

Mise en congé des patients hospitalisés

Suivi des vérifications de l'optimisation des ressources, section 3.02 du *Rapport annuel 2010*

Contexte

Au cours des cinq dernières années, les hôpitaux ontariens ont mis en congé plus d'un million de patients chaque année, dont environ 20 % ont eu besoin de soins après la mise en congé, soit à leur domicile (par exemple, des soins infirmiers et des services de soins personnels comme l'aide pour prendre un bain) soit dans un foyer de soins de longue durée.

Ce sont les médecins des hôpitaux qui décident du moment propice sur le plan médical où mettre en congé les patients. Cette décision est importante parce qu'un séjour prolongé à l'hôpital entraîne des risques pour la santé du patient, notamment contracter une infection nosocomiale (par exemple, l'infection *C. difficile*). Les soins hospitaliers coûtent également plus cher que les soins après la mise en congé. De plus, les patients qui séjournent à l'hôpital plus longtemps que nécessaire empêchent l'accès aux lits d'hôpitaux d'autres patients ayant besoin de soins hospitaliers.

Par conséquent, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), les hôpitaux et les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) ont pris des initiatives en vue de faciliter la mise en congé des patients hospitalisés. Les CASC

évaluent également l'admissibilité aux soins à domicile et aux foyers de soins de longue durée et prennent les dispositions nécessaires, le cas échéant.

En 2010, nous avons mené des travaux de vérification dans trois hôpitaux pour évaluer s'ils avaient mis en œuvre des processus efficaces pour la mise en congé sécuritaire et opportune des patients. Les trois hôpitaux que nous avons visités étaient l'Hôpital Credit Valley à Mississauga (maintenant le campus Credit Valley de l'Hôpital Credit Valley et Centre de santé Trillium), l'Hôpital St. Michael's à Toronto, et l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin à St. Thomas.

Nous avons constaté que les hôpitaux géraient adéquatement certains volets de leur processus de mise en congé et étaient en train de modifier d'autres systèmes pour améliorer le roulement des patients. Cependant, à notre avis, certains aspects des processus dans les trois hôpitaux pouvaient être améliorés. Par exemple, nous rapportions en 2010 qu'à l'échelle de la province, plus de 50 000 patients prêts à recevoir un congé devaient attendre à l'hôpital en raison de retards dans la prise de dispositions pour les soins subséquents à la mise en congé (il s'agit de patients attendant un autre niveau de soins ou ANS). Le nombre total de jours d'hospitalisation des patients ANS avait augmenté de 75 % depuis cinq ans et représentait à cette date 16 %

des jours-patients à l'hôpital en Ontario. Toutefois, personne dans les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les CASC ou les hôpitaux n'était expressément responsable de s'assurer de l'accessibilité des services communautaires, y compris les soins à domicile et de longue durée, lorsque les patients étaient prêts à la mise en congé.

Voici d'autres observations importantes :

- Les trois hôpitaux organisaient de brèves réunions d'une équipe pluridisciplinaire sur la planification des mises en congé, mais les médecins y participaient à un hôpital seulement, et les représentants des CASC assistaient à la plupart des réunions à un autre hôpital seulement.
- Un comité d'experts ministériel a recommandé que les médecins des hôpitaux préparent des résumés de mise en congé afin de communiquer aux fournisseurs de soins de santé subséquents l'information sur les patients, telle que les rendez-vous de suivi, les résultats de tests en attente et les changements de médicaments. Généralement, les résumés de mise en congé étaient rédigés, bien que systématiquement avec beaucoup de retard à un hôpital. Aux trois hôpitaux, on omettait souvent de préparer les bilans comparatifs des médicaments, ce qui augmentait le risque d'erreurs dans la médication.
- Aux hôpitaux que nous avons visités, moins de 10 % du total des congés de patients à transférer à des foyers de soins de longue durée et à des établissements de soins continus complexes et de réadaptation avaient lieu la fin de semaine même si les patients auraient pu recevoir leur congé, parce que bon nombre de ces établissements n'accueillaient les patients que le prochain jour ouvrable.
- Les temps d'attente à l'hôpital pour les patients ANS variaient considérablement dans la province. Par exemple, 90 % de ces patients mis en congé des hôpitaux relevant du RLISS du Nord-Ouest ont été transférés dans les 27 jours de leur désignation ANS, alors que

le délai était de 97 jours dans les hôpitaux relevant du RLISS du Nord-Est.

