

Services des urgences des hôpitaux

Suivi des vérifications de l'optimisation des
ressources, section 3.05 du *Rapport annuel 2010*

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. 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 transportés par ambulance, le triage prompt et fiable (c.-à-d. la priorisation des patients selon l'urgence de leur maladie ou blessure), les évaluations par le personnel infirmier et les médecins, les services de diagnostic et de laboratoire, la consultation de spécialistes, et le traitement. En 2011-2012, les services des urgences des hôpitaux de la province ont reçu environ 5,9 millions de visites (5,4 millions en 2009-2010), dont le coût approximatif s'élevait à 1,1 milliard de dollars (960 millions en 2009-2010).

Le public soupçonne que les principales causes des longues périodes d'attente aux urgences sont les patients ambulatoires souffrant de troubles mineurs et les questions liées à l'administration des hôpitaux, telles que le manque de personnel aux urgences. Cependant, au moment de notre

vérification de 2010, nous avons constaté que le manque de lits d'hospitalisation pour les patients du service des urgences à hospitaliser avait un impact important sur l'engorgement et les temps d'attente. Bien que le Ministère et les hôpitaux tentaient activement de résoudre le problème au moment de notre vérification, les temps d'attente aux urgences n'affichaient toujours pas d'amélioration notable et les objectifs provinciaux n'étaient pas atteints, particulièrement en ce qui concerne les patients ayant de graves problèmes de santé. Dans notre *Rapport annuel 2010*, nos constatations principales étaient les suivantes :

- Les lignes directrices de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) recommandent d'effectuer le triage des patients dans les 10 à 15 minutes de leur arrivée à l'urgence. Or, dans les trois hôpitaux que nous avons visités, certains patients attendaient plus d'une heure avant le triage.
- Dans environ la moitié des dossiers de triage réévalués par le personnel infirmier enseignant, la priorité initialement attribuée aux patients par les infirmières de triage selon l'ETG était incorrecte. La majorité des priorités étaient sous-estimées, c'est-à-dire que la gravité de la blessure ou de la maladie du patient avait été sous-estimée.

- Dans la province, de 10 % à 15 % seulement des patients ayant un problème de santé nouveau ou très urgent ont été vus par un médecin dans les délais recommandés, et parfois ils attendaient plus de six heures après le triage avant d'être vus par le personnel infirmier ou un médecin.
- Aux trois hôpitaux visités, l'accès en temps opportun aux spécialistes et aux services de diagnostic avait un impact sur le roulement des patients à l'urgence. Plus des trois quarts des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage provincial mené auprès de 40 hôpitaux ont indiqué que les limites sur le plan des horaires et des types de spécialistes et de services de diagnostic offerts sur place étaient les principaux obstacles au roulement efficient des patients.
- Au moment de notre vérification, les patients des urgences admis dans une unité de soins à l'échelle de la province attendaient en moyenne 10 heures avant d'obtenir un lit d'hospitalisation et dans certains cas, 26 heures et plus. Les délais du transfert des patients des urgences étaient souvent imputables au fait que les lits vacants n'avaient pas été rapidement signalés ou nettoyés.
- Deux des trois hôpitaux visités avaient de la difficulté à trouver du personnel infirmier pour remplir les horaires, surtout pour les quarts de nuit ainsi que les fins de semaine et les jours fériés. Un nombre de membres du personnel infirmier des urgences effectuaient beaucoup d'heures supplémentaires ou des quarts de travail supplémentaires, ce qui faisait hausser les coûts et accroissait le risque d'épuisement professionnel.
- Les ambulanciers paramédicaux devaient souvent rester à l'urgence pendant de longues périodes pour s'occuper de leurs patients en attendant qu'ils obtiennent un lit à l'urgence ou qu'un membre du personnel infirmier de l'urgence les accepte.

- Environ la moitié des visites des urgences dans la province étaient faites par des patients dont les besoins étaient moins urgents, qui auraient pu obtenir des services de rechange, notamment dans les cliniques sans rendez-vous, les cabinets de médecine familiale et les centres de soins urgents.

