

Mise en congé des patients hospitalisés

Contexte

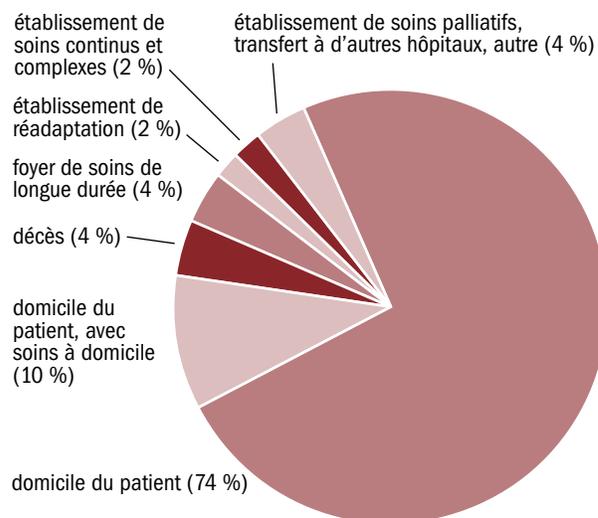
L'Ontario compte plus de 150 hôpitaux englobant un total de 227 sites. Ces cinq dernières années, plus d'un million de patients ont reçu leur congé de ces hôpitaux tous les ans.

Bien que la plupart des patients retournent à leur domicile lorsqu'ils n'ont plus besoin de recevoir de soins à l'hôpital, plus de 20 % des patients continuent de nécessiter divers niveaux de soutien (voir la Figure 1). Un tel soutien comprend les soins qui sont prodigués au domicile du patient (par exemple, des soins infirmiers et des services de soins personnels comme l'aide pour prendre un bain), les services spécialisés qui sont offerts dans des établissements de réadaptation et de soins palliatifs, et les soins continus qui sont dispensés dans des foyers de soins de longue durée ou des établissements de soins continus et complexes (SCC).

Il importe que le transfert de l'hôpital au domicile ou à un autre établissement de soins de santé s'effectue le plus rapidement possible une fois qu'on a déterminé qu'un patient n'a plus besoin de recevoir de soins à l'hôpital et peut être mis en congé. Le fait de rester à l'hôpital plus longtemps que nécessaire sur le plan médical peut avoir des effets indésirables sur l'état de santé des patients; ils courent notamment le risque de contracter une infection

Figure 1 : Destination des patients hospitalisés en Ontario après leur mise en congé, 2009 (%)

Source des données : Base de données sur les congés des patients



nosocomiale (par exemple, la bactérie *C. difficile*), et, particulièrement pour les patients plus âgés, le manque d'activité peut entraîner un déclin des capacités physiques et mentales. En outre, les patients qui demeurent trop longtemps à l'hôpital accaparent des lits auxquels les nouveaux patients ne peuvent alors avoir accès, ce qui peut donner lieu à l'annulation d'interventions prévues, telles que des chirurgies non urgentes, et à des temps d'attente plus longs pour les personnes qui ont été admises par l'entremise du service d'urgence ou

pour celles qui sont en attente d'une intervention chirurgicale pratiquée à l'hôpital.

C'est au médecin à l'hôpital qu'il revient au bout du compte de déterminer le moment auquel l'état de santé d'un patient justifie que celui-ci reçoive son congé, mais, en général, c'est l'équipe pluridisciplinaire de fournisseurs de soins de santé qui décide des soins devant lui être prodigués après la sortie de l'hôpital, le cas échéant. Ces dispositions sont prises de concert avec le patient ou la famille de celui-ci et peuvent être facilitées par le personnel de l'hôpital, qui peut par exemple soumettre une demande de soins à un établissement de réadaptation ou de SCC au nom du patient; elles peuvent également être prises par un centre d'accès aux soins communautaires (CASC), à qui il incombe d'évaluer l'admissibilité du patient et d'organiser la prestation des soins à domicile et l'accès à un foyer de soins de longue durée. En outre, le personnel de l'hôpital chargé du nettoyage est responsable de préparer chaque chambre pour le patient suivant. La coordination de toutes ces parties est essentielle à l'efficacité et à l'efficience du processus de mise en congé.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) fournit environ 89 % du financement total des hôpitaux, principalement par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les autres sources de financement des hôpitaux peuvent comprendre les frais d'hébergement perçus pour les chambres individuelles ou à deux lits et les dons. En 2009-2010, le coût total de fonctionnement des hôpitaux publics de l'Ontario a été d'environ 23 milliards de dollars. En général, le coût des services offerts par les médecins aux patients hospitalisés n'est pas inclus dans les coûts de fonctionnement de l'hôpital, étant donné que la plupart des médecins sont rémunérés directement par le Ministère, dans le cadre de l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP).

Objectif et portée de la vérification

Cette année, notre bureau a procédé à la vérification de trois domaines pouvant avoir des répercussions importantes sur le roulement des patients dans les hôpitaux. Dans le cadre de notre vérification, nous avons mis l'accent sur la mise en congé des patients hospitalisés. La vérification avait pour objectif d'évaluer si les hôpitaux sélectionnés avaient mis en oeuvre des politiques, des procédures et des systèmes efficaces et efficients pour que la mise en congé des patients s'effectue de façon sécuritaire et en temps opportun. Nous avons également procédé à des vérifications distinctes de la gestion du service d'urgence des hôpitaux ainsi que des soins à domicile qui doivent être prodigués à certains patients, par l'intermédiaire des centres d'accès aux soins communautaires (CASC), et pour lesquels des dispositions doivent être prises avant la mise en congé.

Nous avons effectué nos travaux de vérification dans trois hôpitaux de taille différente : l'Hôpital Credit Valley, à Mississauga (relevant du RLISS de Mississauga Halton), l'Hôpital St. Michael's, à Toronto (relevant du RLISS du Centre-Toronto), et l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin, à St. Thomas (relevant du RLISS du Sud-Ouest). Environ 56 000 patients ont reçu leur congé de ces trois hôpitaux en 2009.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné les dossiers pertinents ainsi que les politiques et procédures administratives qui s'appliquaient, nous avons interviewé le personnel concerné des hôpitaux, des CASC et du Ministère, et nous avons passé en revue les recherches pertinentes, y compris les caractéristiques des plans efficaces de transfert suivant la mise en congé qui ont été recensées en Ontario et dans d'autres administrations. Nous avons également examiné les données obtenues de la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère et de la Base de données sur les congés des patients. Nous avons aussi

eu recours aux services de deux experts-conseils indépendants possédant une connaissance approfondie de la planification des mises en congé.

Nous n'avons pas compté sur le Service de vérification interne du Ministère pour réduire la portée de notre vérification, car il n'avait pas effectué de vérifications récentes sur la mise en congé des patients hospitalisés. Aucun des hôpitaux que nous avons visités ne disposait d'une fonction de vérification interne.

Résumé

Le Ministère, les hôpitaux de l'Ontario et les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) ont entrepris un certain nombre d'initiatives visant à améliorer le roulement des patients dans les hôpitaux, dont bon nombre ont une incidence sur les processus de mise en congé des patients. Les trois hôpitaux que nous avons visités géraient adéquatement certains volets de leur processus de mise en congé et s'employaient à modifier certains autres processus en vue d'améliorer le roulement des patients. Cependant, à tous les hôpitaux, il y avait d'autres domaines où les pratiques pouvaient être améliorées, telles que la détermination rapide et la révision en temps opportun des dates estimatives de mise en congé des patients, ainsi qu'une meilleure surveillance de la disponibilité des lits.

De nombreuses études ont montré que le fait de rester à l'hôpital plus longtemps que nécessaire sur le plan médical peut avoir des effets indésirables sur l'état de santé des patients. En outre, l'hospitalisation d'un patient en attendant qu'un lit se libère dans un établissement communautaire ou qu'il puisse accéder à d'autres services dans la collectivité est beaucoup plus dispendieuse que les autres options de soins communautaires. En 2009, plus de 50 000 patients ont dû attendre dans un hôpital en raison de retards concernant la prise de dispositions pour les soins devant être fournis après la mise en congé (on parle également dans ce cas de

patients attendant pour un autre niveau de soins, ou patients ANS), et ils ont compté pour 16 % du total des jours-patients dans tous les hôpitaux ontariens. De plus, le total des jours d'hospitalisation de patients ANS a augmenté de 75 % entre 2005-2006 et 2009-2010, alors que le total des jours-patients à l'hôpital n'a crû que de 7 %. Au moment de notre vérification, ni les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), ni les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), ni les hôpitaux ne s'assuraient de la disponibilité des services communautaires, y compris les soins à domicile et les soins de longue durée, lorsque les patients étaient prêts à quitter l'hôpital.

Les aînés (les personnes âgées de 65 ans et plus) représentent seulement 13 % de la population de l'Ontario, mais ils ont compté pour presque 60 % des jours-patients à l'hôpital en 2009 – et l'on prévoit que le nombre d'aînés doublera au cours des 20 prochaines années. Compte tenu du vieillissement de la population, il sera de plus en plus essentiel que les hôpitaux se dotent de processus efficaces de mise en congé des patients. Il faudra garder à l'esprit le principe selon lequel « ce qui peut être mesuré peut être géré », car le Ministère, les RLISS et les CASC ont besoin d'être mieux renseignés sur les délais de mise en congé des patients, et ils doivent plus particulièrement déterminer si les récentes initiatives ont une incidence sur les problèmes relatifs aux patients ANS. Il serait utile que les administrateurs des hôpitaux et le personnel médical disposent d'une information plus fiable et uniforme sur le roulement des patients, car ils pourraient s'en servir pour évaluer les résultats des efforts qu'ils consacrent à l'amélioration du processus.

Nous avons notamment observé ce qui suit :

- Dans le cadre des pratiques exemplaires actuelles, il est recommandé qu'une équipe pluridisciplinaire se réunisse brièvement et régulièrement pour mettre à jour les activités de planification des mises en congé. Les trois hôpitaux organisaient de telles réunions régulièrement, mais les médecins y participaient à

un seul hôpital, et les représentants des CASC assistaient à la plupart des réunions à un autre hôpital seulement.

- À l'échelle de la province, 50 % des patients ANS qui auraient pu recevoir leur congé si des services de soins à domicile avaient été disponibles devaient attendre à l'hôpital six jours en moyenne avant d'accéder aux services en question. La détermination de l'admissibilité et la prise de dispositions pour les soins à domicile prennent du temps, mais dans environ 50 % des cas à deux hôpitaux que nous avons visités, les CASC n'étaient pas avisés suffisamment à l'avance, comme prévu dans les politiques établies. Au troisième hôpital, dans 90 % des cas, on donnait des avis de moins de 48 heures, car le CASC de cet hôpital voulait éviter d'avoir à modifier le calendrier des services si la date de mise en congé changeait.
- Le Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins du Ministère a recommandé que les médecins des hôpitaux préparent des résumés de mise en congé, y compris des bilans comparatifs des médicaments, afin de communiquer l'information concernant les patients (telle que les rendez-vous de suivi, les résultats de tests en suspens et les médicaments que doit prendre le patient) aux fournisseurs de soins de santé subséquents. On préparait généralement des résumés de mise en congé, mais cela était fait assez tardivement à un hôpital. Aux trois hôpitaux, on omettait souvent de préparer les bilans comparatifs des médicaments, ce qui augmentait le risque d'erreurs médicales.
- Les hôpitaux que nous avons visités ont indiqué que de nombreux établissements de soins refusent d'accueillir des patients la fin de semaine; par conséquent, moins de 10 % du total des mises en congé de patients devant être transférés à des foyers de soins de longue durée, à des établissements de soins continus et complexes et à des établissements de réadaptation ont lieu la fin de semaine.
- Les hôpitaux avaient entrepris certaines initiatives en matière de bonne gestion des lits. Par exemple, un hôpital avait mis au point un système visant à optimiser la gestion des lits en indiquant l'état de la situation pour chaque lit (occupé, besoin d'être nettoyé ou disponible). Un autre hôpital, ayant constaté que, dans son cas, la période de pointe des admissions au service d'urgence avait lieu le matin, tandis que la période de pointe des mises en congé se produisait l'après-midi, avait commencé à exiger qu'au moins 40 % des mises en congé soient effectuées au plus tard à 11 h, ce qui permettait de réduire le temps que les patients admis au service d'urgence devaient attendre avant d'avoir accès à un lit.
- Les temps d'attente à l'hôpital pour les patients ANS varient considérablement à l'échelle de la province. Par exemple, de novembre 2009 à février 2010, pour les hôpitaux relevant du RLISS du Nord-Ouest, 90 % des patients ANS mis en congé ont été placés dans les 27 jours après avoir été désignés ANS, alors que, pour les hôpitaux relevant du RLISS du Nord-Est, le délai était de 97 jours.
- Le délai entre le moment où un hôpital recommande le transfert d'un patient dans un foyer de soins de longue durée et celui où a lieu le placement peut dépasser quatre semaines; pourtant, il y avait très peu de lignes directrices ou de surveillance concernant la durée de ce processus. Aux hôpitaux que nous avons visités, le processus type était le suivant : le CASC procédait à une évaluation de l'admissibilité du patient (l'objectif étant que l'évaluation soit exécutée dans un délai de deux à trois jours); si le patient était jugé admissible, la famille choisissait les foyers de soins de longue durée auxquels une demande serait présentée (ce qui prenait en moyenne de trois jours à deux semaines); enfin, les foyers de soins de longue durée décidaient s'ils acceptaient ou rejetaient la demande (ce qui prenait en moyenne jusqu'à 15 jours à un

hôpital et jusqu'à 22 jours à un autre hôpital qui conservaient cette information). Un seul CASC consignait les renseignements sur les demandes rejetées et, dans son cas, les foyers de soins de longue durée ont refusé de 25 % à 33 % des demandes de placement; les raisons avancées pour justifier les refus étaient, par exemple, que les patients nécessitaient des soins trop importants ou qu'ils avaient des problèmes de comportement. Souvent, les demandeurs acceptés étaient simplement ajoutés à une longue liste d'attente.

- De tous les patients ANS de la province qui attendaient que se libèrent des lits dans des foyers de soins de longue durée de novembre 2009 à février 2010, 90 % ont été placés dans un foyer dans un délai de 128 jours, et de ce pourcentage, 50 % l'ont été dans un délai de 30 jours. Étant donné que l'hôpital constitue un lieu d'attente inadéquat et dispendieux, deux hôpitaux exigeaient que les patients prêts à être mis en congé présentent des demandes à des foyers de soins de longue durée pour lesquels les temps d'attente étaient nuls ou minimes, à défaut de quoi ces patients pouvaient se voir imposer des frais allant de 700 \$ à 1 500 \$ par jour pour demeurer à l'hôpital. Souvent, les patients ne souhaitaient pas être placés dans ces foyers en raison de la distance séparant ceux-ci de leur famille ou de l'âge des installations.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES GLOBALES DES HÔPITAUX

Globalement, les hôpitaux souscrivent en général à nos recommandations. Un hôpital a souligné qu'il importait de reconnaître que la mise en congé des patients n'est qu'un des éléments du continuum de soins. Cet hôpital a notamment indiqué qu'il est nécessaire de tenir compte du continuum de soins dans son ensemble (y compris les soins offerts dans la salle d'urgence et par l'entremise des centres d'accès aux soins

communautaires) si l'on veut que l'impact sur le système de soins de santé soit maximal.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère est déterminé à améliorer la transition des soins pour les patients de sorte que ceux-ci puissent recevoir les soins requis dans le lieu approprié et au moment opportun. Dans le cadre de la vérification, des recommandations constructives ont été formulées concernant l'amélioration du processus de mise en congé des patients hospitalisés. Bien que le rapport rende compte de l'examen des processus et des pratiques à trois hôpitaux, le Ministère tient toutefois à préciser qu'il adopte un point de vue qui englobe la province dans son ensemble. Le Ministère est heureux de voir que le vérificateur général a relevé des initiatives qui ont été prises à l'appui du roulement des patients, et il souhaite mentionner les initiatives additionnelles suivantes qui visent à généraliser encore plus le recours à des pratiques exemplaires à des fins de transition efficace :

- Dans le cadre de la Stratégie d'excellence des soins pour tous récemment annoncée (avril 2010), le Ministère travaille de concert avec ses partenaires du système de soins de santé (par exemple, le Conseil ontarien de la qualité des services de santé) pour offrir des programmes qui aideront les fournisseurs de services de santé à mettre davantage l'accent sur l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité en se fondant sur la meilleure information probante disponible. Cette initiative devrait comprendre la communication des pratiques exemplaires et la mise au point d'outils (par exemple, des modèles pour les résumés de mise en congé et les bilans comparatifs des médicaments) à l'appui de leur mise en oeuvre.
- De nombreux réseaux locaux d'intégration des services de santé s'emploient à mettre en oeuvre le Projet d'harmonisation des

ressources et de l'aiguillage pour les autres niveaux de soins, qui vise à réduire le nombre de jours d'attente pour les autres niveaux de soins en améliorant le déroulement du travail et la communication entre les organismes (par exemple, entre les hôpitaux et les centres d'accès aux soins communautaires). Ce système électronique d'information et d'aiguillage établit une concordance entre les patients et les établissements de soins ou de soutien les plus rapidement disponibles et les plus appropriés au moment de la mise en congé.