- Il y avait peu de lignes directrices concernant le délai entre le moment où un hôpital recommande le transfert d'un patient dans un foyer de soins de longue durée et celui où a lieu le placement. De tous les patients ANS de la province qui attendaient un transfert, 90 % ont été transférés à un foyer de soins de longue durée dans un délai de 128 jours et 50 %, dans un délai de 30 jours.
- Au seul CASC qui consignait ces renseignements, les foyers de soins de longue durée ont refusé de 25 % à 33 % des demandes de placement parce que les patients nécessitaient des soins trop importants ou qu'ils avaient des problèmes de comportement. Souvent, les demandeurs acceptés étaient simplement ajoutés à une longue liste d'attente. Par ailleurs, il arrivait fréquemment que les patients refusaient d'être placés dans des foyers ayant une courte liste d'attente ou sans liste d'attente en raison de l'âge des installations ou de la distance de leur résidence familiale.

Nous avons recommandé certaines améliorations, et le Ministère et les trois hôpitaux s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos préoccupations.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Au printemps et à l'été 2012, le Ministère et les trois hôpitaux visités en 2010 nous ont fourni de l'information sur l'état actuel de la mise en oeuvre des recommandations formulées dans notre *Rapport annuel 2010*. Selon cette information, d'importants progrès ont été réalisés dans l'application de plus de la moitié des recommandations. Bien que des mesures aient aussi été prises à l'égard de toutes

les autres recommandations, l'ampleur des progrès varie d'un hôpital à l'autre. L'application intégrale de certaines recommandations (par exemple, l'instauration d'un processus normalisé pour transférer des patients de l'hôpital à un foyer de soins de longue durée) prendra plus de temps. Le résumé de l'état actuel des mesures prises par le Ministère et les hôpitaux suit chaque recommandation.

PLANIFICATION DE LA MISE EN CONGÉ DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Recommandation 1

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

- *que les principaux renseignements concernant la mise en congé, comme la date estimative de mise en congé et la destination du patient après sa mise en congé, sont établis et documentés pour chaque patient au moment de son admission ou peu de temps après celle-ci, et qu'on révise ces renseignements si la date de mise en congé doit être modifiée en raison de l'état de santé du patient;*
- *que les principaux membres de l'équipe pluridisciplinaire qui sont chargés de prendre les décisions, tels que le médecin du patient, qui est responsable de la mise en congé, et qu'un représentant du centre d'accès aux soins communautaires, dans le cas où le patient doit être admis à un foyer de soins de longue durée ou recevoir des services de soins à domicile, participent aux brefs tours de table concernant l'état de préparation du patient à sa mise en congé;*
- *que les dates estimatives et les plans de mise en congé sont communiqués aux patients et à leur famille au moyen d'outils visuels, tels que des tableaux blancs placés dans les chambres des patients, tel qu'il est recommandé dans le cadre du projet collaboratif Flo.*

État

Au moment de notre suivi, deux des hôpitaux ont déclaré que les renseignements clés, comme la date estimative de mise en congé et la destination provisoire, sont généralement établis pour chaque patient au moment de l'admission ou peu après. Un de ces deux hôpitaux a précisé qu'il mettait à jour son système afin de faciliter la consignation de la date estimative de mise en congé après l'admission. Le troisième hôpital a indiqué qu'il mettait en place des stratégies pour établir des dates cibles pour la mise en congé des patients, en précisant que de telles estimations étaient complexes, car il fallait souvent attendre les résultats des examens et des consultations avec les spécialistes avant de pouvoir établir les dates estimatives.

L'un des hôpitaux a souligné que les médecins et les représentants des CASC participaient généralement à un bref tour de table au sujet de l'état de préparation des patients à la mise en congé. Un autre a précisé que si les médecins sont généralement présents ou consultés, les représentants des CASC n'assistent qu'aux réunions concernant les unités où le nombre de patients hospitalisés est élevé. Le troisième a expliqué que les représentants des CASC assistaient aux réunions sur les mises en congé deux fois par semaine, mais participaient à moins de courtes réunions quotidiennes, faute de ressources. Cet hôpital a aussi lancé un projet pilote dans une unité en mai 2012 afin d'améliorer la participation des médecins aux courtes réunions quotidiennes.

