOM : système informatisé de saisie des ordonnances Élément du modèle : intervention	de juin 2000 à juin 2001	DS	Le système informatisé de saisie des ordonnances a accru la DS moyenne des patients à l'urgence.	EQAP =6/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Miro ⁵²	Espagne	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Multiple : réorganisation structurale de l'urgence; ressources structurales (cubicules); hausse du nombre de salles d'évaluation initiale et d'observation du traitement; augmentation de l'effectif quotidien (médecins spécialistes, résidents, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés et commis) Élément du modèle : intervention	février 2000	Nombre de patients examinés; nombre de patients en attente de la consultation médicale; nombre de patients en attente des résultats des tests; nombre de patients en attente du diagnostic; nombre de patients en attente de la consultation spécialisée; délai d'examen; nombre de patients qui QSE; nombre de patients en attente après avoir été examinés; nombre de patients admis hébergés à l'urgence; nombre de patients en attente d'un lit à l'hôpital; nombre de patients en attente d'une investigation hors de l'urgence; nombre de patients en attente de proches; nombre de patients en attente du travailleur social; nombre de patients en attente d'une ambulance; nombre de patients en attente de l'examen	Réduction du nombre de patients qui attendent d'être examinés et réduction des périodes de surpeuplement	EQAP =8/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Murray ⁸⁷	Canada	Essai clinique comparatif et randomisé	Unicentrique, 41 000 visites par an	Processus particulier : épreuves au lieu des soins pour certains tests de laboratoire Élément du modèle : intervention	de mai à septembre 1997	DS	Réduction de la DS médiane; les épreuves au lieu des soins peuvent faire gagner beaucoup de temps à l'urgence.	Jadad=2/5