Constatations détaillées de la vérification

FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS DE MISE EN CONGÉ

Le moment auquel débute le processus de mise en congé diffère selon que l'hospitalisation du patient était prévue (par exemple, lorsque le patient doit subir une intervention prévue à l'horaire, telle une chirurgie non urgente) ou non prévue (par exemple, lorsque le patient a été admis au service d'urgence). Dans le cas des patients dont la date d'admission est prévue, on peut établir avant la chirurgie une date estimative de mise en congé (étant donné que les périodes de rétablissement à la suite des chirurgies prévues sont souvent facilement prévisibles), ainsi que planifier la convalescence du patient après la mise en congé.

Lorsque l'admission d'un patient n'a pas été prévue, un membre du personnel infirmier, de concert avec d'autres professionnels des soins de santé, procède à une évaluation pour déterminer notamment si le patient risque de faire l'objet d'une mise en congé difficile. Une mise en congé difficile se produit habituellement lorsque le patient ne peut retourner au lieu où il résidait avant son hospitalisation – par exemple, parce qu'il a besoin de soins

d'un niveau plus élevé, que ce soit à court terme ou de façon continue. En général, une date estimative de mise en congé doit être établie au moment de l'admission ou peu de temps après celle-ci, et l'on se fonde habituellement sur le diagnostic établi par le médecin pour ce faire.

Durant leur hospitalisation, les patients sont évalués de façon continue par les membres de l'équipe pluridisciplinaire responsable de leurs soins. Cette équipe est composée de médecins et de membres du personnel infirmier, et peut également inclure des professionnels d'autres disciplines, tels que des physiothérapeutes, des diététistes et des travailleurs sociaux. L'équipe pluridisciplinaire se charge notamment d'évaluer les besoins du patient après la mise en congé, et si le patient doit être placé dans un autre établissement à des fins de réadaptation ou pour recevoir des soins continus et complexes ou palliatifs, il incombe à l'hôpital de prendre les dispositions nécessaires. Lorsque l'équipe détermine que le patient a besoin de recevoir des services de soins à domicile ou qu'il doit être placé dans un foyer de soins de longue durée, l'hôpital communique avec le centre d'accès aux soins communautaires (CASC) concerné, qui doit alors évaluer l'admissibilité du patient à ces services. S'il s'avère que le patient est admissible, le CASC doit également prendre les dispositions relatives aux services de soins à domicile ou traiter la demande d'accès à des foyers de soins de longue durée. Tous ces facteurs, de même que tout changement ou toute complication concernant l'état de santé du patient, peuvent influencer sur la date estimative de mise en congé.

Lorsqu'un patient ne nécessite plus de soins hospitaliers, un médecin rédige un ordre de mise en congé selon lequel, en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*, le patient doit quitter l'hôpital dans les 24 heures. Certains patients qui ne nécessitent plus de soins hospitaliers demeurent à l'hôpital plus longtemps, habituellement parce qu'ils attendent que soient prises les dispositions relatives aux soins après la mise en congé et qu'il est difficile de les placer (par exemple, parce qu'ils souffrent de

démence, qu'ils ont un excès de poids important, qu'ils ne peuvent être nourris par la bouche ou qu'ils doivent recevoir des traitements médicaux fréquents comme la dialyse ou la chimiothérapie). Étant donné que ces patients attendent de recevoir des soins qui leur seront prodigués dans un autre établissement, on les désigne comme étant des patients en attente d'un autre niveau de soins, ou patients ANS.

Au moment de la mise en congé, un médecin de l'hôpital rédige un résumé de mise en congé donnant des renseignements précis sur l'hospitalisation du patient, tels que le diagnostic formulé, les traitements reçus, les médicaments à prendre après la mise en congé et les rendez-vous de suivi. Le résumé de mise en congé est habituellement envoyé au médecin de famille du patient et peut être transmis à d'autres médecins en vue d'assurer la continuité des soins.

Les patients qui ne reçoivent pas le soutien requis après leur mise en congé peuvent éprouver des problèmes de santé qui autrement aurait pu être évités, et il pourrait s'avérer nécessaire de les hospitaliser à nouveau – une situation qui, en plus d'avoir des effets indésirables sur la santé du patient, entraîne inutilement une utilisation des ressources de l'hôpital.

La Figure 2 montre le nombre de lits, le nombre de mises en congé et la durée moyenne des hospitalisations dans les hôpitaux de l'Ontario pour la période allant de 2005-2006 à 2009-2010.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS CONCERNANT LA MISE EN CONGÉ

Plusieurs parties partagent la responsabilité de la mise en congé des patients, et ce, en vertu d'un certain nombre de lois différentes. Par exemple :

- La *Loi sur les hôpitaux publics* fournit le cadre au sein duquel fonctionnent les hôpitaux. Elle établit les responsabilités des conseils d'administration des hôpitaux (qui consistent généralement à régir les établissements) et de leurs comités médicaux en ce qui concerne la

Figure 2 : Nombre de mises en congé de patients, nombre de lits et durée moyenne des séjours à l'hôpital en Ontario, de 2005-2006 à 2009-2010

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Exercice	Nombre de mises en congé	Nombre de lits*	Durée moyenne des séjours à l'hôpital (en jours)
2005-2006	1 095 000	18 400	6
2006-2007	1 091 000	18 400	6
2007-2008	1 091 000	18 700	6
2008-2009	1 087 000	18 800	6
2009-2010	1 092 000	18 400	6

*à l'exclusion des lits de bébé pour les nouveau-nés

qualité des soins offerts aux patients par les hôpitaux. Elle stipule également qu'il incombe aux médecins de déterminer le moment auquel les patients doivent être mis en congé. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée est quant à lui responsable de l'application et de l'exécution de cette loi.

- Aux termes de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a notamment pour devoirs et fonctions de régir les soins, les traitements, les services et les installations des hôpitaux, ainsi que d'exercer un contrôle sur les frais imposés à tous les patients par les hôpitaux.
- En vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont responsables d'établir l'ordre de priorité des services de santé et de planifier ceux-ci, ainsi que de financer certains fournisseurs de services de santé, y compris les hôpitaux et les CASC. On compte 14 RLISS, qui relèvent tous du Ministère. Depuis le 1^{er} avril 2007, tous les hôpitaux et les CASC rendent des comptes directement à leur RLISS, au lieu du Ministère, pour la plupart des questions. En ce qui concerne la planification de la mise en congé des patients hospitalisés, les RLISS ont notamment pour rôle de faire rapport au ministre

de la Santé et des Soins de longue durée sur le rendement des services de santé locaux, y compris la coordination des services et l'accès à ceux-ci.

- Il y a 14 centres d'accès aux services communautaires (CASC) à l'échelle de la province, soit un CASC pour chaque RLISS. Aux termes de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* et de la nouvelle *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (proclamée le 1^{er} juillet 2010), il incombe aux CASC d'évaluer l'admissibilité des patients à recevoir des soins à domicile et à être placés dans des foyers de soins de longue durée, ainsi que de prendre les dispositions relatives aux services de soins à domicile et de traiter les demandes des patients admissibles concernant leur placement dans des foyers de soins de longue durée. En outre, depuis septembre 2009, les RLISS peuvent décider d'élargir le rôle de leur CASC afin d'y inclure le placement de patients dans des établissements de soins continus et complexes et des établissements de réadaptation.

INITIATIVES

Ministère

Le Ministère a soutenu un certain nombre d'initiatives visant à améliorer le roulement des patients dans les hôpitaux, y compris le processus de mise en congé :

- On a mis sur pied le Comité d'experts en matière d'accès à un autre niveau de soins, qui a été chargé de formuler des recommandations pour remédier aux problèmes et aux difficultés concernant les patients hospitalisés qui attendent d'avoir accès à un autre niveau de soins. Dans un rapport publié en 2006, intitulé *Appropriate Level of Care: A Patient Flow, System Integration and Capacity Solution*, le Comité a formulé 22 recommandations, dont certaines ont été adoptées, notamment celles portant sur l'accroissement des services de soins à domicile et sur l'examen des politiques des hôpitaux en matière de mise en congé et des politiques des CASC en matière de placement afin de s'assurer que les patients peuvent être transférés le plus rapidement possible dans un foyer de soins de longue durée approprié.
- Le projet collaboratif « Flo », financé par le Ministère, a été lancé en septembre 2007 par le Centre for Healthcare Quality Improvement (CHQI). En tout, 29 hôpitaux ont participé à ce projet, généralement de concert avec leur CASC respectif. Le projet visait notamment à améliorer l'efficacité et la rapidité du processus de transfert des patients de l'hôpital à un autre établissement de soins, et donc à réduire le nombre de patients ANS par jour. Le projet collaboratif Flo a permis de déterminer un certain nombre de domaines pouvant faire l'objet d'améliorations, ainsi que les caractéristiques d'une bonne planification des mises en congé et des transferts. Au printemps 2009, le CHQI a lancé une stratégie en vue de communiquer l'information sur les éléments à améliorer aux hôpitaux et aux CASC qui n'avaient pu participer au projet collaboratif Flo, entre autres intervenants. Nous nous sommes fondés sur différentes caractéristiques d'une bonne planification des mises en congé et des transferts recensées dans le cadre du projet pour établir des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires durant nos visites des hôpitaux.
- La stratégie de quatre ans Vieillir chez soi a été lancée en 2007-2008. Elle prévoit notamment l'augmentation des services de soutien dans la collectivité, tels que les soins à domicile, les accessoires fonctionnels (comme les fauteuils roulants) et les logements avec services de soutien, qui englobent généralement la prestation de services personnels (par exemple, l'aide pour l'hygiène personnelle et l'habillement). Ces services communautaires additionnels devraient, entre autres

choses, entraîner une réduction du nombre de patients hospitalisés en attente d'un autre niveau de service et permettre à ceux-ci d'attendre moins longtemps avant d'accéder à ces services. Le Ministère a indiqué qu'il évaluerait la stratégie après ses trois premières années d'existence, en 2010-2011.

- La Stratégie pour les salles des urgences et l'accès aux différents niveaux de soins a fait suite à l'introduction, en 2003, de la Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences, qui visait à écourter le temps que les patients passent dans les salles d'urgence. Elle a été élargie en mai 2008 de manière à inclure l'amélioration de l'utilisation des lits d'hôpitaux – par exemple, grâce à une mise en congé accélérée des patients qui ne nécessitent plus de soins hospitaliers. Selon le Ministère, cette initiative visait à améliorer la communication et la mise en oeuvre des pratiques exemplaires concernant notamment le processus de planification des mises en congé. Elle prévoyait également une hausse des soins à domicile et des mesures de soutien dans la collectivité pour les patients qui reçoivent leur congé de l'hôpital.
- En septembre 2009, dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère, on a commencé à faire le suivi des temps d'attente au moyen d'une définition provinciale normalisée pour les patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital en vue d'accéder à un autre niveau de soins (ANS), par exemple, un foyer de soins de longue durée. En outre, à compter de 2011, on prévoit faire le suivi de renseignements additionnels, tels que la durée de l'attente des patients ANS qui sont toujours hospitalisés. Au moment de notre vérification, 113 hôpitaux devaient soumettre de l'information sur les temps d'attente des patients ANS, et ils le faisaient presque tous.

Centres d'accès aux soins communautaires

Les CASC associés aux hôpitaux que nous avons visités avaient tous mis en oeuvre des initiatives, dans le cadre de la stratégie ministérielle Vieillir chez soi, visant à améliorer les délais de mise en congé des patients hospitalisés. Ces initiatives incluait les suivantes :

- *Enfin à la maison* – un programme qui permet aux patients ne pouvant obtenir l'aide de parents ou d'amis de profiter de l'assistance d'un préposé aux services de soutien à la personne ou d'un bénévole durant quelques heures le jour de leur mise en congé. Une aide est fournie pour transporter le patient à son domicile et combler ses besoins de base, comme passer prendre ses médicaments, faire quelques emplettes et s'assurer qu'il a un repas. Ce programme était exécuté à deux des trois hôpitaux que nous avons visités.
- *Attendre chez soi* – une initiative qui vise à fournir des services de tâches ménagères et de soutien à la personne organisés par les CASC en sus des heures ordinaires de soins à domicile, afin de permettre à un patient d'attendre à son domicile plutôt qu'à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de soins de longue durée. Dans le cadre de cette initiative, les patients avaient droit à presque deux fois plus d'heures de services à domicile par rapport au nombre ordinaire d'heures, durant 60 jours, dans les CASC associés à deux des hôpitaux que nous avons visités, et durant 90 jours dans le CASC associé au troisième hôpital. Nous avons constaté que la plupart des patients participant à cette initiative étaient placés dans un foyer de soins de longue durée à l'intérieur des délais susmentionnés. Les patients qui n'étaient pas transférés dans ces délais étaient placés au tout début de la liste d'attente pour les foyers auxquels ils avaient présenté une demande. L'un des CASC a indiqué qu'il avait mis fin à son programme Attendre chez soi en novembre 2009 en raison d'un manque

de fonds, mais qu'il prévoyait le remettre en marche en 2010-2011, lorsqu'il aura reçu le financement prévu pour le prochain exercice.

- *Rester chez soi* – un programme qui vise à fournir des services de tâches ménagères et de soutien à la personne organisés par les CASC en sus des niveaux ordinaires de soins à domicile pour une durée limitée, afin de permettre aux patients hospitalisés de retourner à leur domicile plus tôt qu'ils n'auraient pu le faire autrement. Ce programme était exécuté par le CASC associé à l'un des hôpitaux que nous avons visités.

Hôpitaux

Tous les hôpitaux que nous avons visités participaient au projet collaboratif Flo et avaient entrepris des initiatives additionnelles visant à améliorer leurs pratiques de mise en congé des patients. Par exemple :

- Un hôpital avait procédé à l'examen de ses processus relatifs au roulement des patients, ce qui comprenait une étude de son processus de mise en congé et la détermination des éléments freinant le roulement des patients.
- Un autre hôpital avait mis au point un processus visant expressément à examiner les mises en congé des patients et à accroître celles-ci lorsque c'était possible sur le plan médical, et qui prévoyait la participation des médecins chefs de service dès que le service d'urgence comptait un nombre anormalement élevé de patients attendant un lit.
- Le troisième hôpital avait mis à jour le processus employé par le personnel infirmier destiné à aider celui-ci à identifier les patients pour lesquels il existait un risque de retard dans la mise en congé.

PLANIFICATION DE LA MISE EN CONGÉ DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Destination provisoire après la mise en congé et date estimative de mise en congé

Aux termes du projet collaboratif Flo, une date estimative de mise en congé et une destination provisoire après la mise en congé (par exemple, chez soi avec prestation de services à domicile, un établissement de réadaptation ou un foyer de soins de longue durée) doivent être établies pour chaque patient dans les 48 heures suivant l'admission. Les hôpitaux que nous avons visités ont indiqué que la date estimative de mise en congé est généralement fondée sur le diagnostic du patient. Si la destination qui a été déterminée pour le patient après sa mise en congé diffère du lieu d'où il provenait au moment de son admission, il est probable que la mise en congé sera plus complexe et prendra davantage de temps. Pour tous les patients, l'établissement d'une date estimative de mise en congé donne aux fournisseurs de soins à l'hôpital et à ceux dans la collectivité, ainsi qu'aux patients et à leur famille, le temps de se préparer en vue de répondre aux besoins des patients après la mise en congé.