Au moment de notre suivi, deux hôpitaux ont précisé qu'en plus de communiquer verbalement aux patients et à leurs proches la date estimative et les plans de mise en congé, ils utilisaient pour ce faire le tableau blanc dans la chambre des patients. Le troisième hôpital a expliqué que les médecins communiquaient déjà de vive voix aux patients la date estimative de mise en congé et certaines unités utilisaient les tableaux blancs, mais que toutes les unités communiqueraient les dates estimatives au moyen du tableau blanc d'ici l'automne 2012.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX SOINS APRÈS LA MISE EN CONGÉ

Dispositions relatives aux services de soins à domicile et à l'équipement

Recommandation 2

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

État

Les trois hôpitaux ont fait savoir qu'ils avaient commencé à prendre des mesures pour mettre en oeuvre la recommandation. Même si aucun n'avait instauré de délais normalisés au sein des RLISS pour informer à l'avance les CASC de la date à laquelle les patients auraient besoin de soins à domicile, deux hôpitaux ont précisé que leur RLISS mettait au point un processus uniformisé de mise en congé pour les hôpitaux du réseau.

Un hôpital a expliqué qu'il se servait toujours du guide d'aide à la prise de décisions mis au point en collaboration avec les CASC, comme il le faisait au moment de notre vérification en 2010. Ce guide précise les délais à respecter pour établir les services de soins à domicile et s'assurer que les services requis sont en place avant de donner au patient son congé de l'hôpital. Cet hôpital a ajouté que son RLISS avait mis en service un système d'aiguillage électronique et d'harmonisation des ressources, afin de permettre aux hôpitaux d'informer directement à l'avance le CASC de la date à laquelle les patients auraient besoin de services ainsi que de toute modification ultérieure de cette date. L'hôpital a aussi souligné qu'il prenait des dispositions pour accroître les renvois à un service communautaire par l'entremise du Projet d'accès et de navigation communautaire,

qui a mis en place un service téléphonique à guichet unique pour aider les patients à trouver des services de soutien communautaire.

Un autre hôpital a souligné que la mise en oeuvre de la recommandation dépendait d'autres organismes et que, de concert avec son CASC, il s'employait à établir de nouveaux processus, normes et attentes concernant la mise en congé opportune des patients nécessitant des soins à domicile. Ces délais uniformisés pour le renvoi des patients au CASC devaient être en place au cours de l'exercice suivant.

Le troisième hôpital a indiqué que son CASC intervenait habituellement auprès des patients peu après leur admission et qu'il était donc généralement au fait des dates estimatives de mise en congé et savait si des soins à domicile étaient nécessaires ou non. En mai 2012, cet hôpital a en outre mis en service un système électronique de renvoi des patients au CASC pour évaluation. Selon lui, ce système lui permettra de mieux suivre la période de préavis donné au CASC à propos des dates de mise en congé des patients et de leurs besoins en soins à domicile.

Dispositions relatives aux soins de longue durée

Recommandation 3

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

État

Au moment de notre suivi, le Ministère avait commencé à examiner trimestriellement les données sur les patients attendant à l'hôpital qu'une place se libère dans un foyer de soins de longue durée et à discuter de la situation avec les RLISS. Il a souligné que ces examens, entre autres, facilitent l'élaboration, la diffusion et l'adoption de pratiques exemplaires en matière de mise en congé de l'hôpital et de placement dans un foyer de soins de longue durée. Il a aussi précisé que les RLISS s'emploient à normaliser le processus de gestion des renvois à l'échelle de la province pour le transfert des patients de l'hôpital à un foyer de soins de longue durée. D'après les estimations du Ministère, des formulaires de renvoi normalisés devraient être établis d'ici mars 2013. En outre, dans le cadre de l'initiative visant à uniformiser le processus de renvoi, un RLISS a mis en oeuvre un système d'aiguillage électronique et d'harmonisation des ressources, qui facilite l'aiguillage et l'appariement des patients à la première place disponible dans un foyer de soins de longue durée approprié. Un autre RLISS a mis en place ce genre de système sur papier. Le Ministère prévoyait que les autres RLISS mettraient en place un projet pilote de système d'aiguillage et d'harmonisation des ressources en 2013-2014, ce qui réduirait le délai de placement dans les foyers de soins de longue durée.

