

Services d'ambulance terrestre

Contexte

RESPONSABILITÉS

La prestation des services d'ambulance terrestre en Ontario est régie par la *Loi sur les ambulances* (la Loi). En vertu de cette loi, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée doit assurer « l'existence dans tout l'Ontario d'un réseau équilibré et intégré de services d'ambulance et de services de communication utilisés pour l'expédition d'ambulances ». La Loi stipule en outre que chaque municipalité doit « veiller à la fourniture satisfaisante des services d'ambulance terrestre dans la municipalité, conformément aux besoins des personnes qui s'y trouvent ». Ainsi, 42 municipalités et huit autres agents de prestation désignés situés principalement dans des régions éloignées (ci-après désignées collectivement les municipalités) ont la responsabilité d'assurer la prestation des services d'ambulance terrestre en Ontario. Si la plupart des municipalités offrent les services directement, environ 15 % ont choisi d'en confier la prestation à un tiers. De manière générale, les services d'ambulance terrestre sont dispensés par deux types d'ambulanciers paramédicaux, à savoir les ambulanciers de premier niveau (qui exécutent les procédures de base et certaines procédures avancées de maintien des fonctions vitales) et ceux de

niveau avancé (qui exécutent les procédures de base et toutes les procédures avancées de maintien des fonctions vitales). En tout, les municipalités comptent environ 830 ambulances et 300 autres véhicules d'intervention en cas d'urgence (ces véhicules sont dotés d'un ambulancier paramédical, mais ils ne peuvent pas transporter de patients).

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) supervise les services d'ambulance d'après les exigences énoncées dans la Loi. Il lui incombe notamment d'établir des normes pour le matériel ambulancier et les soins dispensés aux patients, de surveiller et d'assurer la conformité à ces normes et, au moyen de l'examen des services, de certifier que les fournisseurs de services d'ambulance peuvent exercer leurs activités en Ontario. La fonction d'ambulance terrestre du Ministère compte environ 560 équivalents temps plein dont la plupart travaillent dans les centres de répartition administrés par le Ministère.

CENTRES DE RÉPARTITION ET BASES HOSPITALIÈRES

En Ontario, l'expédition des ambulances terrestres relève de 22 centres de répartition dont 11 sont administrés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, six par des hôpitaux, quatre par des municipalités et un par un exploitant privé.

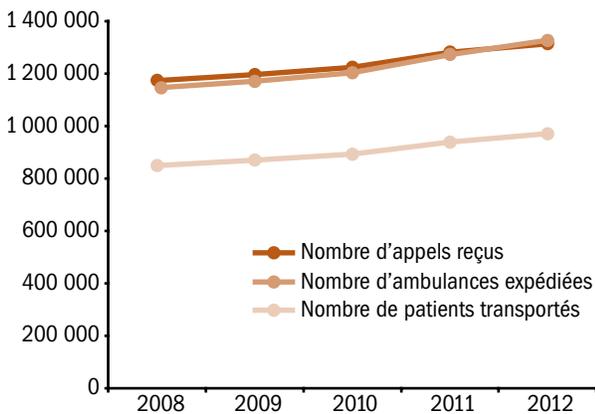
De plus, sept bases hospitalières (dont chacune comprend un groupe de médecins travaillant dans un hôpital) assurent la supervision médicale des ambulanciers paramédicaux en leur offrant, notamment, les conseils requis en matière de soins préhospitaliers ainsi que de la formation continue. Depuis 2008, le nombre d'appels pour obtenir le service d'une ambulance, le nombre d'expéditions d'ambulance et le nombre de patients transportés augmentent constamment, comme on peut le voir dans la Figure 1. En 2012, il y a eu environ 1,3 million d'expéditions d'ambulance en Ontario et environ 970 000 patients ont été transportés, ce qui représente une augmentation d'environ 15 % dans les deux cas depuis 2008.

FINANCEMENT

Au cours des dernières années, le Ministère a financé environ 50 % des coûts engagés par chaque municipalité au cours de l'année précédente au

Figure 1 : Nombre d'appels reçus, d'ambulances expédiées^{1, 2} et de patients transportés, 2008-2012

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



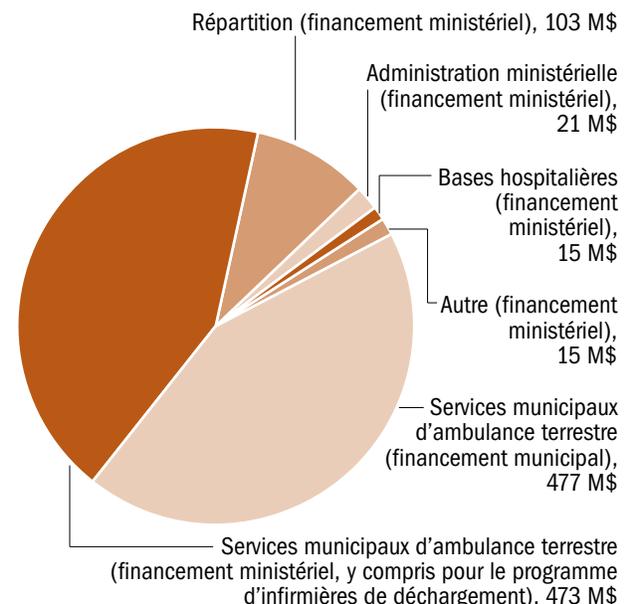
1. Bien que ce ne soit pas inclus dans le nombre d'ambulances expédiées, le travail de répartition comprend également l'expédition des véhicules d'intervention en cas d'urgence – il y a eu 116 000 expéditions de ces véhicules en 2012 – et le repositionnement des ambulances (p. ex. pour les rapprocher de la prochaine demande d'intervention prévue – 620 000 repositionnements en 2012).
2. Alors qu'on expédie en général une ambulance pour répondre à chaque appel reçu, il arrive dans certains cas (p. ex. un accident de la route) que le nombre d'appels reçus est beaucoup plus important que le nombre d'ambulances expédiées. Dans d'autres cas (p. ex. quand l'ambulance la plus proche est expédiée et quand l'ambulance la plus proche dotée d'un ambulancier paramédical de niveau avancé est expédiée), le nombre d'ambulances expédiées sera plus important que le nombre d'appels reçus.

titre des services d'ambulance terrestre municipaux, majorés pour tenir compte de l'inflation. Le Ministère finance le coût intégral des services d'ambulance terrestre fournis par les 10 services d'ambulance des Premières Nations ainsi que de la prestation de ces services dans d'autres endroits (principalement des régions éloignées). Il finance également la totalité des coûts approuvés par le Ministère pour les centres de répartition et les bases hospitalières. Pour l'exercice 2011-2012, les coûts totaux estimatifs des services d'ambulance terrestre s'élevaient à 1,1 milliard de dollars, financés à hauteur de 627 millions de dollars par le Ministère (comme indiqué dans la Figure 2) et de 477 millions de dollars par les municipalités. Le financement ministériel comprend un montant de 12 millions de dollars pour le programme des infirmières de déchargement. Dans le cadre de ce programme, du personnel infirmier de l'hôpital prend en charge les patients arrivés en ambulance afin de réduire le temps d'attente des ambulances dans les hôpitaux achalandés.

On trouvera un glossaire à la fin du présent rapport.