Nous avons formulé un nombre de recommandations aux fins d'amélioration, et les trois hôpitaux visités et le Ministère s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos préoccupations.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Selon l'information qui nous a été fournie par le Ministère et les hôpitaux, des progrès continus ont été réalisés dans la mise en oeuvre de la plupart des recommandations de notre *Rapport annuel 2010*. Les efforts pour recenser les causes des temps d'attente excessifs et les réduire ont permis d'améliorer le roulement des patients, et ces efforts se poursuivent. Les nouvelles exigences législatives ont accru la reddition de comptes des hôpitaux sur la qualité des soins qu'ils prodiguent. Les hôpitaux ont cependant souligné qu'il demeure difficile d'affecter en nombre suffisant des infirmières et médecins aux services des urgences. Le Ministère et les hôpitaux ont indiqué qu'il faudra donc plus de temps pour donner pleinement suite à certaines de nos recommandations. L'état actuel des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

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

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.*

État

Les trois hôpitaux visités nous ont informés qu'ils avaient pris des mesures pour déterminer les causes des délais dans le roulement des patients et examiner des moyens de réduire les temps d'attente dans les urgences. Un hôpital a adopté des stratégies qui comprennent la promotion du recours à son centre de soins urgents plutôt qu'aux urgences et l'examen des tendances de la mise en congé dans les unités de soins. Un autre hôpital a mis sur pied un bureau d'amélioration des processus chargé d'analyser les causes fondamentales des délais. Le troisième hôpital a quant à lui instauré une unité d'évaluation et de consultation médicales pour accélérer l'évaluation, le traitement et l'admission des patients de l'urgence.

Le Ministère a indiqué qu'il a élargi et reconduit en 2010-2011 et 2011-2012 le Programme de financement axé sur les résultats et le Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences (ED PIP), qui offre au personnel une formation sur les pratiques exemplaires et aide les hôpitaux à financer la mise en oeuvre de pratiques exemplaires et de solutions locales afin d'améliorer le roulement des patients et de réduire les temps d'attente.

- Dans le cadre de l'ED PIP, des équipes d'employés de 81 hôpitaux ont reçu une formation sur la méthodologie LEAN (méthodologie axée sur la rapidité des processus, l'efficacité et l'élimination du gaspillage) et participé à des activités de suivi afin d'améliorer le roulement des patients dans les urgences et les unités de soins en éliminant les étapes redondantes ou inutiles. Le Ministère nous a dit qu'il avait aussi mis au point, à l'intention des hôpitaux, une trousse d'outils bien garnie et des ressources Web qui seront tenues à jour par Qualité des services de santé Ontario (auparavant le Conseil ontarien de la qualité des services de santé).
- Le Programme de financement axé sur les résultats, auquel participent 74 hôpitaux, continue d'avoir une incidence favorable sur la réduction des temps d'attente aux urgences pour les patients ayant des affections mineures. Comme l'indiquent les données les plus récentes de juin 2012, 90 % de ces patients ont été traités dans un délai de 4,2 heures, ce qui se rapproche de la cible de 4 heures. Dans le cas des patients ayant des affections graves, le temps d'attente le plus long à l'urgence pour 90 % d'entre eux était de 10,3 heures en juin 2012, une amélioration d'environ 26 % par rapport à 14 heures en avril 2008, mais toujours supérieur à la cible de 8 heures.

Pour garantir que les hôpitaux reçoivent des fonds pour mettre en oeuvre les initiatives en temps opportun, le Ministère a créé une feuille de route relative aux troupes pour les fonds de fonctionnement et d'immobilisations provenant de paiements de transfert afin de simplifier ses mécanismes de financement et d'accroître les efficacités opérationnelles. Cette feuille de route est un document de référence interactif expliquant aux hôpitaux comment préparer une trousse pour les fonds provenant de paiements de transfert et renfermant des liens aux modèles, documents et renseignements nécessaires.

PROCESSUS DE TRIAGE

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 RLISS 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.

État

Les trois hôpitaux visités ont déclaré avoir régulièrement effectué des vérifications du triage et recueilli des résultats positifs. Par exemple, un hôpital nous a informés que ses vérifications du triage ont constamment affiché un taux d'intégralité et de fiabilité d'environ 80 %, ce qui constitue une amélioration notable par rapport au taux de 44 % déclaré dans notre vérification de 2010. Afin de réduire le fardeau que représente la vérification des dossiers de triage et d'améliorer l'intégralité et la fiabilité du triage, un des hôpitaux a mis en oeuvre en février 2012 un système électronique de triage, qui comprend des invites automatisées et les champs obligatoires des dossiers de triage. Même si les trois hôpitaux visités en 2010 n'ont pas tous mis en place « l'évaluation préalable au triage », ils ont apporté certains changements. Par exemple, un hôpital a adopté un processus de « triage

préliminaire », où l'infirmière de triage parcourt la salle d'attente pour prendre en premier les cas les plus graves, et un autre hôpital a réaménagé son service des urgences pour que le personnel puisse voir tous les patients dans la salle d'attente.