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Agence de modernisation ⁵³ NHS	Royaume-Uni	Étude avant-après	Multicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Multiple : programme National Patients Access Team (NPAT); programme visant à cerner les problèmes d'engorgement et à les résoudre (lignes directrices de pratique) Élément du modèle : systémique	d'octobre 2000 à mars 2001	Nombre de patients qui attendent >12 heures; nombre moyen de patients qui attendent de 4 à 12 heures; pourcentage des patients admis à l'urgence qui attendent >4 heures; pourcentage de patients qui attendent plus longtemps que la période prévue de la décision d'admettre à l'admission; pourcentage de patients qui attendent plus longtemps que la période prévue en vue du triage; pourcentage de patients qui attendent plus longtemps que la période prévue du triage à l'examen par un professionnel de la santé; pourcentage de patients qui attendent plus longtemps que la période prévue de l'examen à la décision d'admettre; pourcentage des congés repoussés	Réduction du nombre de patients qui attendent plus de 12 heures et réduction du pourcentage des patients admis à l'urgence qui attendent >4 heures	EQAP =9/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Partovi ⁴⁰	États-Unis	Essai contrôlé	Unicentrique, 52 000 visites par an	Voie express : triage par un médecin chevronné Élément du modèle : intervention	d'août à novembre 1999	DS; patients qui QSE	Le triage par un médecin chevronné a accru l'efficacité modérément, mais à un coût relativement élevé; la voie express a réduit considérablement la DS; pas de diminution du nombre de patients qui QSE	Jadad=0/5
Paulson ⁷¹	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 3 200 visites par mois	Triage : triage par une infirmière comparativement au triage par une auxiliaire Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	Attente; délai de triage; délai de traitement; nombre de patients qui QSE	Diminution de l'attente suivant le triage et du nombre de patients qui QSE	EQAP =8/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Rinderer ⁵⁴	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 33 000 visites par an	Multiple : initiative d'amélioration de la qualité; chambres supplémentaires; infirmières autorisées en nombre accru; affectation d'un autre coordonnateur d'unité de soins; extension des heures d'ouverture de la pharmacie; infirmière en charge de l'inscription; directive de blocage automatique; technicien en radiologie affecté à l'urgence; infirmière en soins primaires; technicien de laboratoire affecté à l'urgence; salle réservée au triage Élément du modèle: intervention	Pas indiquée	Volume de patients à l'urgence; DS par visite	Réduction de la DS moyenne	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Rogers ³³	Royaume-Uni	Étude avant-après	Unicentrique, 59 000 visites par an	Voie express : système « examiner et traiter »; un clinicien en mesure d'examiner, de traiter et d'autoriser le congé du patient après l'évaluation initiale Élément du modèle : intervention	novembre et décembre 2002	Pourcentage de patients obtenant leur congé en 4 heures; pourcentage de patients admis en 4 heures; pourcentage de patients soumis au triage en 15 minutes; pourcentage de patients examinés en 1 heure de l'arrivée; pourcentage de patients obtenant leur congé en 1 heure; délai de la consultation médicale ou infirmière; durée totale moyenne du séjour à l'urgence	Le système « examiner et traiter » a permis de réduire l'attente des cas de blessures ou de maladie mineurs et a eu une influence positive sur les patients des niveaux élevés de triage.	EQAP =8/14
Rotstein ⁶⁶	Israël	Étude avant-après	Unicentrique, 4 800 visites par mois	Dotation : affectation d'un médecin supplémentaire au quart de travail de soir (changement administratif) Élément du modèle : intervention	d'octobre 1993 à mars 1995	DS	L'affectation d'un médecin supplémentaire a réduit la DS de 80 à 119 admission; l'affectation du médecin supplémentaire quand les admissions sont inférieures à 80 ou supérieures à 120 ne diminue pas la DS.	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Ruoff ³⁴	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 216 visites du lundi au vendredi	Voie express : triage par un médecin Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	Fréquence quotidienne des patients qui QSE; fréquence des patients qui QSAM; DS	Le triage par un médecin a réduit la DS totale; aucun changement concernant les patients qui QSE, qui QSAM ou de la DS la fin de semaine; hausse de la satisfaction des patients	EQAP =4/14
Ryan ⁷³	États-Unis	Essai clinique contrôlé	Multicentrique, hôpital A : 5 575 visites en 7 semaines; hôpital B : 4 548 visites en 7 semaines	Triage : système de triage en bonne et due forme Élément du modèle : intervention	novembre et décembre 1993	Délai de consultation médicale; délai de consultation infirmière	Le triage en bonne et due forme a augmenté les délais de consultation médicale et de consultation infirmière des cas non urgents; dans les urgences de taille moyenne, le triage ne réduit pas l'attente des cas qualifiés de « semi-urgents » ou d'« attente acceptable ».	Jadad=2/5