Figure 2 : Dépenses ministérielles et municipales estimatives consacrées aux services d'ambulance terrestre, 2011-2012 (en millions de dollars)

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



Objectif et portée de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le Ministère avait mis en place des procédures pour s'assurer, d'une part, que les services d'ambulance terrestre municipaux répondent de manière efficiente aux besoins des Ontariens en matière de soin et de transport des patients et, d'autre part, qu'ils respectent les exigences ministérielles et législatives. La haute direction du Ministère a examiné et accepté notre objectif ainsi que les critères d'audit connexes.

Notre travail d'audit s'est effectué principalement à la Direction des services de santé d'urgence du Ministère. Nous avons rendu visite également à trois services d'ambulance municipaux, soit les Services médicaux d'urgence de Toronto (administrés par la Ville de Toronto), les Services médicaux d'urgence de Superior North (administrés par la Ville de Thunder Bay) et les Services médicaux d'urgence d'Essex-Windsor (administrés par le Comté d'Essex), pour examiner des registres comptables se rapportant aux subventions ministérielles versées aux municipalités et connaître leur point de vue sur la prestation des services d'ambulance terrestre en Ontario. Nous avons aussi rendu visite à deux centres de répartition, l'un exploité par le Ministère et l'autre par une municipalité, et à une base hospitalière afin d'obtenir de plus amples renseignements sur leurs politiques et leurs pratiques en lien avec les services d'ambulance terrestre. Nous avons également discuté avec des représentants de l'Ontario Association of Paramedic Chiefs – un organisme sans but lucratif composé de cadres supérieurs provenant de 46 municipalités et de neuf fournisseurs de services d'ambulance à forfait, qui conseille le Ministère sur les services médicaux d'urgence – et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour connaître leur point de vue sur les services d'ambulance terrestre. Nous avons aussi rencontré des représentants de l'Ontario Stroke Network et du Réseau ontarien de soins cardiaques pour en apprendre davantage sur le transport par

ambulance des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) et de ceux victimes d'un arrêt cardiaque.

Dans le cadre de notre audit, nous avons : examiné les documents pertinents ainsi que les politiques et procédures administratives; analysé des renseignements; interrogé le personnel compétent du Ministère, des services d'ambulance terrestre municipaux, des bases hospitalières et des centres de répartition; passé en revue les études pertinentes de l'Ontario et d'autres administrations. Par ailleurs, nous avons demandé au Ministère d'exécuter un certain nombre de rapports informatisés pour nous aider dans l'analyse des protocoles de répartition. Nous avons également retenu à titre consultatif les services de deux experts-conseils indépendants ayant une connaissance approfondie des services d'ambulance terrestre.

Résumé

Le financement octroyé par le Ministère aux municipalités a presque doublé entre 2004-2005 et 2011-2012. Les plus fortes augmentations, enregistrées entre 2004-2005 et 2008-2009, reflétaient l'engagement du gouvernement à fournir 50 % du coût des services d'ambulance terrestre et l'accroissement subséquent de la subvention, qui est passée de 241 à 401 millions de dollars. Les hausses annuelles s'élèvent à 6 % en moyenne depuis 2008-2009. Dans l'ensemble, bien que le financement des services d'ambulance terrestre ait presque doublé, le nombre de patients transportés durant la même période a augmenté de seulement 18 %. Par ailleurs, il n'y a pas de mesure axée sur le patient du temps écoulé entre la réception de l'appel et l'arrivée de l'ambulance auprès du patient. Le Ministère ignore si les fonds supplémentaires versés se sont traduits par une meilleure optimisation des ressources quant aux niveaux de service et aux résultats pour les patients. D'après les données du Ministère, on note une certaine amélioration des

délais d'intervention des services d'ambulance depuis 2005; toutefois, durant l'année civile 2012, il n'y avait toujours qu'environ 60 % des 50 municipalités qui répondaient à 90 % des appels d'urgence dans un délai de 15 minutes, comme indiqué dans la Figure 5.

La formule de financement du Ministère fait en sorte qu'il octroie un montant plus élevé aux services d'ambulance terrestre dont les dépenses sont plus élevées, sans égard au niveau de service réel fourni. Le Ministère a indiqué qu'il fallait s'attendre à des niveaux de service différents et qu'il n'avait pas comparé le financement versé à chaque municipalité avec les services d'ambulance fournis. En outre, il n'avait pas déterminé la raison des écarts de financement, lesquels pouvaient découler de différences sur le plan des distances parcourues par les ambulances pour le transport des patients (milieu urbain par rapport à milieu rural), de l'efficacité de l'exploitation des services d'ambulance, des priorités des municipalités ou du financement municipal provenant de l'imposition foncière. D'après les données de l'Initiative d'analyse comparative des services municipaux de l'Ontario (IACSM) qui représente certaines municipalités, le coût total par heure de service d'ambulance terrestre en 2012, parmi les 13 municipalités déclarantes, se situait entre 156 \$ et 247 \$; on notait des écarts de coût importants même entre les municipalités urbaines.

Le Ministère n'a ni consigné ni examiné de renseignements sur les résultats pour les patients, comme le taux de survie des personnes victimes d'un arrêt cardiaque ou d'un AVC qui ont été transportées à l'hôpital, que ce soit globalement ou par service d'ambulance. Ce genre de renseignements pourrait lui permettre d'améliorer les services d'ambulance. Certains aspects des processus d'assurance de la qualité ont été améliorés depuis l'audit que nous avons effectué en 2005, notamment l'exécution en temps plus opportun du suivi de l'examen des services. Toutefois, le Ministère devra faire davantage pour s'assurer que le personnel de répartition fait l'objet d'une évaluation uniforme et que sa charge de travail demeure raisonnable

afin de prévenir les erreurs dans le processus de répartition.

Nous avons également remarqué que des mesures s'imposent dans les domaines ci-dessous.

Délais d'intervention des services d'ambulance

- Bien que le Ministère ait adopté récemment des mesures plus pertinentes à propos des délais d'intervention pour les patients pour qui le temps est un facteur déterminant (p. ex. les victimes d'un étouffement ou d'un arrêt cardiaque), il n'a pas fixé d'objectif normalisé en matière de délais d'intervention pour les autres patients nécessitant des soins très urgents (p. ex. les victimes d'un AVC ou la plupart des patients victimes d'une crise cardiaque). Chaque municipalité fixe ses propres objectifs en matière de délais d'intervention pour le transport de ces patients, et les objectifs varient considérablement en fonction de facteurs tels que les distances à parcourir et le montant du financement municipal provenant de l'imposition foncière.
- Le Ministère doit veiller à ce que les municipalités déclarent les délais d'intervention d'une façon uniforme et comparable, en tenant compte des différences géographiques, de sorte que les utilisateurs puissent vraiment comparer le rendement des municipalités. En 2006, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a recommandé que des objectifs similaires en matière de délais d'intervention soient appliqués à des collectivités similaires. Malgré la recommandation formulée en 2006 par le groupe de travail du Ministère sur les normes en matière de délais d'intervention, le Ministère n'a toujours pas élaboré de définitions pour établir des délais d'intervention cibles différents pour des régions géographiques différentes.
- Le Ministère prévoit de commencer à rendre compte publiquement en 2014 des délais d'intervention des services d'ambulance terrestre

municipaux. Selon la nouvelle approche adoptée par le Ministère pour mesurer les délais d'intervention des services d'ambulance, les municipalités ne rendront plus compte des délais d'après l'évaluation de l'urgence de l'appel au moment où l'ambulance est expédiée pour aller chercher un patient. Elles rendront plutôt compte de la rapidité avec laquelle le patient a été pris en charge d'après l'évaluation de son état par les ambulanciers paramédicaux quand l'ambulance arrive sur les lieux. Le Ministère n'avait pas analysé les problèmes inhérents à l'utilisation de cette approche rétrospective pour mesurer les délais d'intervention des services d'ambulance. D'après nos recherches, aucune autre administration n'utilisait une telle approche. En général, les autres administrations mesurent les délais d'intervention d'après l'évaluation de l'urgence de l'appel au moment de la répartition.