En ce qui concerne le temps d'attente entre l'arrivée et le triage, le Ministère a obtenu des conseils d'Action Cancer Ontario (ACO), qui a géré les données des urgences au moyen du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). ACO a relevé des contraintes techniques liées à la consignation de l'heure exacte de l'arrivée des patients à l'urgence. En août 2011, ACO a constaté, après analyse des données, que la surveillance et la réduction du temps écoulé entre l'arrivée du patient et le triage auraient une incidence négligeable sur la durée totale du séjour à l'urgence. En conséquence, le Ministère continuera de se concentrer sur la consignation du temps d'attente après le triage ou l'inscription, selon la première occurrence.

Pour s'assurer que les hôpitaux et le personnel paramédical adoptent des pratiques de triage uniformisées, le Ministère a mis au point un guide sur l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) pour les soins préhospitaliers à l'intention des auxiliaires médicaux, qui aidera ces derniers à attribuer, à communiquer et à consigner les niveaux de l'ETG de façon appropriée. Au moment de notre suivi, le Ministère s'attendait à ce que le guide soit diffusé à la fin d'août 2012, affiché sur son site Web et distribué à toutes les municipalités (les municipalités sont les principaux responsables de l'expédition des ambulances terrestres).

ÉVALUATION ET TRAITEMENT

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.

État

En ce qui concerne les procédures de suivi de l'état des patients entre le triage et le traitement, un seul des hôpitaux visités a indiqué qu'une infirmière de triage était affectée à la réévaluation périodique des patients qui attendaient de voir un médecin et devait informer immédiatement les médecins si l'état d'un patient changeait. Dans les deux autres hôpitaux, on compte sur le personnel pour respecter les lignes directrices en place concernant la réévaluation de l'état des patients.

Le Ministère a indiqué qu'il a pris les mesures suivantes à la suite de notre vérification pour que les patients reçoivent des soins en temps opportun, de niveau adéquat et de grande qualité dans les services des urgences :

- En application de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, le Ministère exige de tous les hôpitaux publics qu'ils constituent un comité de la qualité des soins, qui doit rendre compte des questions relatives à la qualité des soins dans l'hôpital. Tous les hôpitaux publics sont tenus de soumettre des plans annuels d'amélioration de la qualité à Qualité des services de santé Ontario et de rendre publics ces plans.
- Dans le cadre du Programme de financement axé sur les résultats, le Ministère a continué de demander à tous les hôpitaux dont les services des urgences reçoivent 30 000 visiteurs ou plus par année de présenter régulièrement

l'information sur les indicateurs de la qualité de soins à leur comité de la qualité des soins.

- Le Ministère a tenu des réunions périodiques avec le chef de la direction de chacun des RLISS pour discuter des temps d'attente et de la qualité des soins dans les hôpitaux.

COORDINATION AVEC LES AUTRES SERVICES HOSPITALIERS

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.

État

Les trois hôpitaux visités nous ont informés qu'ils avaient fait le suivi des temps d'attente pour consulter un spécialiste et obtenir des services de diagnostic pour les patients de l'urgence. Ils ont aussi pris des mesures pour réduire les temps d'attente. Un hôpital a prolongé les heures d'ouverture de son service d'échographie pour répondre aux besoins des patients de l'urgence, mené une étude pour déterminer les points à améliorer et établi un plan de travail pour apporter les améliorations nécessaires. Le service des urgences d'un autre hôpital, de concert avec le service d'imagerie diagnostique, a recensé les étapes inutiles ou redondantes du processus de services diagnostiques. Le troisième hôpital a mis en oeuvre un modèle de consultation des spécialistes pour s'assurer que les patients ayant des affections complexes reçus par le service des urgences obtiennent rapidement des plans de diagnostic et de traitement.

Selon le Ministère, les services des urgences recueillent des données sur la consultation de spécialistes depuis avril 2011 dans le cadre de l'initiative du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) dirigée par ACO. Des rapports mensuels ont été présentés au Ministère, aux hôpitaux et aux RLISS pour aider les hôpitaux à évaluer l'incidence de la consultation de spécialistes sur le temps total que les patients passent aux urgences. En outre, le Ministère et ACO évaluent actuellement la faisabilité et les exigences techniques de la collecte des données sur les temps d'attente des patients aux urgences pour une IMR ou un tomodensitogramme. Le Ministère nous a informés que des données préliminaires seraient accessibles à l'été 2014.