Le Ministère entend collaborer avec les RLISS et les CASC d'ici l'automne 2012 pour déterminer les étapes du processus de placement dans un foyer de soins de longue durée à la mise en congé de l'hôpital, pour lequel des données de référence ou des lignes directrices contribueraient à réduire les délais globaux de placement. Il a aussi affirmé que l'obtention des données du système d'aiguillage et d'harmonisation des ressources sur les délais réels constituerait le premier pas de l'élaboration de lignes directrices et de normes de référence pour exécution de chaque étape du processus de placement des patients hospitalisés dans un foyer de soins de longue durée. Une fois les délais cibles établis, le Ministère s'attend à ce que les RLISS

assurent le suivi du rendement des CASC et lui rendent périodiquement compte de la situation.

Deux des hôpitaux ont souligné que le programme *Chez soi avant tout / Attendre chez soi* avait contribué à réduire le nombre de patients attendant à l'hôpital qu'une place se libère dans un foyer de soins de longue durée. L'un a déclaré qu'il élaborait un processus pour s'assurer que toutes les options du patient sont épuisées avant qu'il n'attende à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de soins de longue durée; l'autre a expliqué qu'il demandait aux familles des patients en attente de placement de sélectionner cinq foyers dans les cinq à sept jours et les encourageait à choisir des foyers ayant un lit disponible ou une courte liste d'attente. Cet hôpital a en outre constaté que même si la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* oblige les foyers à accepter ou à refuser la demande des patients dans les cinq jours, les demandes ne sont généralement pas traitées dans ce délai.

COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ SUBSÉQUENTS

Recommandation 4

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

- *exiger que des résumés de mise en congé soient produits pour tous les patients, conformément au Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux des médecins élaboré par le Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins du Ministère;*
- *établir un objectif en matière de délai, par exemple, un délai maximal de dix jours, pour la production des résumés de mise en congé et leur transmission au médecin de famille des patients ou aux autres fournisseurs de soins de santé subséquents;*

- envisager d'utiliser un modèle de bilan comparatif des médicaments devant être rempli pour chaque patient et indiquant en détail les changements entre les médicaments que prenaient les patients au moment de leur admission et les médicaments qu'ils devront prendre après leur mise en congé.

État

Les trois hôpitaux ont affirmé que des résumés de mise en congé étaient préparés pour tous les patients. L'un a précisé qu'il a élaboré une fiche d'instructions normalisée sur la mise en congé fondée sur les pratiques exemplaires et la rétroaction des médecins de famille de la collectivité et qu'il l'utilise depuis le printemps 2012.

Un autre hôpital a déclaré qu'au moment de notre suivi, 48 % de ses résumés de mise en congé étaient mis à la disposition du médecin de famille du patient dans les 48 heures suivant la mise en congé. Pour 2012-2013, l'hôpital s'est fixé comme objectif de rendre accessibles dans les 48 heures 75 % des résumés de mise en congé. Les deux autres hôpitaux exigeaient que les résumés de mise en congé soient produits dans les 14 jours, mais l'un visait un délai de 48 heures.

En ce qui concerne le modèle de bilan comparatif des médicaments, un hôpital a souligné que ses médecins remplissent actuellement un résumé de mise en congé électronique, qui comprend des renseignements et des directives sur les médicaments anciens et nouveaux du patient. Un autre hôpital prévoyait avoir mis en place un système de bilan comparatif des médicaments sur papier en juillet 2012. Il entendait aussi déployer un système électronique de bilan comparatif des médicaments, en précisant qu'il était encore trop tôt pour en déterminer l'échéancier. Dans le troisième hôpital, les médecins préparent actuellement un bilan comparatif des médicaments, et l'hôpital télécopie la liste des nouveaux médicaments du patient au médecin de famille et au pharmacien de ce dernier.

Au moment de notre suivi, le Ministère a fait savoir qu'environ 1 000 médecins avaient un accès

électronique direct aux résumés de mise en congé des hôpitaux. Par ailleurs, Cybersanté Ontario, en collaboration avec les RLISS, mettait en place des systèmes à l'échelle de la province afin de permettre aux médecins qui utilisent des dossiers médicaux électroniques certifiés par la province d'accéder directement aux résumés de mise en congé des hôpitaux d'ici 2015.