Répartition

- En 2012, 20 des 22 centres de répartition consignaient leurs délais d'expédition des ambulances pour répondre aux appels urgents. Aucun d'entre eux n'avait expédié une ambulance dans un délai de deux minutes pour 90 % des appels urgents comme l'exige la politique ministérielle. Toutefois, tous les centres de répartition avaient expédié une ambulance dans un délai de trois minutes et demie pour 90 % de ces appels. Bien que la répartition soit une responsabilité législative du Ministère et que celui-ci administre la moitié des centres de répartition, chaque centre peut choisir à compter de 2013 le pourcentage d'appels à priorité élevée pour lequel il doit expédier une ambulance dans un délai de deux minutes. Nous avons remarqué que les pourcentages choisis variaient d'entre 70 % et 90 %. Cet écart pourrait avoir des répercussions sur les délais d'intervention dans le cas des patients nécessitant des soins urgents.
- En général, les protocoles de répartition sont conçus de manière à surévaluer le degré de priorité des appels quand l'état du patient est incertain. Environ 25 % des patients seulement nécessitent réellement une intervention très urgente, mais environ les deux tiers des appels reçoivent le code le plus urgent, lequel nécessite l'intervention la plus rapide. Les municipalités avec lesquelles nous avons discuté ont indiqué que la surévaluation du degré de priorité d'un aussi grand nombre d'appels peut avoir comme conséquence qu'il restera peu d'ambulances sinon aucune pour répondre à de nouveaux appels vraiment urgents et que des retards pourraient s'ensuivre. Dans les deux centres de répartition qui utilisent un système de répartition différent, il n'y avait pas eu autant d'appels surévalués.
- Le Ministère n'a pas évalué si le nombre actuel de centres de répartition donne un rendement optimal. La centralisation des activités de répartition pourrait permettre de maîtriser les coûts et de garantir que l'ambulance la plus proche est expédiée pour répondre à un appel.
- Parmi les centres de répartition, un seul est en mesure d'indiquer aux personnes qui appellent l'emplacement des défibrillateurs externes automatisés (DEA) accessibles au public, alors que ces appareils peuvent nettement améliorer le taux de survie des patients victimes d'un arrêt cardiaque lorsqu'on y a accès en quelques minutes. Les autres centres de répartition sont incapables de dire si un DEA se trouve à proximité d'une personne en détresse. Par conséquent, il se peut que la personne qui appelle mette plus de temps à repérer un DEA, ce qui peut mettre en péril la vie du patient.
- Les véhicules d'intervention en cas d'urgence autre que les ambulances, à bord desquels on ne peut pas transporter de patients et dont l'intervention nécessite également l'expédition d'une ambulance, représentent environ 25 % du parc d'ambulances municipal alors

que ces véhicules n'interviennent que dans 10 % des cas. Les véhicules d'intervention en cas d'urgence sont financés par le Ministère à hauteur d'environ 50 %, et les municipalités visitées ont indiqué qu'ils servaient souvent à des fins administratives au lieu d'être déployés pour répondre aux demandes de service d'ambulance. Une partie du financement provincial pourrait possiblement être utilisée de façon plus judicieuse afin de servir les personnes qui appellent pour obtenir les services d'une ambulance.

Transport des patients à l'hôpital

- Le Ministère n'a pas adopté de protocole provincial pour faciliter l'identification cohérente de certains patients victimes d'une crise cardiaque (appelés patients « STEMI », sigle qui signifie infarctus du myocarde avec élévation du segment ST – un type de crise cardiaque causée par l'obstruction d'une artère). On peut grandement améliorer les résultats pour ces patients si on les transporte rapidement vers des centres de soins spécialisés. D'après une enquête menée en juin 2013 par le Réseau ontarien de soins cardiaques, les ambulances ne sont pas toutes dotées du matériel d'électrocardiographie approprié ni d'ambulanciers paramédicaux ayant reçu la formation nécessaire pour interpréter les résultats de l'électrocardiogramme (ECG) et identifier les patients STEMI afin qu'ils bénéficient d'un traitement rapide produisant de meilleurs résultats.
- La politique ministérielle exige que tous les patients soient transportés par une ambulance répondant à un appel, sauf si le patient signe un formulaire de refus du transport. Le Ministère n'a pas évalué le recours à des stratégies de réacheminement des patients du service des urgences pour réduire le temps d'attente des ambulances à l'hôpital et leur permettre ainsi de répondre plus rapidement à de nouveaux appels. Entre autres stratégies

semblables à celles utilisées avec succès dans d'autres administrations, mentionnons l'aiguillage des patients à faible risque vers Télésanté Ontario pour qu'ils obtiennent les conseils d'une infirmière, ou le traitement sur place des patients à faible risque par les ambulanciers paramédicaux sans transport du patient. Nous avons néanmoins remarqué que pour plus de 25 % des expéditions d'ambulance (soit environ 350 000 expéditions) en 2012, il n'y a pas eu transport de patient. Le Ministère n'a pas évalué les raisons sous-jacentes de ces cas pour déterminer, entre autres, combien sont imputables au fait que le patient a refusé le transport, que la demande d'intervention a été annulée avant l'arrivée de l'ambulance ou que les ambulanciers paramédicaux ont pu traiter le patient sur les lieux.

Transfert des patients à l'hôpital

- Le Ministère a commencé à financer un programme d'infirmières de déchargement en 2008 à titre de mesure temporaire pour réduire le temps que le personnel ambulancier passe dans les hôpitaux à attendre qu'un patient soit admis. Il n'a pas évalué l'efficacité continue de ce programme ni analysé s'il existe des solutions plus efficaces pour réduire les délais de déchargement. Entre les exercices 2008-2009 et 2012-2013, le financement ministériel total de ce programme s'est élevé à 40 millions de dollars. Depuis la mise en oeuvre du programme, nous avons constaté que le temps d'attente du personnel ambulancier a en fait augmenté dans 20 % des hôpitaux qui reçoivent du financement à cet égard.
- Les données du Ministère indiquaient des délais de déchargement de plus de 30 minutes pour environ 80 % des ambulances transportant les patients nécessitant les soins les plus urgents, mais le Ministère ignorait de manière générale si cette situation était due au fait que le patient n'était pas admis

à l'hôpital ou à d'autres raisons (p. ex. le temps passé à nettoyer et à réapprovisionner l'ambulance). Dans la province, il n'y a qu'une seule municipalité où les hôpitaux informent le centre de répartition municipal lorsqu'un patient transporté est admis à l'hôpital. Par conséquent, c'est la seule municipalité qui est en mesure de déterminer le temps que met un hôpital à admettre un patient après l'arrivée d'une ambulance.

- Les ambulanciers paramédicaux renseignent verbalement le personnel du service des urgences sur l'état du patient. En général, les dossiers des patients ne peuvent pas être communiqués par voie électronique parce que les dossiers électroniques sur les soins prodigués au patient, mis en place par la plupart des services d'ambulance terrestre municipaux au cours des dernières années, ne sont pas compatibles avec les systèmes des hôpitaux. Dans certains cas, les services des urgences ne reçoivent ces dossiers que plusieurs jours plus tard et ils ne reçoivent pas du tout les résultats de certains tests, ce qui peut avoir des répercussions sur les décisions relatives aux traitements pour lesquels le temps est un facteur déterminant.