Tous les hôpitaux que nous avons visités avaient établi une politique selon laquelle il fallait déterminer rapidement, pour chaque patient, une date estimative de mise en congé ou la durée prévue de l'hospitalisation, et deux des hôpitaux disposaient de politiques exigeant la détermination des besoins en soins après la mise en congé. Cependant, certains éléments de ces politiques variaient. Par exemple :

- Un hôpital exigeait qu'on discute de la date estimative de mise en congé « dès le moment de l'admission » ainsi que de la nature de tout soutien qui pourrait devoir être fourni après l'hospitalisation.
- Un autre hôpital exigeait qu'une date estimative de mise en congé soit établie dans les 24 heures suivant l'admission d'un patient.
- Le troisième hôpital exigeait que le médecin qui s'est chargé de l'admission d'un patient

indique la durée prévue de l'hospitalisation en fonction du diagnostic établi. Pour d'autres patients, la durée de l'hospitalisation était automatiquement fixée à trois jours.

Cependant, aux trois hôpitaux que nous avons visités, bien que la destination provisoire après la mise en congé était habituellement indiquée dans les dossiers de patients échantillonnés, la date estimative de mise en congé n'était souvent pas documentée, que ce soit dans les dossiers des patients ou ailleurs. Par exemple :

- Un hôpital avait mis en œuvre un système qu'il prévoyait utiliser pour consigner la date estimative de mise en congé de chaque patient. Dans notre échantillon, nous avons constaté que l'hôpital s'est servi du système pour consigner la date de mise en congé de certains patients. Toutefois, au moment de notre examen, dans le cas de 83 % des patients pour lesquels on avait établi une date de mise en congé estimative, celle-ci était déjà dépassée et n'avait pas été mise à jour.
- À un autre hôpital, un seul service a mentionné qu'il consignait la date estimative de mise en congé des patients dans un chiffrier électronique. Cependant, au moment de notre examen, aucune date estimative de mise en congé n'avait été fixée pour 53 % des patients. En outre, dans le cas du tiers des patients pour lesquels on avait établi une date de mise en congé estimative, celle-ci était déjà dépassée et les dates n'avaient pas été mises à jour.
- Le troisième hôpital ne consignait généralement pas les dates estimatives de mise en congé ou la durée prévue des hospitalisations.

Le personnel des hôpitaux que nous avons visités a indiqué qu'on ne fixe pas formellement de date estimative de mise en congé pour tous les patients, soit parce qu'on a une idée générale des durées types d'hospitalisation (par exemple, dans le cas des chirurgies non urgentes ou des accouchements), soit parce qu'il est trop difficile d'évaluer avec précision la durée de l'hospitalisation (par exemple, dans le cas des admissions non prévues

au service d'urgence ou des patients ayant de nombreux troubles médicaux).

Surveillance de l'état de préparation des patients à leur mise en congé

Aux termes du projet collaboratif Flo, les équipes multidisciplinaires dans les hôpitaux doivent procéder à un bref tour de table au sujet de chaque patient, et discuter notamment de leur état de préparation sur le plan médical à leur mise en congé et de la date estimative de leur mise en congé. Dans le cadre du projet collaboratif, on a également recommandé l'utilisation d'indicateurs visuels, tels que des tableaux blancs, qui montrent clairement l'état de la situation concernant la mise en congé de chaque patient (c'est-à-dire, son état de préparation à la mise en congé) ainsi que les activités de planification de mise en congé qui doivent être effectuées.

On procédait à des tours de table à divers degrés aux trois hôpitaux que nous avons visités. Par exemple, des discussions avaient lieu tous les jours dans les services de médecine générale aux trois hôpitaux, mais, dans les services de chirurgie, elles avaient lieu deux fois par semaine à un hôpital et une fois par semaine aux deux autres. Aucun des hôpitaux ne procédait à des tours de table concernant les plans de mise en congé dans le service d'obstétrique, et aucune discussion n'avait lieu dans le service de pédiatrie aux deux hôpitaux dotés d'un tel service. Un des hôpitaux a indiqué que l'absence de discussion s'expliquait par le fait que la durée de l'hospitalisation des patients des services d'obstétrique et de pédiatrie était très prévisible. Nous avons assisté à des tours de table aux trois hôpitaux et avons constaté que la plupart d'entre eux étaient dirigés par le personnel infirmier responsable du dossier, et que les participants des autres disciplines intervenaient peu. Nous avons également observé ce qui suit :

- Les médecins, qui sont responsables de la mise en congé des patients, assistaient couramment aux tours de table à seulement un des hôpitaux.

- Les représentants des CASC, à qui il incombe de prendre les dispositions relatives aux soins à domicile après la mise en congé et aux admissions dans les foyers de soins de longue durée, assistaient couramment à la plupart des tours de table à seulement un des hôpitaux. Les deux autres hôpitaux ont indiqué que, en raison des ressources limitées, les représentants des CASC ne pouvaient participer qu'à certains des tours de table.
- Dans le cas de la majorité des tours de table auxquels nous avons assisté, on consacrait peu de temps à parler de la planification des mises en congé, et l'on se limitait souvent à discuter de la question consistant à savoir si un patient pouvait recevoir son congé la journée même ou le lendemain. Nous avons toutefois constaté à deux hôpitaux que l'un de leurs services respectifs insistait beaucoup sur la planification des mises en congé, y compris la prise de mesures pour faire en sorte que les patients soient prêts à recevoir leur congé, la détermination des besoins après la mise en congé et la prise de dispositions concernant les soins devant être fournis après la mise en congé.

Un médecin de l'un des hôpitaux a mentionné que les tours de table prenaient trop de temps, parce qu'il fallait discuter également des patients des autres médecins. Cependant, à l'hôpital où les médecins assistaient aux tours de table, les discussions étaient organisées de telle sorte que chaque médecin n'assistait qu'au segment durant lequel on discutait de ses patients.

Les trois hôpitaux étaient dotés d'un système de gestion des patients, qui facilitait l'identification des patients prêts à recevoir leur congé. Cependant, seulement deux hôpitaux l'utilisaient régulièrement pour les patients des services de médecine générale et de chirurgie. Au moyen de ce système, on évalue divers indicateurs (dont les signes vitaux, les vomissements et la maîtrise de la douleur) pour déterminer si l'état de santé du patient est stable et si celui-ci est prêt à recevoir son congé. Il ne vise pas

à remplacer l'évaluation et le jugement cliniques, mais il aide à préciser les activités de planification des mises en congé. Bien que les tours de table aient notamment pour objectif d'évaluer les dates de mise en congé, on ne tenait pas compte de façon courante de l'information fournie par le système indiquant que des patients étaient prêts à recevoir leur congé.

On utilisait également les tableaux blancs à divers degrés dans les postes de soins infirmiers des trois hôpitaux que nous avons visités. Toutefois, bon nombre des tableaux blancs que nous avons examinés n'indiquaient pas la date prévue de mise en congé de chaque patient, la destination prévue après la mise en congé ou les mesures de planification des mises en congé devant être prises. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- À deux hôpitaux, les tableaux blancs dans le service de médecine générale comportaient des codes de couleurs en vue d'indiquer le moment auquel on prévoyait que les patients recevraient leur congé. Par exemple, le vert signifiait que le patient devait recevoir son congé dans les 24 heures, le jaune, que le patient devait recevoir son congé dans un délai allant de deux à trois jours, le rouge, que le patient devait recevoir son congé après un délai de trois jours, et le bleu, qu'il s'agissait d'un patient ANS. Cependant, les tableaux blancs dans d'autres services de ces hôpitaux n'indiquaient pas la date prévue de mise en congé des patients.
- À l'autre hôpital, dans les deux tiers des services, les tableaux blancs comportaient une colonne où devait être consignée la date estimative de mise en congé de chaque patient. Toutefois, au moment de notre visite, nous avons constaté que la date estimative de mise en congé n'était pas indiquée pour chacun des patients et que celle-ci était habituellement inscrite uniquement lorsqu'il était probable que le patient reçoive son congé dans moins d'un jour.

Un hôpital a entrepris de procéder à une vérification de certains tableaux blancs, entre décembre 2009 et février 2010, afin de déterminer leur fiabilité pour ce qui est de prédire les dates de mise en congé des patients. L'hôpital a constaté que 76 % des patients dont on prévoyait qu'ils allaient recevoir leur congé dans les 24 heures avaient effectivement été mis en congé, mais que, pour 45 % des patients ayant reçu leur congé, il n'avait pas été déterminé la veille qu'ils allaient probablement être mis en congé.

Préparation des patients à leur mise en congé

Diverses méthodes sont employées pour communiquer aux patients et à leur famille ou à leurs fournisseurs de soins les dates prévues de mise en congé et les facteurs influant sur la détermination de celles-ci. En 2009, environ un tiers des patients hospitalisés l'ont été aux fins de procédures chirurgicales non urgentes prévues. Avant l'admission, on fournit habituellement des renseignements à ces patients sur la durée de leur hospitalisation et les soins requis après leur mise en congé.

Durant leur hospitalisation, tous les patients (que leur admission ait été prévue ou non) sont habituellement informés de la date prévue de leur mise en congé et des soins requis après celle-ci. Par exemple, les trois hôpitaux que nous avons visités ont indiqué qu'ils fournissaient aux patients ou à leur famille des brochures sur la façon de gérer les divers problèmes de santé (comme les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète) une fois de retour à domicile.

Dans le cadre du projet collaboratif Flo, on a recommandé le recours à des tableaux blancs ou à d'autres outils visuels dans les chambres des patients pour communiquer à ceux-ci, entre autres choses, les dates prévues de mise en congé et les objectifs (comme la stabilisation des signes vitaux et la maîtrise de la douleur) devant être atteints avant qu'ils reçoivent leur congé. Nous avons constaté la présence de tableaux blancs dans les

chambres des patients à tous les hôpitaux que nous avons visités. À l'un des hôpitaux, certains tableaux blancs s'accompagnaient d'un code de couleurs pour montrer l'état de la situation concernant la mise en congé des patients (par exemple, la couleur jaune indiquait que le patient recevrait son congé dans un délai de deux à trois jours), mais aucun des tableaux blancs que nous avons observés ne précisait la date estimative de mise en congé des patients. Un autre hôpital nous a informés qu'il plaçait dans les chambres des patients une feuille indiquant les objectifs qui devaient être atteints avant la mise en congé. Cependant, cette feuille n'était présente que dans une des chambres de patients que nous avons observées.

RECOMMANDATION 1

Afin que la famille ou les autres fournisseurs de soins disposent d'un délai suffisant pour se préparer en vue de répondre aux besoins des patients après leur mise en congé, les hôpitaux doivent s'assurer :

- que les principaux renseignements concernant la mise en congé, comme la date estimative de mise en congé et la destination du patient après sa mise en congé, sont établis et documentés pour chaque patient au moment de son admission ou peu de temps après celle-ci, et qu'on révisé ces renseignements si la date de mise en congé doit être modifiée en raison de l'état de santé du patient;
- que les principaux membres de l'équipe pluridisciplinaire qui sont chargés de prendre les décisions, tels que le médecin du patient, qui est responsable de la mise en congé, et qu'un représentant du centre d'accès aux soins communautaires, dans le cas où le patient doit être admis à un foyer de soins de longue durée ou recevoir des services de soins à domicile, participent aux brefs tours de table concernant l'état de préparation du patient à sa mise en congé;

- que les dates estimatives et les plans de mise en congé sont communiqués aux patients et à leur famille au moyen d'outils visuels, tels que des tableaux blancs placés dans les chambres des patients, tel qu'il est recommandé dans le cadre du projet collaboratif Flo.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivent généralement à cette recommandation, et un hôpital a confirmé l'importance de veiller à ce qu'on établisse des dates estimatives de mise en congé avant l'admission pour les patients devant subir une intervention prévue (par exemple, une chirurgie non urgente). Cependant, deux hôpitaux ont mentionné qu'il n'était pas toujours possible de fixer une date estimative de mise en congé au moment de l'admission pour les patients ayant des problèmes de santé complexes qui sont admis au service d'urgence, en raison, par exemple, de la nécessité de faire d'abord passer des tests de diagnostic.

Un des hôpitaux a indiqué que les médecins assistaient en général aux brefs tours de table ayant lieu le matin pour discuter de l'état de préparation des patients à leur mise en congé, mais un autre hôpital a fait savoir que bon nombre de ses médecins choisissaient de visiter leurs patients à des heures différentes de la journée et que, souvent, ils n'étaient donc pas en mesure de participer aux réunions du matin. Les deux hôpitaux en question ont mentionné qu'ils souhaitaient qu'un représentant de leur centre d'accès aux soins communautaires (CASC) soit présent à tous les tours de table, mais que cela ne pouvait se faire à l'heure actuelle en raison des ressources limitées. Toutefois, un de ces hôpitaux a dit qu'il discutait avec son CASC de la possibilité qu'un représentant assiste aux réunions qui ont lieu deux fois par jour pour traiter de la question de la disponibilité des lits à l'échelle de l'hôpital.

Un hôpital a formulé des commentaires sur l'importance des outils visuels de gestion, tels que des tableaux blancs centraux dans le poste de soins infirmiers en vue d'améliorer la communication au sein des équipes et des tableaux blancs dans les chambres des patients afin que ceux-ci et leurs fournisseurs de soins puissent mieux se préparer à la mise en congé, et il s'employait à examiner la possibilité de rendre obligatoire l'utilisation de tels tableaux blancs à l'échelle de l'hôpital. Un autre hôpital a mentionné qu'il disposait maintenant de tableaux blancs à l'intention des patients pour environ la moitié de ses lits, et que l'utilisation de tels tableaux serait inutile dans le cas des autres patients dont la durée de l'hospitalisation était très prévisible.

DISPOSITIONS CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS APRÈS LA MISE EN CONGÉ

Les patients peuvent nécessiter des soins ou de l'équipement après avoir reçu leur congé de l'hôpital. Dans certains cas, les hôpitaux fournissent aux patients ou à leur famille les coordonnées de diverses ressources communautaires, de sorte que ceux-ci puissent prendre les dispositions concernant la prestation de soins ou l'obtention d'équipement. Dans d'autres cas, lorsqu'un patient a des besoins particuliers en matière d'équipement ou qu'il doit recevoir des soins à domicile ou être placé dans un foyer de soins de longue durée, l'hôpital communique avec le CASC, qui est responsable d'évaluer l'admissibilité du patient à ces services. Lorsque l'admissibilité du patient est établie, le CASC prend les dispositions concernant les services de soins à domicile ou traite la demande de placement du patient dans un foyer de soins de longue durée. D'avril à décembre 2009, les hôpitaux ont présenté aux CASC plus de 200 000 demandes d'évaluation de l'admissibilité de patients à des services de soins à domicile. Ce nombre comprend les demandes

soumises pour les patients admis et non admis, tels que les patients qui nécessitent une intervention urgente et les patients externes. On ne disposait pas de renseignements sur le nombre total des patients hospitalisés aiguillés vers des foyers de soins de longue durée. Aux trois hôpitaux que nous avons visités, il y avait sur place des représentants des CASC expressément chargés de traiter ces renvois.

Certains patients nécessitent les services d'un CASC autre que celui qui est associé à l'établissement où ils sont hospitalisés (par exemple, les patients qui ont dû se rendre dans une autre région de la province pour recevoir des soins médicaux spécialisés). Pour ces patients, le CASC associé à l'hôpital procède à l'évaluation initiale et communique avec l'autre CASC pour prendre les dispositions en matière de soins. Toutefois, un des hôpitaux que nous avons visités a indiqué que ces services varient d'un CASC à l'autre et que les attentes ne sont pas normalisées, de sorte que le retour des patients dans la collectivité où ils résident ne se faisait pas toujours facilement.

Dispositions concernant les services de soins à domicile et l'équipement

Environ 10 % des patients nécessitent des soins après avoir reçu leur congé de l'hôpital. Les services de soins à domicile varient d'un CASC à l'autre, mais ils comprennent généralement une aide en matière de soins infirmiers (par exemple, le changement des pansements et des bandages, l'administration de médicaments par injection et le contrôle des signes vitaux), des services de soutien à la personne (par exemple, des travailleurs qui aident le patient à accomplir les activités de la vie de tous les jours, comme prendre un bain, s'habiller, se nourrir et faire sa toilette), des services de physiothérapie (pour aider le patient à regagner de la force et l'amplitude de ses mouvements après une chirurgie), des services d'ergothérapie (pour évaluer l'environnement du patient à des fins de sécurité après sa mise en congé), et des soins palliatifs (pour faciliter la prestation de soins en fin de vie).