DISPONIBILITÉ DES LITS D'HÔPITAUX

Recommandation 5

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

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

État

Au moment de notre vérification initiale, un des hôpitaux avait modifié l'horaire des mises en congé des patients pour mieux correspondre aux admissions, et avait changé les jours et les heures d'admission et de mise en congé des patients. Il mettait alors en congé environ le quart des patients avant 11 h. Il avait aussi précisé que divers facteurs influençaient sur la disponibilité des lits, notamment l'augmentation du nombre de patients au service d'urgence et la demande

accrue de services spécialisés, par exemple les places en psychiatrie ou les lits d'isolement respiratoire. Au moment de notre suivi, un autre hôpital avait analysé les données sur l'admission et la mise en congé pour mieux cerner les tendances des activités des patients, et avait harmonisé ses services pour répondre le mieux possible à la demande en lits prévue. Le troisième hôpital a précisé qu'il faisait le suivi des mises en congé avant 11 h et avant 14 h et qu'il s'était fixé comme objectif d'avoir un patient des services d'urgence dans un lit d'hôpital dans les 90 minutes suivant la décision d'admission.

Au moment de notre suivi, les trois hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient mis en oeuvre des initiatives en vue de réduire le délai avant que les patients admis obtiennent un lit. À cet égard, l'un des hôpitaux a expliqué que son système de gestion des lits donnait des renseignements « en temps réel » sur l'état des lits, y compris les lits vides qui n'avaient pas encore été nettoyés et les lits disponibles pour un nouveau patient. Un autre hôpital a souligné qu'au nombre de ses initiatives était un système de suivi de l'état des lits entre le moment où un patient le quitte et celui où un nouveau patient l'occupe. Le troisième hôpital a indiqué que son système informatique de gestion des lits fournissait certains renseignements en temps réel sur l'état des lits, mais qu'il devait recourir à un autre système pour informer les services d'entretien ménager des lits à nettoyer. Il a précisé qu'il avait mis sur pied un groupe d'intervention chargé de la réduction du temps où des lits sont inoccupés.

PATIENTS ATTENDANT À L'HÔPITAL LES SOINS APRÈS LEUR MISE EN CONGÉ

Recommandation 6

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

- les hôpitaux, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), doivent renseigner tous les patients et leur famille sur le fait que, pour les patients dont l'état de

santé a été stabilisé et qui ne nécessitent plus de soins actifs (particulièrement les patients âgés), les hôpitaux ne sont pas des endroits sûrs et appropriés pour l'attente des soins requis après la mise en congé (par exemple, en raison du risque de contracter une infection nosocomiale, comme la bactérie C. difficile);

- le Ministère, de concert avec les RLISS, doit évaluer les coûts et les avantages de l'augmentation du niveau des services requis après la mise en congé qui peuvent commencer à être offerts la fin de semaine, afin que les hôpitaux soient davantage en mesure de mettre des patients en congé de façon sécuritaire durant cette période de la semaine;
- le Ministère, de concert avec les RLISS, les hôpitaux et les centres d'accès aux soins communautaires, doit tenir davantage compte d'options telles que celles consistant à faire en sorte que les patients puissent attendre dans un lieu plus approprié leur placement dans un autre établissement de soins comme un foyer de soins de longue durée, ou à accroître la prise de dispositions concernant les logements avec services de soutien afin que les patients puissent continuer de vivre de façon plus autonome.

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

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

État

Au moment de notre suivi, deux des hôpitaux ont dit qu'ils avaient mis en place des processus pour

sensibiliser les patients et leurs proches aux risques d'attendre à l'hôpital pour d'autres soins, lorsque l'état du patient est stable et qu'il ne requiert plus de soins actifs. Le troisième hôpital a indiqué que même s'il n'avait pas de processus normalisé, certains membres du personnel abordaient cette question avec les patients.

Le Ministère nous a informés qu'il avait demandé, en mai 2011, une étude exhaustive sur les coûts et les avantages de l'augmentation des services après la mise en congé les fins de semaine, afin d'améliorer le taux de placement des patients. Le Ministère s'attend à ce que l'étude soit achevée en décembre 2012 et entend communiquer les résultats aux RLISS, aux hôpitaux et aux autres intervenants pour déterminer la meilleure façon d'y donner suite. Un hôpital a souligné que les mises en congé la fin de semaine demeurent problématiques parce que la majorité des foyers de soins de longue durée et des établissements de réadaptation n'admettent aucun nouveau patient la fin de semaine, ce qui retarde la mise en congé de l'hôpital.