Assurance de la qualité des soins prodigués aux patients

- Le Ministère a confié aux services d'ambulance terrestre municipaux la responsabilité de la surveillance de la majorité des activités liées aux soins paramédicaux des patients – les « activités liées aux soins de base de maintien des fonctions vitales », y compris la gestion des douleurs thoraciques, des accouchements et des fractures de la hanche. Les médecins des bases hospitalières, qui ont la responsabilité d'examiner l'exécution par les ambulanciers paramédicaux des procédures médicales plus complexes ou plus délicates, nous ont dit que les services d'ambulance

terrestre des municipalités n'ont pas nécessairement l'expertise voulue pour assurer une surveillance médicale appropriée des activités liées aux soins de base de maintien des fonctions vitales exécutées par les ambulanciers paramédicaux.

Constatations détaillées de l'audit

ORDRE DE PRIORITÉ ET DÉLAI D'INTERVENTION

Un grand nombre d'administrations mesurent le délai d'intervention global des services d'ambulance, c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre la réception d'un appel par le centre de répartition et le moment de l'arrivée de l'ambulance à l'endroit où se trouve le patient. Deux mesures distinctes des délais d'intervention sont utilisées en Ontario : le délai d'expédition des ambulances – le temps qui s'écoule entre la réception d'un appel et le moment où le répartiteur demande à un service d'ambulance d'envoyer une ambulance – et le délai d'intervention des services d'ambulance – le temps qui s'écoule entre le moment où le répartiteur avise le service d'ambulance et le moment de l'arrivée de l'ambulance à l'endroit où se trouve le patient. D'une part, cette approche permet au Ministère, qui exerce un contrôle sur la répartition en vertu de la Loi, de surveiller les délais d'expédition des ambulances et, d'autre part, elle permet aux municipalités, qui exercent un contrôle sur la prestation des services d'ambulance, de surveiller les délais d'intervention de ces services.

La plupart des appels reçus au 911 pour demander des services d'ambulance terrestre sont acheminés au centre de répartition local le plus proche. Sur les 22 centres de répartition, 20 établissent l'ordre de priorité des appels à l'aide d'un protocole de répartition qui a été élaboré par le Ministère avec la participation des médecins; le protocole,

appelé Dispatch Priority Card Index II (DPCI II), est décrit dans la colonne A de la Figure 3. Les deux autres centres utilisent plutôt les codes du système international Medical Priority Dispatch System (MPDS), décrits dans la colonne B de la Figure 3. Le code 4 du DPCI II ainsi que les codes Echo et Delta du MPDS sont considérés comme des appels d'urgence et les ambulances sont en général expédiées en mode phares et sirène pour répondre à ces appels. À l'arrivée sur les lieux, les ambulanciers paramédicaux évaluent dans quelle mesure le patient nécessite des soins urgents à l'aide de l'échelle utilisée par les services des urgences, c'est-à-dire l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), décrite dans la colonne C de la Figure 3.

Jusqu'en décembre 2012, la politique ministérielle exigeait de consigner les délais d'expédition des ambulances ainsi que les délais d'intervention des services d'ambulance pour tous les appels d'urgence. En 2012, près de 710 000 (60 %) expéditions d'ambulance visaient à répondre à des appels classés comme cas urgents (c'est-à-dire le code 4 du DPCI ou les codes Echo ou Delta du MPDS). Des modifications apportées à un règlement pris en application de la *Loi sur les ambulances*, qui sont entrées en vigueur en janvier 2013, exigent un suivi de certaines mesures relatives aux délais d'expédition et aux délais d'intervention uniquement pour les patients dont l'état est classé au niveau 1 de l'ÉTG par les ambulanciers paramédicaux qui arrivent sur les lieux. Le Ministère a indiqué que cette nouvelle exigence reposait sur les recommandations formulées en 2006 par le groupe de travail sur les normes en matière de délais d'intervention. Ce groupe était composé de représentants du Ministère, des municipalités et des médecins et relevait du Comité des services d'ambulance terrestre, coprésidé par le Ministère et par l'Association des municipalités de l'Ontario. En vertu de la politique ministérielle, les centres de répartition qui utilisent le DPCI II sont encore tenus de consigner leurs délais d'intervention pour tous les appels d'urgence.

Les études montrent qu'une différence de une à deux minutes dans les délais d'intervention du

personnel médical d'urgence peut avoir des répercussions importantes sur la survie des patients de niveau 1 à l'ÉTG. En 2012, moins de 12 000 appels, ou moins de 1 % du nombre total d'appels, concernaient cette catégorie de patients. Par conséquent, en vertu du nouveau règlement, la consignation de certains délais d'intervention est exigée uniquement pour ce nombre relativement faible d'appels d'ambulance. La Figure 4 montre les normes en matière de délais d'intervention avant et après janvier 2013.

Mesure des délais d'expédition des ambulances

En 2012, 20 des 22 centres de répartition consignaient le temps mis à répondre aux appels d'urgence. Aucun d'entre eux n'expédiait une ambulance dans un délai de deux minutes pour 90 % des appels d'urgence comme l'exigeait la politique ministérielle. Toutefois, tous les centres expédiaient une ambulance dans un délai de trois minutes et demie pour 90 % de ces appels.

Conformément aux exigences imposées par les modifications apportées à un règlement pris en application de la *Loi sur les ambulances*, chaque centre de répartition devait fixer avant octobre 2012 un objectif quant au pourcentage d'appels pour lequel une ambulance serait expédiée dans un délai de deux minutes lorsque les appels concernent un patient dont l'état, évalué par l'ambulancier paramédical lorsque l'ambulance arrive sur les lieux, correspond à un arrêt cardiaque ou à tout autre état de niveau 1 à l'ÉTG. Autrement dit, une fois que l'ambulancier paramédical arrive auprès du patient, il évalue si l'ambulance aurait dû être expédiée ou non dans un délai de deux minutes. Par conséquent, c'est seulement après l'arrivée de l'ambulancier paramédical auprès du patient, plutôt qu'au moment de la répartition, que l'on détermine quels appels nécessitaient l'expédition d'une ambulance dans le délai normalisé de deux minutes.

Bien que la répartition soit une responsabilité législative du Ministère et que la moitié des

Figure 3 : Trois façons d'établir l'ordre de priorité des affections des patients lorsqu'une ambulance est demandée, du niveau le plus urgent au moins urgent

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Services médicaux d'urgence de Toronto et Association canadienne des médecins d'urgence