Les CASC doivent consacrer un certain temps à la détermination de l'admissibilité d'un patient à des soins à domicile et à la prise de dispositions concernant les services requis. Par conséquent, ils ont généralement besoin d'être avertis à l'avance pour faire en sorte que l'évaluation ait été réalisée et que les dispositions aient été prises au moment où le patient est prêt à recevoir son congé. En général, le personnel infirmier et les travailleurs sociaux de l'hôpital communiquent avec le CASC pour prendre les dispositions concernant les soins à domicile après la mise en congé. Nous avons constaté que l'un des hôpitaux que nous avons visités avait établi, de concert avec son CASC, des « lignes directrices en matière d'avis » indiquant le moment auquel le personnel doit communiquer avec le CASC au sujet des services de soins à domicile, et ces lignes directrices ont été affichées de manière à pouvoir être facilement consultées dans le poste de soins infirmiers ainsi que sur le réseau intranet de l'hôpital. Les deux autres hôpitaux disposaient de documents des CASC qui leur indiquaient à quel moment ils devaient communiquer avec eux, et ils avaient mis ces documents à la disposition du personnel sur leurs sites intranet.

Aucun des hôpitaux visités ne disposait de renseignements permettant de savoir si les renvois aux CASC étaient effectués dans les délais prescrits. Il est ressorti de l'examen de notre échantillon de mises en congé par ces hôpitaux en 2009 que, souvent, les hôpitaux ne procédaient pas au renvoi des patients dans les délais établis (voir la Figure 3). Un hôpital a indiqué qu'il avait effectué beaucoup de renvois la journée même (c'est-à-dire, des renvois qui sont faits à la date de la mise en congé des patients) parce que le CASC avait demandé qu'on procède aux renvois seulement lorsque les patients étaient prêts à retourner à leur domicile, afin d'éviter d'avoir à annuler les services si la date de mise en congé des patients était modifiée. Un autre hôpital a mentionné que le CASC savait quels étaient les patients qui pouvaient nécessiter des services de soins à domicile, étant donné qu'un de

Figure 3 : Délai du préavis requis pour les services de soins à domicile des CASC, et taux de conformité à cette exigence, 2009

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Hôpital	Délai du préavis requis avant la mise en congé du patient selon la politique de l'hôpital/du CASC	Patients dont le renvoi était conforme à la politique (%)
1	de un à sept jours à l'avance, selon les soins à domicile requis	50
2	48 heures à l'avance	10
3	deux jours à l'avance pour la plupart des patients; trois jours à l'avance pour les patients nécessitant deux types particuliers de services	54

ses représentants participait aux tours de table tous les jours.

Pour faire en sorte qu'il dispose toujours d'un délai suffisant en vue de prendre les dispositions relatives aux services requis, un CASC a indiqué aux hôpitaux auxquels il est associé qu'il souhaitait que la proportion des renvois effectués la même journée que les mises en congé soit inférieure à 15 % des renvois totaux. Cependant, selon un rapport produit par ce CASC, en avril 2010, cette proportion avoisinait les 31 % pour les hôpitaux de sa région. En outre, un des hôpitaux concernés a effectué 66 % de ses renvois aux dates auxquelles les patients devaient être mis en congé.

Deux des hôpitaux ont mentionné qu'il n'y avait pas de délais normalisés dans lesquels le CASC doit répondre aux renvois qu'on lui soumet pour la prestation de soins à domicile. Ces hôpitaux ont fait savoir que, contrairement à ce qui se produit la plupart des jours de la semaine, le CASC ne répond pas avant la semaine suivante aux nouveaux renvois qui lui sont présentés le vendredi ou la fin de semaine.

En ce qui concerne les besoins en matière d'équipement après la mise en congé (par exemple, un fauteuil roulant), les patients qui doivent subir une chirurgie prévue sont habituellement informés avant leur admission au sujet de ces besoins. Pour les autres patients, les besoins en équipement sont déterminés après l'admission. Deux hôpitaux nous ont dit que, dans un cas comme dans l'autre, si un patient a besoin d'équipement, ils lui recommandent une liste de vendeurs ou lui suggèrent

de consulter l'annuaire téléphonique. Un hôpital a mentionné que son service d'orthopédie vendait parfois de l'équipement au prix coûtant au patient et lui montrait comment l'utiliser. Par ailleurs, les CASC associés à tous les hôpitaux que nous avons visités pouvaient fournir de l'équipement gratuitement pour une durée limitée.

Tous les bureaux des CASC avec lesquels nous avons discuté nous ont dit qu'ils comptaient sur le fait que les patients communiqueraient avec eux s'ils éprouvaient des problèmes concernant les services de soins à domicile ou l'équipement.

RECOMMANDATION 2

Afin de s'assurer que les services de soins à domicile requis sont disponibles lorsque les patients sont prêts à recevoir leur congé, les hôpitaux, de concert avec les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), doivent établir des délais normalisés au sein de chaque RLISS pour la transmission d'avis préalables appropriés concernant la date à laquelle les services seront requis et pour tenir les CASC informés de tout changement relatif à la date à laquelle on doit commencer à fournir les services de soins à domicile.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Tous les hôpitaux ont appuyé cette recommandation. Deux hôpitaux ont souligné qu'il serait utile d'établir des délais normalisés dans lesquels les centres d'accès aux soins communautaires devraient répondre aux renvois présentés par les hôpitaux.

Dispositions concernant les soins de longue durée

Les aînés (les personnes âgées de 65 ans et plus) représentent environ 13 % de la population de l'Ontario à l'heure actuelle, mais ils comptaient pour presque 60 % du nombre total de jours-patients à l'hôpital en 2009. Selon Statistique Canada, le nombre d'aînés devrait doubler au cours des 20 prochaines années, ce qui entraînera sans aucun doute une hausse de la demande en ce qui concerne les services aux patients hospitalisés et les soins après la mise en congé. La destination la plus courante des patients qui ne peuvent retourner à leur domicile, qui pour la majorité sont des aînés, est un foyer de soins de longue durée. L'Ontario compte plus de 600 de ces foyers, qui sont constitués de maisons de soins infirmiers, de foyers de bienfaisance ou de foyers municipaux à but lucratif ou sans but lucratif. En 2009, environ 4 % des patients hospitalisés ont été transférés à un foyer de soins de longue durée après leur mise en congé. Par conséquent, il importe que les hôpitaux gèrent efficacement leurs processus de mise en congé de ces patients.

Le personnel hospitalier communique avec le CASC quand il estime qu'un patient, après avoir reçu son congé, aura besoin des soins de niveau supérieur qui sont offerts dans un foyer de soins de longue durée. Les CASC doivent consacrer un certain temps à l'évaluation de l'admissibilité d'un patient au transfert à un foyer de soins de longue durée, ainsi qu'au traitement des demandes des personnes jugées admissibles. Cependant, aucun

des hôpitaux que nous avons visités ne disposait de politiques concernant le moment auquel il convenait d'aviser les CASC de la date prévue de la mise en congé d'un patient, et il n'y avait aucune orientation fournie par les CASC à ce sujet.

Tous les CASC employaient une méthode normalisée d'évaluation pour déterminer l'admissibilité des patients à être placés dans un foyer de soins de longue durée. Il n'existe toutefois pas de normes provinciales concernant la rapidité avec laquelle un CASC, après qu'un hôpital lui eut renvoyé un patient dont on estime qu'il nécessite les services d'un foyer de soins de longue durée, doit prendre une décision relative à l'admissibilité du patient. Le CASC associé à l'un des hôpitaux que nous avons visités se donnait comme objectif d'amorcer l'évaluation dans les 48 heures suivant la réception du renvoi, et le CASC associé à un autre hôpital s'efforçait quant à lui d'achever l'évaluation dans les 72 heures. Le CASC associé au troisième hôpital avait convenu de communiquer avec les patients dans un délai de deux jours ouvrables, et il a précisé qu'il s'efforçait d'exécuter l'évaluation dans les deux ou trois jours suivant la réception du renvoi. Les renseignements conservés par l'un de ces CASC indiquaient que la presque totalité des évaluations était effectuée dans un délai de trois jours. Aucun des deux autres CASC n'a été en mesure de nous fournir ce genre d'information.

Dans le cas des patients qui ont été jugés admissibles à un transfert dans un foyer de soins de longue durée, les demandes relatives aux divers foyers sélectionnés sont habituellement remplies par les patients ou leur famille. Deux des hôpitaux que nous avons visités avaient des politiques concernant le délai maximal dont disposent les familles pour sélectionner les foyers auxquels elles souhaitent présenter une demande : ce délai était de trois jours à un hôpital, et de deux semaines à l'autre hôpital. Une fois les demandes remplies, elles sont soumises aux établissements de soins de longue durée concernés qui, après les avoir examinées, acceptent ou refusent d'admettre le patient. Les renseignements d'un CASC associé à l'un des hôpitaux que

nous avons visités ont montré que d'un quart à un tiers environ des demandes ont été rejetées par les foyers de soins de longue durée en 2009-2010. Cependant, aucun des CASC associés aux hôpitaux que nous avons visités n'avait consigné les motifs précis des rejets de demandes d'admission en 2009. Par ailleurs, des représentants des CASC nous ont dit que les principales raisons de rejet des demandes sont liées au fait que les patients ont un surplus de poids trop important, qu'ils nécessitent des soins trop considérables (par exemple, ils ont besoin d'aide pour se nourrir, s'habiller et faire leur toilette) ou qu'ils ont des problèmes de comportement. En janvier 2010, un CASC a commencé à consigner les motifs de rejet de demandes, et un autre a indiqué qu'il serait en mesure de conserver ce genre de renseignement grâce à un système d'information récemment mis en oeuvre.

Les foyers de soins de longue durée sont tenus par la loi de répondre à un demandeur dans un délai de cinq jours ouvrables, mais aucune sanction ne leur est imposée s'ils dépassent ce délai. Aux deux hôpitaux que nous avons visités et qui consignaient ces renseignements en 2009, le temps de réponse moyen des foyers de soins de longue durée variait de 3 à 15 jours pour un établissement, et de 8 à 22 jours pour l'autre. Cependant, même lorsque la demande d'un patient est acceptée par un foyer, cela ne signifie pas que la personne peut y être transférée au moment de sa mise en congé, et ce, en raison de l'absence de lits disponibles dans bon nombre de foyers. Dans un tel cas, le patient est placé sur la liste d'attente du foyer concerné.

En vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*, les patients qui ne nécessitent plus de soins hospitaliers doivent généralement quitter l'établissement à la date de leur mise en congé. Cependant, dans la pratique, en raison des longs délais associés à la prise de dispositions concernant les foyers de soins de longue durée, il arrive souvent que les patients doivent rester à l'hôpital plus longtemps que nécessaire en attendant que les soins requis après leur mise en congé puissent leur être fournis. Cette question est traitée plus en détail dans une autre section

du présent rapport, intitulée « Patients attendant à l'hôpital que soient disponibles les soins requis après leur mise en congé ».

RECOMMANDATION 3

Afin d'améliorer le processus d'admission des patients hospitalisés dans des foyers de soins de longue durée, le Ministère, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux, doit déterminer la meilleure approche possible concernant le placement dans des foyers de soins de longue durée, et établir des normes de référence pour la réalisation de chaque étape de ce processus, telle que la détermination de l'admissibilité des patients, la présentation des demandes aux foyers de soins de longue durée et le traitement des demandes des patients par les foyers. Le Ministère doit également examiner s'il convient de confier aux RLISS la responsabilité de surveiller le respect des objectifs fixés en matière de délais.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les trois hôpitaux ont appuyé cette recommandation, et deux d'entre eux ont insisté sur la nécessité de veiller à ce que les foyers de soins de longue durée se conforment aux délais prévus par la loi concernant l'acceptation ou le rejet d'une demande d'un patient.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit au principe consistant à utiliser des normes de référence pour favoriser le rendement, et il est d'accord avec le fait d'établir de telles normes pour les délais associés à chacune des étapes du processus de placement dans des foyers de soins de longue durée. À cet égard, le Ministère, en collaboration avec

les RLISS, les CASC, les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et des chercheurs, entreprendra une étude de faisabilité concernant l'établissement de normes de référence pour l'exécution de chaque étape du processus de placement. Un possible mécanisme de surveillance pourrait être mis en place dans le cadre des ententes de responsabilisation liant les RLISS et les fournisseurs de services.

Comme le vérificateur général le mentionne dans son rapport, il existe déjà des normes, stipulées dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, concernant expressément les délais dans lesquels les foyers de soins de longue durée doivent fournir leurs réponses. Le Ministère s'attend à ce que les CASC s'assurent que les foyers de soins de longue durée se plient à ces exigences législatives et à ce qu'ils l'informent des foyers qui ne s'y conforment pas. En outre, dans le cadre des inspections des foyers de soins de longue durée qu'effectue le Ministère, les inspecteurs qui constatent que des foyers ne respectent pas ces exigences ordonneront la prise de mesures tenant compte de la gravité et de l'ampleur de la non-conformité et des antécédents globaux des foyers fautifs en matière de non-observation des exigences.

Les RLISS ont conclu avec divers fournisseurs de services, dont des hôpitaux, des organismes communautaires et des foyers de soins de longue durée, des ententes de responsabilisation assorties de modalités en matière de mesure du rendement. Le Ministère, de concert avec les RLISS, cherchera des moyens de renforcer la responsabilisation de tous les intervenants participant au placement de patients dans des foyers de soins de longue durée. Par exemple, des séances d'information sont présentées aux foyers de soins de longue durée, aux CASC et aux RLISS pour veiller à ce que tous comprennent les dispositions de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et se conforment à celles-ci.

COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ SUBSÉQUENTS

Les médecins des hôpitaux utilisent des résumés de mise en congé pour communiquer les renseignements sur l'hospitalisation des patients et les soins requis après la mise en congé aux fournisseurs de soins de santé subséquents, tels que les médecins de famille des patients. Les résumés de mise en congé produits en temps opportun jouent un rôle important dans la continuité et la qualité des soins prodigués aux patients, et peuvent notamment permettre d'éviter que les patients aient des réactions indésirables aux médicaments et qu'ils soient hospitalisés à nouveau. Le Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins, mis sur pied par le Ministère, a mentionné dans son rapport de 2006, intitulé *Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux des médecins*, que les résumés de mise en congé figurent parmi les documents les plus essentiels des dossiers médicaux des patients. Le Comité a indiqué que les hôpitaux peuvent élaborer des politiques sur la production des résumés de mise en congé, et il a souligné les éléments que devraient comporter ces résumés, comme les rendez-vous de suivi et les détails concernant les médicaments devant être pris après la mise en congé (notamment les raisons justifiant la prise ou la modification des médicaments, les doses et la durée proposée du traitement). Cependant, le Comité n'a recommandé aucun délai pour la production des résumés de mise en congé.

Politiques des hôpitaux sur les résumés de mise en congé

Tous les hôpitaux que nous avons visités avaient établi des politiques exigeant la production de résumés de mise en congé pour leurs patients. Nous avons toutefois constaté que les politiques variaient d'un hôpital à l'autre. Par exemple :

- Deux hôpitaux n'exigeaient pas la production de résumés de mise en congé pour les

patients dont la durée de l'hospitalisation était inférieure à deux jours et trois jours respectivement. Au troisième hôpital, un résumé de mise en congé devait être rédigé pour tous les patients.

- Un hôpital exigeait de tous les médecins qu'ils produisent, datent et signent les résumés dans les 10 jours ouvrables suivant les mises en congé, le défaut de se conformer à cette exigence se soldant par une suspension des droits d'admission des médecins fautifs. Les deux autres hôpitaux nous ont informés qu'ils n'avaient pas établi de délais dans lesquels les médecins devaient produire les résumés de mise en congé.
- Deux hôpitaux exigeaient qu'une copie des résumés de mise en congé soit transmise aux médecins de famille des patients. Au troisième hôpital, le personnel nous a dit qu'on donnait habituellement des instructions aux patients relativement à leur mise en congé et qu'on leur demandait de remettre une copie du résumé à leur médecin de famille. Aucun des hôpitaux n'exigeait la transmission des résumés de mise en congé aux fournisseurs de soins de longue durée ou aux fournisseurs d'autres types de soins de santé.

