

# Services des urgences des hôpitaux

## Contexte

Les services des urgences des hôpitaux fournissent aux patients qui arrivent à l'urgence par leurs propres moyens ou par ambulance des soins médicaux pour traiter un large éventail de maladies et de blessures. Au cours de l'exercice 2008-2009, les 160 services des urgences des hôpitaux de la province ont reçu environ 5,4 millions de visites, pour un coût approximatif de 960 millions de dollars. Le nombre de visites aux urgences a augmenté d'environ 6 % entre 2004-2005 et la fin de 2008-2009, tandis que les coûts ont grimpé de 28 %.

La qualité et l'efficacité de la prestation des soins aux patients dans les urgences dépendent de différents éléments interreliés, tels que le déchargement rapide des patients qui arrivent par ambulance, un triage prompt et fiable (il s'agit du processus de priorisation des patients en fonction du caractère urgent de leurs maladies ou blessures), les évaluations par le personnel infirmier et les médecins, les services de diagnostic et de laboratoire, la consultation de spécialistes et le traitement. Comme on peut le voir dans la Figure 1, la durée du séjour des patients aux urgences dépend de la rapidité d'exécution de chaque étape du processus

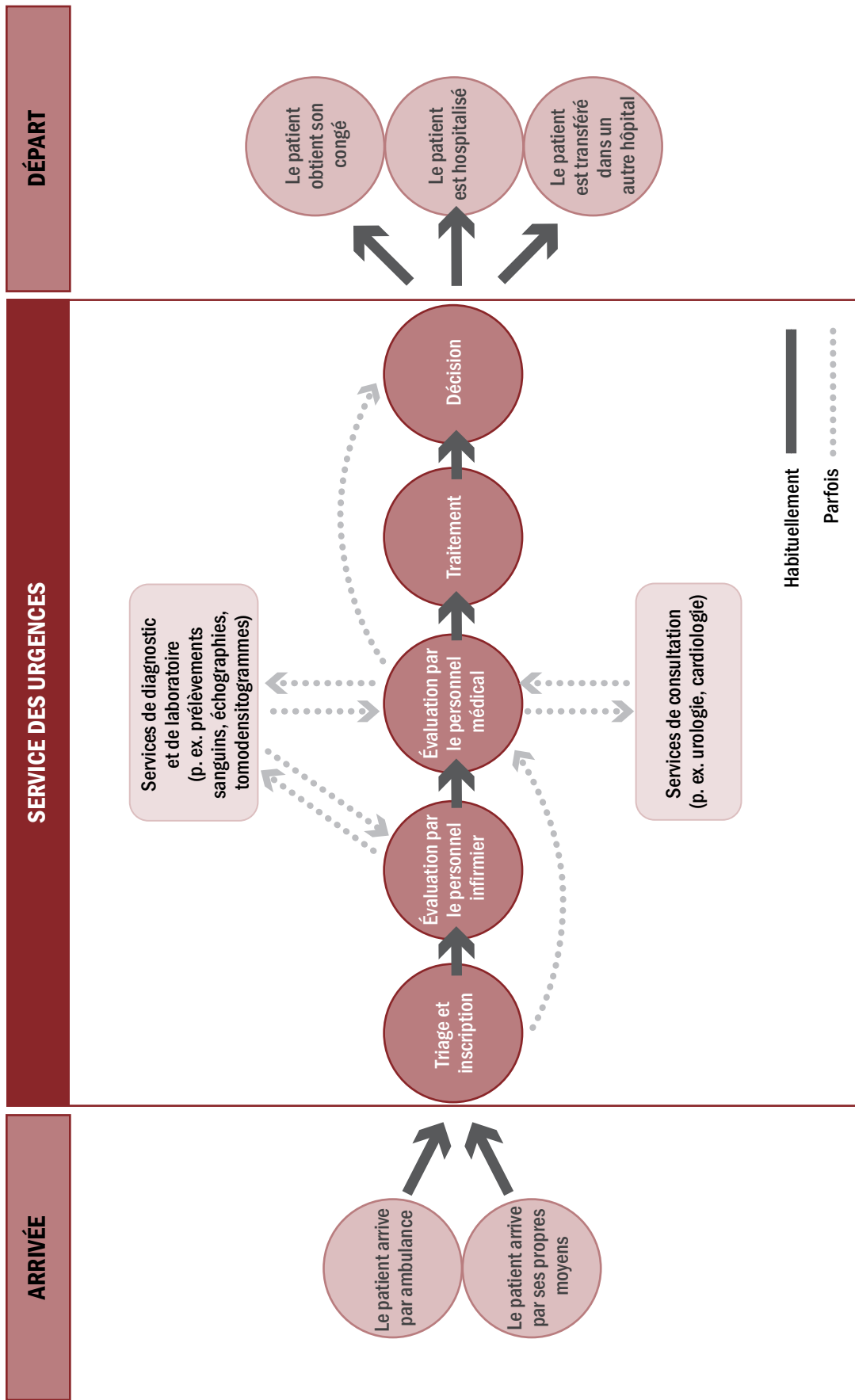
de même que de la disponibilité immédiate d'autres soins, comme la disponibilité d'un lit si le patient doit être hospitalisé.

Le triage fiable et rapide dans les services des urgences est essentiel pour garantir que l'on traite le plus rapidement possible les patients dont les affections mettent leur vie en danger. Dans les urgences de l'Ontario, les infirmières de triage évaluent et classent les patients d'après l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG). Il s'agit d'une échelle à cinq niveaux dont le niveau 1 représente le niveau de gravité le plus élevé et le niveau 5, le moins élevé. La Figure 2 fournit des descriptions et des exemples de symptômes présentés par les patients et la répartition des visites aux urgences, à chaque niveau de l'ÉTG; on y constate que les visites aux urgences pour les cas « moins urgents » et « non urgents » représentaient près de la moitié de toutes les visites en 2008-2009.

Chacun des hôpitaux de l'Ontario relève de l'un des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), lesquels aux termes de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* sont chargés de prioriser, planifier et financer certains services de santé. De leur côté, les RLISS rendent des comptes au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Figure 1 : Roulement des patients à l'urgence

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



**Figure 2 : Niveaux de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) et visites à l'urgence, par niveau, 2008-2009**

Source des données : Guide d'implantation de l'Échelle canadienne de triage et de gravité et ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Niveau	Gravité	Exemples de symptômes	Pourcentage de visites à l'urgence
1	Réanimation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt cardiaque et/ou respiratoire</li> <li>• Traumatisme majeur (blessures et brûlures graves)</li> <li>• Inconscience</li> </ul>	0,6
2	Très urgent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur à la poitrine accompagnée de symptômes cardiaques</li> <li>• Accident cérébral vasculaire</li> <li>• Infections graves</li> </ul>	12,9
3	Urgent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur abdominale modérée</li> <li>• Traumatisme modéré (fractures, dislocations)</li> <li>• Asthme modéré</li> </ul>	39,0
4	Moins urgent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constipation avec douleur bénigne</li> <li>• Mal d'oreille</li> <li>• Douleurs chroniques au dos</li> </ul>	39,0
5	Non urgent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de médication ou changement de pansement</li> <li>• Mal de gorge</li> <li>• Traumatisme mineur (entorses, lacérations mineures)</li> </ul>	8,5

## Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à évaluer si les services des urgences sélectionnés disposaient de systèmes et de procédures permettant de garantir que :

- les services sont gérés et coordonnés de façon efficiente pour répondre aux besoins des patients;
- les services sont fournis de façon économique en conformité avec les lois et politiques applicables;
- le rendement fait l'objet d'une mesure et d'un compte rendu fiables.

Nous avons effectué notre vérification dans trois hôpitaux de tailles différentes qui fournissent des services à différentes collectivités : l'Hôpital général de Hamilton, l'Hôpital général de Scarborough et le Centre régional de santé Southlake, situé à Newmarket. Afin d'obtenir de l'information supplémentaire auprès d'un échantillon représentatif

des services des urgences que l'on trouve dans les 14 RLISS de la province, nous avons fait parvenir un sondage à 40 hôpitaux de différentes tailles; environ les deux tiers d'entre eux ont répondu au sondage. Nous avons également sondé les 14 fournisseurs de services médicaux d'urgence (SMU) ambulanciers auxquels le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) avait accordé des fonds dans le but précis de réduire les temps d'attente aux urgences; dix d'entre eux ont répondu au sondage.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné les dossiers pertinents ainsi que les politiques et procédures administratives, nous avons interrogé le personnel compétent des hôpitaux et du Ministère, nous avons passé en revue les études et la documentation pertinentes et examiné les pratiques exemplaires d'autres administrations et nous avons rencontré les représentants des fournisseurs de SMU qui desservent les circonscriptions hospitalières des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite. Nous avons en outre examiné de l'information

concernant la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère et interrogé le personnel d'Action Cancer Ontario, qui est responsable de la gestion des données sur les temps d'attente aux urgences. Par ailleurs, nous avons retenu à titre consultatif les services d'experts-conseils indépendants ayant une connaissance approfondie du fonctionnement d'un service des urgences.

Nous n'avons pas pu nous en remettre aux travaux de l'équipe des services de vérification interne du Ministère pour réduire l'étendue de notre vérification parce que l'équipe n'avait effectué aucune vérification des services des urgences des hôpitaux récemment.

## Résumé

L'engorgement et les longues périodes d'attente aux services des urgences des hôpitaux sont des plaintes que l'on entend couramment depuis plusieurs années. Or, les deux ont une incidence sur la qualité des soins dispensés aux patients.

D'après nos travaux dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite et d'après les réponses reçues des hôpitaux sondés, le règlement du problème des temps d'attente aux urgences est devenu une priorité de nombreux hôpitaux de la province. Les membres du public soupçonnent que les principales causes sous-jacentes sont l'utilisation inappropriée des urgences par les patients qui s'y rendent par leurs propres moyens pour des malaises bénins, ainsi que la gestion médiocre des urgences par les hôpitaux, notamment le manque de personnel. Il s'agit certes de facteurs qui contribuent au problème, mais nos recherches indiquent que le manque de lits d'hospitalisation qui oblige à garder à l'urgence les patients admis à l'hôpital pourrait fort bien avoir un impact encore plus important sur l'engorgement et les longues périodes d'attente. Deux facteurs notamment jouent un rôle dans le manque de lits d'hospitalisation : le fait que des lits soient occupés par des patients qui attendent de

recevoir des soins alternatifs dans un établissement communautaire et le fait que les pratiques des hôpitaux en matière de gestion et de libération des lits d'hospitalisation soient loin d'être optimales.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est parfaitement conscient du problème des longues périodes d'attente aux urgences et a parrainé des comités d'experts et d'autres initiatives pour y remédier. Il a également affecté un montant supplémentaire de 200 millions de dollars au cours des deux derniers exercices (109 millions de dollars en 2008-2009 et 82 millions de dollars en 2009-2010) pour remédier au problème des temps d'attente. Toutefois, on ne constate toujours pas de progrès importants dans la province en ce qui a trait à la réduction des temps d'attente aux urgences.

Nos visites aux trois hôpitaux choisis, les résultats de notre sondage auprès des autres hôpitaux et notre examen de la documentation et des pratiques exemplaires indiquent en outre que, bien que les hôpitaux soient manifestement déterminés à régler le problème des temps d'attente, il y a des mesures qu'ils peuvent prendre pour mieux évaluer les besoins des patients et améliorer le roulement des patients à l'urgence.

Voici un aperçu de nos observations les plus importantes :

- Depuis avril 2008, le Ministère publie de l'information sur la durée du séjour au service des urgences. Au moment de notre vérification, les temps d'attente aux urgences n'affichaient toujours pas d'amélioration importante et les objectifs provinciaux n'étaient pas atteints. Bien que le temps d'attente pour les patients ayant des affections mineures atteigne presque l'objectif de quatre heures, la durée du séjour au service des urgences des patients ayant des affections plus graves peut atteindre 12 heures, ce qui dépassait encore de beaucoup l'objectif de huit heures. D'après un sondage publié par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé, 47 % des personnes sondées en Ontario attendaient plus de deux heures en 2007 pour

recevoir des soins, soit à peu près le même délai que dans le reste du Canada, mais un délai beaucoup plus long qu'en Australie, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande et près de cinq fois plus long qu'en Allemagne et aux Pays-Bas.

- Les lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) recommandent d'effectuer l'évaluation de triage des patients dans les 10 à 15 minutes suivant leur arrivée à l'urgence. Or, dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, les patients attendaient parfois pendant plus d'une heure avant de passer au triage. Nous avons également remarqué, dans environ la moitié des dossiers réévalués par le personnel infirmier enseignant hospitalier, que le niveau de priorité assigné initialement aux patients par les infirmières de triage était incorrect. La majorité d'entre eux avaient reçu un niveau de priorité insuffisant; autrement dit, les infirmières de triage avaient sous-estimé la gravité de la blessure ou de la maladie du patient.
- L'application des lignes directrices de l'ÉTG n'était pas uniforme entre les ambulanciers paramédicaux des SMU et les services des urgences et ceci était en partie imputable à la formation caduque des ambulanciers paramédicaux. Les écarts dans l'application des lignes directrices pourraient avoir un impact quant au choix de l'hôpital où les ambulanciers devraient transporter leurs patients. Les ambulanciers paramédicaux nous ont dit qu'ils discutaient de cette question avec le Ministère depuis un certain temps.
- L'assignation d'un niveau de priorité élevé au triage exige que le personnel infirmier et les médecins évaluent le patient le plus tôt possible et que le traitement commence également le plus tôt possible. D'après notre examen des dossiers dans les trois hôpitaux visés par la vérification, les patients ayant reçu un niveau de priorité élevé attendaient parfois pendant plus de six heures après le triage avant d'être vus par le personnel infirmier ou les médecins. Les lignes directrices de l'ÉTG recommandent des temps d'attente maximums avant l'évaluation des patients par un médecin. Dans la province, les temps d'attente réels avant l'évaluation par le médecin dépassaient largement les temps d'attente recommandés, plus spécialement dans le cas des patients ayant des affections complexes aux niveaux de triage 2 et 3 : seulement 10 % à 15 % de ces patients ont été vus par un médecin dans les délais recommandés. Les lignes directrices de l'ÉTG précisent également la fréquence à laquelle le personnel infirmier doit réévaluer l'état des patients pour confirmer qu'il ne s'est pas détérioré. Nous avons remarqué que les délais entre les réévaluations n'étaient ni consignés ni respectés en général.
- L'efficacité des urgences est fortement tributaire d'autres services et spécialistes de l'hôpital. Dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, l'accès en temps opportun aux spécialistes et aux services de diagnostic avait un impact sur le roulement des patients à l'urgence. En outre, plus des trois quarts des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que les limites sur le plan des horaires et des types de spécialistes et de services de diagnostic disponibles sur place étaient des obstacles importants au roulement efficient des patients.
- Le fait de ne pas pouvoir transférer dans une unité de soins pertinente les patients qui doivent être hospitalisés est l'une des principales causes du traitement tardif des patients à l'urgence. Dans la province, entre avril 2008 et février 2010, le temps d'attente pour un lit d'hospitalisation ne s'est pas amélioré de façon significative. Au moment de notre vérification, les patients du service des urgences admis dans une unité de soins attendaient en moyenne 10 heures à l'urgence avant d'obtenir un lit d'hospitalisation et dans certains cas, 26 heures et plus. Nous avons remarqué que

les délais du transfert des patients du service des urgences vers une unité d'hospitalisation étaient souvent imputables au fait que les lits vacants n'avaient pas été identifiés ou que les chambres n'avaient pas été nettoyées en temps opportun.

- Deux des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite avaient de la difficulté à trouver du personnel pour remplir les horaires de soins infirmiers, surtout la nuit et durant la fin de semaine et les congés fériés. Il leur arrivait souvent d'engager des coûts supplémentaires pour rémunérer les heures supplémentaires du personnel infirmier. Nous avons constaté que plusieurs membres du personnel infirmier des urgences effectuaient régulièrement un grand nombre d'heures supplémentaires ou des quarts de travail supplémentaires; or, cette pratique, en plus de faire grimper les coûts, accroît le risque d'épuisement professionnel. Dans l'un des hôpitaux, la rémunération annuelle des heures supplémentaires d'une infirmière a représenté plus de la moitié de sa rémunération totale pendant neuf années consécutives. Par exemple, en 2009-2010, elle a touché 157 000 \$ dont 90 000 \$ au titre des heures supplémentaires. Dans un autre hôpital, une infirmière avait touché 193 000 \$ en 2009-2010 en raison du paiement des quarts de travail supplémentaires et des heures supplémentaires.
- Notre examen a révélé que les ambulanciers paramédicaux devaient souvent rester à l'urgence pendant de longues périodes pour s'occuper de leurs patients en attendant que ceux-ci obtiennent un lit à l'urgence ou qu'un membre du personnel infirmier de l'urgence puisse les accepter. Nous avons relevé des cas où les ambulanciers ont dû attendre trois heures avant que leurs patients soient pris en charge, ce qui fait qu'il y avait moins d'ambulances disponibles et parfois même aucune ambulance pour répondre aux nouveaux appels urgents dans la collectivité.