DÉPART DES PATIENTS DE L'URGENCE

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.*

État

Les trois hôpitaux visités ont mis en place des processus pour recenser rapidement les lits inoccupés et améliorer la communication à propos de la disponibilité des lits entre les unités de soins et le service des urgences. L'un des hôpitaux a été en mesure de consigner l'heure à laquelle les lits sont nettoyés. Un autre hôpital a mis sur pied une équipe

d'affectation centralisée des lits, chargée de gérer un système automatisé permettant de connaître en temps réel les lits inoccupés prêts à recevoir les patients des urgences. Le troisième hôpital a commencé à mettre en oeuvre une nouvelle technologie qui permettra une communication directe en temps réel dans tout l'hôpital des renseignements sur les mises en congé, la réaffectation des lits et les lits à nettoyer.

Le Ministère nous a informés que le programme ED PIP et le Programme de financement axé sur les résultats visaient à réduire les séjours inutilement longs des patients admis aux urgences. Particulièrement :

- L'ED PIP vise principalement à améliorer le roulement des patients en embauchant du personnel d'entretien ménager, du personnel infirmier et des préposés au transport afin d'établir un processus simplifié et de réduire le délai de roulement des lits (« délai d'occupation des lits »). Le Ministère a retenu les services de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) pour évaluer l'efficacité de l'ED PIP. Les résultats préliminaires de l'évaluation montrent que les hôpitaux ayant mis en oeuvre l'ED PIP ont amélioré leurs temps d'attente aux urgences. Le rapport final est attendu en mars 2013.
- Dans le cadre du Programme de financement axé sur les résultats, le Ministère a octroyé à 24 services des urgences des fonds particuliers d'environ 26 millions de dollars en 2011-2012 pour ouvrir et exploiter 212 lits d'hospitalisation de courte durée afin de déplacer rapidement les patients admis aux urgences dans des unités de soins. Les résultats de mai 2012 montrent que le délai de transfert des patients des urgences aux unités de soins était de 21 heures, ce qui représente une réduction de 11 % par rapport aux 23,6 heures d'attente enregistrées en mai 2011.

DOTATION

Recommandation 6

Pour faire en sorte que les urgences fonctionnent de façon efficiente 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.*

État

Deux des hôpitaux visités ont indiqué que les heures supplémentaires continuaient de poser problème parce qu'il demeurerait difficile de recruter et de maintenir en poste du personnel infirmier d'urgence compétent. Les trois hôpitaux visités ont mis en oeuvre certaines mesures pour réduire les coûts relatifs aux heures supplémentaires. Deux hôpitaux ont examiné les horaires du personnel ainsi que les tendances en matière de congés de maternité, de jours de maladie, de vacances et d'heures supplémentaires pour s'assurer d'une structure des effectifs appropriée, pour parer aux postes vacants et pour réduire la nécessité des heures supplémentaires. L'autre hôpital a intégré la réduction des heures supplémentaires à ses objectifs organisationnels et, en deux ans, son service des urgences a réduit les heures supplémentaires, passant de 6,6 % des heures totales travaillées en 2008-2009 à 5,8 % en 2010-2011. Il est en train de mettre au point une stratégie de recrutement et de maintien en poste, dont la mise en oeuvre est prévue pour 2012-2013.

Le Ministère nous a informés qu'il avait mis en oeuvre plusieurs initiatives pour s'assurer que les

services des urgences disposent d'un nombre suffisant de médecins. Par exemple :

- En 2011, le Ministère a lancé une initiative d'aide financière estivale pour les services des urgences désignés afin d'offrir plus de services médicaux d'urgence et de garder ouvertes les urgences pendant l'été, où la dotation est plus difficile. Des fonds de 2,1 millions de dollars ont été fournis dans le cadre de cette initiative pour assurer l'ouverture de 97 urgences à l'été 2011. L'initiative se poursuit en 2012.
- Le Ministère a offert un financement ponctuel d'environ 2,5 millions de dollars sur trois ans (2011-2012 à 2013-2014) pour un projet pilote de formation complémentaire en médecine d'urgence, dans le cadre duquel on propose aux médecins de famille d'effectuer un stage rémunéré de formation continue à temps plein d'une durée de trois mois dans un service des urgences. L'Université de Toronto a mis en oeuvre ce projet afin d'améliorer les compétences en médecine d'urgence d'au plus 20 médecins de famille par année et d'améliorer la permanence dans les petits services des urgences en milieu rural.
- Le Ministère, en collaboration avec l'Ontario College of Family Physicians, a offert un cours de base de deux jours en médecine d'urgence à l'intention des médecins de famille, afin de réintégrer ces derniers dans les urgences. Ce cours a été offert à différents endroits en Ontario comme cours d'actualisation des médecins de famille qui travaillent actuellement dans un service des urgences et comme cours d'appoint destiné aux médecins de famille ayant déjà travaillé dans un service des urgences.