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Salazar ⁵⁵	Espagne	Étude avant-après	Unicentrique, 100 000 visites par an	Multiple : ouverture d'une unité de court séjour à l'urgence et ouverture d'une unité de débordement dans l'hôpital à l'intention des patients en attente d'admission; augmentation de l'effectif médical à l'urgence et réorganisation des tâches médicales; base de données automatisée; supervision directe des directeurs des services médicaux de l'hôpital à l'urgence Élément du modèle : intervention	décembre 1999 et janvier 2000	Nombre de déroutements vers d'autres hôpitaux; taux de fréquentation quotidien moyen; DS moyenne totale à l'urgence; nombre de patients qui QSE	Réduction remarquable de la DS et du nombre de patients qui QSE	EQAP =6/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Sanchez ³⁵	Espagne	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Voie express : voie express Élément du modèle : intervention	de février 2002 à janvier 2003	Délai de consultation; DS	La voie express améliore l'efficacité de l'urgence en diminuant l'attente, la DS et le nombre de patients qui QSE.	EQAP =8/14
Saxena ⁸⁸	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Processus particulier : épreuves de laboratoire immédiates Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	Délai d'accusé de réception (phase postanalytique); délai d'exécution au laboratoire; délai de prélèvement (phase préanalytique); délai d'acheminement (phase préanalytique); délai de déplacement (phase préanalytique); délai d'accès (phase préanalytique); délai de traitement (phase analytique); délai d'analyse (phase analytique); délai de traitement par l'ordinateur (phase analytique)	Réduction du délai d'exécution médian au laboratoire (prescription, prélèvement, arrivée au laboratoire, délai de numération sanguine, délai de déplacement); pas de changement de la période médiane des phases préanalytique et analytique	EQAP =3/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Schaefer ⁸⁹	États-Unis	Étude avant-après	Multicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Processus particulier : programme de destination de rechange à l'intention des patients au cas peu grave (une clinique plutôt que l'urgence) Élément du modèle : afflux	d'août 2000 à janvier 2001	Nombre de visites à l'urgence	Diminution de la proportion des patients traités à l'urgence	EQAP =9/14
Sedlak ⁵⁶	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 53 000 visites par an	Multiple : modifications à l'inscription au chevet, départ câblé, technicien de radiologie affecté à l'acheminement des prélèvements, gestion des lits centralisée, médecin de l'urgence chargé de l'admission Élément du modèle : intervention-issue	de janvier à décembre 2003	DS totale; période de l'arrivée à l'examen par le médecin; période de la saisie des ordonnances à l'examen; période de la saisie des ordonnances à l'interprétation des résultats à l'urgence; durée de l'attente en vue de l'examen radiologique; nombre de patients qui QSE; période de l'arrivée à l'obtention d'un lit à l'urgence	Réduction de la période de l'arrivée à l'examen par le médecin et de la DS moyenne totale	EQAP =2/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Shrimpling ³⁶	Royaume-Uni	Étude avant-après	Unicentrique, 60 000 visites par an	Voie express : remaniement du système de triage (équipe chargée des blessures mineures) Élément du modèle : intervention	novembre et décembre 2001	DS totale; durée de la période en compagnie de praticiens de l'urgence; délais d'attente dans l'urgence; proportion des patients examinés en 30 minutes; proportion des patients examinés en 60 minutes	Diminution notable des délais d'attente de tous les patients à l'urgence; les modifications en matière de pratique sont concluantes et sûres du point de vue clinique.	EQAP =5/14
Simon ⁴¹	États-Unis	Étude de cohortes rétrospective	Unicentrique, 33 000 visites par an	Voie express : voie express Élément du modèle : intervention	de décembre 1993 à août 1994	Délai d'exécution	Amélioration de la circulation des patients au cas peu grave sans compromettre la prestation des soins, et les urgentologues pédiatres ont pu prendre en charge un plus grand nombre de patients au cas grave.	ENO=6/9