- Le comité d'experts qui a publié un rapport en 2006 sur l'amélioration de l'accès aux soins d'urgence était d'avis que le détournement des patients ayant des affections mineures ne réduirait que très peu la demande dans les urgences et n'aurait qu'un faible impact sur les temps d'attente. Toutefois, nous avons remarqué qu'environ la moitié des visites aux urgences dans la province étaient faites par des patients ayant des besoins moins urgents ou non urgents auxquels auraient pu répondre des solutions de rechange comme les cliniques sans rendez-vous, les cabinets de médecins de famille et les centres de soins d'urgence. Selon nos estimations, ces patients ont accaparé 30 % du temps des médecins de l'urgence, qui aurait pu être consacré aux patients atteints de troubles plus urgents.

## RÉSUMÉ DE LA RÉPONSE GLOBALE DES HÔPITAUX

Dans l'ensemble, les hôpitaux étaient d'accord avec nos recommandations et estimaient qu'elles faisaient état des possibilités d'amélioration tout en tenant compte des pressions et des enjeux auxquels est confronté l'ensemble du réseau.

## RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère s'est engagé à collaborer avec les RLISS, les hôpitaux et les autres intervenants pour trouver des moyens d'améliorer le rendement des urgences dans la province. Des progrès ont été réalisés, mais il est évident que d'autres efforts s'imposent.

Les données les plus récentes, soit celles de juin 2010, indiquent que 84 % des patients ayant des affections complexes ont été traités dans un délai de huit heures, par rapport à 79 % en 2008; la durée de séjour a diminué de 21,5 %, soit de 14 heures à 11 heures. Au cours de la même période, 88 % des patients ayant des affections mineures ou non compliquées ont été traités dans le délai fixé de quatre heures,

par rapport à 84 % en 2008, et la durée de séjour a diminué de 10,7 %, soit de 4,8 heures à 4,3 heures.

Le Ministère a mobilisé les intervenants, a fixé les objectifs, a prévu des mesures d'encouragement et a surveillé le rendement. Il continue de favoriser les améliorations au moyen du Programme de financement axé sur les résultats (P4R) et du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences (ED PIP). La décision d'accorder des fonds au cours de la deuxième année aux hôpitaux dont le rendement était inférieur aux attentes la première année tient compte du fait que l'amélioration du rendement des urgences ne se fait pas du jour au lendemain; le Ministère a toutefois récupéré une partie des fonds pour le rendement inférieur aux attentes obtenu au cours de la première année. Les deux programmes ont été élargis en 2010-2011; un montant de 100 millions de dollars sera octroyé pour améliorer le rendement du service des urgences de 71 hôpitaux et l'accent sera mis sur la réduction de la durée du séjour, sur l'amélioration de la satisfaction des patients et sur la réduction du temps d'attente avant la première évaluation.

Le Ministère a entrepris de nombreuses activités pour renforcer le modèle des RLISS, notamment la tenue de rencontres trimestrielles avec le chef de la direction de chaque RLISS pour passer en revue le rendement des urgences (les rapports sont affichés sur le site Web du Ministère). Il a aussi organisé une séance de deux jours en mai 2010 avec tous les RLISS et les centres d'accès aux soins communautaires pour examiner les investissements effectués dans le cadre de la stratégie « Vieillir chez soi » dans le but de réduire les pressions qui s'exercent sur les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée en plaçant les patients dans les endroits convenant le mieux à leur situation (à la suite de cette séance, trois RLISS ont fait l'objet d'un examen par les pairs et des lettres d'engagement

ont été émises pour confirmer les attentes et les objectifs; la non-atteinte des objectifs entraînera une vérification du rendement). Le Ministère a en outre rehaussé le rendement dans l'ensemble de la province en mobilisant tous les RLISS de façon qu'ils fonctionnent comme un système homogène.

## Constatations détaillées de la vérification

### STRATÉGIE ONTARIENNE DE RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE DANS LES URGENCES

En avril 2008, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a annoncé que la réduction des temps d'attente aux urgences serait une priorité importante au cours des quatre années suivantes. Il a mis en oeuvre plusieurs initiatives et mesures d'encouragement dans le cadre de sa Stratégie de réduction des temps d'attente en investissant 109 millions de dollars en 2008-2009 et 82 millions de dollars en 2009-2010 afin de réduire le temps que les gens passent aux urgences. La déclaration publique des temps d'attente aux urgences et le Programme de financement axé sur les résultats constituaient deux initiatives importantes.

### Déclaration publique des temps d'attente aux urgences

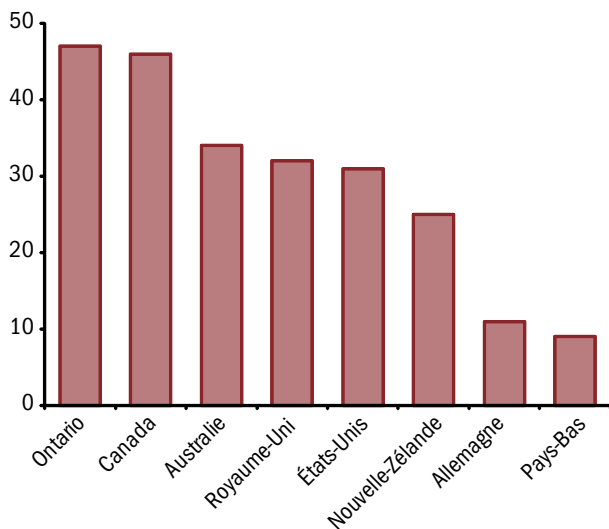
D'après nos recherches, la communication publique de données sur les urgences est plutôt rare au Canada en dehors de l'Ontario. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a toutefois publié les résultats des enquêtes menées par le Fonds du Commonwealth (les International Health Policy Surveys) dans ses rapports annuels de 2008 et 2009. Ces résultats permettent d'effectuer une certaine comparaison entre les administrations :

- Le rapport de 2009 indiquait qu'environ 48 % des Ontariens qui ont passé du temps aux urgences en 2008 ont attendu plus de deux heures, contre 39 % dans le reste du Canada.
- Le rapport de 2008 montrait que les Ontariens, à l'instar des autres Canadiens, étaient beaucoup plus susceptibles d'attendre plus de deux heures aux urgences que les personnes sondées dans des pays comparables. En 2007, près de la moitié des personnes sondées en Ontario ont attendu plus de deux heures pour obtenir un traitement, soit à peu près le même délai que dans le reste du Canada, mais un délai beaucoup plus long qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis et près de cinq fois plus long qu'en Allemagne et aux Pays-Bas (Figure 3).

En avril 2008, le Ministère a mis en place le Système de production de rapports sur les services des urgences pour recueillir des données mensuelles sur les urgences de 128 hôpitaux. Action Cancer Ontario gère le système pour le compte du Ministère. En février 2009, le Ministère a commencé à

**Figure 3 : Pourcentage de patients qui ont attendu deux heures et plus au service des urgences pour un traitement dans différents territoires de compétence, 2007**

Source des données : Rapport annuel 2008 du Conseil ontarien de la qualité des services de santé



diffuser sur un site Web public les données sur les urgences depuis avril 2008. Au moment de notre vérification, le Ministère diffusait les résultats de la « durée du séjour au service des urgences », un indicateur qui mesure le temps passé à l'urgence par un patient à compter du moment où il est vu par une infirmière de triage jusqu'au moment où il quitte le service des urgences.

Le Ministère a fixé deux objectifs pour le temps maximal que 90 % des patients devraient passer aux urgences (Figure 4). Ces objectifs ont été définis avec l'aide d'experts cliniques et représentent un but à atteindre pour les urgences. Compte tenu de l'adage voulant « qu'on ne peut gérer ce qu'on ne peut mesurer », la décision du Ministère de recueillir des données sur la durée de séjour et de les rendre publiques est une bonne initiative.

Nous avons obtenu les données du Système et examiné les tendances de la durée du séjour au service des urgences. Comme l'indique la Figure 5, il n'y a pas eu de réduction importante, entre avril 2008 et février 2010, de la durée du séjour au service des urgences. Plus précisément :

**Figure 4 : Objectifs de l'Ontario pour la durée du séjour au service des urgences, selon le niveau de gravité**

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

Niveau de gravité	Description	Objectif (en heures)
Affections complexes <sup>1</sup>	Patients ayant des affections complexes exigeant plus de temps pour recevoir un diagnostic ou un traitement ou être hospitalisés	8
Affections mineures <sup>2</sup>	Patients ayant des affections mineures ou non compliquées exigeant moins de temps pour recevoir un diagnostic ou un traitement ou être mis en observation	4

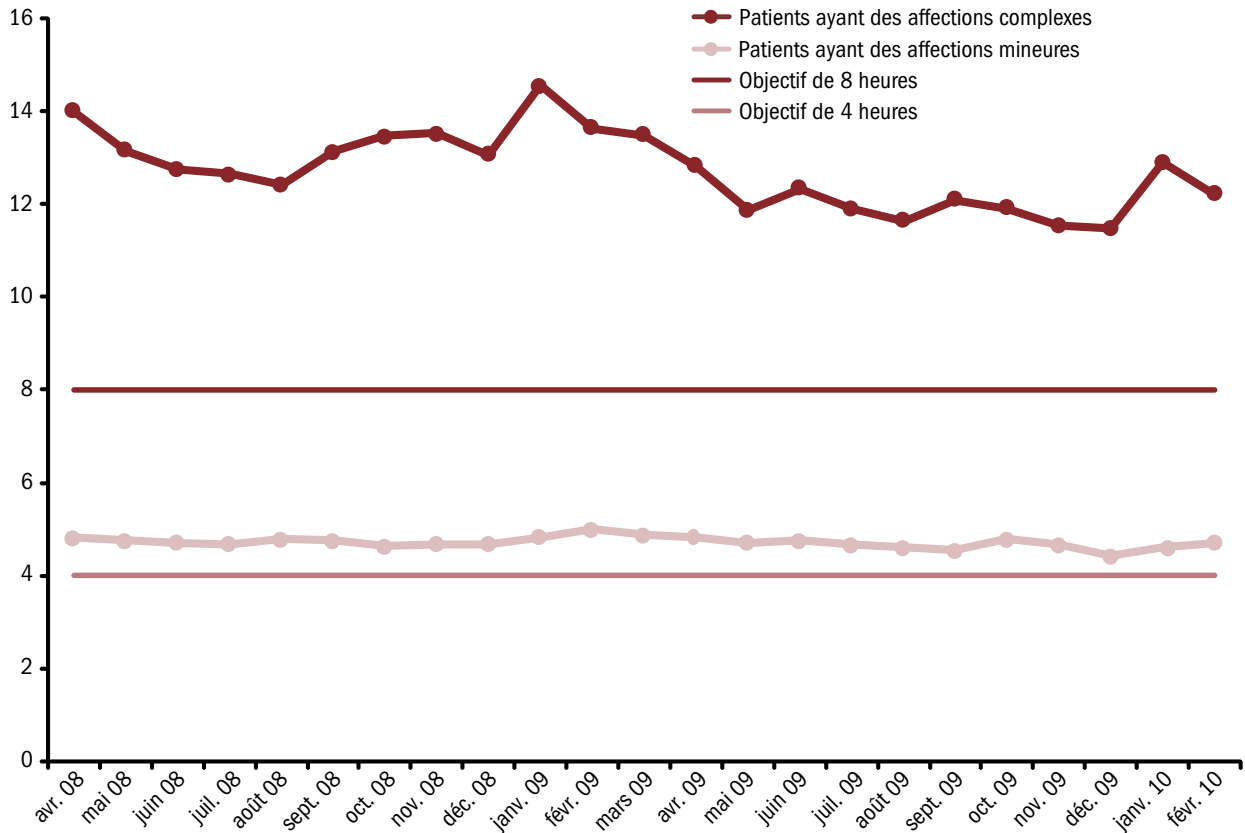
1. Les patients ayant des affections complexes correspondent aux patients à tous les niveaux de triage de l'ÉTG qui ont été hospitalisés et aux patients aux niveaux de triage 1, 2 et 3 qui n'ont pas été hospitalisés.

2. Les patients ayant des affections mineures correspondent aux patients aux niveaux de triage 4 et 5 qui n'ont pas été hospitalisés



**Figure 5 : Longueur maximale en heures de la durée du séjour au service des urgences pour 90 % des patients ayant des affections complexes ou mineures, avril 2008-février 2010**

Source des données : Système de production de rapports sur les services des urgences, Action Cancer Ontario



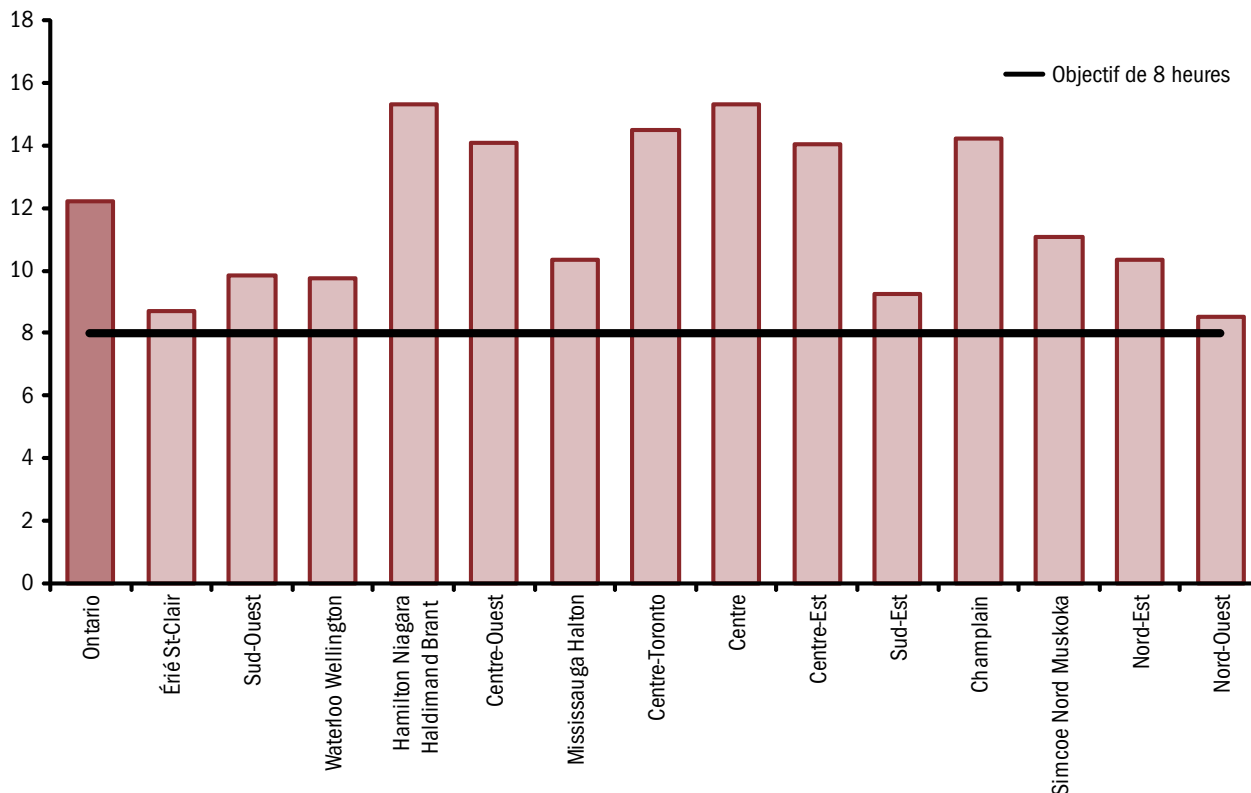
- Quatre-vingt-dix pour cent des patients ayant des affections complexes avaient passé jusqu'à 12,2 heures aux urgences en février 2010, contre 14 heures en avril 2008, soit un séjour beaucoup plus long que l'objectif de huit heures.
- Quatre-vingt-dix pour cent des patients ayant des affections mineures avaient passé jusqu'à 4,7 heures aux urgences en février 2010, contre 4,8 heures en avril 2008; on ne peut pas parler d'une véritable amélioration, mais c'est un séjour relativement proche de l'objectif de 4 heures.