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

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.*

État

Le Ministère nous a informés que le Programme de financement axé sur les résultats comprenait un repère pour le délai de déchargement des ambulances de 30 minutes, 90 % du temps. Les 74 hôpitaux qui ont participé à ce programme devaient produire des données sur le déchargement des ambulances et faire la preuve de progrès réalisés dans l'atteinte de la cible de 30 minutes.

D'après le Ministère, l'absence de définition provinciale de transfert de soins de l'ambulance à l'hôpital constitue le principal défi à l'heure actuelle. Pour remédier à cette situation, le Ministère travaille à la collecte des données en collaboration avec les hôpitaux, les SMU et ACO en

utilisant la définition actuelle du Système national d'information sur les soins ambulatoires pour le transfert de l'ambulance à l'hôpital, comme définition provinciale pour les hôpitaux et les SMU.

En 2008-2009, le Ministère a lancé le Programme des infirmières de déchargement et a offert 4,5 millions de dollars à 14 municipalités où les déchargements accusaient un retard, pour qu'elles créent 42 postes d'infirmière de déchargement. En 2010-2011, le Ministère a élargi le programme à 16 autres municipalités et a porté le financement à 9,6 millions, ce qui a permis aux hôpitaux d'offrir environ 191 000 heures de soins infirmiers supplémentaires. En 2011-2012, il l'a étendu à 18 municipalités avec un financement total de 11,7 millions de dollars équivalant à environ 225 400 heures de soins infirmiers supplémentaires. Selon l'évaluation du Ministère, les municipalités ont signalé des améliorations des délais de déchargement des ambulances, car le Programme des infirmières de déchargement a permis de libérer six ambulances entièrement dotées par jour pour répondre en temps opportun aux nouveaux appels urgents.

Les trois hôpitaux visités nous ont informés qu'ils travaillaient en étroite collaboration avec leur RLISS respectif et d'autres hôpitaux pour assurer le suivi des délais de déchargement des ambulances. Ils ont aussi comparé leurs résultats avec ceux d'hôpitaux comparables dans leur région et la province. Ils ont poursuivi leur collaboration avec le Ministère et les SMU de leur région pour évaluer l'efficacité du Programme des infirmières de déchargement à l'égard de la réduction des délais de déchargement des ambulances.

SURVEILLANCE DU RENDEMENT

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.

État

Les trois hôpitaux visités nous ont avisés des mesures prises pour promouvoir une culture axée sur la sécurité des patients. L'un des hôpitaux a récemment mis en oeuvre un processus de traitement des incidents critiques. Un autre a mis en place, en juin 2010, le système automatisé de signalement des incidents SAFE ainsi qu'un processus d'examen distinct des incidents critiques. Le troisième hôpital a lancé une campagne visant à favoriser le signalement des incidents ainsi qu'un processus de signalement en ligne des incidents.

Le Ministère nous a aussi informés que, pour préserver et promouvoir une culture axée sur l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux, le gouvernement avait apporté plusieurs modifications législatives. Par exemple :

- En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, tous les hôpitaux doivent élaborer des plans annuels d'amélioration de la qualité comprenant des données sur les incidents critiques. Les conseils des hôpitaux sont tenus de s'assurer que les administrateurs ont établi un mécanisme d'analyse des incidents critiques et d'élaboration de plans pour éliminer ou réduire le risque d'incidents similaires à l'avenir.
- Le 1^{er} janvier 2011, le Règlement 965 afférent à la *Loi sur les hôpitaux publics* de 1990 a été modifié pour faire en sorte que les administrateurs des hôpitaux fournissent des données cumulatives sur les incidents critiques à leur comité de la qualité des soins au moins deux fois par année.