A. Dispatch Priority Card Index (DP-CI) II		B. Medical Priority Dispatch System (MPDS)		C. Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG)	
Utilisé par 20 des 22 centres de répartition de l'Ontario pour établir l'ordre de priorité des appels reçus		Utilisé par deux des 22 centres de répartition de l'Ontario pour établir l'ordre de priorité des appels reçus		Utilisée par les ambulanciers paramédicaux quand ils arrivent auprès du patient	
Code	Description	Code	Description	Niveau ÉTG	Description
4	<i>Appel urgent/urgence</i> : danger de mort ou risque de perte d'un membre; la personne a besoin de soins immédiats Exemples : arrêt cardiaque*; accident vasculaire cérébral; traumatisme majeur ou modéré (blessures graves ou fractures); asthme grave ou modéré	Echo	Appels liés à un danger de mort, habituellement identifié au début de l'appel; exclut les appels qui comportent des préoccupations quant à la sécurité des lieux (p. ex. une blessure par balle à la poitrine) Exemples : arrêt cardiaque*; suffocation; asthme grave.	1	<i>Réanimation</i> Exemples : arrêt cardiaque* et/ou respiratoire; traumatisme majeur (blessures ou brûlures graves); inconscience
3	<i>Appel immédiat</i> : tous les autres appels	Delta	Autres appels liés à un danger de mort : Exemples : traumatisme majeur (blessure grave); inconscience; blessure par balle à la poitrine.	2	<i>Très urgent</i> Exemples : douleur à la poitrine accompagnée de symptômes cardiaques; accident vasculaire cérébral; infections graves
2	<i>Appel planifié</i> : transferts entre établissements de santé (p. ex. pour des tests de diagnostic ou des traitements); le retard ne menace pas la sécurité du patient	Charlie	Par exemple, appels concernant une douleur à la poitrine accompagnée de symptômes cardiaques ou un accident vasculaire cérébral, ainsi que des affections qui bénéficieraient d'une évaluation par un ambulancier paramédical de niveau avancé, comme une personne diabétique nécessitant une injection intraveineuse de glucose; un rythme cardiaque irrégulier nécessitant un électrocardiogramme.	3	<i>Urgent</i> Exemples : traumatisme modéré (fractures, dislocations); asthme modéré
1	<i>Appel non urgent</i> : transfert non prévu entre établissements ou lavage assisté à faible risque (p. ex. une personne est tombée et est incapable de se relever, mais n'est pas blessée); le retard ne menace pas la sécurité du patient	Bravo	Par exemple, appels concernant un traumatisme modéré (fractures, dislocations) ou les appels pour lesquels on ne connaît pas l'état du patient (p. ex. la personne qui appelle est incapable de répondre aux questions).	4	<i>Moins urgent</i> Exemples : constipation avec douleur bénigne; douleurs chroniques au dos; mal d'oreille
		Alpha	Appels pour des cas moins graves provenant de la collectivité. Exemples : constipation avec douleur bénigne, douleurs chroniques au dos; traumatisme mineur (lacérations mineures, entorse).	5	<i>Non urgent</i> Exemples : traumatisme mineur (entorses, lacérations mineures); demande de médication ou changement de pansement; mal de gorge
		Alpha 1, 2 et 3	Appels provenant principalement de foyers de soins de longue durée; l'état du patient est moins grave.		
		Omega	Aucun transport par ambulance n'est requis; la personne qui appelle est aiguillée vers l'aide appropriée (p. ex. TéléSanté).		

* Dans un arrêt cardiaque, le cœur cesse de battre. Dans une crise cardiaque, une partie du muscle cardiaque est endommagée à cause de l'absence d'oxygène causée par l'obstruction d'une artère.

Figure 4 : Normes en matière de délais d'intervention, avant et après janvier 2013

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et *Loi sur les ambulances*

	Répartition	Service d'ambulance
Avant 2013	Conformément à la politique ministérielle, 90 % des appels de code 4 transmis dans un délai de deux minutes.	Répondre à 90 % des appels de code 4 dans le délai réel mis pour répondre à 90 % des appels de code 4 en 1996.
À compter de janvier 2013	Les centres de répartition mesurent si 90 % des appels de code 4 sont transmis dans un délai de deux minutes, conformément à la politique ministérielle. Les centres de répartition mesurent le pourcentage d'appels de niveau 1 à l'ÉTg à la suite desquels une ambulance est expédiée dans un délai de deux minutes, conformément à la Loi.	Les municipalités mesurent le pourcentage de patients victimes d'un arrêt cardiaque traités avec un défibrillateur externe automatisé dans un délai de six minutes et le pourcentage de patients de niveau 1 à l'ÉTg traités par les ambulanciers paramédicaux dans un délai de huit minutes, conformément à la Loi. Chaque municipalité détermine sa propre norme en matière de délai d'intervention pour les appels des niveaux 2 à 5 à l'ÉTg et fixe également un objectif pour le pourcentage d'appels pour lequel elle vise à être sur les lieux dans le délai d'intervention normalisé, conformément à la Loi.

22 centres de répartition de l'Ontario soient administrés par le Ministère, chaque centre de répartition peut choisir son propre objectif quant au pourcentage d'appels pour lequel une ambulance sera expédiée dans un délai de deux minutes. Il n'est pas nécessaire que ces objectifs soient approuvés par le Ministère. Pour l'année civile 2013, nous avons remarqué que le taux de conformité visé pour les appels d'urgence pour lesquels une ambulance est expédiée dans un délai de deux minutes se situait entre 70 % dans deux centres de répartition et 90 % dans sept autres centres.

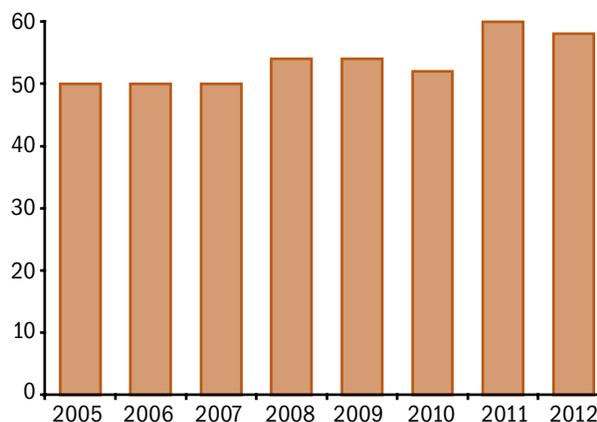
Mesure des délais d'intervention des services d'ambulance municipaux

Comme indiqué précédemment, les délais d'intervention des services d'ambulance sont mesurés séparément des délais d'expédition des ambulances. D'après les données du Ministère, les délais d'intervention des services d'ambulance se sont améliorés depuis 2005, mais il n'y avait toujours qu'environ 60 % des 50 municipalités, au cours de l'année civile 2012, qui avaient répondu à 90 % des appels d'urgence dans un délai de 15 minutes, comme on peut le voir dans la Figure 5.

Dans nos rapports annuels de 2000 et de 2005, nous avons recommandé que le Ministère, de concert avec les municipalités, examine les exigences alors en vigueur en matière de délais d'intervention du point de vue du caractère raisonnable et de l'uniformité. De même, en 2006, le Comité a recommandé que le Ministère lui soumette un rapport sur les moyens qu'il prendrait pour mettre à jour les objectifs en matière de délais d'intervention.

Figure 5 : Pourcentage de municipalités répondant à 90 % des appels de code 4* dans un délai de 15 minutes, 2005-2012

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



* Comprend les appels provenant des centres de répartition qui utilisent le protocole MPDS, d'après la détermination par le Ministère des appels classés selon le protocole MPDS qui équivalent aux appels de code 4 du DPCI II.

Jusqu'en janvier 2013, les normes établies en vertu de la Loi exigeaient que les services d'ambulance terrestre répondent à 90 % des appels urgents dans les délais réellement respectés dans 90 % des appels de code 4 en 1996. La Loi a ensuite été modifiée d'après les recommandations formulées par le groupe de travail sur les normes en matière de délais d'intervention en 2006.