Nous avons également remarqué que la durée du séjour au service des urgences variait dans la province, surtout dans le cas des patients ayant des affections complexes; aucun RLIS n'atteignait l'objectif de huit heures dans le cas de ces patients (Figure 6).

Nous avons constaté qu'un problème fondamental influait sur les temps d'attente aux urgences des patients ayant des affections complexes qu'on devait hospitaliser : un grand nombre d'entre eux étaient « hébergés » à l'urgence parce qu'il n'y avait pas de lit d'hospitalisation disponible au moment opportun. Le problème était en partie imputable au fait qu'environ 17 % des lits d'hospitalisation étaient occupés par des patients requérant un autre niveau de soins, qui n'avaient plus besoin de soins hospitaliers, mais auxquels on ne pouvait pas donner leur congé en raison du manque de services et de soutiens disponibles dans la communauté (voir la Section 3.02, Mise en congé des patients hospitalisés, dans le présent rapport annuel). Au cours des dernières années, le Ministère a mis en oeuvre plusieurs initiatives pour remédier au problème du besoin d'un autre niveau de soins en augmentant les ressources communautaires, mais l'impact tarde

**Figure 6 : Longueur maximale en heures de la durée du séjour au service des urgences pour 90 % des patients ayant des affections complexes, par RLISS, février 2010**

Source des données : Système de production de rapports sur les services des urgences, Action Cancer Ontario



à se faire sentir. Les trois services des urgences qui ont reçu notre visite et plus des trois quarts des urgences sondées convenaient que le problème du besoin d'un autre niveau de soins contribuait aux longues périodes d'attente aux urgences parce qu'il fallait héberger à l'urgence les patients concernés jusqu'à ce qu'un lit d'hospitalisation soit disponible.

Toutefois, le problème du besoin d'un autre niveau de soins n'est qu'un facteur entre autres qui influent sur les temps d'attente aux urgences; il y a de nombreux facteurs dans tout le réseau hospitalier. La solution aux longs temps d'attente aux urgences n'est pas toujours l'affectation de davantage de ressources : l'élimination des obstacles au roulement des patients, dont il est question dans d'autres sections du présent rapport, pourrait aussi contribuer à réduire la durée du séjour au service des urgences.

### Programme de financement axé sur les résultats

Le Programme de financement axé sur les résultats fournit des incitatifs financiers à certains hôpitaux dont les urgences sont très achalandées et sont soumises à des pressions considérables sur le plan des temps d'attente. Il visait à récompenser les hôpitaux qui atteignent des objectifs précis fixés par le Ministère en matière de réduction des temps d'attente aux urgences. Dans le cadre du programme, le Ministère a accordé 30 millions de dollars à 23 hôpitaux en 2008-2009 (première année) et 55 millions de dollars à 48 hôpitaux en 2009-2010 (deuxième année).

L'un des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite a reçu du financement les deux années, tandis que les deux autres en ont reçu seulement la deuxième année. Si les hôpitaux appréciaient le fait que le financement reçu dans le cadre du programme

leur avait permis de réduire les temps d'attente aux urgences, deux des hôpitaux qui ont reçu notre visite ont cependant indiqué qu'ils avaient reçu les fonds seulement à la fin de septembre, soit six mois après le début de l'exercice. À cause de ces retards il leur était difficile d'utiliser les fonds pour mettre en oeuvre de façon efficiente, avant la fin de l'exercice, les initiatives qu'ils avaient proposées. Par exemple, l'une des urgences avait reçu environ 1,4 million de dollars la première année, mais il restait une somme de 800 000 \$ au 31 mars 2009, c'est-à-dire à la fin de la première année.

Le retard dans l'octroi du financement a nui à l'efficacité du programme et à la justification de l'affectation des fonds. D'après l'évaluation faite par le Ministère du rendement des hôpitaux la première année, les résultats prévus n'avaient pas été atteints. Plus précisément, sur les 23 hôpitaux qui avaient reçu du financement la première année, trois seulement ont pu atteindre les objectifs du Ministère, 15 affichaient une certaine amélioration mais n'avaient pas atteint les objectifs et cinq ont vu leur rendement baisser. Nous avons remarqué que tous les hôpitaux qui avaient reçu des fonds la première année avaient continué d'en recevoir la deuxième année sans égard au rendement qu'ils avaient obtenu la première année. En fait, certains hôpitaux qui n'avaient pas atteint les objectifs la première année ont même reçu un montant supérieur la deuxième année. L'hôpital qui avait affiché le rendement le plus médiocre la première année a reçu le montant le plus élevé la deuxième année. Parmi les trois hôpitaux qui avaient atteint les objectifs la première année, deux ont reçu moins de financement la deuxième année. Il semble que cette méthode de financement ne cadre pas tout à fait avec le concept qui consiste à « payer en fonction des résultats ». Selon le Ministère, même si le rendement des hôpitaux la première année était un critère pour établir les montants alloués la deuxième année, d'autres facteurs ont aussi été pris en compte, notamment la croissance prévue par les hôpitaux sur le plan de l'achalandage des urgences et des temps d'attente des patients admis.

## RECOMMANDATION 1

Pour faire en sorte que les urgences fonctionnent de manière efficace pour dispenser le plus rapidement possible à tous les patients des soins d'urgence de qualité :

- les hôpitaux doivent déterminer les causes des délais dans le roulement des patients et examiner les moyens à prendre par conséquent pour réduire les temps d'attente aux urgences;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec les RLISS et les hôpitaux pour cerner et diffuser les pratiques exemplaires de l'Ontario et d'autres administrations;
- le Ministère doit fournir du financement en temps opportun aux hôpitaux de façon qu'ils disposent de suffisamment de temps pour mettre en oeuvre de façon efficiente les initiatives financées.

## RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivent à cette recommandation et appuient les stratégies d'amélioration du financement et du rendement du Programme de financement axé sur les résultats. L'un des hôpitaux a fait remarquer que l'efficacité et la qualité des soins sont des indicateurs d'égale importance du rendement des urgences.

Cet hôpital a aussi recommandé que les accomplissements importants pour l'octroi du financement du Programme de financement axé sur les résultats reposent sur la proposition d'améliorations soumise par l'hôpital plutôt que sur l'année financière. Les hôpitaux auraient ainsi le temps de bien planifier et mettre en oeuvre les améliorations et d'en faire la démonstration selon l'échéancier des propositions d'améliorations.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examine continuellement les expériences dans le réseau de la santé en Ontario et dans d'autres administrations et en tire constamment des enseignements. Une analyse complète des pratiques exemplaires, des enseignements tirés et des progrès réalisés dans le milieu à l'intérieur et à l'extérieur de l'Ontario a permis au Ministère d'offrir aux RLISS et aux fournisseurs de soins de santé des occasions d'échanger des connaissances et de diffuser les pratiques exemplaires. Le Ministère facilite les échanges réguliers entre pairs avec les RLISS pour qu'ils discutent de leurs expériences et des moyens qu'ils ont pris pour obtenir de bons résultats. De même, par le truchement du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences, le Ministère offre :

- de la formation aux employés de première ligne (plus de 1 000 depuis mars 2008) et aux représentants des RLISS sur l'amélioration des processus;
- des activités de formation centralisées bimestrielles au cours desquelles les hôpitaux communiquent connaissances et pratiques exemplaires;
- un site Web, auquel ont accès tous les hôpitaux, sur lequel le Ministère affiche idées, outils et pratiques exemplaires.

Au cours de la deuxième année du Programme de financement axé sur les résultats, le Ministère a demandé à sept hôpitaux qui avaient dépassé de plus de 10 % ses attentes en matière d'amélioration des urgences de diriger et d'exécuter des activités visant à faciliter le transfert de connaissances et la diffusion des pratiques exemplaires.

En ce qui a trait à l'octroi des fonds en temps opportun, le Ministère examinera les processus internes pour repérer les possibilités d'accélérer l'acheminement des fonds.

## PROCESSUS DE TRIAGE

Le triage consiste à déterminer le degré de priorité d'un patient d'après l'urgence de sa maladie ou blessure. Le triage est essentiel pour assurer une gestion efficace du service des urgences, car il permet d'identifier les patients ayant des affections qui mettent leur vie en danger et de leur dispenser le plus rapidement possible les soins nécessaires. À l'arrivée aux urgences, les patients sont vus par une infirmière de triage qui les évalue et les classe d'après l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG); il s'agit d'une échelle d'évaluation à cinq niveaux, dont le niveau 1 correspond au niveau de gravité le plus élevé et le niveau 5, au niveau de gravité le plus faible. L'objet de l'ÉTG (qui a été élaborée et approuvée par l'Association canadienne des médecins d'urgence, l'Affiliation nationale des infirmières/infirmiers d'urgence du Canada et l'Association des médecins d'urgence du Québec) est d'instaurer une norme de triage nationale, d'améliorer la sécurité des patients et d'accroître la fiabilité, l'uniformité et la validité du triage. La Figure 2 fournit des descriptions et des exemples de symptômes présentés par les patients à chaque niveau de l'ÉTG.

### Exécution en temps opportun du triage

D'après les lignes directrices de l'ÉTG, les patients doivent passer au triage dans les 10 à 15 minutes suivant leur arrivée à l'urgence. Toutefois, dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, nous avons remarqué que le triage n'avait pas pu être effectué dans ce délai dans bien des cas. Ainsi, la durée du séjour des patients au service des urgences, qui fait l'objet d'une déclaration publique, est souvent sous-estimée parce que cet indicateur mesure uniquement le temps qui s'écoule entre le moment où le patient passe au triage et le moment où il quitte l'urgence : le temps d'attente entre l'arrivée et le triage n'est pas inclus. Nous avons constaté que le temps qui s'écoulait entre l'arrivée du patient, par

ambulance ou par ses propres moyens, et le triage pouvait être très long.

Dans le cas des patients qui arrivent par ambulance, les bases de données tenues séparément par les ambulanciers paramédicaux et les services des urgences n'étaient pas intégrées, ce qui aurait facilité l'analyse des données sur les patients. Par exemple, ils consignaient dans les deux cas l'heure à laquelle les ambulances arrivaient à l'urgence et il aurait été possible, par conséquent, de comparer cette donnée à l'heure où le patient était accepté par l'hôpital. D'après notre examen d'un échantillon de dossiers de patients dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, la durée moyenne qui s'écoulait entre l'arrivée par ambulance et le triage était d'environ 30 minutes, soit un délai de quelques minutes à plus d'une heure. Les ambulanciers paramédicaux nous ont dit également que le temps qui s'écoulait entre l'arrivée du patient et le triage et l'acceptation de celui-ci par l'hôpital était souvent plus long que ce qui était souhaitable.

Il était difficile de connaître exactement le temps qui s'écoulait entre l'arrivée et le triage des patients qui se présentaient à l'urgence par leurs propres moyens parce que l'heure d'arrivée de ceux-ci était inconnue et que le temps qu'ils passaient à s'orienter ou à attendre de passer au triage n'était pas consigné. Dans le cadre de son projet d'amélioration du processus de l'urgence en 2009, l'un des hôpitaux qui ont reçu notre visite a déterminé que la durée moyenne qui s'écoulait entre l'arrivée et le triage de ces patients était de plus de 20 minutes. Ce délai posait un problème pour la sécurité des patients et était une source de frustration tant pour le personnel que pour les patients.

Dans deux des hôpitaux qui ont reçu notre visite, nous avons relevé une pratique efficace pour réduire le risque des délais de triage : ils effectuaient une « évaluation préalable » des patients qui ne pouvaient pas passer au triage immédiatement à leur arrivée. Il s'agissait d'une évaluation rapide des patients pour déterminer s'ils devaient être vus plus rapidement. Un examen opérationnel de l'un des hôpitaux qui ont reçu notre visite indiquait

également que « les évaluations rapides faciliteront l'identification des patients très malades qui attendent de passer au triage ».

### Qualité ou exactitude de l'évaluation de triage

Les infirmières de triage évaluent l'urgence de l'affection des patients d'après une combinaison de renseignements subjectifs et objectifs, dont les symptômes du patient et son aspect général. La consignation exacte et complète de ces renseignements est essentielle pour faciliter les « vérifications du triage », c'est-à-dire les examens rétrospectifs des dossiers de triage visant à valider les décisions prises par les infirmières de triage. Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite nous ont dit qu'ils effectuaient des vérifications du triage pour savoir si les patients avaient reçu le bon niveau de priorité d'après les lignes directrices de l'ÉTG. Chacun des hôpitaux comptait une infirmière enseignante responsable de maintenir à jour la pratique des soins infirmiers, de soutenir les compétences du personnel infirmier et d'effectuer les vérifications du triage. Nous avons toutefois constaté que ces vérifications n'étaient pas effectuées de façon uniforme. L'un des hôpitaux n'en avait effectué aucune depuis décembre 2006, tandis qu'un autre avait cessé de les effectuer en juin 2009, avant de les rétablir durant notre vérification en février 2010. Le troisième hôpital nous a dit qu'il effectuait les vérifications du triage de façon régulière, mais il n'a pu nous fournir aucun document prouvant que de telles vérifications auraient été faites.

Afin d'examiner la qualité du triage dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, nous avons sélectionné un échantillon de dossiers de triage dans chacun des hôpitaux et nous avons demandé à l'infirmière enseignante de chaque hôpital d'effectuer des vérifications de triage pour les dossiers sélectionnés. D'après les résultats de ces vérifications, les niveaux de priorité initiaux assignés par les infirmières de triage étaient souvent différents, et parfois dans une grande mesure, des niveaux de

priorité assignés par les infirmières enseignantes. Plus précisément :

- La documentation de l'information issue de l'évaluation des patients, comme les signes vitaux, la présence d'allergies et l'aspect général, était absente dans environ 20 % des dossiers (voir Figure 7). Les infirmières enseignantes nous ont dit que l'aspect général des patients est un élément essentiel de l'assignation d'un niveau de priorité selon l'ÉTG. La documentation de cet élément est nécessaire pour permettre aux infirmières enseignantes de surveiller la qualité des évaluations de triage au moyen des vérifications du triage.
- Dans le cas des dossiers comportant suffisamment de documentation pour procéder à une vérification du triage, les infirmières enseignantes de l'urgence des trois hôpitaux auraient assigné des niveaux de priorité différents dans environ la moitié des cas. Comme on peut le voir dans la Figure 7, le niveau de priorité assigné aux patients avait été sous-estimé dans la majorité des cas (c'est-à-dire que la gravité de la maladie du patient avait été sous-estimée). Dans certains cas, la sous-estimation était inférieure de deux niveaux : au lieu d'assigner un niveau de priorité 4

(moins urgent), il aurait fallu assigner un niveau de priorité 2 (très urgent).

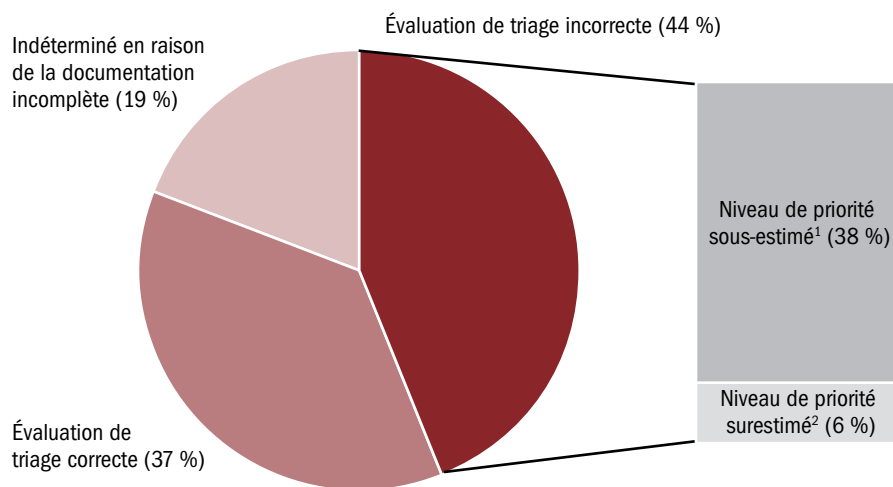
- Les patients qui présentent les symptômes d'une crise cardiaque sont censés obtenir un niveau de priorité 1 ou 2. Nous avons toutefois relevé des cas où ces patients avaient reçu un niveau de priorité 3 ou 4 au moment du triage. Notre observation cadre avec une étude publiée par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences en juin 2009, qui conclut que les patients qui présentaient les symptômes d'une crise cardiaque n'obtenaient pas le niveau de priorité approprié dans les urgences de l'Ontario. Selon l'étude, le niveau de priorité assigné à la moitié des patients qui faisaient effectivement une crise cardiaque avait été sous-estimé au triage, ce qui avait retardé la prestation des soins appropriés.