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Spaite ⁵⁷	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 48 000 visites par an	Multiple : affectation d'un médecin chevronné provenant de la division de médecine interne à la fonction de directeur administratif de l'urgence; modifications à la dotation, à l'inscription au triage, à la radiologie diagnostique, aux services de laboratoire et à la disponibilité des lits Élément du modèle : intervention	de mai à décembre 1998	Attente médiane dans la salle d'attente; délais d'intervention à l'urgence; nombre de patients qui QSE; délai d'exécution au laboratoire; délai d'exécution en radiologie	Diminution de l'attente en salle d'attente, raccourcissement des délais d'intervention à l'urgence et diminution de l'attente en prévision de soins urgents	EQAP =6/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Subash ⁴²	Royaume-Uni	Essai clinique contrôlé	Unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Voie express : équipe de triage formée d'un médecin et d'une infirmière Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	Nombre de patients traités et obtenant leur congé en 20 minutes; délai de triage; délai de consultation médicale; délai de radiologie; délai de congé; délai de congé par l'infirmière	Le triage par le médecin et l'infirmière a réduit pour la peine le délai de triage, le délai de consultation médicale et le délai de radiologie; hausse remarquable du nombre de patients examinés et obtenant leur congé en 20 minutes	Jadad=2/5
Takakuwa ⁹⁰	États-Unis	Étude avant-après	Unicentrique, 3 037 visites par mois	Processus particulier : inscription au chevet Élément du modèle : intervention	de novembre 2001 à mars 2002	Période du triage à la chambre; période de la chambre à l'acheminement hors de l'urgence	Modifications de la période du triage à la chambre pour tous les niveaux de triage; l'inscription au chevet n'a pas eu d'influence sur la période moyenne de la chambre à l'acheminement hors de l'urgence à tous les niveaux de triage.	EQAP =6/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Terris ⁴³	Royaume-Uni	Essai clinique contrôlé	Unicentrique, 108 000 visites par an	Voie express : équipe d'impact au triage (urgentologue et infirmière expérimentée) Élément du modèle : intervention	de décembre 2001 à février 2002	Nombre de patients en attente de triage; nombre de patients au cas mineur en attente; nombre de patients au cas majeur en attente; nombre de patients en attente d'examen (total); nombre de patients qui attendent >4 heures pour voir le médecin	Réduction notable du nombre de patients en attente d'examen par le médecin ou l'infirmière clinicienne, particulièrement les cas mineurs; réduction générale du nombre de patients qui attendent à l'urgence à n'importe quel moment; sentiment d'une amélioration de la circulation des patients	Jadad=1/5

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Toncich ⁵⁸	Australie	Étude avant-après	Unicentrique, 42 000 visites par an	Multiple : amélioration de la prestation des soins (16 modifications organisationnelles); vérifications informatisées aux 3 heures; précision de critères de voie express; équipe de gestion des lits affectée à proximité de l'urgence; priorisation des radiographies; EDIS; réaffectation des ressources; changements administratifs Élément du modèle : intervention-issue	Pas indiquée	DS des patients admis; DS des patients ayant obtenu leur congé; DS des patients à l'urgence	Amélioration des délais opérationnels sans importance clinique ou statistique	EQAP =7/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Vilke ⁶⁷	États-Unis	Étude avant-après	Multicentrique hôpital A : 45 000 visites par an; hôpital B : 39 000 visites par an	Dotation : éviter le déroutement; interventions connexes, notamment augmentation de la couverture médicale de plusieurs heures par jour, augmentation de l'effectif infirmier et de techniciens chaque jour Élément du modèle : afflux- intervention	Pas indiquée	Heures de déroutement; nombre de patients dérivés; nombre de visites à l'urgence; déplacements des ambulances	La volonté d'éviter le déroutement d'ambulances à un établissement peut obliger un établissement voisin à y recourir plus souvent.	EQAP =8/14
Vilke ⁷⁷	États-Unis	Étude avant-après	Multicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	Déroutement : révision des lignes directrices de déroutement des ambulances dans la communauté Élément du modèle : afflux	d'octobre à décembre 2002	Période de déroutement; nombre de patients dérivés; heures d'interruption des services; nombre de visites à l'urgence	Diminution remarquable du nombre d'heures mensuelles moyennes de déroutement	EQAP =9/14

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Paramètres d'intérêt	Constatations et conclusion	Qualité
Winn ⁴⁶	États-Unis	Étude de cohortes rétrospective	Unicentrique, 18 000 visites par an	Voie express : infirmière de triage autorisée à prescrire des tests diagnostiques Élément du modèle : intervention	Pas indiquée	DS à l'urgence	Raccourcissem nt remarquable de la DS à l'urgence; la prescription de tests diagnostiques par l'infirmière en vertu de protocoles établis, avant que le patient soit examiné par le médecin peut être utile pour accroître l'effcience de l'urgence.	ENO=5/9