Les dispositions législatives qui sont entrées en vigueur en janvier 2013 exigent que chaque municipalité fixe un taux cible de conformité pour les mesures suivantes des délais d'intervention :

- *Pour tous les patients victimes d'un arrêt cardiaque* – le nombre de fois (en pourcentage) qu'une personne munie d'un défibrillateur arrive sur les lieux dans un délai de six minutes après que le répartiteur a avisé le service d'ambulance.
- *Pour tous les patients de niveau 1 à l'ÉTG (selon l'évaluation de l'état du patient par l'ambulancier médical quand l'ambulance arrive sur les lieux)* – le nombre de fois (en pourcentage) qu'une ambulance arrive sur les lieux dans un

délai de huit minutes après que le répartiteur a avisé le service d'ambulance.

- *Pour les patients des autres niveaux à l'ÉTG (selon l'évaluation de l'état du patient par l'ambulancier paramédical quand l'ambulance arrive sur les lieux)* – le nombre de fois (en pourcentage) qu'une ambulance arrive sur les lieux, après que le répartiteur a avisé le service d'ambulance, dans le délai établi par la municipalité. Pour ces patients, la municipalité fixe les objectifs à atteindre en matière de délais d'intervention ainsi que le taux cible de conformité, lesquels peuvent notamment refléter les différences au sujet des distances à parcourir et du financement dont les municipalités disposent grâce à l'imposition foncière. Comme le montre la Figure 6, cette approche s'est traduite par la fixation d'objectifs en matière de délais d'intervention et de taux cibles de conformité très variés pour un même code de l'ÉTG. En effet, une municipalité peut se donner comme objectif qu'une ambulance arrive sur les lieux

Figure 6 : Objectifs de taux de conformité aux délais d'intervention choisis par les municipalités pour les patients des niveaux 2 à 5 à l'ÉTG, 2013

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

	Objectif* de délai d'intervention des services d'ambulance choisi (en minutes)	Nombre de municipalités ayant choisi des objectifs dans cette fourchette	Taux de conformité choisi (pourcentage de cas pour lequel l'objectif de délai d'intervention sera atteint)	
			Le plus bas	Le plus élevé
Niveau 2 à l'ÉTG	8-15	43	50	90
	16-30	7	50	90
	>30	0	–	–
Niveau 3 à l'ÉTG	8-15	41	50	90
	16-30	9	50	90
	>30	0	–	–
Niveau 4 à l'ÉTG	8-15	20	50	90
	16-30	29	55	100
	>30	1	50	50
Niveau 5 à l'ÉTG	8-15	18	50	95
	16-30	29	55	100
	>30	3	50	75

* Le tableau comprend l'objectif de délai d'intervention en région urbaine pour les trois municipalités qui ont fixé des objectifs tant pour les régions urbaines que pour les régions rurales.

dans un délai de 10 minutes pour 60 % des patients de niveau 2 à l'ÉTG tandis qu'une autre aura fixé un objectif de 90 % à cet égard.

Les municipalités soumettent leurs objectifs dans le plan de rendement annuel en matière de délais d'intervention qu'elles présentent au Ministère, mais elles peuvent modifier le plan en tout temps en avisant le Ministère. Il n'est pas nécessaire que les objectifs soient approuvés par le Ministère, y compris ceux fixés pour les patients de niveau 2 à l'ÉTG qui nécessitent une intervention urgente. Le Ministère permet aux municipalités de définir elles-mêmes ce qu'elles entendent par région urbaine et par région rurale dans leur plan de rendement. Bien que de nombreuses municipalités de l'Ontario incluent des régions rurales et des régions urbaines, seulement trois d'entre elles ont fourni des taux de conformité cibles distincts pour les deux types de régions. D'après notre examen des taux de conformité cibles fixés par les municipalités pour les patients victimes d'un arrêt cardiaque et les patients de niveau 1 à l'ÉTG, les taux variaient considérablement, comme on peut le voir dans la Figure 7. En général, les objectifs les plus bas avaient été fixés pour des régions rurales en raison du délai plus long prévu pour se rendre auprès d'un patient.

Comme pour la répartition, la détermination des appels nécessitant une intervention dans les délais établis a lieu quand l'ambulancier paramédical

arrive auprès du patient plutôt qu'au moment où le répartiteur avise le service d'ambulance.

Nous avons remarqué que les autres administrations mesurent les délais d'intervention des services d'ambulance d'après le degré d'urgence de l'appel au moment de la répartition; cette approche permet d'ajuster le délai d'intervention des services d'ambulance d'après les renseignements disponibles à ce moment. Selon nos recherches, aucune autre administration n'évalue le caractère opportun du délai d'intervention des services d'ambulance en se fondant sur l'évaluation faite par les ambulanciers paramédicaux après leur arrivée auprès du patient. Le Ministère n'a pas évalué les problèmes inhérents à cette approche rétrospective dans la pratique. À la suite de notre travail sur place, le Ministère a indiqué qu'il avait amorcé des discussions avec les municipalités sur la meilleure façon de consigner et de déclarer les délais d'intervention à l'aide de l'approche rétrospective.

Différenciation des délais d'intervention en région rurale et en région urbaine

En général, les délais d'intervention des services d'ambulance sont plus longs dans les régions rurales que dans les régions urbaines parce qu'il faut normalement parcourir de plus longues distances pour se rendre auprès des patients. Nous avons

Figure 7 : Taux de conformité cibles aux délais d'intervention établis par 50 municipalités pour deux normes en matière d'urgence, 2013

Source des données : *Loi sur les ambulances* et plans de rendement municipaux en matière de délais d'intervention

Normes	Pourcentage de cas pour lequel la norme sera respectée	
	Taux cible le plus bas (%)	Taux cible le plus élevé (%)
Une personne munie d'un défibrillateur arrive sur les lieux dans les six minutes suivant la répartition pour les patients victimes d'un arrêt cardiaque ^{1,2}	15	75
L'ambulance arrive sur les lieux dans les huit minutes suivant la répartition pour les patients de niveau 1 à l'ÉTG, notamment les patients victimes d'un arrêt cardiaque ³	9	85

1. La réglementation fait seulement référence à l'arrivée d'un premier répondant – et non pas nécessairement à l'arrivée d'une ambulance terrestre – muni d'un défibrillateur dans un délai de six minutes. Par conséquent, certaines municipalités ont fixé deux cibles : l'une pour le premier répondant et l'autre pour l'ambulance. Le taux cible relatif au premier répondant est indiqué dans le cas des municipalités qui ont fixé deux cibles.
2. Les données excluent quatre municipalités qui n'avaient pas fixé de cible pour l'arrivée d'une personne munie d'un défibrillateur dans un délai de six minutes.
3. Les données excluent une municipalité qui n'avait pas fixé de cible pour l'arrivée de l'ambulance dans un délai de huit minutes pour les patients de niveau 1 à l'ÉTG.

remarqué que les délais d'intervention en Nouvelle-Écosse sont mesurés selon une norme de neuf minutes dans les régions urbaines, de 15 minutes dans les régions suburbaines et de 30 minutes dans les régions rurales.

Dans le rapport de 2006 du groupe de travail sur les normes en matière de délais d'intervention, le groupe recommandait trois niveaux géographiques pour la déclaration des délais d'intervention : région urbaine, région rurale/banlieue et région éloignée. En 2006, le Comité a également recommandé que des délais d'intervention similaires soient appliqués à des collectivités similaires pour tenir compte de facteurs locaux comme la densité des populations urbaines et l'infrastructure routière. De même, un rapport commandé par le Ministère en 2010 et un rapport publié en 2011 par l'Ontario Association of Paramedic Chiefs recommandaient que les municipalités définissent des zones de service urbaines, rurales et éloignées. Toutefois, en mai 2013, ni les municipalités ni le Ministère n'avaient adopté des définitions normalisées pour mesurer les délais d'intervention.