Nous avons examiné les dossiers d'un échantillon de patients mis en congé par les trois hôpitaux en 2009, et nous avons constaté ce qui suit :

- À deux hôpitaux, les résumés de mise en congé étaient généralement produits conformément aux politiques et pratiques établies. Au troisième hôpital, des résumés avaient été préparés pour 70 % des patients dont nous avons examiné les dossiers. Les dossiers des autres patients indiquaient que ceux-ci avaient reçu des instructions concernant leur mise en congé, mais ces instructions ne contenaient aucun détail sur les traitements qu'on leur avait prodigués durant leur hospitalisation.
- À l'un des hôpitaux, 90 % des résumés de mise en congé avaient été signés par les médecins

dans les 10 jours, conformément à la politique de cet établissement. Au deuxième hôpital, 72 % des résumés avaient été signés dans un délai de 10 jours, et 90 % l'avaient été dans un délai de 32 jours. Au troisième hôpital toutefois, seulement 7 % des résumés avaient été signés dans un délai de 10 jours, et 90 % l'avaient été dans un délai de 139 jours.

- De 50 % à 95 % des patients nécessitaient des rendez-vous de suivi – par exemple, avec leur chirurgien. Bien qu'aucun des hôpitaux n'ait établi de politique concernant la planification des rendez-vous, pour 20 % à 30 % des patients, l'hôpital avait pris leur rendez-vous de suivi pour eux avant leur mise en congé. La planification préalable des rendez-vous de suivi peut aider les patients à recevoir les soins dont ils ont besoin après leur mise en congé.

Un hôpital nous a informés qu'il s'employait à mettre en oeuvre un processus pour la production de résumés de mise en congé électroniques. Il s'attendait à ce que ce processus améliore la qualité et la rapidité de production des résumés de mise en congé en raison de sa simplicité, et à ce qu'il permette de présenter de façon plus complète et uniforme les principaux renseignements sur les patients, telles que les procédures qui ont été suivies à l'hôpital, les rendez-vous de suivi requis, les résultats de tests en suspens et les médicaments devant être pris après la mise en congé.

Bilans comparatifs des médicaments

Les bilans comparatifs des médicaments, qui sont effectués avant la mise en congé des patients, servent à comparer les médicaments qu'un patient prendra après sa mise en congé aux médicaments qu'il a pris avant ou pendant son hospitalisation. Le bilan comparatif des médicaments vise à empêcher que la prise de médicaments ait des effets indésirables pour le patient, en faisant en sorte que le médecin prescripteur subséquent puisse facilement constater tout changement apporté à la médication

après la mise en congé (par exemple, ajout de médicaments ou arrêt de la prise de médicaments, ou modification des doses ou de la fréquence de la prise de médicaments). Agrément Canada, qui examine la qualité des services de santé fournis dans les hôpitaux en vue d'aider à améliorer celle-ci, exige l'exécution des bilans comparatifs des médicaments. En outre, le Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins a indiqué que les détails concernant les médicaments devant être pris après la mise en congé (y compris les raisons justifiant la prise ou la modification des médicaments, la fréquence, les doses et la durée proposée du traitement) doivent figurer dans les résumés de mise en congé. Tous les hôpitaux que nous avons visités nous ont dit qu'ils s'employaient à mettre en oeuvre le recours aux bilans comparatifs des médicaments.

Pour effectuer les bilans comparatifs des médicaments, les hôpitaux doivent disposer d'information sur les médicaments que les patients prenaient avant leur admission. Selon le personnel hospitalier, les antécédents pharmaceutiques d'un patient doivent être obtenus auprès de celui-ci ou de sa famille au moment de l'admission. Il est également utile de vérifier les antécédents pharmaceutiques auprès d'une autre source, lorsque c'est possible. En fait, tant l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada que Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (une campagne visant à améliorer la sécurité des patients en intégrant des pratiques exemplaires à la prestation des soins) recommandent que les antécédents pharmaceutiques soient vérifiés auprès d'au moins deux sources. Aux trois hôpitaux que nous avons visités, les antécédents pharmaceutiques étaient en majorité obtenus au moment de l'admission. Cependant, la majeure partie de l'information n'était pas vérifiée auprès d'autres sources, par exemple, le Programme de médicaments de l'Ontario (qui dresse la liste des médicaments payés par le Programme à tous les aînés et aux personnes à faible revenu admissibles) ou une liste des médicaments fournie par le pharmacien du patient. Les hôpitaux ont

mentionné qu'ils vérifiaient habituellement les renseignements auprès d'une source indépendante lorsque le patient n'était pas certain de l'exactitude de l'information concernant sa médication. En outre, un hôpital a indiqué que certains patients apportent leurs médicaments à l'hôpital, ce qui constitue un bon point de départ pour ce qui est de déterminer le mieux possible leurs antécédents pharmaceutiques. Nous avons toutefois constaté de nombreuses différences (par exemple, médicaments manquants et écarts dans les dosages) entre l'information fournie par la source indépendante identifiée dans certains dossiers de patients et les listes de médicaments utilisées pour produire les bilans comparatifs des médicaments.

Notre examen d'un échantillon de résumés de mise en congé aux trois hôpitaux nous a permis de constater ce qui suit :

- La proportion de résumés de mise en congé comportant un type ou un autre de bilan comparatif des médicaments oscillait entre 10 % à l'un des hôpitaux que nous avons visités et 30 % à un autre hôpital. À l'un des hôpitaux, les bilans constituaient des documents distincts, tandis qu'aux deux autres, les bilans étaient informels et consistaient simplement en des commentaires formulés par les médecins dans les résumés de mise en congé et indiquant si de nouveaux médicaments devaient être ajoutés et s'il fallait poursuivre, stopper ou suspendre la prise des médicaments qui étaient utilisés avant l'admission.
- De 54 % à 70 % des résumés ne faisaient qu'énumérer les médicaments que devaient prendre les patients après leur mise en congé, sans indiquer s'ils avaient été comparés aux médicaments que prenaient les patients au moment de leur admission et sans préciser les raisons justifiant les changements à la médication ou la prescription de nouveaux médicaments.
- De 10 % à 27 % des résumés ne comportaient pas de renseignements sur les médicaments que devaient prendre les patients après leur

mise en congé, alors que bon nombre de ces patients prenaient des médicaments au moment de leur admission.

- Le dosage ou la fréquence de la prise d'au moins un nouveau médicament n'étaient pas indiqués pour une proportion de patients allant de 14 % à 20 %.

RECOMMANDATION 4

Afin de s'assurer que l'information médicale essentielle à la continuité et à la qualité des soins prodigués aux patients est communiquée en temps opportun aux fournisseurs de soins de santé subséquents, les hôpitaux doivent :

- exiger que des résumés de mise en congé soient produits pour tous les patients, conformément au *Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux des médecins* élaboré par le Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins du Ministère;
- établir un objectif en matière de délai, par exemple, un délai maximal de 10 jours, pour la production des résumés de mise en congé et leur transmission au médecin de famille des patients ou aux autres fournisseurs de soins de santé subséquents;
- envisager d'utiliser un modèle de bilan comparatif des médicaments devant être rempli pour chaque patient et indiquant en détail les changements entre les médicaments que prenaient les patients au moment de leur admission et les médicaments qu'ils devront prendre après leur mise en congé.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux ont généralement souscrit à cette recommandation. Un hôpital avait déjà adopté des pratiques selon lesquelles les médecins devaient produire des résumés de mise en congé pour tous les patients dans les 10 jours suivant leur mise en congé, conformément au *Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux*

des médecins. Un autre hôpital a mentionné que les hôpitaux devraient mettre en place des structures de responsabilisation afin de s'assurer que les résumés de mise en congé sont produits et transmis aux fournisseurs de soins de santé subséquents dans des délais prescrits.

En ce qui concerne l'utilisation d'un modèle de bilan comparatif des médicaments, un des hôpitaux a indiqué qu'il avait constaté que son recours à un tel modèle avait encouragé et facilité la production de bilans comparatifs précis des médicaments au moment des mises en congé.

DISPONIBILITÉ DES LITS D'HÔPITAUX

Une pénurie de lits peut entraîner des problèmes à l'échelle d'un hôpital. Par exemple, les patients admis au service d'urgence peuvent devoir attendre dans la salle d'urgence que des lits se libèrent, les patients qui ont subi une intervention chirurgicale peuvent devoir rester dans la salle de réveil, et les interventions prévues que doivent subir des patients, telles que des chirurgies non urgentes, peuvent être annulées.

Moment de l'admission et moment de la mise en congé des patients

Le taux d'occupation des lits est très élevé dans la plupart des hôpitaux de l'Ontario, les lits étant pratiquement tous occupés la majorité du temps. En fait, à deux des hôpitaux que nous avons visités, les taux d'occupation étaient supérieurs à 85 %, et ce taux était en permanence supérieur à 90 % à l'un d'eux. Des recherches indiquent que les hôpitaux dont le taux d'occupation dépasse 90 % seront régulièrement aux prises avec des pénuries de lits. Une façon d'accroître le nombre de lits disponibles consiste à réduire la durée moyenne d'hospitalisation des patients. Cependant, selon les données de 2008-2009 de l'Institut canadien de l'information sur la santé, la durée moyenne des séjours des

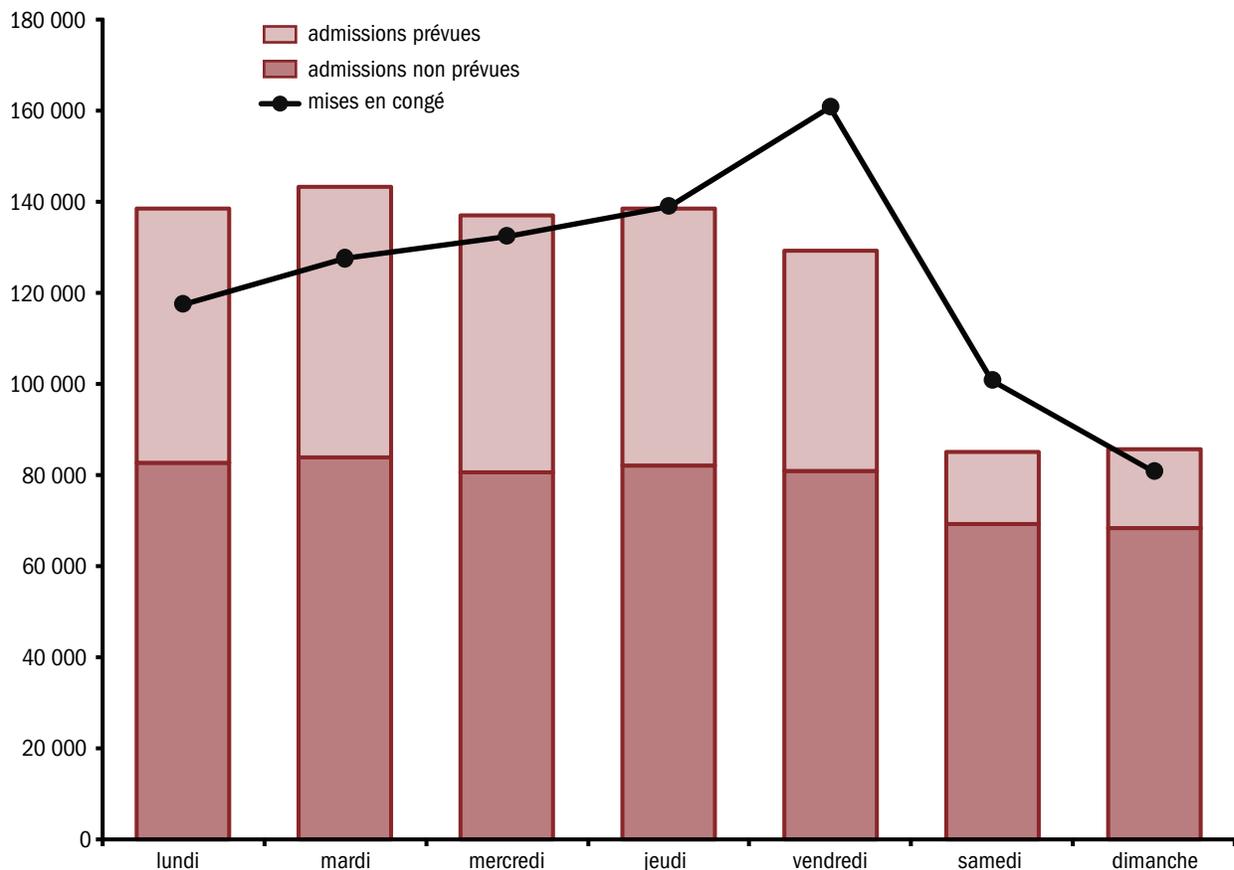
patients dans les hôpitaux en Ontario est inférieure à la durée moyenne dans la presque totalité des autres provinces canadiennes. Un des hôpitaux que nous avons visités a indiqué que pour déterminer si les durées d’hospitalisation pouvaient être réduites, on effectuait des comparaisons entre les durées réelles et les durées estimées de séjour en fonction des diagnostics des patients.

Étant donné les taux élevés d’occupation des lits, il faut procéder à des mises en congé avant de pouvoir admettre de nouveaux patients. Par conséquent, le moment d’admission des patients et celui de leur mise en congé sont importants. À partir de données fournies par le Ministère, nous avons analysé la totalité des admissions dans des hôpitaux et des mises en congé en Ontario de janvier à novembre 2009 (voir la Figure 4). Le nombre d’admissions non prévues (par exemple, les

admissions par l’entremise du service d’urgence) reste relativement constant tout au long de la semaine. Cependant, un nombre considérablement moins élevé d’admissions prévues (par exemple, les admissions pour des chirurgies prévues à l’horaire) avait lieu la fin de semaine, bien que près de 20 % de toutes les mises en congé soient effectuées le vendredi – un pourcentage plus élevé que pour tous les autres jours de la semaine. En outre, le nombre d’admissions dans les hôpitaux dépassait celui des mises en congé du dimanche au mercredi, ce qui peut éventuellement donner lieu à des pénuries de lits. Les hôpitaux que nous avons visités ont indiqué que bon nombre des établissements de soins après la mise en congé n’acceptent pas les patients la fin de semaine. Par exemple, à l’échelle de la province, il est presque quatre fois plus probable que le transfert d’un patient mis en congé à un foyer de

Figure 4 : Admissions et mises en congé par des hôpitaux ontariens selon le jour de la semaine, de janvier à novembre 2009

Source des données : Base de données sur les congés des patients



soins de longue durée se fasse un jour de semaine que le samedi ou le dimanche. Aux hôpitaux que nous avons visités, moins de 10 % des transferts de patients mis en congé à des foyers de soins de longue durée, à des établissements de soins continus et complexes et à des établissements de réadaptation étaient effectués la fin de semaine.

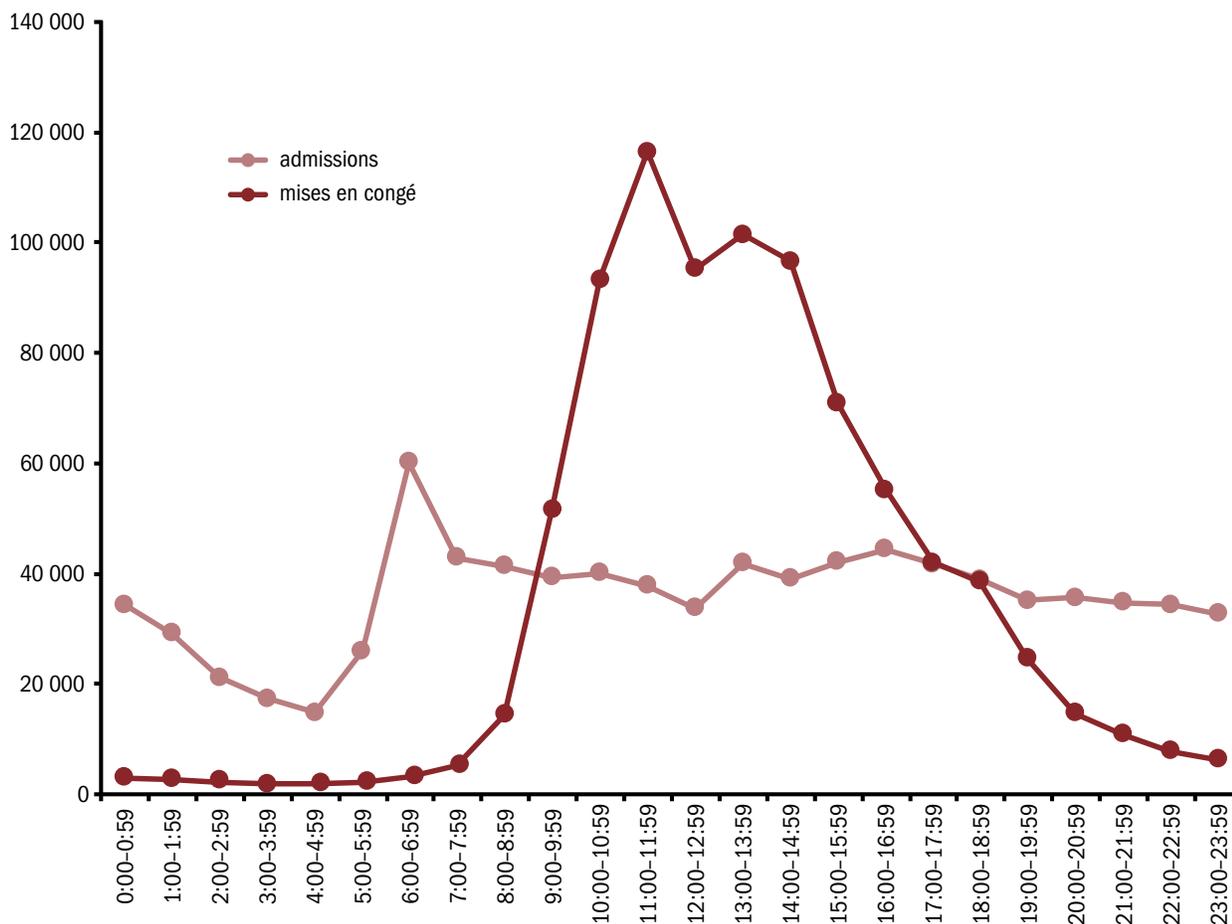
Nous avons également constaté qu'environ 65 % des mises en congé avaient lieu entre 9 h et 15 h, mais que la période de pointe des admissions se situait entre 6 h et 8 h (voir la Figure 5). Cela signifie qu'avant d'avoir accès à un lit, les patients peuvent devoir attendre (par exemple, au service d'urgence) un certain nombre d'heures pour que d'autres patients quittent leur chambre et que celle-ci soit nettoyée.