ANNEXE 12 : Caractéristiques des études présentant des résultats négatifs

Étude	Pays	Structure	Cadre	Intervention	Période de l'étude	Résultats négatifs
Grafstein ⁴⁵	Canada	étude de cohortes rétrospective	unicentrique, 45 000 visites à l'urgence par an	voie express	de novembre 2000 à novembre 2002	attente
Ardagh ³⁷	Nouvelle-Zélande	essai clinique contrôlé	unicentrique, 65 000+ visites par an à l'urgence	voie express	de février à avril 2000	délai d'attente des niveaux 1 et 2 de triage
Krakau ⁶⁴	Suède	étude avant-après	unicentrique, 4 694 visites par mois à l'urgence	dotation	d'avril 1994 à octobre 1995	délai d'attente des patients au cas urgent
Ryan ⁷³	États-Unis	essai clinique contrôlé	multicentrique hôpital A : 5 575 visites en 7 semaines; hôpital B : 4 548 visites en 7 semaines	triage	novembre et décembre 1993	attente
George ⁷²	Royaume-Uni	essai clinique contrôlé	unicentrique, 60 000 visites par an	triage	1990	délai d'attente aux niveaux 1 à 4 de triage
Mallett ⁷⁰	Royaume-Uni	étude avant-après	unicentrique, n ^{bre} de visites non indiqué	triage	mars 1988	attente
Toncich ⁵⁸	Australie	étude avant-après	unicentrique, 42 000 visites par an	multiple	pas indiquée	DS des patientes admis
McAfee ⁸⁰	États-Unis	étude avant-après	unicentrique, 52 555 visites par an	saisie des ordonnances médicales	de juin 2000 à juin 2001	DS totale
Takakuwa ⁹⁰	États-Unis	étude avant-après	unicentrique, 3 037 visites par mois	processus particulier (inscription au chevet)	de novembre 2001 à mars 2002	période de la décision à l'accès à la chambre

ANNEXE 13 : Interventions mises en œuvre pour contrer le surpeuplement de l'urgence par les directeurs de service d'urgence du Canada

Afflux	Intervention	Issue	Systémique
gestion du réseau ambulancier par la répartition; aviser tous les médecins spécialistes récepteurs	équipe d'infirmières volante	création d'une unité PAU pour accueillir les patients admis à l'urgence	plan de désengorgement de l'urgence
les médecins non urgentologues ne peuvent fixer un rendez-vous à des patients à l'urgence	mise sur pied d'une clinique voie express à l'urgence	un patient admis à l'urgence est dirigé vers le couloir de chacune des unités d'admission	la direction chargée de sensibiliser tout le personnel de l'hôpital
augmentation des admissions d'un groupe de médecins de famille désireux d'augmenter leur charge de travail en soins aux malades hospitalisés	directives de soins infirmiers concernant la fièvre, la douleur, la douleur abdominale, la dyspnée, et les prélèvements de laboratoire avant l'examen médical	lits et personnel sur demande disponibles la fin de semaine à l'unité de court séjour ou de rétablissement ou à d'autres zones non en usage habituellement la fin de semaine pour désengorger l'urgence	sensibilisation continue des administrateurs et du personnel de l'hôpital
autoriser les médecins de famille à consulter les spécialistes directement plutôt que de diriger leurs patients à l'urgence	augmentation des heures de la couverture par les médecins de l'urgence (c.-à-d., ajout d'un quart de travail supplémentaire)	déplacement des traitements intraveineux, hors de l'urgence vers le service médical	sensibilisation du Ministre et du Sous-ministre quant au surpeuplement
mise sur pied de cliniques familiales offrant plusieurs services pour réduire les admissions et les visites répétitives	les lits inoccupés de l'unité de pédiatrie et de la maternité assignés à des adultes temporairement	création de nouveaux postes administratifs en vue d'une gestion des lits à temps plein	plan de désengorgement en bonne et due forme
utilisation de l'ambulance comme lieu de prestation des soins	bassin de médecins sur demande, appelés si attente >90 minutes	code orange interne : patients admis acheminés dans les couloirs de l'unité à un certain niveau de surpeuplement	directive à l'échelle de l'hôpital sur l'utilisation et l'espacement des lits