Transport des patients vers des centres de soins spécialisés

Adoption de protocoles de transport

Afin d'obtenir les meilleurs résultats, les patients ayant certaines affections (comme les victimes d'AVC et d'un certain type de crise cardiaque appelé STEMI – terme technique qui désigne un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, ainsi appelé à cause de son tracé particulier sur l'électrocardiogramme (ECG) – qui résulte de l'obstruction d'une artère) devraient être transportés dans des délais précis vers des hôpitaux spécialisés qui disposent du matériel médical nécessaire et de professionnels formés pour dispenser les soins requis. Dans les autres hôpitaux, les patients concernés n'ont pas accès rapidement à ce même niveau de soins. Les municipalités peuvent décider de participer ou non à un protocole de transport des patients ayant ces affections vers un hôpital spécialisé,

lequel peut se trouver à l'intérieur ou à l'extérieur de leur territoire. L'Ontario Stroke Network a indiqué que tous les fournisseurs de services d'ambulance municipaux ont adopté le protocole pour l'ACV aigu de 2011 du Ministère, qui comprend des directives sur le transport de certains patients victimes d'un AVC vers des centres spécialisés. Bien que le Ministère reçoive de l'information sur les municipalités qui ont adopté un protocole STEMI, il n'évalue pas les raisons pour lesquelles les autres municipalités choisissent de ne pas le faire.

Dans le cas des municipalités qui ont adopté des protocoles, le Ministère n'évalue pas si les patients sont transportés vers des centres de soins spécialisés dans les cas appropriés et dans les délais recommandés pour l'état du patient. Les municipalités visitées ont indiqué qu'elles examinent ces aspects dans le cadre de l'examen de l'assurance de la qualité du rendement des ambulanciers paramédicaux. Par ailleurs, le système de répartition DPCI II du Ministère, utilisé par la plupart des centres de répartition en Ontario, n'envoie pas d'invites électroniques qui garantiraient que les protocoles adoptés par les municipalités sont pris en compte dans les cas pertinents. Par conséquent, les répartiteurs risquent de ne pas diriger l'ambulance vers le bon hôpital.

Transport des patients vers les centres STEMI

Pour les patients STEMI, le délai maximum recommandé pour transporter la personne vers un hôpital est en général de 60 minutes à partir du moment où l'ambulance arrive à l'endroit où se trouve le patient, plus 30 autres minutes après l'arrivée à l'hôpital pour traiter le patient. Le Ministère a indiqué que le Comité consultatif médical de la Direction travaille à un protocole STEMI normalisé. Au moment de l'audit, le Ministère n'avait pas confirmé de date de mise en oeuvre.

Dans le cadre de leur responsabilité qui consiste à évaluer la qualité des soins fournis par les services d'ambulance, les bases hospitalières ont exercé une certaine surveillance de la conformité aux protocoles de soins spécialisés. Par exemple, une

base hospitalière de la région du Grand Toronto a constaté que 53 patients STEMI, au cours d'un mois donné en 2012, n'avaient pas été traités dans un délai de 90 minutes à compter du moment où l'ambulance arrive à l'endroit où se trouve le patient. Toutefois, aucune politique provinciale n'a été adoptée pour garantir que tous les patients STEMI reçoivent des soins paramédicaux appropriés. Un rapport publié en juin 2013 par le Réseau ontarien de soins cardiaques indique qu'il arrive souvent que les patients STEMI ne soient pas transportés vers les centres de soins spécialisés pertinents, en partie en raison de l'absence de protocole provincial. Par exemple, trois des 35 services d'ambulance sondés par le Réseau ontarien de soins cardiaques ont dit que leurs ambulances n'étaient pas toutes dotées du matériel d'ECG approprié, et deux autres ont affirmé qu'aucune de leurs ambulances n'était dotée de ce matériel. Or, le matériel d'ECG est nécessaire pour identifier les patients STEMI. Le fait de soumettre rapidement les patients à un ECG assure également un traitement en temps opportun et de meilleurs résultats pour les patients. Par ailleurs, trois services d'ambulance dotés du matériel d'ECG approprié ont indiqué qu'aucun de leurs ambulanciers paramédicaux n'avait reçu la formation nécessaire pour interpréter les résultats des ECG et identifier les patients STEMI. Le Réseau ontarien de soins cardiaques a également souligné qu'il lui était impossible d'estimer le pourcentage de patients STEMI qui étaient dirigés vers les centres de soins spécialisés, car il n'y avait pas de système coordonné pour identifier et traiter ces patients.

Nous avons remarqué que les ambulanciers paramédicaux de la Nouvelle-Écosse ont reçu de la formation pour administrer des médicaments aux patients STEMI qui se trouvent à une trop longue distance des centres de soins spécialisés. Cette pratique n'est pas appliquée en Ontario bien qu'une base hospitalière nous ait dit que cette façon de faire profiterait probablement aux patients qui se trouvent dans des endroits éloignés. En Ontario, aucune estimation n'a été faite du nombre de patients qu'il est raisonnablement impossible de

transporter vers un centre de soins spécialisés parce que le patient se trouve dans un endroit éloigné.

Rapports publics

Dans notre *Rapport annuel 2005*, nous avons formulé la recommandation suivante : « [...] le Ministère doit, de concert avec les municipalités, établir des mesures de rendement pertinentes telles que les délais d'intervention et présenter régulièrement des rapports publics sur ces mesures de rendement des services d'ambulance terrestre. » Dans son rapport de 2006 sur les services d'ambulance terrestre, le Comité recommandait également que le Ministère communique publiquement les délais d'intervention.

Avant 2013, le Ministère ne publiait aucun rapport sur les délais d'intervention et quelques municipalités seulement mettaient ces renseignements à la disposition du public sur leur site Web. Depuis 2013, le Ministère affiche sur son site Web les plans de rendement en matière de délais d'intervention pour les 22 centres de répartition et les 50 services d'ambulance terrestre municipaux.

Également, depuis le début de l'année civile 2013, les municipalités ont la responsabilité de calculer et de déclarer au Ministère leur taux de conformité aux normes en matière de délais d'intervention des services d'ambulance en utilisant soit les renseignements contenus dans le système de répartition du Ministère ou dans leurs propres dossiers électroniques pour les patients, soit une combinaison de ces renseignements. Les municipalités avec lesquelles nous avons discuté ont exprimé plusieurs préoccupations au sujet de l'utilisation des données de répartition du Ministère. Voici deux sujets de préoccupation entre autres :

- Bien que les données préliminaires soient disponibles après 48 heures, le Ministère met environ quatre mois à finaliser ses données; par conséquent, les municipalités peuvent difficilement procéder à des examens en temps opportun de leur rendement.

- Le Ministère n'a pas de rapports normalisés que les municipalités pourraient utiliser pour déterminer leur conformité aux nouvelles normes législatives.

Le Ministère nous a informés qu'il élaborerait des rapports normalisés et qu'il prévoyait que les municipalités pourraient les utiliser d'ici l'automne 2013.

Le Ministère prévoit de publier, au printemps 2014, les taux de conformité aux normes en matière de délais d'intervention atteints en 2013 qui lui sont communiqués par les 22 centres de répartition et les 50 services d'ambulance terrestre municipaux. Toutefois, il ne prévoit pas de rendre compte publiquement du pourcentage d'appels considérés comme des urgences, pour lesquels les centres de répartition ont expédié une ambulance dans un délai de deux minutes. Même si le Ministère dispose de la plupart des données nécessaires pour confirmer l'exactitude des renseignements déclarés par les municipalités, il a indiqué qu'il n'avait pas l'intention de le faire, car il s'agit d'une responsabilité municipale.