### Cohérence des évaluations de triage effectuées par les ambulanciers paramédicaux et les hôpitaux

Nos discussions avec les ambulanciers paramédicaux des SMU et le personnel des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ont révélé des incohérences dans l'application de l'ÉTG par les ambulanciers

**Figure 7 : Résultats des vérifications du triage effectuées dans trois services des urgences**

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



1. Niveau de priorité sous-estimé - sous-estimation de la gravité de la maladie ou des blessures du patient.
2. Niveau de priorité surestimé - surestimation de la gravité de la maladie ou des blessures du patient.

paramédicaux et les services des urgences. En octobre 2001, le Ministère a instauré le Système d'ordre de priorité des patients, un programme voulant que les ambulanciers paramédicaux et le personnel hospitalier évaluent les patients et se communiquent les résultats en utilisant l'ÉTG à cinq niveaux. Selon le Système d'ordre de priorité des patients, les ambulanciers doivent transporter tous les patients ayant des affections complexes (niveaux 1 et 2 de l'ÉTG) vers le service des urgences le plus proche, exception faite des services spécialisés pour les accidents vasculaires cérébraux et les traumatismes, par exemple. Les ambulanciers paramédicaux nous ont toutefois dit que l'Association canadienne des médecins d'urgence avait révisé les lignes directrices de l'ÉTG en 2004 et 2008. Les hôpitaux utilisent les nouvelles lignes directrices, mais la formation fournie aux ambulanciers paramédicaux par le Ministère est fondée sur la version 2001 des lignes directrices, sans les mises à jour, ce qui donne lieu à des écarts dans l'application de l'ÉTG. Les ambulanciers paramédicaux nous ont dit qu'ils avaient abordé ce problème à de nombreuses reprises avec le Ministère, mais ils n'ont toujours pas reçu de formation à jour.

## RECOMMANDATION 2

Pour faire en sorte que le triage soit effectué de façon pertinente et cohérente dans les délais recommandés :

- les hôpitaux doivent effectuer des vérifications à intervalles réguliers pour surveiller la qualité et l'exactitude du triage et cerner les points à améliorer;
- les hôpitaux doivent envisager d'effectuer une brève « évaluation préalable au triage » des patients qui ne peuvent pas être acheminés au triage immédiatement à leur arrivée à l'urgence;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec les RLSS et les hôpitaux pour déterminer s'il serait pertinent d'inclure dans les rapports sur la

durée du séjour au service des urgences le temps pendant lequel les patients attendent de passer au triage;

- le Ministère doit collaborer avec les services médicaux d'urgence (SMU) pour offrir de la formation à jour aux ambulanciers paramédicaux afin que les hôpitaux et les ambulanciers paramédicaux appliquent des pratiques de triage cohérentes.

## RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivent à cette recommandation et appuient l'uniformisation des outils de triage. Un hôpital a en outre recommandé de recourir à l'Affiliation nationale des infirmières/infirmiers d'urgence (NENA) pour enseigner le triage et optimiser l'utilisation de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG). Un autre hôpital a indiqué que le Ministère devrait mettre sur pied un nouveau comité d'experts chargé d'évaluer la fiabilité et l'efficacité de l'ÉTG et d'examiner d'autres outils possibles pour prédire la gravité de l'état d'un patient.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que la qualité du triage est très importante. Il incombe à l'hôpital d'effectuer correctement le triage et d'en surveiller la qualité. Dans le cadre du Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences et du Programme de financement axé sur les résultats, les hôpitaux ont élaboré des stratégies pour faciliter les « évaluations préalables au triage » afin d'accélérer l'évaluation des patients et de mettre à exécution le plus tôt possible le plan de soins du patient.

Le Ministère est en faveur de l'examen de la faisabilité et de la fiabilité de la saisie de données à partir de l'arrivée à l'urgence des patients qui s'y rendent par leurs propres moyens et il élaborera une analyse de rentabilisation appropriée pour mettre en place une solution.

Le Ministère collabore avec le Comité consultatif médical, les programmes de bases hospitalières régionales et les organismes de SMU municipaux afin d'harmoniser les définitions employées dans les communications verbales et écrites entre le personnel préhospitalier et le personnel hospitalier pour décrire l'affection d'un patient. Le Ministère étudiera des solutions pour offrir une formation à jour aux ambulanciers paramédicaux.

## ÉVALUATION ET TRAITEMENT

Plus le niveau de gravité de l'affection d'un patient est élevé, plus le personnel infirmier et les médecins doivent évaluer rapidement le patient et entreprendre de le traiter. Les lignes directrices de l'ÉTG recommandent des temps d'attente précis pour l'évaluation par le personnel infirmier, l'évaluation par le personnel médical et la réévaluation par le personnel infirmier pour chaque niveau de triage (Figure 8). Bien que ces temps d'attente soient des « objectifs opérationnels » plutôt que des normes, ils sont axés sur le patient et se fondent sur le besoin d'une intervention en temps opportun pour améliorer les résultats pour le patient. Pour tenir compte du fait qu'il n'est pas toujours possible d'atteindre ces objectifs à moins d'avoir des ressources

illimitées, chaque niveau de triage s'accompagne d'un pourcentage cible qui correspond au pourcentage de cas où le temps d'attente recommandé doit être atteint. Par exemple, les lignes directrices indiquent qu'un patient ayant reçu une assignation de triage de niveau 3 (urgent) doit être vu par un médecin dans un délai de 30 minutes 90 % du temps; ainsi, selon les lignes directrices, il serait raisonnable que 10 % de ces patients soient vus par un médecin après plus de 30 minutes.

### Évaluation en temps opportun par le personnel infirmier

Aucun des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ne consignait ni ne surveillait la durée moyenne qui s'écoulait entre le triage et l'évaluation par le personnel infirmier par rapport aux délais recommandés dans les lignes directrices de l'ÉTG; de plus, ces données n'étaient pas recueillies dans le Système de production de rapports sur les services des urgences (le Système). Afin de déterminer si les évaluations par le personnel infirmier étaient effectuées en temps opportun, nous avons examiné un échantillon de dossiers de patients dans les hôpitaux qui ont reçu notre visite. Nos échantillons portaient principalement sur des patients ayant reçu une assignation de triage de niveau 2, 3 et 4 parce que ces patients représentaient le plus grand pourcentage

**Figure 8 : Délais recommandés entre le triage et l'évaluation par le personnel infirmier, l'évaluation par le personnel médical et la réévaluation par le personnel infirmier, selon le niveau de triage**

Source des données : Guide d'implantation de l'ÉTG

Niveau de triage	Gravité	Délai entre le triage et l'évaluation par le personnel infirmier	Délai entre le triage et l'évaluation par le personnel médical	Fréquence de réévaluation par le personnel infirmier	Taux d'intervention cible* (%)
1	Réanimation	Prise en charge immédiate	Prise en charge immédiate	Soins continus	98
2	Très urgent	Prise en charge immédiate	≤ 15 minutes	Toutes les 15 minutes	95
3	Urgent	≤ 30 minutes	≤ 30 minutes	Toutes les 30 minutes	90
4	Moins urgent	≤ 60 minutes	≤ 60 minutes	Toutes les 60 minutes	85
5	Non urgent	≤ 120 minutes	≤ 120 minutes	Toutes les 120 minutes	80

\* Le taux d'intervention cible correspond à la proportion dans laquelle on peut raisonnablement s'attendre à atteindre la norme.



(90 %) de toutes les visites aux urgences. Comme on peut le voir dans la Figure 9, la durée moyenne qui s'écoulait entre le triage et l'évaluation par le personnel infirmier variait d'un hôpital à l'autre, mais dépassait largement les délais recommandés. Un seul hôpital était parvenu à respecter le délai recommandé pour les patients ayant reçu une assignation de triage de niveau 4. Certains patients ayant des affections complexes (niveau 2 ou 3 de l'ÉTG) avaient dû attendre six heures avant que le personnel infirmier procède à leur évaluation initiale.

### Évaluation en temps opportun par le médecin

D'après les lignes directrices de l'ÉTG : « L'objectif opérationnel principal de l'échelle de triage est lié au temps d'attente pour voir un médecin. Il en est ainsi parce que la plupart des décisions quant à l'évaluation et à l'amorce d'un traitement sont prises soit lorsque le médecin a vu le patient, soit lorsqu'il a en main les résultats préliminaires qui lui permettent de recommander un plan d'action. » Les données sur le temps écoulé entre le triage et l'évaluation par le médecin étaient consignées dans le Système, mais elles n'étaient pas diffusées sur le site Web public. Afin d'évaluer la mesure dans laquelle les évaluations par le médecin étaient faites en temps opportun, nous avons obtenu et analysé les données provinciales émanant du Système. Nous n'avons constaté aucune amélioration du temps d'attente des patients avant l'évaluation

par un médecin entre avril 2008, moment de l'implantation du Système, et le moment de notre vérification en février 2010 :

- Les patients ayant des affections complexes avaient attendu environ 2 heures en moyenne aux urgences avant leur évaluation par un médecin et dans certains cas, quatre heures et plus.
- Fait plutôt étonnant, les patients ayant des affections mineures ont attendu moins longtemps – 1,6 heure en moyenne, bien que certains aient attendu 3 heures et plus – à l'urgence avant leur évaluation par un médecin.

Nous avons également calculé dans quelle mesure le délai provincial moyen jusqu'à l'évaluation par le médecin respectait les délais recommandés dans les lignes directrices de l'ÉTG, d'après le niveau de gravité de l'état du patient, en avril 2008 et en février 2010. Comme l'indique la Figure 10, à ces deux dates, les délais recommandés n'étaient respectés pour aucun des niveaux de triage. Entre avril 2008 et février 2010, il n'y a eu qu'une légère amélioration au niveau de triage 4; aux niveaux de triage 1, 2, 3 et 5, le délai a en fait augmenté par rapport aux lignes directrices de l'ÉTG. En février 2010, seulement 10 % des patients ayant reçu une assignation de triage de niveau 2 (très urgent) et 15 % de ceux ayant reçu une assignation de triage de niveau 3 (urgent) avaient été vus par un médecin dans des délais de 15 minutes et de 30 minutes respectivement par rapport aux pourcentages (95 % et 90 %) recommandés dans

**Figure 9 : Délai moyen en minutes entre le triage et l'évaluation par le personnel infirmier, selon le niveau de triage, pour un échantillon de dossiers de patients dans trois hôpitaux de l'Ontario**

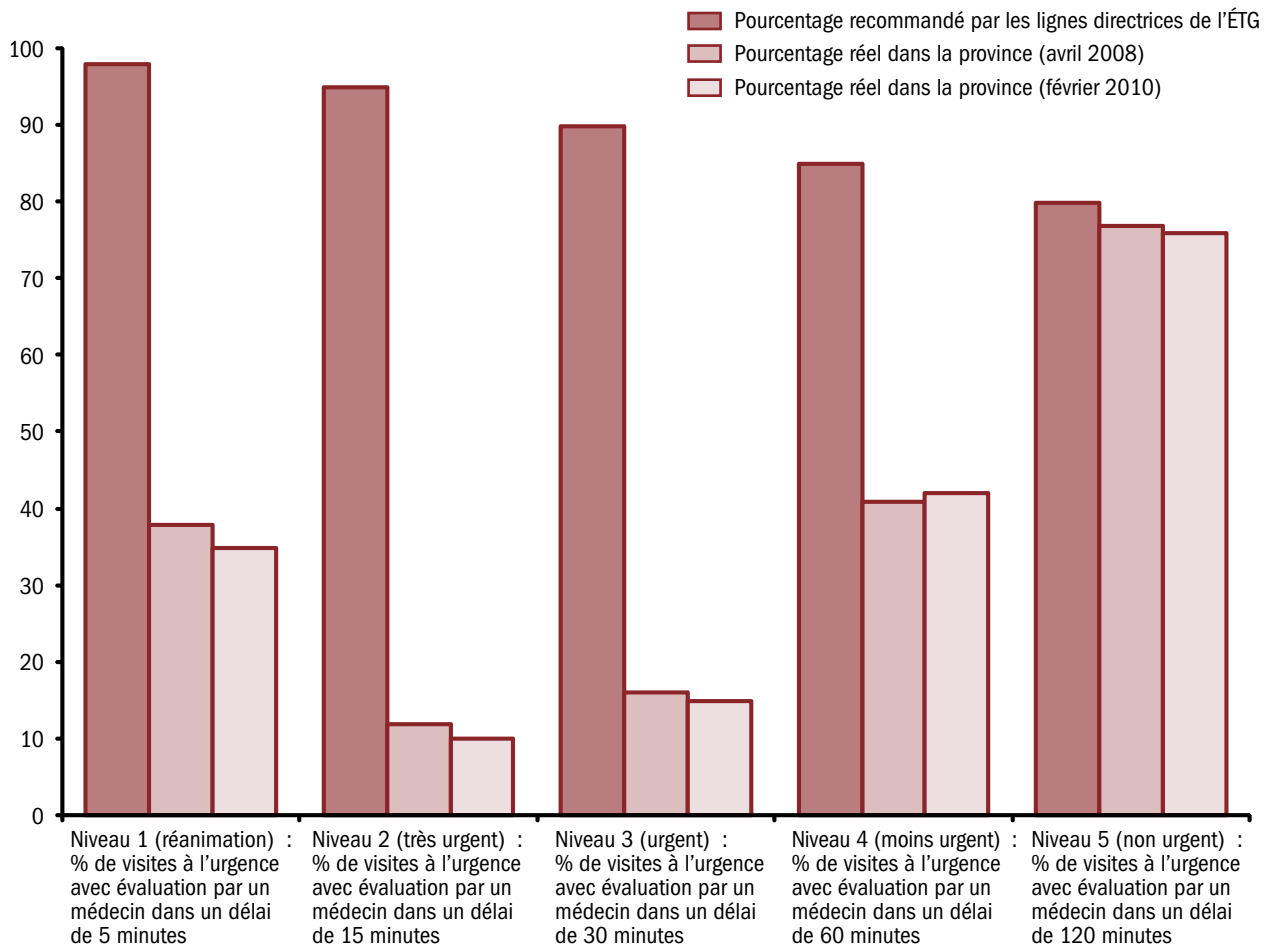
Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Niveau de triage	Gravité	Délai recommandé entre le triage et l'évaluation par le personnel infirmier*	Hôpital (minutes)		
			1	2	3
1	Réanimation	Prise en charge immédiate	Non testé	Non testé	Non testé
2	Très urgent	Prise en charge immédiate	79	16	60
3	Urgent	≤ 30 minutes	177	46	120
4	Moins urgent	≤ 60 minutes	167	55	98
5	Non urgent	≤ 120 minutes	Non testé	Non testé	Non testé

\* D'après les lignes directrices de l'ÉTG

**Figure 10 : Pourcentage de visites à l'urgence dont le délai jusqu'à l'évaluation par un médecin atteint les objectifs opérationnels de l'ÉTG, avril 2008 et février 2010**

Source des données : Système de production de rapports sur les services des urgences, Action Cancer Ontario



les lignes directrices. En comparaison, 76 % des patients ayant reçu une assignation de triage de niveau 5 (non urgent) avaient été vus par un médecin dans un délai de 120 minutes, ce qui était très près de la cible de 80 % recommandée dans les lignes directrices. En résumé, si les temps d'attente pour l'évaluation par un médecin dans le cas des patients ayant des affections non urgentes étaient presque conformes aux délais recommandés dans les lignes directrices, le temps d'attente était toutefois beaucoup plus long que les délais recommandés dans le cas des patients ayant des affections plus graves.

### Utilisation de directives médicales pour améliorer l'exécution des évaluations en temps opportun

L'un des moyens que les hôpitaux pourraient prendre pour augmenter les gains d'efficacité et réduire les temps d'attente aux urgences est de mettre davantage l'accent sur l'utilisation de directives médicales, qui permettent au personnel infirmier d'amorcer des examens et des traitements avant l'évaluation par un médecin. Les directives médicales sont un ensemble d'instructions données par les médecins au personnel infirmier pour lui déléguer le pouvoir d'effectuer certains traitements, interventions ou procédures comme demander des analyses de prélèvements sanguins et administrer

de l'oxygène. Les directives médicales visent à prodiguer aux patients des soins plus uniformes et plus pertinents en temps opportun, surtout quand les urgences sont très achalandées et qu'il n'y a pas de médecin disponible dans l'immédiat pour évaluer et traiter les patients. Les directives ne remplacent toutefois pas l'intervention d'un médecin quand on en a besoin immédiatement. L'Association des hôpitaux de l'Ontario préconise fortement l'utilisation de directives médicales et fournit aux hôpitaux des trousse de mise en oeuvre comprenant des exemples et des suggestions.