Les trois hôpitaux que nous avons visités avaient mis en place des processus pour examiner tous les jours l'état de la situation concernant la disponibilité de lits :

- À l'un des hôpitaux, tous les services faisaient deux fois par jour, sur le réseau intranet, une mise à jour du nombre de lits disponibles, des admissions anticipées (admissions prévues à l'horaire et admissions au service d'urgence) et des mises en congé prévues.
- Les trois hôpitaux tenaient des réunions quotidiennes avec des représentants de tous les services pour mettre à jour une liste des lits disponibles et des admissions prévues pour la journée.

Figure 5 : Admissions et mises en congé par des hôpitaux ontariens selon l'heure de la journée, de janvier à novembre 2009

Source des données : Base de données sur les congés des patients



Nous avons constaté le recours à quelques bonnes pratiques dans les hôpitaux que nous avons visités. Par exemple, un hôpital avait mis au point un système en vue d'optimiser la gestion des lits, qui devait être mis en oeuvre durant l'été 2010. On nous a dit que ce système allait indiquer l'état de la situation « en temps réel » (par exemple, occupé, libre mais devant être nettoyé, disponible) pour chaque lit. Un autre hôpital avait analysé le moment de l'admission et celui de la mise en congé des patients. Il a constaté que la période de pointe des admissions au service d'urgence avait lieu le matin, tandis que la période de pointe des mises en congé se produisait l'après-midi. Par conséquent, l'hôpital a élaboré un politique selon laquelle de 40 % à 60 % des mises en congé de la journée devaient être effectuées avant 11 h, ce qui permettait de réduire le temps que devaient attendre les personnes admises au service d'urgence pour avoir accès à un lit.

Période d'inoccupation des lits entre deux patients

Tous les hôpitaux visités ont mentionné qu'il était difficile de s'assurer que les lits étaient disponibles au moment où l'on en avait besoin. La surveillance de l'état de la situation concernant la disponibilité des lits (par exemple, occupé, libre mais devant être nettoyé, disponible pour un nouveau patient) aide à rendre cette tâche moins difficile pour les hôpitaux. Tous les hôpitaux que nous avons visités disposaient à tout le moins de certains renseignements indiquant si les lits étaient occupés, s'ils étaient libres et nettoyés, ou s'ils étaient libres et devaient être nettoyés. Toutefois, aucun des hôpitaux ne consignait la période d'inoccupation des lits disponibles – c'est-à-dire, le laps de temps entre le moment où un patient cesse d'occuper un lit et celui où un nouveau patient commence à l'occuper.

À notre demande, les trois hôpitaux ont consigné pendant un jour ou deux la période d'inoccupation des lits entre deux patients dans certains services. Les résultats ont montré que, pour

les trois hôpitaux, il fallait compter environ une heure pour le nettoyage d'une chambre, entre le moment où le service d'entretien est averti qu'elle doit être nettoyée et celui où le travail est achevé. Cependant, la période moyenne d'inoccupation des lits allait de trois heures à tout juste un peu plus de six heures. Les hôpitaux ont indiqué que le délai additionnel pouvait s'expliquer par le fait que les services ne pouvaient accueillir de nouveaux patients en raison du nombre de patients dont il fallait déjà s'occuper à ce moment ou parce que les membres du personnel infirmier étaient en pause ou prenaient leur repas. L'hôpital dont la période moyenne d'inoccupation des lits était de six heures nous a dit qu'aucun de ses patients n'avait attendu de lit durant la période où la plupart des lits étaient inoccupés.

RECOMMANDATION 5

Afin d'aider à réduire le temps que doivent attendre les patients admis à l'hôpital pour avoir accès à un lit :

- les hôpitaux doivent examiner les heures et les jours de la semaine auxquels les patients sont admis et ceux auxquels ils reçoivent leur congé, et organiser les mises en congé de manière à ce qu'on dispose d'assez de temps pour préparer les lits en vue des nouvelles admissions, particulièrement pour les patients qui se présentent aux heures qui ont été déterminées comme étant des périodes de pointe des admissions;
- les grands hôpitaux doivent évaluer les coûts et les avantages de la mise en oeuvre d'un système de gestion des lits qui fournit une information « en temps réel » sur l'état de la situation concernant la disponibilité des lits, et qui indique notamment les lits qui sont occupés, ceux qui doivent être nettoyés et ceux qui peuvent recevoir le patient suivant, ainsi que les raisons qui expliquent pourquoi l'occupation des lits disponibles par des patients admis est retardée.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux ont généralement appuyé cette recommandation. Un des hôpitaux a indiqué que, bien qu'il soit possible de faire correspondre les besoins en lits et la disponibilité des lits pour les patients dont l'admission est prévue, il est beaucoup plus difficile de le faire pour les patients admis au service d'urgence, car ces admissions et les chirurgies urgentes sont moins prévisibles et ne peuvent être retardées ou annulées. Un autre hôpital a mentionné qu'on peut accroître le nombre de lits disponibles, et ainsi faire en sorte que les patients attendent moins longtemps que des lits se libèrent, en établissant une meilleure concordance entre les périodes de pointe des admissions et le moment approprié de la mise en congé des patients, et en optimisant la durée des hospitalisations. Cet hôpital a également souligné que la planification active des mises en congé permet de faciliter le déroulement du travail pour le personnel et les médecins et de faire en sorte que l'hospitalisation constitue une expérience moins pénible pour les patients.

Un hôpital a indiqué qu'il utilise déjà divers systèmes pour obtenir certains des renseignements qu'un système électronique de gestion des lits peut fournir, mais qu'il évalue actuellement les coûts et les avantages de la mise en oeuvre d'un tel système afin d'intégrer cette information. L'hôpital a mentionné que la mise en place réussie d'un système de ce genre était tributaire d'un certain nombre de facteurs, notamment de la facilité avec laquelle le personnel pouvait y entrer des données. Il a également souligné que l'utilisation de l'information tirée d'un système de gestion des lits pourrait être conjuguée aux réunions qu'il tient deux fois par jour pour discuter de la disponibilité des lits à l'échelle de l'établissement.

PATIENTS ATTENDANT À L'HÔPITAL QUE SOIENT DISPONIBLES LES SOINS REQUIS APRÈS LEUR MISE EN CONGÉ

De nombreuses études ont montré que le fait de rester à l'hôpital plus longtemps que nécessaire sur le plan médical peut avoir des effets indésirables sur l'état de santé des patients, et ce, pour diverses raisons; ils courent notamment le risque de contracter une infection nosocomiale (par exemple, la bactérie *C. difficile*), et, particulièrement pour les patients plus âgés, le manque d'activité peut entraîner un déclin des capacités physiques et mentales. Cependant, il arrive fréquemment que des patients qui sont prêts à recevoir leur congé doivent attendre à l'hôpital que l'on prenne les dispositions relatives aux soins requis après leur mise en congé (par exemple, l'offre de services de soins à domicile ou le placement dans un foyer de soins de longue durée, un établissement de soins continus et complexes ou un établissement de réadaptation). On désigne ceux-ci comme étant des patients attendant pour un autre niveau de soins, ou patients ANS. Outre les possibles répercussions négatives sur la santé des patients découlant du fait de devoir attendre à l'hôpital, il est beaucoup plus dispendieux de garder les patients à l'hôpital que de les transférer dans un établissement communautaire. L'Association des hôpitaux de l'Ontario nous a informés que, selon ses estimations, le fait de garder un patient ANS à l'hôpital coûtait environ 450 \$ par jour.

En 2009, plus de 50 000 patients ANS ont reçu leur congé d'un hôpital ontarien; près de 85 % de ceux-ci étaient des aînés (des personnes âgées de 65 ans et plus). La plupart des patients ANS qui étaient des aînés se sont présentés aux services d'urgence, et leur admission n'était donc pas prévue. Bien que les patients ANS n'aient compté que pour 5 % de toutes les mises en congé, ils ont représenté 16 % du nombre total de jours durant lesquels des patients ont été hospitalisés. En outre, bien que le nombre total de jours d'hospitalisation de patients ANS soit demeuré relativement stable ces deux dernières années, il a crû de 75 % de

2005-2006 à 2009-2010, alors que le nombre total de jours d'hospitalisation pour l'ensemble des patients n'a augmenté que de 7 % durant cette période.

L'Association des hôpitaux de l'Ontario procède tous les mois à une enquête sur le nombre de patients ANS dans presque tous les hôpitaux de soins actifs de l'Ontario. En juin 2010, les résultats ont indiqué que 16 % de tous les lits d'hôpitaux de soins actifs de la province étaient occupés par des patients attendant pour un autre niveau de soins; les résultats variaient toutefois à l'échelle de la province, la proportion de lits occupés par des patients ANS allant de 3 % dans le RLISS du Centre-Ouest à 24 % dans le RLISS du Nord-Est. Aux hôpitaux que nous avons visités, la proportion moyenne de lits occupés par des patients ANS oscillait entre 11 % et 23 %.

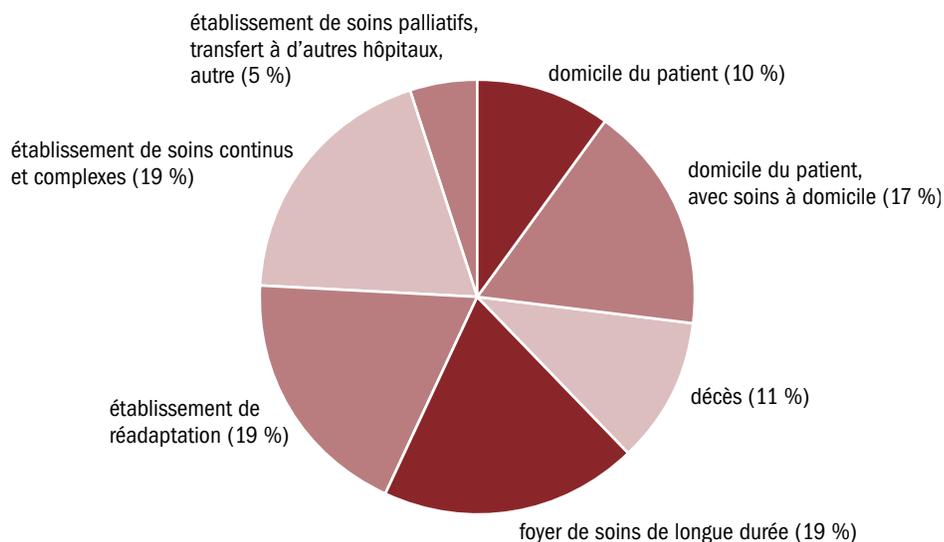
À l'échelle de la province, la plupart des patients ANS attendaient d'être placés dans un autre établissement, tel qu'un foyer de soins de longue durée, et 17 % attendaient qu'on puisse leur fournir des soins à domicile, comme le montre la Figure 6. En outre, environ 50 % des patients ANS se trouvant dans un établissement de réadaptation ou de soins continus et complexes attendaient d'être placés dans un foyer de soins de longue durée. Selon les CASC avec

lesquels nous nous sommes entretenus, l'une des raisons pour lesquelles les patients doivent attendre à l'hôpital qu'une place se libère dans un foyer de soins de longue durée est que les demandeurs préfèrent l'hébergement « de base » moins dispendieux offert dans les foyers (environ 250 \$ de moins par mois qu'une chambre à deux lits et 600 \$ de moins qu'une chambre individuelle). De plus, seules les personnes à faible revenu qui ont choisi l'hébergement de base sont admissibles à une subvention du Ministère; les personnes qui occupent une chambre individuelle ou à deux lits n'y ont pas droit. En 2009-2010, 80 % des demandeurs séjournant à l'un des hôpitaux que nous avons visités avaient présenté une demande relative à l'hébergement de base dans un foyer de soins de longue durée. Cependant, aux termes de la loi, la proportion de lits devant correspondre à l'hébergement de base dans les foyers de soins de longue durée n'est que de 40 %.

À titre d'exemple de l'ampleur que peut prendre le problème dans les hôpitaux, en janvier 2010, en raison du grand nombre de personnes qui attendaient au service d'urgence que des lits se libèrent dans l'établissement, le RLISS de l'un des hôpitaux que nous avons visités, par l'entremise de son CASC, a placé tous les patients ANS de cet hôpital

Figure 6 : Destination de tous les patients ANS mis en congé en Ontario, 2009 (%)

Source des données : Base de données sur les congés des patients



attendant d'être transférés dans un foyer de soins de longue durée au début de la liste d'attente. Les patients des autres hôpitaux, ainsi que les personnes dans la collectivité, ont donc dû attendre plus longtemps avant d'avoir accès à un foyer de soins de longue durée. L'hôpital en question a indiqué qu'on prenait rarement une telle mesure, et que lui-même et le RLISS espéraient pouvoir éviter d'y recourir à l'avenir.

La question des patients attendant à l'hôpital pour un autre niveau de soins ne concerne pas que l'Ontario. Par exemple, selon l'Institut canadien d'information sur la santé, Terre-Neuve et l'Ontario affichent à peu près le même taux de patients ANS attendant dans des hôpitaux, tandis que ce taux est quelque peu inférieur en Colombie-Britannique et qu'il est environ deux fois moins élevé en Alberta.

Identification des patients pour lesquels la mise en congé risque d'être retardée

Il est parfois difficile de prendre les dispositions concernant les soins requis après la mise en congé pour les patients qui ne peuvent retourner au lieu où ils résidaient avant leur hospitalisation. Il peut être ardu de placer certains patients, par exemple parce qu'ils souffrent de démence, qu'ils ont un excès de poids important, qu'ils ne peuvent être nourris par la bouche ou qu'ils doivent recevoir des traitements médicaux fréquents comme la dialyse ou la chimiothérapie. Dans le cadre du projet collaboratif Flo, on recommande de procéder à l'évaluation des patients dans un délai de 48 à 72 heures après leur admission pour déterminer si leur mise en congé risque d'être retardée et d'élaborer des plans en vue d'atténuer tout risque existant. On suggère également d'utiliser des critères de risque normalisés pour identifier rapidement les patients qui nécessiteront les services d'un CASC, par exemple en vue d'un placement dans un foyer de soins de longue durée. Il importe de procéder rapidement à l'identification de ces patients, et ce, peu importe les difficultés concernant l'estimation de la date de leur mise en congé, car on dispose ainsi d'un délai

accru pour prendre les dispositions relatives aux soins requis après la mise en congé.

Un seul des hôpitaux que nous avons visités avait établi une politique concernant l'évaluation des patients au moment de l'admission pour repérer les facteurs de risque pouvant retarder leur mise en congé. Cet hôpital avait mis en place un processus formel qui permettait d'évaluer certains éléments, tels que la capacité cognitive des patients, leur niveau de confusion et les risques de chute. Les deux autres hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient recours à des processus informels. Cependant, dans les dossiers de patients que nous avons examinés, il n'y avait généralement pas de documentation indiquant que de telles évaluations informelles avaient été effectuées, mais un hôpital a mentionné qu'il évaluait certains facteurs de risque pour certains patients au moment de leur admission et qu'il inscrivait « oui » dans son système relativement aux patients pour lesquels on jugeait que le risque était élevé.