Le Ministère a souligné que bien qu'il ne dispose pas d'information sur le nombre de nouvelles places pour des logements avec services de soutien et des services d'assistance créés depuis le 31 mars 2010, il a soutenu la création ou l'élargissement de 28 programmes de logements avec services de soutien et de services d'assistance depuis cette date, ce qui permet d'offrir des services à 20 % plus de personnes qu'auparavant. Le Ministère a aussi mis en oeuvre d'autres initiatives, notamment de nouveaux services gériatriques et des services améliorés à l'intention des personnes âgées de santé faible, afin d'aider les personnes âgées à vivre plus longtemps dans leur propre foyer. Il a également financé un élargissement du programme Vieillir chez soi, qui offre des services aux personnes qui attendent à la maison qu'une place se libère dans un foyer de soins de longue durée. Les trois hôpitaux ont soutenu le programme Vieillir chez soi, et l'un a souligné que même si la loi permet aux patients qui doivent attendre à l'hôpital de sélectionner jusqu'à cinq foyers de soins de longue durée, ils peuvent ne

faire qu'un choix même si le temps d'attente pour ce foyer est long. Deux des hôpitaux encourageaient donc les patients attendant à l'hôpital à sélectionner cinq foyers de soins de longue durée, et l'un d'eux les encourageait fortement à choisir au moins deux foyers ayant des lits disponibles ou une courte liste d'attente.

Le Ministère a également indiqué que les hôpitaux recevaient régulièrement des précisions à propos de la façon de mesurer les temps d'attente pour un ANS, afin de déclarer des données cohérentes au Ministère dans le cadre de sa Stratégie de réduction des temps d'attente. Au moment de notre suivi, 114 hôpitaux soumettaient des données sur les temps d'attente des patients ANS. En outre, depuis septembre 2011, le Ministère communique en temps réel ces données aux hôpitaux, aux RLISS et aux CASC.

Compte tenu des autres initiatives visant à réduire la période d'attente des patients ANS, le Ministère a souligné que la diffusion des renseignements sur le temps que ces patients attendent à l'hôpital n'était pas nécessaire au moment de notre suivi. Le Ministère a toutefois affirmé qu'il assurerait un suivi régulier de cette question.

MESURE DU RENDEMENT

Recommandation 7

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

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

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

État

Au moment de notre suivi, les trois hôpitaux ont indiqué qu'ils faisaient le suivi de certains processus de mise en congé de l'hôpital et en rendaient compte. Un des hôpitaux a expliqué qu'il comparait ses taux de réadmission de patients ayant certains diagnostics à ceux d'autres hôpitaux canadiens. Un autre a souligné qu'il comparait ses indicateurs clés de rendement, dont les taux de réadmission, à ceux d'autres hôpitaux semblables de son RLISS. Le troisième a indiqué qu'il ne comparait pas régulièrement ses résultats à ceux obtenus par d'autres hôpitaux, mais que son RLISS comparait ses pourcentages de mises en congé avant 11 h et avant 14 h chaque jour aux pourcentages enregistrés par

d'autres hôpitaux dans le cadre de son Programme de financement axé sur les résultats.

Les trois hôpitaux ont indiqué qu'ils rendaient compte à la haute direction et au conseil d'administration des indicateurs clés de rendement de la mise en congé; au moment de notre vérification en 2010, un seul hôpital le faisait.

Le Ministère a souligné qu'il n'assure pas de suivi régulier des visites à l'urgence de patients récemment mis en congé pour le même problème de santé ou un problème connexe, bien qu'il examine périodiquement les dossiers des personnes qui se présentent à l'urgence dans les sept jours suivant leur mise en congé du même hôpital, quelle qu'en soit la raison. Il assure également le suivi des réadmissions imprévues dans le même hôpital ou un autre hôpital dans les 30 jours de la mise en congé pour toutes les personnes appartenant à certains groupes d'âge et souffrant d'un problème de santé particulier (par exemple, les personnes de 45 ans ou plus ayant une insuffisance cardiaque congestive). Le Ministère a ajouté que la plupart des réadmissions imprévues se font par l'entremise du service d'urgence de l'hôpital de mise en congé. Il a également précisé qu'il rencontre les RLISS tous les trimestres pour examiner le rendement des hôpitaux, y compris les taux de réadmission.