- Le Ministère a diffusé une directive stipulant qu'à compter du 1^{er} octobre 2011, tous les hôpitaux publics sont tenus de signaler tous les incidents critiques liés aux médicaments et aux solutions intraveineuses par l'entremise du Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI) dans les 30 jours de la divulgation de l'incident critique au Comité consultatif médical du Ministère, à l'administrateur ou au patient.
- La *Loi de 2011 sur des lendemains meilleurs pour l'Ontario (mesures budgétaires)* a créé une exemption à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* selon laquelle les hôpitaux peuvent refuser de divulguer des renseignements lorsque les personnes ayant fourni ces renseignements l'ont fait en s'attendant à ce qu'ils demeurent confidentiels. Cette exemption, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, encourage les employés des hôpitaux à discuter librement et en toute franchise des questions relatives à la qualité des soins sans craindre que leurs commentaires soient divulgués.

Les trois hôpitaux visités avaient mis en place des procédures pour s'occuper des patients qui ont quitté l'urgence sans avoir vu un médecin ou sans avoir terminé leur traitement. Deux des hôpitaux ont demandé au personnel infirmier ou au directeur du service des urgences d'effectuer un suivi par téléphone à ces patients. En outre, grâce à l'ED PIP et au Programme de financement axé sur les résultats, la situation dans les trois hôpitaux s'est améliorée, car moins de patients ont quitté l'urgence sans avoir vu un médecin. Dans un hôpital, le pourcentage des patients ayant quitté l'urgence sans avoir vu un médecin est passé de 4 % à 0,4 %; dans un autre, ce pourcentage est passé de 6,1 % à 3 %; et dans le dernier, de 5,4 % à 0,5 %.

SOLUTIONS DE RECHANGE AUX SERVICES DES URGENCES

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.*

État

Le Ministère nous a informés qu'il avait poursuivi ses initiatives pour mieux sensibiliser le public aux services de rechange aux urgences afin d'encourager les gens à s'adresser au bon fournisseur de soins médicaux pour obtenir le traitement convenant à leur état. Par exemple :

- En novembre 2010, le Ministère a relancé son site Web « Vos options de soins de santé », qui comprend un service d'inscription en ligne au service Accès Soins, dont l'objectif est d'aider les Ontariens à trouver un médecin de famille et qui offre des outils de recherche pour connaître les temps d'attente pour les chirurgies et les services de diagnostic. De mai à août 2011, le Ministère a lancé une campagne de publicité afin de faire connaître le site Web « Vos options de santé » à la télévision, à la radio, en ligne et chez les fournisseurs de soins de santé.

- En mai 2011, le Ministère a installé 20 guichets dans des urgences sélectionnées afin d'offrir l'accès au site Web « Vos options de soins de santé » et à un répertoire des fournisseurs de soins de santé de la collectivité auxquels les citoyens peuvent s'adresser pour obtenir les services dont ils ont besoin. L'installation des 20 guichets s'est achevée en août 2011, et en avril 2012, les utilisateurs y avaient effectué plus de 220 000 recherches.
- En 2011-2012, le Ministère a octroyé un financement de base de 3,5 millions de dollars pour 42 postes de personnel infirmier à temps plein au sein des équipes d'intervention infirmière, qui offrent des soins directement aux résidents des foyers de soins de longue durée afin de leur éviter de se présenter inutilement aux urgences. Des fonds supplémentaires d'environ 1,5 million de dollars ont été consacrés à la création de 30 postes supplémentaires de personnel infirmier à temps plein afin d'élargir les équipes d'intervention infirmière dans certains RLISS.

Au moment de notre suivi, les données du Ministère indiquaient que ces initiatives avaient permis de réduire le volume de patients ayant des affections mineures dans les urgences; le pourcentage de ces patients par rapport au nombre total de visites aux services des urgences est passé de 45 % en 2009-2010 à 41 % en 2011-2012.

Outre les initiatives mises en oeuvre par le Ministère, les trois hôpitaux visités ont aussi pris des mesures. L'un d'eux nous a informés qu'il avait ouvert un centre de soins urgents en avril 2011 et qu'en collaboration avec le personnel des relations publiques, il avait mis en place des initiatives de sensibilisation de la collectivité à l'usage approprié du service des urgences et du centre de soins urgents. Deux hôpitaux ont collaboré avec leurs intervenants, y compris les RLISS, les hôpitaux comparables et les foyers de soins de longue durée, à la promotion des services de rechange comme les cliniques externes afin de réduire les visites aux urgences et les admissions à l'hôpital.