Quote-part pour les patients qui attendent d'être placés dans un foyer de soins de longue durée ou un établissement de soins continus et complexes

En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, les hôpitaux sont autorisés à imposer une quote-part aux patients qui attendent à l'hôpital d'être placés dans un foyer de soins de longue durée ou un établissement de soins continus et complexes (SCC). L'imposition d'une quote-part vise à éliminer tout encouragement financier à rester à l'hôpital pour les patients, qui autrement ne paieraient rien pour leur hospitalisation, alors qu'il faut normalement payer une certaine somme pour séjourner dans un foyer de soins de longue durée. Par conséquent, le montant de la quote-part devant être payée à un hôpital est le même que le tarif de base imposé aux résidents d'un foyer de soins de longue durée ou d'un établissement de SCC. Le 1^{er} juillet 2010, la quote-part s'élevait à environ 1 600 \$ par mois, et elle pouvait être réduite pour les personnes à faible

revenu. Les montants découlant de la perception d'une quote-part sont conservés par les hôpitaux.

Chacun des trois hôpitaux que nous avons visités s'était doté de politiques concernant l'imposition d'une quote-part aux patients. À deux hôpitaux, les politiques stipulaient que la quote-part devait être imposée aux patients une fois que ceux-ci avaient été désignés par leur médecin comme étant des patients ANS. Le troisième hôpital avait aussi pour politique d'imposer une quote-part aux patients une fois qu'ils avaient été désignés comme étant des patients ANS, mais, dans la pratique, il leur accordait un délai de grâce de cinq jours pour s'assurer qu'ils avaient été informés de l'imposition de frais.

Aucun des trois hôpitaux ne disposait d'une documentation indiquant si la quote-part avait été imposée à tous les patients qui auraient pu être tenus de la payer. Nous avons comparé le nombre de patients qui devaient être transférés à un foyer de soins de longue durée ou à un établissement de SCC après leur mise en congé au nombre de patients qui se sont vu imposer une quote-part, et nous avons constaté qu'à un hôpital, la quote-part a été imposée à seulement environ 10 % des patients qui auraient été tenus de la payer. Cet hôpital a indiqué que sa clientèle compte de nombreuses personnes à faible revenu qui sont exemptées. Les deux autres hôpitaux ont imposé la quote-part à plus de 85 % de leurs patients qui étaient tenus de la payer.

Frais quotidiens additionnels

En vertu des diverses lois qui régissaient les foyers de soins de longue durée au moment de notre vérification, les patients admissibles ou leurs mandataires spéciaux pouvaient présenter une demande à trois foyers de soins de longue durée de leur choix au plus. La nouvelle *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, qui a pris effet le 1^{er} juillet 2010, porte à cinq le nombre maximal de foyers auxquels on peut soumettre une demande. Certains hôpitaux, dont deux que nous avons visités, ont établi des exigences plus précises en vue de transférer le plus rapidement possible les patients dans des foyers de

soins de longue durée, de manière à libérer des lits pour d'autres patients nécessitant des soins hospitaliers. Plus particulièrement :

- Un hôpital que nous avons visité exigeait que les patients nécessitant des soins de longue durée présentent des demandes à trois foyers : un foyer de leur choix, et deux foyers figurant sur une liste préparée par le CASC ayant des lits de disponibles ou pour lesquels il y a une courte liste d'attente. Les trois foyers doivent être choisis dans un délai de 72 heures après que l'hôpital a fourni la liste, et le patient doit être transféré au premier foyer qui offre un lit.
- Un autre hôpital que nous avons visité exigeait que les patients présentent une demande à trois foyers de soins de longue durée. Cependant, si ces foyers n'avaient pas de lits disponibles, les patients devaient consentir à être transférés à n'importe quel foyer ayant des lits inoccupés dans la zone desservie par le CASC de l'hôpital ou le CASC voisin.

À ces deux hôpitaux, le défaut de se conformer à la politique de l'établissement faisait en sorte qu'un membre du personnel appartenant aux échelons hiérarchiques supérieurs (par exemple, une infirmière gestionnaire, le vice-président de l'hôpital ou un représentant des services juridiques) rencontrait le patient ou sa famille pour encourager ceux-ci à se plier à la politique. Si la rencontre ne donnait pas les résultats escomptés, les hôpitaux avaient pour politique d'imposer un tarif quotidien (700 \$ à un hôpital et 1 500 \$ à l'autre). Cette politique vise à convaincre les patients de quitter l'hôpital et d'attendre dans un endroit plus approprié qu'ils puissent être transférés vers la destination qui est prévue après leur mise en congé. Un de ces hôpitaux a mentionné qu'il avait informé des patients qu'un tarif quotidien leur serait imposé, mais qu'il n'avait jamais perçu ce tarif dans les faits; l'autre hôpital nous a dit qu'il avait imposé le tarif à quelques patients, mais qu'il n'avait jamais réussi à le percevoir auprès d'eux.

Selon les discussions que nous avons eues avec les représentants de sept bureaux de CASC à

l'échelle de la province, il y a diverses raisons pour lesquelles des patients ne veulent pas résider dans un foyer de soins de longue durée où des lits sont souvent disponibles. Les raisons évoquées comprennent les suivantes :

- *L'emplacement géographique* – Les demandeurs préfèrent résider dans un foyer de soins de longue durée qui se trouve à proximité de leur famille et de leurs amis, afin que ceux-ci puissent facilement venir les visiter. Lorsque le foyer se trouve dans un endroit éloigné, il est particulièrement difficile pour une personne âgée de venir visiter son conjoint.
- *La valeur* – Les demandeurs préfèrent les établissements récents aux plus anciens. Dans les établissements récents, l'hébergement de base consiste généralement en des chambres d'une ou deux personnes avec une salle de bain. Par comparaison, dans les établissements plus anciens, il s'agit habituellement de chambres de quatre personnes avec une salle de bain partagée. Aux trois hôpitaux que nous avons visités, nous avons examiné la liste respective de foyers de soins de longue durée où des lits étaient souvent disponibles, et nous avons constaté que ces foyers étaient presque tous des établissements plus anciens.
- *Le rendement* – Les demandeurs préfèrent les foyers de soins de longue durée qui sont exploités conformément aux normes établies par le Ministère. Nous avons examiné les résultats des inspections effectuées par le Ministère aux foyers de soins de longue durée où des lits étaient souvent disponibles et qui acceptaient des patients provenant des hôpitaux que nous avons visités, pour la période allant de juillet 2007 à juin 2008 (période la plus récente pour laquelle nous disposions de renseignements). Nous avons constaté qu'environ 60 % de ces foyers n'avaient pas respecté au moins cinq normes, ce qui est presque le double de la moyenne provinciale de non-conformité aux normes.

Solutions de remplacement aux soins de longue durée

Les représentants des CASC nous ont dit qu'en général, les hôpitaux ne proposent pas aux patients de solutions de remplacement aux foyers de soins de longue durée. Au nombre de ces solutions de remplacement – pour lesquelles la liste d'attente est souvent minimale, lorsqu'il y en a une – figurent notamment les maisons de retraite et l'embauche de travailleurs qui offrent une aide à domicile. Nous avons comparé le coût de ces options et constaté qu'elles peuvent toutes deux s'avérer plus dispendieuses pour les patients qu'un séjour dans un foyer de soins de longue durée. Plus particulièrement, en juillet 2010, le montant payé par les résidents de foyers de longue durée allait de 1 600 \$ par mois pour l'hébergement de base à 2 200 \$ par mois pour une chambre individuelle, les personnes à faible revenu pouvant bénéficier de subventions. Les renseignements du Ministère ont indiqué qu'en ce qui concerne les maisons de retraite, qui ne sont pas destinées à accueillir des personnes ayant des besoins importants en matière de soins, le coût mensuel oscillait généralement entre 1 500 \$ et 5 000 \$. Nous avons également constaté que l'embauche d'une personne auprès d'une agence privée, qui en général facture au moins quatre heures de travail par visite, pouvait coûter jusqu'à 2 900 \$ par mois pour la prestation de soins quotidiens à domicile. Cependant, ces deux solutions de remplacement peuvent être moins onéreuses que l'hospitalisation prolongée des patients ANS.

Les logements avec services de soutien représentent une autre solution de rechange aux foyers de soins de longue durée et comprennent habituellement l'offre de certains soins personnels, comme une aide pour l'hygiène personnelle et l'habillement. Dans certains édifices, tous les résidents reçoivent des soins, tandis que dans d'autres, les soins sont offerts à seulement un petit nombre de résidents. Selon le Ministère, les frais d'hébergement payés par les résidents peuvent aller de 600 \$ à 1 200 \$ par mois et faire l'objet de subventions

additionnelles en fonction du revenu des résidents, les coûts des soins personnels étant alors financés par le RLISS. Il y a toutefois des listes d'attente pour ces logements.

Contrairement aux foyers de soins de longue durée, ces solutions de remplacement ne sont pas réglementées et ne font pas l'objet d'inspections par le Ministère. La *Loi sur les maisons de retraite* a été proclamée en juin 2010, et le Ministère a indiqué qu'on s'employait à élaborer des normes connexes en matière de soins et de sécurité qui seront intégrées aux règlements pris en application de la Loi.

Temps d'attente pour les soins requis après la mise en congé

En septembre 2009, dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère, Action Cancer Ontario a commencé à recueillir des données sur les patients ANS mis en congé dans la plupart des hôpitaux, ainsi que sur le nombre de patients ANS attendant toujours à chacun des hôpitaux à la fin du mois. Au moment de notre vérification, ces renseignements n'avaient pas encore été rendus publics. Le Ministère a indiqué qu'il prévoyait également, toujours dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente, recueillir des données sur le temps d'attente des patients ANS qui n'ont pas encore reçu leur mise en congé dans la plupart des hôpitaux, et ce, à compter de 2010-2011. Les hôpitaux devaient communiquer ces renseignements à partir d'une définition normalisée fournie par le Ministère.

Au 31 mars 2010, selon les données recueillies par Action Cancer Ontario, environ 3 700 patients attendaient à l'hôpital d'être transférés à un autre type d'hébergement, tel que leur domicile, où ils recevraient des soins, un foyer de soins de longue durée ou un établissement de soins continus et complexes ou de réadaptation. Nous avons analysé les renseignements concernant les patients ANS pour la période allant de novembre 2009 à février 2010 et avons constaté ce qui suit :

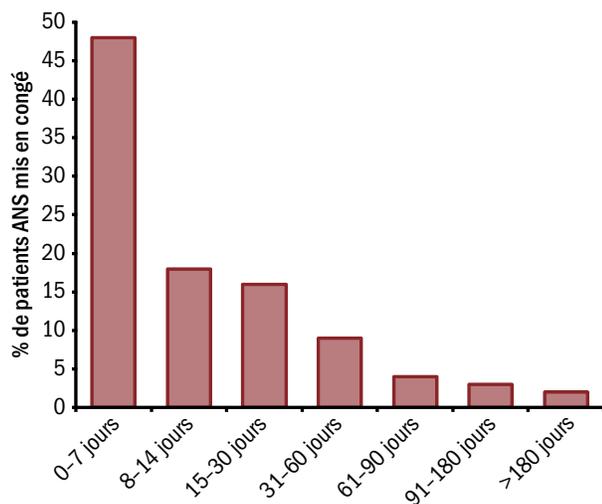
- *Pour tous les patients ANS* – Le temps d'attente médian par RLISS allait de 4 à 15 jours. Pour la province dans son ensemble, 50 % de tous les patients ANS ayant reçu leur congé ont été transférés à leur destination prévue dans un délai de huit jours après avoir été désignés comme étant des patients ANS (90 % l'ont été dans un délai de 51 jours). Cependant, les temps d'attente à l'hôpital pour ces patients ANS ayant reçu leur congé variaient considérablement à l'échelle de la province. Par exemple, pour les hôpitaux relevant du RLISS du Nord-Ouest, 90 % de tous les patients ANS ayant reçu leur congé ont été transférés à leur destination prévue dans un délai de 27 jours, alors que pour les hôpitaux relevant du RLISS du Nord-Est, ce délai était de 97 jours. La plupart des patients attendant d'être transférés à un établissement de soins continus et complexes ou de réadaptation l'ont été dans des délais de 30 jours et de 20 jours respectivement.

En outre, 15 % des patients ANS ont été désignés comme étant de tels patients dans les deux jours suivant leur admission à l'hôpital. Cela peut être un signe que le soutien communautaire à domicile offert à ces patients est insuffisant, ce qui les oblige à se rendre à l'hôpital.

De plus, comme le montre la Figure 7, environ la moitié des patients ANS ont reçu leur congé de l'hôpital dans un délai de sept jours après avoir été désignés comme étant des patients ANS. Cela peut signifier qu'il y a un problème pour ce qui est de coordonner en temps opportun les services requis après la mise en congé. Les hôpitaux ont indiqué que ces problèmes ont diverses causes, notamment le fait que le CASC n'est pas toujours en mesure d'effectuer les évaluations la fin de semaine et que les établissements, tels que les foyers de soins de longue durée, n'acceptent pas toujours d'accueillir des patients la fin de semaine.

Figure 7 : Pourcentage de patients ANS mis en congé par les hôpitaux en fonction du nombre de jours entre le moment de leur désignation en tant que patients ANS et celui de leur mise en congé, de novembre 2009 à février 2010

Source des données : Système d'information sur les temps d'attente, Action Cancer Ontario



- Pour les patients ANS qui attendent de recevoir des soins à domicile – 90 % d'entre eux ont reçu des services dans un délai de 28 jours, et seulement 50 % les ont reçus dans un délai de six jours.
- Pour les patients ANS qui attendent d'être placés dans un foyer de soins de longue durée – 90 % d'entre eux ont été placés dans un délai de 128 jours (50 % l'ont été dans un délai de 30 jours). En outre, 5 % de ces patients ont attendu plus de six mois avant d'être placés dans un foyer.

Nous avons également constaté qu'il se peut que les temps d'attentes consignés pour les patients ANS ne puissent être comparés d'un hôpital à l'autre. Par exemple, deux des hôpitaux que nous avons visités transféraient à leur service de soins continus et complexes (SCC) à tout le moins certains de leurs patients ANS qui attendaient qu'on puisse leur fournir les soins requis après leur mise en congé. À l'un des hôpitaux, le temps d'attente était calculé à partir du moment où le patient était désigné comme étant un patient ANS jusqu'au moment où il

recevait son congé. À l'autre hôpital, il y avait deux catégories de temps d'attente pour les patients : un temps d'attente pour le séjour des patients ANS dans le service où ils avaient reçu leurs traitements, puis un autre temps d'attente distinct pour le séjour des patients ANS dans le service de SCC. Si les deux temps d'attente avaient été combinés, le délai de placement de 90 % des patients ANS de cet hôpital aurait de 64 jours au lieu du délai de 49 jours qui a été déclaré.

Capacité d'utiliser des lits pour des patients gravement malades

Dans les hôpitaux, les patients ANS peuvent avoir été placés dans des services où se trouvent également des patients gravement malades (par exemple, le service où ils ont reçu leurs traitements), dans des services établis expressément pour les patients ANS ou encore dans d'autres services, tels que les services de réadaptation et de SCC. Les trois hôpitaux que nous avons visités avaient placé leurs patients ANS comme suit :

- Un hôpital avait placé ses patients ANS dans ses services de soins actifs à l'échelle de l'établissement, 50 % des patients se trouvant dans deux de ces services.
- Un autre hôpital avait placé les trois quarts de ses patients ANS dans des services où se trouvaient des patients gravement malades à l'échelle de l'établissement, et le quart restant avait été placé dans son service de SCC.
- Le troisième hôpital avait placé la plupart de ses patients ANS dans son service de SCC.

Le personnel hospitalier nous a informés que les patients ANS requièrent en général moins de ressources en soins infirmiers que les patients nécessitant des soins actifs. Par conséquent, si les lits normalement destinés aux patients qui reçoivent des soins actifs sont occupés par des patients ANS durant une longue période, les hôpitaux peuvent réduire leur personnel. En outre, certains patients ANS paient une quote-part. La réaffectation des lits qu'ils occupent à des patients recevant des

soins actifs peut s'avérer coûteuse, car les hôpitaux doivent alors engager des coûts additionnels et ne peuvent plus percevoir la quote-part des patients ANS. En fait, un des hôpitaux que nous avons visités avait créé un service distinct destiné à certains de ses patients ANS, mais il l'a fermé après que les patients ont été placés.