Nous avons remarqué qu'il n'y avait pas de liste uniforme des directives médicales utilisées dans la province. Parmi les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite et parmi ceux que nous avons sondés, certains élaboraient et utilisaient davantage de directives. De nombreux facteurs influent sur la mise en oeuvre et l'utilisation de directives médicales, notamment l'appui des médecins à l'utilisation des directives par le personnel infirmier, la confiance et la volonté avec lesquelles le personnel infirmier est prêt à assumer la responsabilité des pouvoirs qui lui sont délégués, le niveau nécessaire de formation et de contrôle et la paperasserie additionnelle requise.

Deux des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ne disposaient d'aucun renseignement sur la mesure dans laquelle ils utilisaient des directives médicales. Le troisième hôpital avait établi trois directives médicales que les médecins utilisaient environ 30 % du temps pour déléguer la prise de certaines décisions au personnel infirmier. D'après nos discussions avec les hôpitaux, les directives médicales n'étaient pas utilisées aussi souvent qu'elles auraient pu l'être, principalement parce que les médecins craignaient de déléguer au personnel infirmier la prise des décisions en matière de traitement.

### Réévaluation en temps opportun par le personnel infirmier

En plus de préciser les délais recommandés entre le triage et l'évaluation par le personnel infirmier et par le personnel médical, les lignes directrices de l'ÉTG

indiquent à quelle fréquence le personnel infirmier doit réévaluer l'état du patient pour confirmer qu'il ne s'est pas détérioré. Les lignes directrices stipulent qu'il « devrait y avoir une réévaluation de tous les patients par le personnel infirmier lorsque le délai recommandé pour l'évaluation médicale est dépassé ». Ainsi, les patients de niveau 1 doivent recevoir des soins infirmiers continus, ceux de niveau 2 doivent subir une réévaluation toutes les 15 minutes, ceux de niveau 3 toutes les 30 minutes, ceux de niveau 4 toutes les 60 minutes et ceux de niveau 5, toutes les 120 minutes. Les lignes directrices de l'ÉTG indiquent également qu'il faut consigner par écrit les résultats des réévaluations. Le Groupe de travail national sur l'ÉTG a également reconnu l'importance de la réévaluation et a indiqué que l'accent mis sur le délai jusqu'à l'évaluation par l'infirmière et par le médecin doit plutôt être mis sur la réévaluation en temps opportun des patients qui attendent d'être vus afin de s'assurer que les délais inévitables ne compromettent pas les soins aux patients.

Le directeur médical de l'un des hôpitaux qui ont reçu notre visite a laissé entendre dans sa réponse à une plainte d'un patient qu'« il est difficile d'évaluer la qualité des soins que les patients reçoivent pendant qu'ils attendent si les réévaluations ne sont pas consignées ». Dans le cadre de notre examen de dossiers de patients dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, nous avons relevé plusieurs cas dans lesquels les délais recommandés pour les réévaluations dans les lignes directrices de l'ÉTG n'avaient pas été respectés ou dans lesquels il n'y avait aucune indication que les patients auraient été réévalués dans les délais recommandés. Par exemple :

- Un patient qui avait des douleurs à la poitrine avait reçu une assignation de triage de niveau 2 et avait attendu trois heures pour un lit à l'urgence, mais il n'y avait aucune trace dans son dossier d'une quelconque réévaluation durant ce délai de trois heures. Trente minutes après avoir obtenu un lit à l'urgence, le patient a subi un arrêt cardiaque et un médecin a dû intervenir pour effectuer une réanimation cardiorespiratoire.

- Un patient qui faisait une syncope (perte de connaissance) avait attendu six heures avant d'être vu par un médecin, mais son état n'avait été réévalué qu'une seule fois, soit environ 40 minutes avant l'arrivée du médecin.
- Un patient qui avait des antécédents de problèmes cardiaques avait passé un électrocardiogramme 11 minutes après son arrivée à l'urgence. Il avait ensuite attendu trois heures sans que son état soit réévalué. Il a donc décidé de quitter l'hôpital, mais comme son état s'est détérioré pendant qu'il se dirigeait vers son auto, il est revenu immédiatement à l'urgence et a finalement reçu un diagnostic de syndrome coronarien aigu.
- Plusieurs patients n'avaient fait l'objet d'aucun suivi sept heures après le triage. Quand le personnel infirmier a tenté d'effectuer des réévaluations, il a constaté qu'un grand nombre d'entre eux avaient déjà quitté l'urgence. Or, certains d'entre eux avaient des affections complexes pour lesquelles ils avaient reçu une assignation de triage 2 ou 3.

### Traitement en temps opportun des maladies pour lesquelles le temps est un facteur déterminant

D'après nos discussions avec le personnel hospitalier et d'après nos recherches, les types de maladies traitées le plus couramment à l'urgence qui mettent la vie en danger et pour lesquelles le temps est un facteur déterminant sont les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les sepsies (une grave infection transmise à travers le système sanguin). Nous avons examiné ces trois éléments, y compris des dossiers de patients dans les hôpitaux qui ont reçu notre visite, et nous avons relevé ce qui suit :

- L'électrocardiogramme (ECG) est l'examen paraclinique le plus important pour les patients qui présentent les symptômes d'une crise cardiaque quand ils arrivent à l'urgence. Les résultats de l'ECG influent sur le

moment de l'amorce des autres interventions cardiaques comme l'angioplastie, qui est la technique qui consiste à rouvrir par ballonnet un vaisseau sanguin rétréci ou bloqué. Le Ministère n'a pas établi de seuil-repère pour les délais « depuis l'arrivée jusqu'à l'ECG » et « depuis l'arrivée jusqu'à l'angioplastie », mais les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ont indiqué que les seuils-repères généralement reconnus sont de 10 minutes et de 90 minutes respectivement. Deux d'entre eux disposaient de laboratoires de chirurgie cardiaque en mesure d'effectuer une angioplastie. Nous avons remarqué que l'un de ces hôpitaux avait atteint ces seuils-repères dans environ la moitié des cas en 2009 et l'autre, dans environ les deux tiers des cas.

- La rapidité de l'évaluation à l'urgence des patients qui présentent les symptômes d'un accident vasculaire cérébral joue un rôle important dans la prestation de soins de qualité en temps opportun. Ces soins comprennent l'accès à un tomodensitogramme, qui est en général le premier examen prévu avant de pouvoir continuer à prodiguer d'autres soins. Il faut effectuer un tomodensitogramme de la tête avant de donner des médicaments à un patient qui a un accident vasculaire cérébral causé par un caillot de sang. L'un des hôpitaux qui ont reçu notre visite comptait un centre spécialisé en traitement des accidents vasculaires cérébraux. Il disposait d'un protocole de traitement des accidents vasculaires cérébraux à l'urgence qui établissait des seuils-repères, notamment un délai de 10 minutes « depuis l'arrivée jusqu'à l'examen médical » et un délai de 25 minutes « depuis l'arrivée jusqu'au tomodensitogramme ». Ces seuils-repères s'appliquent aux patients qui présentent les symptômes d'un accident vasculaire cérébral et auxquels on peut administrer des médicaments pour dissoudre les caillots de sang. Les données fournies par cet hôpital indiquaient qu'il avait pu respecter dans environ la moitié

des cas le seuil-repère « depuis l'arrivée jusqu'au tomodensitogramme ».

- En ce qui concerne la sepsie, d'après un rapport publié en 2009 par l'Institut canadien d'information sur la santé, une étude de l'unité de soins intensifs de 12 hôpitaux canadiens a démontré que le taux de mortalité des patients atteints d'une sepsie grave était d'un peu plus de 38 %. La détection et le traitement de la sepsie est un processus dans lequel le temps est un facteur déterminant. Selon un article publié par la Society of Critical Care Medicine en 2008, un groupe d'experts internationaux recommandait de commencer le plus tôt possible l'administration d'antibiotiques en intraveineuse et toujours dans la première heure suivant la détection de la sepsie. Or, les longs temps d'attente aux urgences pourraient retarder la détection de la sepsie et l'administration d'antibiotiques en temps voulu. Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite convenaient que le délai « depuis l'arrivée jusqu'à l'administration des antibiotiques » était une mesure importante de la qualité, mais aucun d'entre eux ne consignait ce délai. D'après notre examen des dossiers de patients, ce délai était parfois très long et variait considérablement, soit de 27 minutes à 10 heures. De même, parmi les trois hôpitaux qui avaient reçu notre visite, un seul d'entre eux avait élaboré des protocoles et des directives normalisées pour assurer la détection et le traitement précoces de la sepsie à l'urgence.

### RECOMMANDATION 3

Pour faire en sorte que l'évaluation et le traitement des patients aient lieu en temps voulu et que ceux-ci reçoivent un niveau de soins adéquat à l'urgence :

- les hôpitaux doivent collaborer avec leurs RLISS respectifs pour élaborer, documenter et mettre en oeuvre des procédures pour la surveillance et la réévaluation de l'état des

patients durant la période entre le triage et le traitement conformément au niveau de triage qui leur a été assigné;

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit inciter les hôpitaux à assurer le suivi d'indicateurs critiques de la qualité des soins en rapport avec les maladies les plus graves traitées couramment à l'urgence et pour lesquelles le temps est un facteur déterminant, et envisager la possibilité d'appliquer dans l'ensemble du réseau des protocoles ou des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires pour ces maladies.

### RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivent à la recommandation. L'un d'entre eux élabore présentement un schéma du déroulement des processus et un outil connexe pour garantir que l'état des patients est réévalué et surveillé depuis le triage jusqu'au traitement. Cet hôpital a également collaboré avec le RLISS dont il relève pour élaborer des mesures de la qualité des soins, notamment pour les maladies les plus graves pour lesquelles le temps est un facteur déterminant.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les hôpitaux qui reçoivent des fonds dans le cadre du Programme de financement axé sur les résultats sont déjà tenus de veiller à ce que l'information sur la qualité des soins au service des urgences de chaque hôpital désigné soit examinée à intervalles réguliers par le comité de la qualité qui relève de leur conseil d'administration.

Le Ministère a en outre établi un processus d'« inventaire » visant à ajouter continuellement des indicateurs de rendement clés pertinents dans le cadre de réunions trimestrielles entre les RLISS et le Ministère. À titre d'exemples d'indicateurs, citons le délai jusqu'à la décision

d'hospitaliser le patient ou de lui donner son congé; le délai jusqu'à l'évaluation initiale par le médecin, l'infirmière ou un autre professionnel compétent, le délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation et le pourcentage de congés qui ont lieu avant 11 h.

## COORDINATION AVEC LES AUTRES SERVICES HOSPITALIERS

La fluidité du fonctionnement d'une urgence repose largement sur les bonnes relations de travail avec les autres services hospitaliers. Au service des urgences des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, nous avons remarqué que l'accès aux spécialistes, aux services de diagnostic et au matériel influait directement sur le roulement des patients au sein de l'urgence.

### Accès aux services des spécialistes

Bien souvent, à l'urgence, il faut avoir accès rapidement à des spécialistes de différentes disciplines comme l'urologie et la cardiologie, qui interagissent avec le service des urgences pour confirmer le diagnostic posé. L'indicateur clé de l'obtention des services de consultation en temps opportun est le « délai de consultation » qui mesure le temps écoulé entre le moment où l'urgence fait une demande de consultation et l'arrivée du consultant. Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ainsi que les hôpitaux que nous avons sondés ont indiqué que les longs délais de consultation peuvent être un obstacle important au roulement efficient des patients à l'urgence. Plus précisément :

- Deux des trois hôpitaux ont pu nous fournir leurs délais de consultation. Une urgence consignait ces délais depuis avril 2007 et l'autre recueillait cette donnée en 2009 dans le cadre de son projet d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences. Nous avons remarqué que leurs délais de consultation étaient longs, soit entre deux heures et près de quatre heures. Au troisième hôpital,

qui ne consignait pas systématiquement les délais de consultation, l'examen de dossiers de patients nous a permis de constater, dans les dossiers où ce renseignement était consigné, que le délai de consultation moyen était d'environ trois heures.

- Plus des trois quarts des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que les horaires et les types de consultation limités qui étaient disponibles sur place étaient des obstacles importants au roulement des patients, mais la plupart de ces hôpitaux ne consignaient ni ne surveillaient les délais de consultation.

### Accès aux services de diagnostic

Les urgences comptent sur les services de diagnostic pour aider les médecins à effectuer des évaluations exhaustives des patients. Il est important de demander et d'obtenir rapidement les résultats des examens paracliniques afin d'accélérer la prise de décisions, qui est cruciale pour les patients de l'urgence. L'indicateur clé de la rapidité des services de diagnostic est le « délai d'obtention des rapports de diagnostic », qui mesure le temps écoulé entre la demande d'examen paracliniques par l'urgence et l'obtention des résultats. Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ainsi que les hôpitaux que nous avons sondés ont indiqué ce qui suit :

- L'un des hôpitaux qui ont reçu notre visite considérait l'amélioration du délai d'obtention des rapports de diagnostic comme une occasion d'améliorer le roulement des patients. Une étude des délais menée par cet hôpital à l'égard de 30 patients a révélé que le délai d'obtention moyen des rapports de diagnostic était de 139 minutes. Une analyse plus approfondie de ce délai indiquait que l'examen paraclinique comme tel n'avait duré qu'une vingtaine de minutes en moyenne; le délai restant était imputable à d'autres facteurs, dont l'horaire limité des services d'échographie, les demandes simultanées de services de diagnostic pour des patients hospitalisés et des patients

externes, les retards dans le déplacement des patients entre le service des urgences et la salle des examens paracliniques et les retards au moment d'aviser le service des urgences que les résultats des examens sont prêts.

- Les radiographies, les échographies et les tomodensitogrammes sont les services de diagnostic demandés le plus couramment par les urgences. Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite assuraient la coordination avec leurs services d'imagerie diagnostique afin de garantir que les patients de l'urgence y avaient accès en temps opportun et ils avaient pris des dispositions pour obtenir des services sur demande en cas d'urgence après les heures ouvrables. Toutefois, l'accès aux échographies et aux tomodensitogrammes était limité la nuit et durant la fin de semaine et les congés fériés. Les délais d'obtention des résultats des échographies et des tomodensitogrammes dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite se situaient entre 1,5 heure et 2,5 heures. Deux d'entre eux étaient particulièrement préoccupés par l'accès aux appareils de tomodensitométrie. L'un d'entre eux a indiqué que cet appareil se trouvait loin de l'urgence, ce qui avait des répercussions sur le transport sécuritaire en temps opportun des patients atteints de maladies graves qui avaient besoin d'examen paracliniques.
- Plus des trois quarts des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage ont également déclaré que les horaires et les types limités d'examen paracliniques qui étaient disponibles sur place étaient des obstacles importants au roulement efficient des patients.

### Gestion du matériel des urgences

Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ont reconnu que la quantité de temps que le personnel de l'urgence passait à chercher du matériel constituait un problème. Nous avons fait les constatations suivantes :

- Il arrivait souvent que le matériel de l'urgence n'était pas rangé au bon endroit et ce, pour différentes raisons, comme le fait qu'il n'avait pas été retourné à l'endroit désigné, les contraintes du point de vue de la configuration ou de la superficie du service des urgences et le fait que les patients emportaient avec eux du matériel portable quand ils se rendaient dans d'autres secteurs de l'hôpital.
- Le matériel de l'urgence que le personnel cherchait le plus souvent comprenait les électrocardiographes, les échographes, les moniteurs de signes vitaux, les brassards de tensiomètre et les thermomètres.

Les hôpitaux qui ont reçu notre visite n'avaient ni calculé le temps réellement consacré à chercher du matériel ni déterminé l'impact qu'avait sur le soin des patients le fait de passer autant de temps à chercher du matériel au lieu d'être au chevet des patients. Or, une étude publiée par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé en 2008 confirmait que les infirmières et les médecins de l'urgence consacraient souvent beaucoup de temps à chercher du matériel.

### RECOMMANDATION 4

Pour permettre aux hôpitaux de mieux évaluer l'impact que la consultation de spécialistes et l'accès aux services de diagnostic en temps opportun a sur le soin des patients, en particulier les patients ayant des affections complexes, les hôpitaux doivent consigner les temps d'attente ciblés et réels pour consulter un spécialiste et obtenir des services de diagnostic pour les patients de l'urgence de façon à pouvoir évaluer à intervalles réguliers l'impact que ces temps d'attente ont sur la prestation de soins appropriés en temps opportun aux patients.

### RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivent à cette recommandation. Bien que l'accès en temps opportun aux services de consultation et de diagnostic soit

important, l'un des hôpitaux a indiqué que le développement de nouveaux outils de diagnostic novateurs favoriserait également l'efficacité globale et l'accès en temps opportun à des soins de qualité pour les patients de l'urgence.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examine continuellement les pratiques exemplaires et apprend constamment de nouvelles façons d'améliorer la collecte et le compte rendu des données. Il prévoit qu'il aura mis en place d'ici l'an prochain un processus normalisé de collecte et de déclaration du délai jusqu'à la consultation des spécialistes et du délai jusqu'à l'obtention des services de diagnostic.

## DÉPART DES PATIENTS DE L'URGENCE

### Accès aux lits d'hospitalisation pour les patients admis à l'urgence

Le « temps antérieur à l'hospitalisation » mesure le temps écoulé entre le moment où un médecin de l'urgence décide d'hospitaliser le patient dans une unité de soins et le moment où le patient quitte réellement l'urgence. Bien que le Système recueille depuis avril 2008 les données sur le temps que les patients passent à l'urgence avant d'être hospitalisés, cette information, au moment de notre vérification, n'avait pas été communiquée au public sur le site Web du Ministère et aucun objectif provincial n'avait été établi. Le Physician Hospital Care Committee – un comité tripartite composé du Ministère, de l'Ontario Medical Association et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario – a recommandé en 2006 que le « temps passé à l'urgence jusqu'à l'hospitalisation » soit un objectif de rendement « établi à une heure ».

Afin d'évaluer la rapidité de l'accès aux lits d'hospitalisation pour les patients admis, nous avons obtenu les données consignées dans le Système. D'après les données les plus récentes dont

nous disposions au moment de notre vérification, en février 2010, les patients admis à l'urgence à une unité de soins ont attendu environ 10 heures en moyenne à l'urgence pour un lit d'hospitalisation et dans certains cas, 26 heures et plus. Le délai d'attente moyen pour obtenir un lit d'hospitalisation à compter de l'admission ne s'était pas amélioré de façon significative entre avril 2008 et février 2010 : il variait entre huit heures et 11 heures sur une base mensuelle. L'Association canadienne des médecins d'urgence et l'Affiliation nationale des infirmières/infirmiers d'urgence ont déclaré que les patients qui doivent être hospitalisés ne devraient pas être gardés plus de six heures à l'urgence, dans les corridors ou dans les salles d'attente parce que cette situation dans le cas d'un plus long séjour n'est ni sécuritaire ni humaine pour les malades.

D'après un sondage mensuel effectué par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, il y avait à tout moment entre novembre 2008 et octobre 2009 environ 700 patients dans la province qui attendaient à l'urgence, dans les corridors ou dans un autre lieu public de l'hôpital qu'on les transfère dans un lit d'hospitalisation. Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ont indiqué que le transfert en temps opportun à un lit d'hospitalisation des patients admis à l'urgence pourrait avoir un impact considérable sur la fluidité du fonctionnement de leur service des urgences. Par exemple :

- L'un des hôpitaux avait reçu une plainte en 2009 selon laquelle un patient atteint d'un cancer avait attendu trois jours à l'urgence pour un lit d'hospitalisation. Après enquête, l'hôpital a constaté que l'urgence avait gardé 24 patients admis durant cette période alors qu'il y avait 18 lits inoccupés dans différentes unités de soins pour patients hospitalisés. Nous avons également remarqué qu'il y avait, environ 60 % de tous les jours de l'année en 2008 et 2009, plus de 16 patients qui attendaient un lit d'hospitalisation dans cet hôpital et que la majorité d'entre eux attendaient à l'urgence.



- Un autre hôpital a fait remarquer qu'il y avait trop de patients « admis sans lit » – on admettait des patients alors qu'il n'y avait pas de lit d'hospitalisation disponible –, ce qui allongeait la durée du séjour à l'urgence et nuisait au roulement des patients. Cette situation était imputable aux retards dans le transport des malades par les porteurs d'hôpital, aux retards dans le nettoyage des lits et au fait que les unités de soins ne communiquaient pas clairement que des lits étaient prêts.

Nous avons remarqué que la cause d'un grand nombre de ces retards était les longues périodes d'attente pendant lesquelles des lits d'hospitalisation étaient inoccupés, ce que l'on appelle couramment le « délai d'inoccupation des lits » :

- L'un des hôpitaux était conscient de l'importance de ce problème et utilisait trois systèmes pour assurer le suivi des délais d'inoccupation des lits : le système du service de l'entretien surveillait les délais de nettoyage des lits, le système de l'urgence consignait les déplacements des patients à l'urgence tandis que le tableau de suivi des lits de l'unité de soins pour patients hospitalisés servait à contrôler la disponibilité des lits. Même si cette approche fournissait des renseignements utiles, une meilleure intégration s'imposait pour garantir que le nettoyage des lits s'effectue peu après qu'un lit se libère et, une fois le lit prêt, que le prochain patient puisse être admis rapidement. Nous avons constaté que le délai d'inoccupation des lits dans cet hôpital était d'environ 5,5 heures en moyenne.
- Les deux autres hôpitaux ne surveillaient pas la durée d'inoccupation de leurs lits. L'un ne disposait pas des systèmes nécessaires pour analyser l'ensemble du processus et l'autre avait les systèmes requis, mais ne les avait pas intégrés. Par conséquent, ils admettaient que c'était un problème, mais ils étaient incapables de déterminer l'origine précise des délais.

- Environ les deux tiers des hôpitaux que nous avons sondés ont indiqué qu'ils n'avaient ni la capacité ni l'infrastructure nécessaire pour mesurer la durée d'inoccupation de leurs lits.

## RECOMMANDATION 5

Afin de s'assurer d'identifier et de nettoyer les lits d'hospitalisation vacants et de les rendre disponibles en temps opportun pour les patients hospitalisés qui attendent à l'urgence :

- les hôpitaux doivent se doter d'un processus efficace pour identifier les lits vacants et faire en sorte que l'information sur la disponibilité de lits vacants se transmette entre les unités de soins et les urgences;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec les RLISS et les hôpitaux pour repérer et diffuser les pratiques exemplaires qui permettent aux hôpitaux de réduire les longs séjours inutiles à l'urgence de patients hospitalisés.

## RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux sont d'accord avec cette recommandation. L'un des hôpitaux a commencé à examiner la possibilité d'utiliser la technologie pour assurer le suivi de la situation sur le plan des patients et des lits et pour permettre la communication directe en temps réel entre les services hospitaliers. Un autre hôpital a indiqué que l'application de pratiques exemplaires pour gérer la question complexe qui consiste à assurer l'accès en temps opportun aux lits d'hospitalisation pour les patients admis à l'urgence est une grande priorité de l'équipe de la haute direction de l'hôpital.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a entrepris de nombreuses activités pour faciliter le transfert de connaissances et la diffusion en temps opportun des pratiques exemplaires dans l'ensemble du réseau. Il

travaille en outre en étroite collaboration avec les RLISS et les hôpitaux à différentes initiatives visant à réduire les longs séjours inutiles aux urgences et à faire en sorte que les lits d'hospitalisation vacants soient mis à la disposition des patients en temps opportun.

Le Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences (ED PIP) du Ministère donne de la formation au personnel sur les pratiques exemplaires liées à la rotation des lits d'hospitalisation et aide les hôpitaux à améliorer le roulement des patients depuis leur admission à l'urgence jusqu'à leur sortie d'une unité de soins. Plus de 80 % des hôpitaux qui ont reçu des fonds de l'ED PIP ont fait part d'une amélioration des délais d'occupation des lits et des processus d'admission.

L'entente de responsabilité conclue entre le Ministère et les RLISS comprend des objectifs propres aux RLISS pour trois indicateurs de temps d'attente à l'urgence. Le Ministère et les RLISS se rencontrent tous les trimestres pour discuter des rapports de rendement soumis par les RLISS, notamment des progrès réalisés et des défis posés par l'atteinte des objectifs.

## DOTATION

Il est essentiel d'avoir des niveaux de dotation appropriés pour assurer l'efficacité et l'efficacéité du fonctionnement des urgences; un effectif insuffisant peut certainement être un facteur des longs temps d'attente à l'urgence. Aucune norme provinciale ne définit les besoins des urgences en matière de dotation. Chaque service des urgences prend ses décisions dans ce domaine en fonction du nombre de patients et du niveau de gravité moyen de leurs affections.

### Horaire du personnel infirmier d'urgence

Deux des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite avaient de la difficulté à établir les horaires du

personnel pour combler l'horaire des soins infirmiers de l'urgence. Nous avons examiné ces horaires pour un échantillon de jours en 2008-2009 et constaté que l'un des hôpitaux était incapable de prévoir suffisamment de personnel chaque jour pour combler environ 15 % de l'horaire des soins infirmiers de l'urgence. Le chef de l'urgence devait donc demander à d'autres infirmières d'effectuer des quarts de travail supplémentaires pour répondre aux besoins de la charge de travail. Dans deux des hôpitaux qui ont reçu notre visite, la direction nous a dit qu'il était difficile d'établir l'horaire du personnel infirmier du service des urgences et ce, pour différentes raisons. Les infirmières et infirmiers préfèrent en général s'en tenir à leur horaire habituel; certains ont pu négocier un horaire qui leur convient et n'effectuaient certains quarts de travail que lorsqu'ils avaient été recrutés en ce sens. Les trois hôpitaux devaient respecter les modalités des conventions collectives, surtout sur le plan de l'établissement des horaires du personnel pendant la saison des Fêtes.

Il arrivait souvent que les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite engagent des coûts supplémentaires en demandant au personnel infirmier de l'urgence d'effectuer des quarts de travail supplémentaires pour lesquels il touchait des primes et la rémunération des heures supplémentaires. D'après les conventions collectives des hôpitaux avec le personnel infirmier, une rémunération supplémentaire de ce genre est offerte uniquement quand toutes les possibilités de rémunérer le personnel au taux horaire régulier ont été épuisées. Nous avons identifié plusieurs infirmières d'urgence pour lesquelles le paiement des heures supplémentaires représentait une grande partie de la rémunération totale. Par exemple :

- Dans l'un des hôpitaux qui ont reçu notre visite, la rémunération annuelle versée à l'une des infirmières au titre des heures supplémentaires a représenté plus de la moitié de sa rémunération totale pendant neuf années consécutives. En 2009-2010, sa rémunération totale s'élevait à 157 000 \$, dont 57 %, soit

90 000 \$, représentait la rémunération des heures supplémentaires. Le service des finances de l'hôpital nous a dit qu'il portait ce cas à l'attention de la direction de l'urgence depuis plusieurs années, mais le problème n'était toujours pas réglé.

- Dans un autre hôpital, la rémunération totale de l'une des infirmières en 2009-2010 atteignait 193 000 \$, ce qui comprenait des paiements au titre des quarts de travail supplémentaires et des heures supplémentaires. Ce montant correspondait à près de trois fois le salaire moyen du personnel infirmier à cet hôpital.

Le service des urgences est un milieu exigeant et achalandé dans lequel le personnel est soumis à une pression considérable. Le fait d'effectuer constamment des heures supplémentaires ou des quarts de travail supplémentaires peut, en plus d'entraîner des coûts additionnels pour l'hôpital, entraîner aussi l'épuisement professionnel du personnel infirmier, l'amener à commettre des erreurs et avoir ainsi un effet négatif sur la qualité des soins prodigués aux patients. Bien qu'il soit impossible d'éliminer les coûts liés aux heures supplémentaires, il faut que les hôpitaux assurent une surveillance adéquate de ce point en demandant des comptes rendus réguliers sur les niveaux d'heures supplémentaires et en recourant à d'autres méthodes de dotation, comme l'embauchage de personnel additionnel et l'utilisation de personnel infirmier contractuel quand les conventions collectives le permettent.

### Capacité médicale des urgences et répartition des médecins

Le Centre de données sur les médecins de l'Ontario (le Centre) tient un registre de tous les médecins qui exercent dans la province. Selon les données les plus récentes, la province comptait environ 1 000 médecins d'urgence en 2008. Toutefois, aucune étude exhaustive n'a été effectuée pour déterminer les besoins actuels et prévus en médecins d'urgence

dans la province. ProfessionsSantéOntario, la stratégie provinciale visant à garantir aux Ontariennes et Ontariens l'accès au bon nombre et au bon type de fournisseurs de soins de santé compétents, a publié un rapport en novembre 2009 qui dit que « pour savoir ce qu'est la “ bonne ” capacité quand il est question d'assurer l'accès à des soins de qualité aux résidents, il faudrait mener une étude provinciale pour connaître les besoins des urgences en matière de ressources et de répartition dans l'ensemble de la province ».

Les données fournies par le Centre montrent que le nombre de médecins d'urgence par rapport à la population varie dans les 14 RLISS de la province entre un médecin pour 8 000 personnes et un médecin pour 27 000 personnes, ce qui indique que la répartition des médecins d'urgence dans la province est inégale et qu'il y a possiblement une pénurie dans certaines régions (Figure 11).

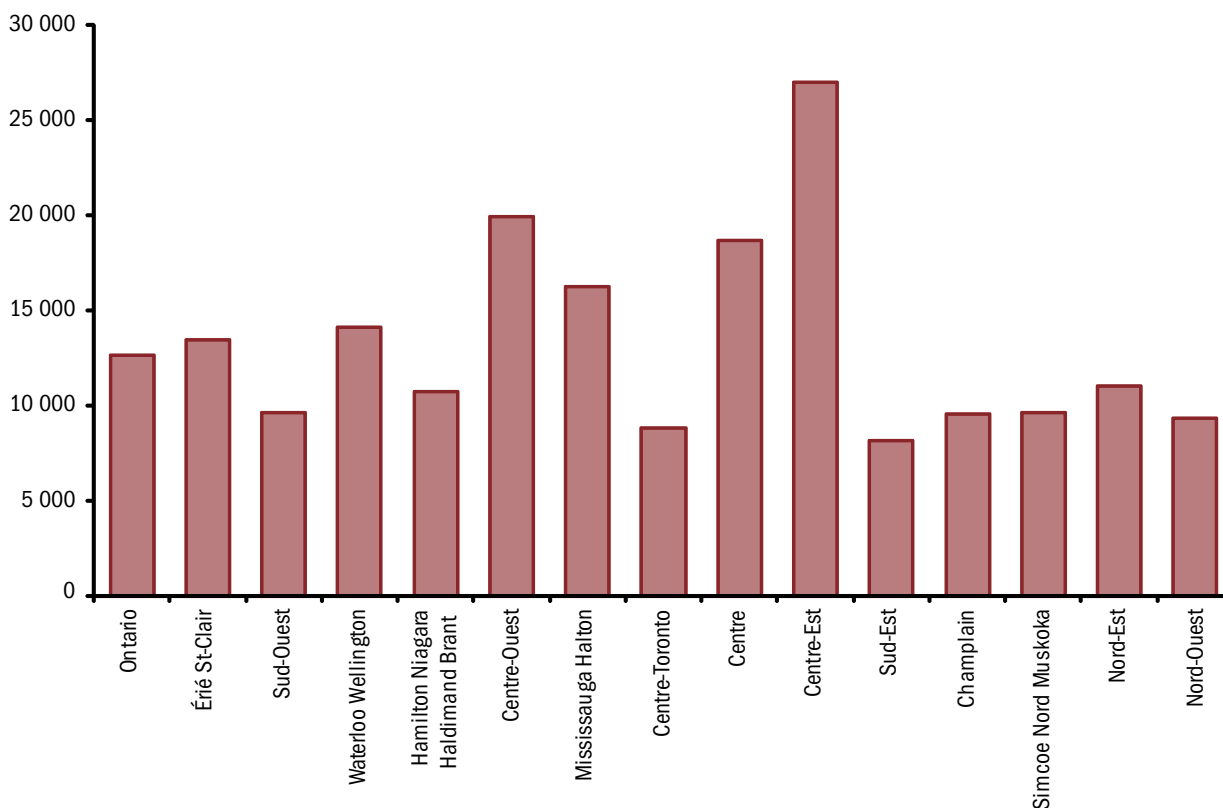
Comme la répartition inégale des médecins d'urgence a entraîné des pénuries dans certaines régions de la province, certains services des urgences ont dû retenir les services de médecins d'urgence d'une agence de placement. Deux des hôpitaux qui ont reçu notre visite et environ 40 % des services des urgences des hôpitaux que nous avons sondés avaient eu recours à des médecins d'agence. D'après les renseignements qu'ils nous ont fournis :

- Le recours aux médecins d'agence coûtait cher. En plus de payer les médecins pour les quarts de travail effectués, le service des urgences devait payer différents frais non cliniques comme les coûts de déplacement et d'hébergement, des frais d'implantation ponctuels (entre 5 000 \$ et 7 500 \$) et des frais d'administration (environ 300 \$ par quart de travail).
- La qualité des médecins d'agence variait et le service des urgences n'avait aucun contrôle quant à leur niveau de compétences et d'engagement.

Une étude indépendante commandée par le Ministère en 2006 recommandait que « les hôpitaux

**Figure 11 : Nombre de personnes par médecin d'urgence, par RLISS, 2008**

Source des données : Centre de données sur les médecins de l'Ontario



prennent tous les moyens possibles pour éliminer le recours aux médecins d'agence dans leurs urgences ». Au moment de notre vérification, d'après les renseignements transmis par l'agence de placement, environ 20 hôpitaux continuaient d'employer des médecins d'agence dans leurs urgences.

## RECOMMANDATION 6

Pour faire en sorte que les urgences fonctionnent de façon efficace avec des effectifs infirmiers et médicaux suffisants :

- les hôpitaux doivent gérer le problème chronique des heures supplémentaires en fixant des objectifs pour réduire le coût des heures supplémentaires à des niveaux acceptables et en instaurant des mesures efficaces pour atteindre ces objectifs;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer avec les RLISS et les hôpitaux pour mener des études visant

à évaluer les besoins, la disponibilité et la répartition régionale des médecins d'urgence dans la province afin d'élaborer une stratégie de gestion viable des ressources humaines qui éliminera en bout de ligne le recours aux médecins d'agence.

## RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivent en bonne partie à cette recommandation. L'un des hôpitaux a indiqué que le recours à du personnel infirmier contractuel pour résoudre le problème des horaires de soins infirmiers n'était pas une solution à long terme réaliste et économique. Un autre hôpital a laissé entendre qu'une stratégie de gestion viable des ressources humaines devrait prévoir des moyens de répondre aux besoins imprévus d'un plus grand nombre de médecins d'urgence découlant de la fermeture saisonnière d'établissements de soins d'urgence de rechange.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collabore avec différents partenaires de prestation pour faire en sorte que les urgences fonctionnent de façon efficiente en appliquant des pratiques exemplaires et les enseignements tirés de l'expérience d'autres établissements qui ont réussi à apporter des améliorations. Ces initiatives comprennent :

- le Projet pilote de permanence des soins dans les services des urgences, qui fournit des services de suppléance d'urgence à titre de mesure temporaire aux hôpitaux désignés qui ont de la difficulté à assurer la permanence dans leur service des urgences;
- le *Guide de référence pour la dotation en personnel des services des urgences*, qui aide les dirigeants des hôpitaux et les RLISS à se familiariser avec les programmes et les incitatifs gouvernementaux susceptibles d'aider les services des urgences;
- un cours de base de deux jours sur la médecine d'urgence à l'intention des médecins de famille, offert par l'Ontario College of Family Physicians en collaboration avec le Ministère;
- une proposition financée par le Ministère portant sur une « formation complémentaire en médecine d'urgence »; il s'agit d'un projet pilote qui créerait un programme intensif en médecine d'urgence à l'intention des médecins de famille (le Ministère a reçu la proposition en mars 2010 et l'examine).

Dans son rapport, le vérificateur reconnaît que l'embauchage de personnel infirmier additionnel dans les urgences peut réduire les coûts liés aux heures supplémentaires. L'engagement qui consiste à embaucher 9 000 infirmières appuie la mise en oeuvre des nouveaux postes permanents à temps plein promis en soins infirmiers. Les mesures qui visent à ce que 70 % du personnel infirmier travaille à temps plein sont aussi susceptibles de réduire le fardeau des coûts liés aux heures supplémentaires et de

favoriser une meilleure continuité des soins, ce qui améliorera les résultats pour les patients et assurera une main-d'oeuvre plus durable.

## IMPACT DES TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE SUR LES SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE (SMU) AMBULANCIERS

Au cours de l'exercice 2008-2009, les ambulances ont transporté environ 700 000 patients aux urgences, ce qui représente environ 13 % des visites à l'urgence. Plus de 80 % d'entre eux étaient des patients ayant des affections complexes auxquels avaient été assignés des niveaux de triage 1, 2 et 3. Les ambulances faisaient souvent la file aux urgences et ne pouvaient procéder immédiatement au déchargement des patients à cause de l'engorgement de l'urgence ou du manque de lits. Ces délais ont des conséquences importantes pour les fournisseurs de services médicaux d'urgence (SMU) dans toute la province. La responsabilité de la prestation des services d'ambulance terrestre continue de relever des 40 municipalités de palier supérieur (régions, comtés et villes) et des dix agents de prestation désignés dans les régions éloignées. Le Ministère a la responsabilité de fixer les normes et de financer la moitié des coûts admissibles approuvés des services d'ambulance terrestre municipaux. Le reste du financement et la prestation effective des services sont la responsabilité des municipalités et des agents de prestation désignés.

### Délais de déchargement

Les ambulanciers paramédicaux continuent de s'occuper des patients qu'ils transportent à l'urgence jusqu'à ce que le personnel infirmier de l'urgence puisse les accepter et qu'un lit soit disponible à l'urgence. Le délai du transfert du soin du patient entre les ambulanciers paramédicaux et le service des urgences est ce qu'on appelle le « délai de déchargement ». D'après notre examen des dossiers de

patients dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite et d'après l'information qui nous a été transmise par les fournisseurs de SMU, les ambulanciers devaient souvent attendre plus d'une heure, et dans certains cas jusqu'à trois heures, avant que le service des urgences prenne la relève et s'occupe des patients arrivés en ambulance.

Nous avons envoyé un sondage aux 14 fournisseurs de SMU qui ont reçu du financement du Ministère pour le programme des infirmières de déchargement (nous en discutons plus loin) qui vise à réduire les temps d'attente à l'urgence; 10 fournisseurs ont répondu au sondage. Tous ont fait part de leur frustration à l'égard des longs délais de déchargement qui réduisent les ressources ambulancières disponibles et font en sorte qu'il y a peu d'ambulances et parfois même aucune ambulance pour répondre à de nouveaux appels urgents. La plupart des répondants se plaignaient que les délais de déchargement faisaient augmenter leurs coûts d'exploitation et minaient le moral du personnel parce que les ambulanciers paramédicaux devaient souvent travailler en temps supplémentaire et ne pouvaient finir leurs quarts de travail à temps. Ils ont dit en outre que les délais de déchargement pouvaient avoir des répercussions sur la qualité des soins prodigués aux patients parce qu'on demandait aux ambulanciers paramédicaux d'effectuer des procédures qui ne faisaient pas partie de leurs compétences et de continuer à dispenser des soins infirmiers aux patients jusqu'à ce qu'ils soient acceptés par le service des urgences; au cours de ce délai, il y avait un risque accru de détérioration de l'état des patients.

### Délai de déchargement des ambulances

Le délai de déchargement des patients transportés en ambulance est un indicateur important de l'accessibilité et de l'efficacité du service des urgences. L'indicateur de rendement clé est le « délai de déchargement des ambulances », qui correspond au temps écoulé entre l'arrivée de l'ambulance, le débarquement du patient de la civière des SMU et

le transfert du soin du patient au personnel hospitalier. Les délais de déchargement des ambulances varient dans l'ensemble de la province et sont nettement plus longs dans les régions urbaines. En 2005, la province a mis sur pied le Groupe de travail sur l'efficacité des services ambulanciers et des services des urgences des hôpitaux pour qu'il se penche sur les services des urgences. Dans son rapport, le groupe a indiqué qu'il « fallait améliorer immédiatement » le délai de déchargement des ambulances et a recommandé l'instauration d'un seuil-repère, à savoir un délai de déchargement des ambulances de 30 minutes 90 % du temps. (Autrement dit, un délai de déchargement des ambulances dépassant 30 minutes 10 % du temps serait acceptable.) Le rapport recommandait également que « les hôpitaux améliorent leur délai de déchargement des ambulances de 10 % par mois jusqu'à ce qu'ils atteignent le seuil-repère ». Bien que le Système de production de rapports sur les services des urgences consigne les délais de déchargement des ambulances depuis octobre 2008, ces renseignements n'étaient ni affichés sur le site Web public ni mesurés par rapport au seuil-repère de 30 minutes.

Afin d'évaluer la longueur des délais de déchargement, nous avons obtenu les délais de déchargement des ambulances consignés dans le Système pour examiner les tendances et les écarts régionaux dans la province. Les délais de déchargement des ambulances ont diminué au cours des premiers mois suivant la mise en place du programme des infirmières de déchargement (voir la section suivante) vers la fin de 2008, mais ils étaient toutefois plus élevés en février 2010 qu'en octobre 2008. En moyenne, tous les mois, le délai de déchargement d'environ 20 % des patients qui arrivent par ambulance au service des urgences continue de dépasser le seuil-repère de 30 minutes par rapport à l'objectif de 10 % indiqué précédemment.

D'après notre examen, il est possible que les délais de déchargement des ambulances soient sous-évalués dans certains hôpitaux. Les données transmises au Système par l'un des hôpitaux qui ont reçu notre visite indiquaient que le délai de

déchargement des ambulances moyen de cet hôpital entre octobre 2008 et août 2009 était très court, soit seulement huit minutes, alors que les données consignées par le fournisseur de SMU qui desservait l'hôpital indiquaient plutôt un délai de 82 minutes. Nous avons demandé les données brutes de l'hôpital et recalculé le délai de déchargement des ambulances, qui était en réalité de 33 minutes. L'écart entre le délai consigné par l'hôpital et celui consigné par le fournisseur de SMU était imputable à deux éléments. Premièrement, le fournisseur de SMU nous a informés que les ambulanciers paramédicaux, dans bien des cas, ne consignaient pas les délais de déchargement des ambulances pour tous les patients; le taux de conformité de ce fournisseur était d'environ 60 %. Deuxièmement, le personnel hospitalier a confirmé qu'une erreur s'était produite dans les données initiales transmises au Système et que le délai de déchargement des ambulances avait été ainsi sous-évalué. Même si le délai de déchargement de seulement huit minutes semblait très court, Action Cancer Ontario, qui est responsable de la gestion du Système, n'avait pas contesté cette donnée. L'organisme nous a dit qu'il travaillait en étroite collaboration avec les fournisseurs de SMU partout dans la province pour améliorer la qualité des données soumises par les urgences.

### Programme des infirmières de déchargement

Afin de réduire les délais de déchargement, le Ministère a commencé à financer en mai 2008 le programme des infirmières de déchargement (le programme), qui vise à améliorer le travail d'équipe et la coordination entre les services médicaux d'urgence et les hôpitaux. Le Ministère a accordé 4,5 millions de dollars en 2008-2009 et 5 millions de dollars en 2009-2010 à 14 fournisseurs de SMU dans la province pour leur permettre de rembourser aux hôpitaux le coût de l'affectation d'infirmières de déchargement, qui s'occupent uniquement de la prise en charge des patients transportés à l'urgence par les SMU. En s'occupant des patients dès leur

arrivée, les infirmières de déchargement libèrent les ambulances et permettent aux ambulanciers paramédicaux de répondre à d'autres appels. Les 14 fournisseurs de SMU sélectionnés ont conclu des ententes avec certains hôpitaux portant sur l'acquisition des services d'infirmières de déchargement. Même si ces infirmières sont employées par les hôpitaux, le Ministère a versé les fonds directement aux fournisseurs de SMU plutôt qu'aux hôpitaux pour avoir l'assurance que les fonds servaient effectivement à l'acquisition des services des infirmières de déchargement et non pas simplement à augmenter l'effectif global des urgences.

Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite ont accueilli favorablement les ressources additionnelles reçues tout en indiquant que les infirmières de déchargement n'apportaient qu'un allègement à court terme. En fait, l'un des hôpitaux s'interrogeait sur l'efficacité de cette solution. Il a indiqué que le programme n'était pas une utilisation judicieuse des ressources parce que les infirmières affectées au déchargement étaient mal intégrées au fonctionnement global d'un service des urgences. Quand d'autres secteurs des urgences avaient des besoins plus urgents, les hôpitaux n'étaient pas autorisés à y affecter les infirmières de déchargement, car celles-ci devaient s'occuper uniquement des patients arrivés en ambulance.

Comme le Ministère n'avait pas effectué d'évaluation formelle du programme, nous avons communiqué avec les 14 fournisseurs de SMU qui avaient reçu des fonds afin d'obtenir leurs commentaires; dix d'entre eux ont répondu. De manière générale, ils nous ont dit que les fonds additionnels avaient certes contribué à améliorer les délais de déchargement, mais il faudra faire davantage pour que ces résultats à court terme soient durables. Plus précisément :

- La plupart des fournisseurs de SMU reconnaissaient que le programme avait réduit les délais de déchargement des ambulances, libéré les ambulances et amené les services des urgences à collaborer avec les fournisseurs de SMU pour améliorer les délais de déchargement.

Toutefois, des données additionnelles à plus long terme seront nécessaires pour confirmer le caractère durable des résultats initiaux. Même si le but du programme n'était pas de régler le problème systémique global des temps d'attente aux urgences, il a effectivement apporté un allègement à court terme. Le succès à long terme du programme passe par la mise en oeuvre parallèle par les hôpitaux d'autres améliorations à long terme du déroulement des processus au service des urgences. Par conséquent, il serait important que le Ministère, les hôpitaux et les fournisseurs de SMU continuent de surveiller l'impact du programme et des autres initiatives visant à réduire les temps d'attente aux urgences.

- Certains fournisseurs de SMU nous ont dit que l'objet du programme était limité et qu'il n'avait pas amélioré de façon significative les délais de déchargement des ambulances. Dans certaines régions, les délais continuaient d'augmenter à cause de deux problèmes principaux. Premièrement, les pénuries de personnel empêchaient que le poste d'infirmière de déchargement soit comblé en tout temps pour optimiser les avantages du programme. Deuxièmement, le financement du personnel infirmier de déchargement et le nombre d'heures accomplies par ce personnel étaient très inférieurs aux niveaux nécessaires pour que le programme ait un impact significatif.

## RECOMMANDATION 7

Afin d'assurer l'utilisation efficace des services médicaux d'urgence (SMU) ambulanciers et d'améliorer la coordination entre les fournisseurs de SMU et les services des urgences, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- déterminer s'il serait pertinent d'adopter comme objectif provincial le seuil-repère d'un délai de déchargement des ambulances de 30 minutes 90 % du temps, recommandé

dans le rapport de 2005 du comité d'experts sur l'efficacité des services ambulanciers;

- collaborer avec les hôpitaux, les fournisseurs de SMU et Action Cancer Ontario pour améliorer la validité et la fiabilité des données sur le déchargement des ambulances et faire en sorte que ces données soient normalisées, cohérentes et comparables;
- collaborer avec les hôpitaux et les fournisseurs de SMU pour évaluer à l'échelle de la province l'efficacité avec laquelle le programme des infirmières de déchargement contribue à réduire les délais de déchargement et à améliorer le roulement des patients au service des urgences.

## RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux appuient les initiatives qui visent à améliorer la qualité des données sur le déchargement des ambulances dans toute la province. Ils apprécient le soutien fourni par le programme des infirmières de déchargement pour améliorer les délais de déchargement des ambulances. L'un des hôpitaux a indiqué que le délai de transfert dont l'hôpital a besoin pour la prise en charge des patients devrait correspondre idéalement à celui du fournisseur de SMU.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère fournit des outils et des programmes pour réduire les délais de déchargement des ambulances depuis 2008 et il continue de le faire. Les hôpitaux qui reçoivent des fonds dans le cadre du Programme de financement axé sur les résultats sont tenus de soumettre des rapports valides sur les données du déchargement des ambulances pour permettre d'assurer le suivi de leurs progrès vers l'atteinte de la norme de 30 minutes. Le Ministère, Action Cancer Ontario et les fournisseurs de SMU poursuivront également leur collaboration pour améliorer la validité et la fiabilité des données sur le déchargement des ambulances.



Même si les hôpitaux visés par la vérification n'ont pas encore constaté d'amélioration des délais de déchargement des ambulances, d'autres hôpitaux, en particulier dans la région de Toronto, ont enregistré une amélioration significative. Le Ministère continue de collaborer avec les intervenants municipaux et reçoit des rapports de rendement en cours d'exercice pour s'assurer que le programme des infirmières de déchargement contribue vraiment à réduire les délais de déchargement des ambulances.