RECOMMANDATION 6

Afin de s'assurer que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin dans le lieu convenant le mieux à leur situation :

- les hôpitaux, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), doivent renseigner tous les patients et leur famille sur le fait que, pour les patients dont l'état de santé a été stabilisé et qui ne nécessitent plus de soins actifs (particulièrement les patients âgés), les hôpitaux ne sont pas des endroits sûrs et appropriés pour l'attente des soins requis après la mise en congé (par exemple, en raison du risque de contracter une infection nosocomiale, comme la bactérie *C. difficile*);
- le Ministère, de concert avec les RLISS, doit évaluer les coûts et les avantages de l'augmentation du niveau des services requis après la mise en congé qui peuvent commencer à être offerts la fin de semaine, afin que les hôpitaux soient davantage en mesure de mettre des patients en congé de façon sécuritaire durant cette période de la semaine;
- le Ministère, de concert avec les RLISS, les hôpitaux et les centres d'accès aux soins communautaires, doit tenir davantage compte d'options telles que celles consistant à faire en sorte que les patients puissent attendre dans un lieu plus approprié leur placement dans un autre établissement de soins comme un foyer de soins de longue durée, ou à accroître la prise de dispositions concernant les logements avec services de soutien afin que les patients puissent continuer de vivre de façon plus autonome.

En outre, pour aider les hôpitaux à gérer plus efficacement les patients qui attendent qu'on puisse leur fournir les soins requis après leur mise en congé, le Ministère doit :

- préciser encore plus la façon de mesurer les temps d'attentes pour un autre niveau de services (ANS), de sorte que ces temps d'attente puissent être communiqués de manière uniforme à la Stratégie sur la réduction des temps d'attente du Ministère;
- rendre publics les renseignements sur le temps que les patients ANS attendent à l'hôpital avant d'être transférés dans un établissement communautaire après leur mise en congé.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux ont généralement soutenu cette recommandation. Un hôpital a souligné que le RLISS dont il relève soutient les patients en ayant recours à de nombreuses stratégies, mais qu'il y a toujours des lacunes concernant l'accès à des services communautaires la fin de semaine et que bon nombre des foyers de soins de longue durée associés à l'hôpital refusent d'accueillir des patients durant cette période de la semaine. En outre, cet hôpital a indiqué que depuis l'entrée en vigueur de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, en juillet 2010, le nombre de patients ANS attendant d'être transférés dans un foyer a doublé. Il a également mentionné que beaucoup de patients et leur famille présentent maintenant leur demande à un seul foyer de soins de longue durée, et que ces patients prévoient attendre à l'hôpital qu'un lit se libère dans ce foyer – ce qui peut prendre de nombreux mois, voire des années. Par conséquent, cet hôpital a mis en exergue l'importance de prévoir un lieu provisoire, autre que l'hôpital, où les patients peuvent attendre en toute sécurité de pouvoir accéder au foyer de soins de longue durée de leur choix.

Un autre hôpital a indiqué que le transfert d'un hôpital de soins actifs vers la destination prévue après la mise en congé peut constituer le point névralgique des soins fournis aux patients. Par conséquent, cet hôpital a mentionné qu'il pourrait être nécessaire d'accroître la capacité du système de santé pour les patients difficiles à placer, et qu'il faudrait envisager la possibilité d'adopter d'autres stratégies et d'offrir un soutien accru pour faciliter le transfert en douceur des patients, et ce, sept jours sur sept. À ce sujet, l'hôpital dirige un projet pilote visant à prendre soin des patients à leur domicile au moyen d'un « service virtuel ». Les patients participant à ce projet auront accès à une équipe interdisciplinaire composée de professionnels des soins de santé, dont un médecin, et recevront des soins communautaires à domicile. Cet hôpital a fait savoir qu'il allait examiner ses pratiques actuelles concernant la gestion des patients ANS en ce qui a trait au processus clinique et à la circulation de l'information, afin de déterminer les éléments pouvant être améliorés. Cependant, cet hôpital et un autre ont mentionné que les indicateurs relatifs aux patients ANS devaient être corrélés à la planification du système de santé et à des résultats réalisables.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collaborera avec les RLISS, les associations provinciales telles que l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, et les hôpitaux pour déterminer les possibilités de mettre cette recommandation en oeuvre, afin de s'assurer que les patients reçoivent des soins de qualité dans le lieu convenant le mieux à leur situation. Le Ministère reconnaît qu'il est nécessaire d'améliorer en permanence le transfert des patients d'un lieu à un autre, par exemple, d'un hôpital à un foyer de soins de longue durée, et il soutient les initiatives stratégiques ayant pour but d'améliorer ces transferts sept jours sur sept.

En outre, le Ministère continue de perfectionner diverses initiatives, y compris la stratégie Vieillir chez soi, qui incite les RLISS et les CASC à adhérer au principe consistant à accorder la priorité au maintien à domicile. Cela permet aux patients de retourner à leur domicile, après qu'ils ont reçu leurs soins actifs à l'hôpital, pour déterminer dans leur milieu de vie normal les soins et les conditions de logement qui sont requis. L'investissement du Ministère dans la stratégie Vieillir chez soi permet aux RLISS d'accroître la capacité communautaire, ce qui fait en sorte d'élargir l'éventail des lieux appropriés où les patients qui n'ont pas besoin d'être placés dans un foyer de soins de longue durée peuvent attendre des services ou la disponibilité d'autres options. Le Ministère travaille de concert avec les RLISS en vue de surmonter tous les obstacles de nature législative, réglementaire ou politique pouvant empêcher les RLISS de mettre en oeuvre les initiatives visant à donner suite à cette recommandation.

Depuis l'introduction de la définition de ce qu'est un « patient ANS » en juillet 2009, on a mis en place des processus opérationnels et des outils pour répondre aux questions cliniques relatives à la désignation des patients ANS, et l'on a fourni aux hôpitaux une orientation additionnelle au moyen de bulletins, d'un service de soutien, de téléconférences et de documents spéciaux. Cela vise à assurer le respect d'une norme élevée concernant la qualité des données. En outre, le Ministère a demandé à Action Cancer Ontario de surveiller l'adhésion des hôpitaux à la nouvelle définition des patients ANS et leur application de la définition. Tandis que des améliorations seront apportées au système en 2011, le Ministère confirmera la définition auprès de tous les hôpitaux. De plus, le Ministère examinera la recommandation consistant à rendre publiques les données sur les temps d'attente pour tous les patients ANS qui attendent de retourner dans la collectivité.

MESURE DU RENDEMENT

Les indicateurs de rendement permettent aux hôpitaux de surveiller les progrès réalisés relativement à toutes les initiatives, de faire un suivi de leur rendement au fil du temps et de comparer leur rendement à celui d'autres hôpitaux utilisant les mêmes indicateurs. Il importe que les indicateurs soient examinés par des personnes qui ont le pouvoir de faciliter le changement en fonction des besoins, comme des membres de la haute direction et, dans certains cas, des membres du conseil d'administration.

Tous les hôpitaux que nous avons visités avaient mis en place des systèmes de surveillance du rendement, qui comportaient notamment certains indicateurs du roulement des patients à l'échelle de l'établissement. Un hôpital surveillait un certain nombre d'indicateurs relatifs au processus de mise en congé et communiquait les résultats à la haute direction et au conseil d'administration. Par exemple, il faisait le suivi du nombre de chirurgies annulées en raison d'un manque de lits, du pourcentage de patients dont l'hospitalisation durait plus longtemps que prévu, du nombre de patients mis en congé avant 11 h tous les jours, et du nombre de patients qui n'ont pas été placés dans le service convenant le mieux à leur problème de santé (par exemple, un patient souffrant de troubles cardiaques placé dans le service d'orthopédie). Un autre hôpital surveillait certaines mesures similaires, mais ni lui ni le troisième hôpital ne faisaient le suivi de tous ces indicateurs ou ne communiquaient les mesures au conseil d'administration. Des lacunes dans l'utilisation de mesures uniformes du rendement par les hôpitaux limitent la capacité qu'ont ceux-ci, ainsi que les RLISS et le Ministère, de surveiller le rendement et de l'évaluer en fonction de points de référence en vue de déterminer et de mettre en oeuvre des pratiques exemplaires concernant le roulement des patients et le processus de mise en congé.

Les mesures de rendement peuvent également servir à surveiller l'aspect sécuritaire de la mise en congé des patients. Les indicateurs pouvant être

employés à cette fin comprennent les résultats des enquêtes sur la satisfaction des patients et les taux de réadmissions. Tous les hôpitaux que nous avons visités avaient accès à cette information, mais un seul d'entre eux la communiquait régulièrement à son conseil d'administration.

Les trois hôpitaux visités recouraient aux services d'une firme de sondage indépendante pour l'exécution des enquêtes sur la satisfaction des patients. Ces sondages, qui étaient expédiés par la poste tous les mois à des patients mis en congé sélectionnés au hasard, comportaient certaines questions sur le processus de mise en congé; on leur demandait, par exemple, si le but des médicaments qu'ils devaient prendre après leur mise en congé leur avait été expliqué et si on leur avait dit avec quelles personnes ils devaient communiquer s'ils avaient des questions à la suite de leur mise en congé. Pour un des hôpitaux que nous avons visités, plus de 80 % des patients interrogés ont fourni une réponse positive à ces deux questions. Pour les deux autres hôpitaux, les taux de réponses positives à ces questions étaient de 72 % et de 77 % respectivement. Cependant, le sondage ne contenait aucune question visant à savoir si, avant leur mise en congé, les patients avaient bénéficié d'un délai suffisant pour prendre les dispositions nécessaires.

En ce qui concerne les taux de réadmissions, l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) est responsable de la gestion de la Base de données sur les congés des patients (BDPCP), qui conserve les renseignements sur les réadmissions non prévues dans les sept jours suivant la mise en congé et dans un délai compris entre 8 à 28 jours après celle-ci. L'ICIS définit une réadmission non prévue comme étant le retour non planifié d'un patient au même hôpital qui l'a mis en congé relativement au même problème de santé ou à un problème connexe. La réadmission à un hôpital dans un délai de sept jours après la mise en congé peut indiquer que le patient a reçu son congé prématurément. La réadmission à un hôpital dans un délai compris entre 8 à 28 jours après la mise en congé indique plus probablement l'existence d'une

défaillance systémique – à savoir, des ressources communautaires insuffisantes. Pour la période allant d'avril à décembre 2009, le taux provincial de réadmissions non prévues dans les sept jours suivant la mise en congé était inférieur à 2 %, et celui des réadmissions non prévues dans un délai compris entre 8 à 28 jours était tout juste supérieur à 2 %. Ces taux étaient comparables à ceux des exercices précédents.

Environ 10 % des hôpitaux ontariens ne communiquent pas à l'ICIS les renseignements sur les réadmissions, cette communication étant volontaire. Les trois hôpitaux que nous avons visités transmettaient toutefois cette information. À deux des hôpitaux, le taux de réadmissions était inférieur à la moyenne provinciale, tandis qu'au troisième, ce taux était presque deux fois supérieur à la moyenne provinciale. Un des hôpitaux dont le taux de réadmissions était inférieur à la moyenne provinciale faisait le suivi des réadmissions et examinait celles-ci relativement à des problèmes de santé particuliers, pour déterminer s'il y avait des questions systémiques auxquelles il fallait remédier.

L'ICIS a indiqué que le nombre de réadmissions non prévues est probablement sous-évalué, notamment parce que les renseignements ne sont pas communiqués avec exactitude par les hôpitaux (c'est-à-dire qu'il se peut que le personnel hospitalier ne signale pas toutes les réadmissions) et qu'il n'y a aucun suivi des patients qui se rendent à un autre hôpital après leur mise en congé (par exemple, un patient peut recevoir des traitements spéciaux à un hôpital régional, mais se rendre à un hôpital local pour le traitement de problèmes subséquents). En outre, il ressort de notre analyse de l'information tirée de la BDCP que 22 % des patients mis en congé en 2009 ont été hospitalisés plus d'une fois cette année-là. Bien que ce groupe de patients puisse comprendre des personnes qui ont été hospitalisées à différentes occasions pour des maladies distinctes, le pourcentage donne également à penser que le nombre de réadmissions est probablement supérieur à celui qui est déclaré à l'heure actuelle. Par ailleurs, aucun des hôpitaux que nous avons visités ne faisait

le suivi des personnes qui retournaient au service d'urgence après leur mise en congé pour le même problème de santé ou un problème connexe, mais qui n'étaient pas réadmis à l'hôpital.

RECOMMANDATION 7

Afin de faciliter l'évaluation du processus de mise en congé des patients, les hôpitaux doivent :

- de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les centres d'accès aux soins communautaires, élaborer des mesures pour surveiller et déclarer l'efficacité et le caractère sécuritaire des processus hospitaliers de mise en congé des patients, et comparer les résultats des différents hôpitaux pour aider à déterminer les éléments pouvant être améliorés ou les pratiques exemplaires pouvant être communiquées à d'autres hôpitaux;
- communiquer régulièrement à la haute direction et au conseil d'administration les indicateurs clés de rendement du processus de mise en congé.

Par ailleurs, pour faciliter la surveillance des retours non prévus des patients aux hôpitaux pour le même problème de santé ou un problème connexe à l'échelle de la province et à celle des régions, le Ministère doit, de concert avec les RLISS, les hôpitaux et l'Institut canadien de l'information sur la santé, faire le suivi des visites aux services d'urgence ainsi que des réadmissions à tout hôpital se produisant dans un délai de quelques jours (ou dans tout autre délai jugé raisonnable qui aura été établi) après la mise en congé des patients.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivent généralement à cette recommandation. Un des hôpitaux a indiqué qu'il communiquait régulièrement ce genre de renseignements. Il a également mentionné que

le RLISS dont il relève, en collaboration avec les autres hôpitaux et le CASC dont il est responsable, a mis sur pied un forum de discussion mensuel visant à favoriser des discussions transparentes, ouvertes et axées sur la collaboration au sujet du rendement de tous les établissements. En outre, l'hôpital a souligné que de tels forums soutiennent la responsabilisation entre pairs et créent des occasions de partager les pratiques exemplaires et les idées en vue d'améliorer les initiatives. Un autre hôpital a indiqué que sa haute direction avait déjà accès tous les jours à une grande quantité de renseignements et que son conseil d'administration recevait des mises à jour trimestrielles. Cet hôpital a également mentionné que tous les hôpitaux sous la responsabilité du RLISS dont il relève utilisent le même système pour évaluer l'état de préparation de chaque patient à la mise en congé, et que le RLISS, le CASC et les hôpitaux examinent les indicateurs concernant le caractère sécuritaire et l'efficacité des établissements et procèdent au partage des pratiques exemplaires.

En ce qui concerne les taux de réadmissions des patients, un hôpital a mentionné que, outre les taux globaux, il faudrait suivre les réadmissions en fonction des troubles médicaux, parce que certains de ces troubles, tels que l'ictère chez les nouveau-nés, ont tendance à faire l'objet de taux de réadmissions médicalement justifiées plus élevés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère reconnaît qu'il importe de faire le suivi des réadmissions et souscrit aux observations du vérificateur général. À cet égard, le Ministère continue de travailler à la collecte de données sur les visites aux services d'urgence après la mise en congé, parce que ce sont dans ces services que se font la plupart des réadmissions non prévues dans les hôpitaux. Cependant, la collecte de tels renseignements nécessite d'établir une corrélation entre les sources de données sur les patients hospitalisés et celles sur les services d'urgence (c'est-à-dire, corréler la Base de données sur les congés des patients au Système national d'information sur les soins ambulatoires), ce qui est exigeant sur le plan des ressources. Par conséquent, à la suite d'une évaluation de nombreux indicateurs de réadmission réalisée par un groupe d'experts technique externe (dans le cadre de l'élaboration de la Carte de pointage du système de santé), on procède initialement au suivi des visites non prévues aux services d'urgence de patients souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie qui se produisent dans les 30 jours suivant leur mise en congé par n'importe quel hôpital. En outre, l'indicateur « réadmission à n'importe quel hôpital pour certains problèmes de santé » a été intégré au projet de renouvellement de l'entente de rendement entre le Ministère et les RLISS.