## SURVEILLANCE DU RENDEMENT

### Processus des plaintes et signalement des incidents

Chacun des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite avait mis en place des processus différents pour régler les plaintes et examiner les incidents graves qui se produisaient dans leurs urgences. Nous avons fait les constatations suivantes au cours de notre vérification :

- Les trois hôpitaux disposaient de politiques ou de processus qui indiquaient la façon de traiter les plaintes et précisait qu'il fallait les régler dans un délai de deux à trois semaines. Au moment de notre vérification, l'un des hôpitaux avait reçu des plaintes en rapport avec son service des urgences qui n'étaient pas réglées après deux mois. Un autre hôpital avait fermé des dossiers de plaintes sans donner de réponse ni prendre de mesures; au moment de notre vérification en mars 2010, nous avons remarqué qu'un certain nombre de dossiers de plaintes remontaient à juillet 2009 et qu'ils étaient encore ouverts.
- Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite disposaient d'un système ou processus de signalement des incidents pour consigner les événements qui avaient causé un préjudice à un patient. D'après notre analyse, deux d'entre eux n'avaient pas signalé correctement

des événements défavorables qui s'étaient produits dans leur service des urgences. Nous avons également remarqué que la communication d'incidents critiques ne passait pas toujours par le système de signalement des incidents, mais souvent par d'autres voies comme les plaintes des patients et le bouche-à-oreille. Nous avons également remarqué, quand les incidents étaient signalés, que les résultats de l'enquête et les mesures correctives prises, le cas échéant, n'étaient pas documentés en général.

### Retours non planifiés à l'urgence dans les 72 heures suivant la sortie

Nos recherches indiquent que le taux de retours non planifiés à l'urgence constitue une mesure de la qualité des soins d'urgence. Le fait de retourner à l'urgence dans les 72 heures suivant la sortie pourrait indiquer que la raison de la consultation initiale du patient n'a pas été gérée de façon adéquate. Un mauvais diagnostic a pu être posé durant la première visite ou le diagnostic a été retardé, ce qui donne lieu au retour du patient. Dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, les directeurs médicaux nous ont dit qu'ils étaient certes en mesure de nous fournir des données reliées au retour des patients à l'urgence, mais les seuls cas de retour qu'ils examinaient étaient en général ceux où il y avait eu décès du patient.

Dans le cadre de notre examen de dossiers de patients liés à des cas de retour dans les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, nous avons relevé des cas où des patients avaient reçu leur congé de l'urgence sans avoir passé les examens appropriés, comme un ECG ou des prélèvements sanguins, au cours de leur visite initiale. Certains patients revenus à l'urgence peu après avoir reçu leur congé ont alors été hospitalisés pour subir une opération chirurgicale urgente ou, dans quelques cas, sont même décédés. Il est évident qu'il faut faire preuve de beaucoup de jugement dans la prise des décisions médicales et que le personnel médical

ne prend pas toujours la bonne décision dans tous les cas. Du point de vue de la responsabilisation, de la surveillance et des enseignements tirés de l'expérience, il est important que les retours à l'urgence, surtout ceux qui aboutissent à un décès, fassent l'objet d'une enquête. Toutefois, dans presque tous les cas de retour que nous avons examinés où le patient était décédé et où les décisions initiales n'étaient peut-être pas appropriées, soit il n'y avait pas eu d'examen formel des cas de décès, soit, le cas échéant, il n'y avait pas de documentation à l'appui de l'examen. Dans trois cas, le service des urgences a admis que les patients n'auraient pas dû recevoir leur congé lors de leur visite initiale et que les cas de décès auraient dû être examinés. Dans un autre cas, comme il avait été déterminé que le congé s'était révélé la mauvaise décision, on nous a dit qu'un examen formel n'apporterait rien de plus.

Notre examen nous a permis de constater que le processus d'examen des décès était différent d'un hôpital à l'autre. Dans l'un des hôpitaux, il n'y avait pas de processus d'examen formel de tous les décès ayant lieu à l'urgence; le directeur médical de l'urgence nous a dit que les résultats des examens ou les recommandations qui en découlaient n'étaient pas consignés par écrit, mais plutôt communiqués verbalement aux médecins. Dans un autre hôpital, le processus formel comprenait un comité d'examen des décès. Le comité a souligné que la documentation était un problème important et qu'il fallait l'améliorer; il a indiqué qu'il était difficile d'harmoniser les résultats de l'examen avec les recommandations et d'effectuer le suivi des recommandations qu'il avait formulées. Le troisième hôpital exigeait des examens trimestriels de tous les décès qui avaient eu lieu à l'urgence et que les résultats soient communiqués à son comité de la qualité et de la sécurité des patients. Nous avons toutefois remarqué qu'aucun examen du genre n'avait été effectué depuis juillet 2008.

## Patients qui ont quitté l'urgence sans être vus par un médecin ou malgré l'avis contraire du médecin

Le nombre de patients qui quittent l'urgence sans avoir été vus par un médecin ou sans avoir terminé leur traitement est un indicateur reconnu du rendement et de la qualité des urgences. Même s'il n'existe pas de norme provinciale à l'heure actuelle, nos recherches indiquent que le pourcentage de patients qui quittent l'urgence sans avoir été vus ou traités se situe en général entre 2 % et 3 %. Dans chacun des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite, le taux était d'environ 6 % et atteignait même 8 % durant certains mois. Les longues attentes constituent la raison principale pour laquelle les patients partent avant d'avoir été vus ou d'avoir terminé leur traitement. D'après l'Association des hôpitaux de l'Ontario, tous les hôpitaux devraient disposer d'un processus de suivi documenté des patients qui partent sans avoir été vus ou traités. Notre examen de dossiers de patients a révélé que le service des urgences de l'un des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite s'efforçait en général d'effectuer un suivi auprès de ces patients, surtout s'ils quittaient l'urgence malgré l'avis contraire du médecin. Toutefois, dans les deux autres hôpitaux, nous avons relevé des cas où aucun suivi n'avait été effectué auprès de patients auxquels avait été assigné un niveau de triage 2 ou 3 et qui avaient quitté l'urgence sans avoir été vus par un médecin ou malgré l'avis contraire du médecin.

### RECOMMANDATION 8

Pour faire en sorte que les urgences dispensent des soins d'urgence de grande qualité à tous les patients, les hôpitaux doivent :

- préconiser une culture de la sécurité du patient en utilisant une approche non punitive axée sur les enseignements tirés de l'expérience pour garantir que les événements défavorables sont signalés et résumés aux fins d'analyse et de la prise de mesures correctives;

- effectuer un suivi auprès des patients auxquels a été assigné un niveau de triage correspondant à des affections graves, mais qui ont quitté l'urgence sans avoir été vus par un médecin ou sans avoir terminé leur traitement.

## RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux souscrivent en général à cette recommandation et reconnaissent l'importance de l'examen et du signalement des incidents comme moyen de surveiller la qualité des soins dispensés aux patients. L'un des hôpitaux a souligné qu'il s'est doté d'une politique et de procédures formelles pour examiner les cas de décès imprévus; une équipe pluridisciplinaire passe les cas en revue et formule ensuite des recommandations et des plans d'action précis. Un autre hôpital a lancé un outil de signalement des incidents en ligne pour effectuer le suivi des incidents dans tout l'hôpital.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie cette recommandation et convient que la réduction du nombre de patients qui quittent l'urgence sans avoir été vus contribuera à la sécurité des patients. Le Ministère estime en outre que des recherches devraient être effectuées pour déterminer la prévalence des événements défavorables parmi les patients qui ont quitté l'urgence sans avoir été vus par un médecin.

Au cours de l'exercice 2010-2011, le Ministère a accordé des fonds dans le cadre du Programme de financement axé sur les résultats dans le but précis de réduire de 10 % le temps d'attente avant l'évaluation initiale. Cet indicateur est étroitement corrélé au nombre de gens qui quittent l'urgence sans avoir été vus par un médecin; donc, en réduisant le délai jusqu'à l'évaluation initiale, nous constaterons une réduction du nombre de patients qui quittent sans avoir été vus.

## SOLUTIONS DE RECHANGE AUX SERVICES DES URGENCES

Dans son rapport de 2006 sur l'amélioration de l'accès aux soins d'urgence, le comité de médecins sur les soins hospitaliers estimait que le détournement des patients ayant des affections mineures n'entraînerait qu'une réduction minimale de la demande des services d'urgence et n'aurait qu'un impact minimal sur les temps d'attente. Nous avons toutefois constaté, en 2008-2009, que 2,5 millions de visites aux urgences, soit environ la moitié de toutes les visites à l'urgence en Ontario, avaient été faites par des patients ayant des besoins moins urgents (niveau de triage 4) ou non urgents (niveau de triage 5) auxquels auraient pu répondre d'autres sources de soins médicaux comme les cliniques sans rendez-vous, les cabinets de médecine familiale et les centres de soins d'urgence.

### Patients ayant des affections mineures

Bien que les patients qui arrivent à l'urgence avec des affections mineures (niveaux de triage 4 et 5) puissent habituellement être traités rapidement et recevoir leur congé, plus des trois quarts des services des urgences que nous avons sondés ont indiqué que les patients ayant des affections mineures avaient incontestablement un impact important sur l'engorgement des urgences et le roulement des patients. Nous avons en outre constaté ce qui suit :

- En juillet 2009, le Journal canadien de la médecine d'urgence a publié l'étude intitulée Predictors of Workload in the Emergency Room (POWER), qui constatait que le temps requis par les médecins de l'urgence pour évaluer et traiter les patients variait considérablement à chaque niveau de triage de l'ÉTG. (Le temps moyen requis était de 73,6 minutes pour le niveau 1, de 38,9 minutes pour le niveau 2, de 26,3 minutes pour le niveau 3, de 15,0 minutes pour le niveau 4 et de 10,9 minutes pour le niveau 5.) D'après les résultats de l'étude POWER et le nombre de visites aux urgences en 2008-2009, nous

avons estimé qu'environ 30 % du temps de tous les médecins de l'urgence était consacré aux patients des niveaux 4 et 5 en Ontario.

- Les patients qui n'ont pas de médecin de famille ou qui n'arrivent pas à obtenir un rendez-vous avec celui-ci se rendent à l'urgence bien souvent. Nous avons remarqué que parmi les patients ayant des affections mineures (niveaux de triage 4 et 5) qui s'étaient rendus à l'urgence en 2008-2009, environ 14 % (349 000) n'avaient pas de médecin de famille. Les trois hôpitaux qui ont reçu notre visite et plus de 80 % des hôpitaux que nous avons sondés se sont dits préoccupés par le fait que « les gens qui n'ont pas accès en temps voulu à leur médecin de famille ou qui n'ont pas de médecin de famille » se rendent fréquemment à l'urgence.
- De nombreux visiteurs assidus aux urgences s'y présentent au moins une fois par mois. En 2008-2009, une centaine de patients ont fait en tout 1 600 visites à l'urgence des trois hôpitaux qui ont reçu notre visite. Un grand nombre de ces visites concernaient des symptômes mineurs. Par exemple, un patient s'était présenté à l'urgence à 43 reprises au cours d'une période de 22 mois avec des affections non urgentes comme un mal de dos, un mal de tête, des étourdissements ou des symptômes de la grippe. Le personnel de l'urgence lui avait dit à plusieurs reprises d'aller consulter ensuite son médecin de famille.
- Au service des urgences de l'un des hôpitaux qui ont reçu notre visite, on nous a dit que les services des urgences n'étaient plus un endroit pour les « cas urgents », car ils sont envahis par des patients qui croient qu'ils auront accès plus rapidement aux spécialistes et aux tests effectués en laboratoire en se rendant à l'urgence que s'ils attendent que leur médecin de famille les réfère à un spécialiste ou leur prescrive des examens. Le chef du service d'imagerie diagnostique d'un autre hôpital nous a également dit que de nombreux patients se

rendent à l'urgence uniquement parce qu'ils sont incapables d'obtenir rapidement par d'autres voies un rendez-vous pour un examen paraclinique.

### Centres de soins d'urgence

Au moment de notre vérification, l'Ontario comptait 15 centres de soins d'urgence mis sur pied pour servir les patients ayant des maladies ou des blessures qui doivent être traitées sans délai, mais qui ne mettent pas leur vie en danger. Les centres de soins d'urgence sont ouverts le jour, le soir et la fin de semaine pour fournir des diagnostics et des traitements comme des plâtres, des soins oculaires, des points de suture et des radiographies. (Ils ne font pas de chirurgies.) Le personnel des urgences et les ambulanciers paramédicaux nous ont dit que les centres de soins d'urgence pourraient alléger la pression qui s'exerce sur les urgences en contribuant à réduire le nombre de patients qui se rendent aux urgences pour des affections mineures. Toutefois, les facteurs suivants empêchent les centres de soins d'urgence de fonctionner de façon vraiment efficace :

- Les gens ne sont pas suffisamment renseignés pour pouvoir décider si leur affection doit être traitée à l'urgence ou peut être traitée de façon adéquate dans un centre de soins d'urgence. Le personnel d'un service des urgences nous a dit que même s'il y a eu de la publicité commanditée par le Ministère à la télévision pour renseigner les gens sur les endroits où ils peuvent se rendre pour obtenir des soins médicaux, il faut faire beaucoup plus. Le personnel d'un autre service des urgences nous a dit qu'il est important de sensibiliser les gens et de leur faire clairement comprendre l'utilisation appropriée des centres de soins d'urgence et des services des urgences, car ils croient souvent à tort que les centres de soins d'urgence ont le même personnel et le même matériel que les urgences pour fournir des services de réanimation alors que les gens

ayant des affections complexes doivent en réalité se rendre à l'urgence pour obtenir tous les services nécessaires.

- Les ambulanciers paramédicaux des SMU nous ont dit qu'ils avaient transféré à l'urgence plusieurs patients des centres de soins d'urgence, car leur état était tel qu'ils auraient dû se rendre directement à l'urgence. En revanche, un centre de soins d'urgence nous a dit qu'environ 4 % de ses patients seulement avaient été transférés à l'urgence pour y être traités. De même, la direction de l'urgence d'un hôpital nous a dit que le taux de transfert aux urgences était inférieur à 5 % pour la plupart des centres de soins d'urgence.

## RECOMMANDATION 9

Pour faire en sorte de répondre aux besoins des patients de façon adéquate, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- collaborer avec les hôpitaux pour effectuer d'autres études sur l'impact qu'ont les visites de patients ayant des affections mineures sur les services des urgences, ainsi que sur les initiatives provinciales qui pourraient être mises en oeuvre pour inciter les gens à s'adresser au bon fournisseur de soins médicaux pour obtenir le traitement convenant à leur état;
- évaluer et promouvoir la disponibilité des solutions de rechange aux services des urgences dans chaque région et les faire connaître au public, notamment les cliniques sans rendez-vous, les centres de soins d'urgence, les cabinets de médecine familiale et les autres soutiens communautaires, afin d'optimiser l'obtention des soins appropriés à l'endroit approprié.

## RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux appuient cette recommandation. L'un d'entre eux a répété que la fermeture saisonnière des solutions de rechange aux services des urgences soumet souvent ceux-ci à une pression accrue. Ainsi, il est important d'avoir une stratégie de gestion viable des ressources humaines pour les médecins d'urgence, qui prévoit des moyens pour répondre aux besoins saisonniers et imprévus de médecins.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

En février 2009, le Ministère a lancé un site Web, Vos options de soins de santé, qui énumère les solutions de rechange pour avoir accès à des soins de santé, notamment les cliniques sans rendez-vous et les centres de soins d'urgence. Le Ministère a fait beaucoup de publicité à la télévision et dans les médias au cours des deux dernières années pour faire connaître le site Web et pour sensibiliser les gens aux solutions de rechange aux urgences des hôpitaux. De plus, des brochures ont été envoyées par la poste aux bureaux de soins primaires aux fins de distribution aux membres du public.

Par ailleurs, depuis 2008, le Ministère finance 14 équipes d'intervention infirmière qui se rendent dans les établissements de soins de longue durée pour évaluer de façon préventive les besoins des résidents en matière de soins de santé et dispenser sur place les soins requis afin de réduire le nombre des visites à l'urgence.

Le Ministère travaille également en étroite collaboration avec les RLIS pour évaluer les variations du nombre de visites à l'urgence des patients ayant des affections mineures, ainsi que les initiatives locales potentielles pour continuer de détourner ces patients vers d'autres sources de soins appropriées, notamment les équipes de santé familiale.