Nous avons également remarqué que le Ministère recueillait des données concernant chaque appel d'ambulance reçu, chaque expédition d'ambulance et chaque patient transporté. À notre demande, le Ministère a regroupé ces données par année, comme on peut le voir dans la Figure 1. Toutefois, il n'examine pas ces données fondamentales à intervalles réguliers pour y cerner les tendances et il ne les communique pas au public.

Nous avons également remarqué que les autres administrations rendent compte publiquement du rendement des services d'ambulance, notamment des délais d'intervention par région rurale et par région urbaine. De même, les services d'ambulance du Royaume-Uni rendent compte publiquement de différentes mesures du rendement, comme le pourcentage de patients transportés vers un centre de traitement des victimes d'accidents vasculaires cérébraux dans un délai d'une heure après la réception d'un appel au 999 (qui équivaut à un appel au 911 en Ontario) et le taux de survie des patients

victimes d'un arrêt cardiaque depuis leur transport jusqu'au moment de leur congé de l'hôpital.

Evaluation du programme des infirmières de déchargement

Les délais d'intervention des services d'ambulance peuvent se prolonger parce que les ambulanciers doivent attendre que le patient soit pris en charge par l'hôpital et qu'ils ne sont donc pas disponibles pour répondre à un autre appel. Au moment de l'arrivée à l'hôpital, le personnel de l'ambulance doit renseigner le personnel hospitalier sur l'état du patient et attendre que le patient passe au triage et qu'il soit admis à l'hôpital avant que l'ambulance puisse quitter l'hôpital pour répondre au prochain appel. Toutefois, il y a parfois des délais de déchargement (que le Ministère définit en général comme le fait pour une ambulance de passer plus de 30 minutes à l'hôpital), surtout aux services des urgences achalandés des hôpitaux situés en région urbaine. En comparaison, plusieurs autres administrations, dont la Nouvelle-Écosse, le Royaume-Uni et l'Australie-Occidentale, ont des délais de déchargement cibles de moins de 30 minutes entre l'arrivée de l'ambulance à l'hôpital et le moment où elle peut quitter l'hôpital.

En 2008, le Ministère a instauré le programme des infirmières de déchargement, qui se voulait au départ une initiative provisoire pour réduire les délais de déchargement des ambulances. En vertu de ce programme, le Ministère octroie des fonds pour l'embauchage d'infirmières qui aident à la prise en charge des patients qui arrivent à l'hôpital en ambulance. Comme le Ministère demande que les hôpitaux s'occupent immédiatement des patients qui nécessitent des soins urgents (niveaux 1 et 2 à l'ÉTG), les infirmières de déchargement s'occupent de ceux dont le cas est moins urgent (niveaux 3, 4 et 5 à l'ÉTG). Entre les exercices 2008-2009 et 2012-2013, le financement ministériel total consacré à ce programme s'élevait à 40 millions de dollars.

Consignation et surveillance des temps de déchargement

Le temps de déchargement est consigné pour chaque patient à partir du moment de l'arrivée de l'ambulance à l'hôpital jusqu'au moment où celle-ci peut quitter l'hôpital, comme indiqué par les ambulanciers paramédicaux aux centres de répartition. Les municipalités rendent compte au Ministère deux fois par année des délais dans lesquels s'effectue le déchargement de 90 % des patients. D'après ces renseignements, entre les exercices 2008-2009 et 2011-2012, les temps de déchargement pour les patients des niveaux 3, 4 et 5 à l'ÉTG ont *augmenté* dans 20 % des hôpitaux qui participent au programme. À notre demande, le Ministère a produit un rapport sur le nombre de patients pour lesquels le temps de déchargement a été supérieur à 30 minutes durant l'année civile 2012. Ce rapport indiquait qu'environ 80 % des ambulances transportant des patients de niveau 1 à l'ÉTG selon l'évaluation faite par les ambulanciers paramédicaux, et qui nécessitaient donc des soins urgents, avaient attendu pendant plus de 30 minutes, à l'instar d'environ 75 % des ambulances transportant des patients de niveau 2 à l'ÉTG. Par ailleurs, dans certains hôpitaux, plus de 90 % des patients nécessitant des soins urgents avaient attendu en compagnie des ambulanciers paramédicaux pendant plus de 30 minutes avant d'être admis au service des urgences.

Même si elles se sont dites préoccupées par les délais actuels dans les hôpitaux, les trois municipalités visitées ont indiqué que le programme des infirmières de déchargement avait permis de réduire le temps que le personnel ambulancier passe à l'hôpital et que les délais seraient nettement plus longs ou plus fréquents sans ce programme. Toutefois, comme nous l'avions aussi souligné dans notre audit de 2010 des services d'urgence des hôpitaux, les municipalités ont indiqué que l'embauchage d'infirmières de déchargement ne réglait pas tous les problèmes. L'une des municipalités estimait qu'il vaudrait mieux consacrer une partie du financement de ce programme à l'amélioration

du roulement des patients au service des urgences, processus qui contribuait, selon elle, aux délais de déchargement à l'hôpital. Le Ministère n'avait pas évalué le programme actuel pour déterminer s'il existait des solutions plus efficaces pour réduire ces délais.

Au moyen du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), les hôpitaux déclarent aussi les temps de déchargement des patients transportés en ambulance. Pour ce faire, ils utilisent le temps qui s'écoule entre le moment de l'arrivée de l'ambulance à l'hôpital (que l'hôpital estime d'après le moment de l'inscription ou du triage initial du patient pour déterminer l'urgence de son état) et le moment de l'admission du patient. Le Ministère n'a jamais comparé les temps de déchargement déclarés par les municipalités avec ceux consignés dans le SNISA. D'après notre examen de ces renseignements pour un hôpital, les temps déclarés variaient considérablement.

Un centre de répartition avait installé un logiciel qui permettait aux hôpitaux d'informer le centre par voie électronique du moment où les patients transportés par ambulance étaient admis à l'hôpital. Le personnel du Ministère a fait remarquer que même après l'admission du patient, l'ambulance ne peut pas nécessairement quitter l'endroit sur-le-champ, par exemple, lorsqu'il faut nettoyer ou réapprovisionner l'ambulance. Le fait de connaître le moment exact de l'admission d'un patient à l'hôpital et de pouvoir comparer cette donnée aux renseignements sur le moment où l'ambulance a réellement quitté l'hôpital permettrait aux municipalités et au Ministère de mieux déterminer si les délais sont imputables au fait que l'hôpital est incapable d'admettre le patient ou si d'autres raisons expliquent pourquoi l'ambulance ne quitte pas l'hôpital après l'admission du patient. Aucun autre centre de répartition n'avait ce logiciel.

RECOMMANDATION 1

Pour mieux s'assurer que les patients reçoivent des services d'ambulance de qualité en temps

opportun, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- établir des objectifs provinciaux uniformes pour les centres de répartition quant au pourcentage d'appels pour lesquels une ambulance doit être expédiée dans les délais d'intervention prévus par la Loi pour les patients victimes d'un arrêt cardiaque et les autres patients dont les affections correspondent à la plus haute priorité selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), c'est-à-dire tous les patients de niveau 1; le Ministère doit également établir des délais d'intervention cibles et des taux de conformité cibles pour les appels concernant les patients de niveau 2 à l'ÉTG (deuxième plus haute priorité), car il s'agit de cas urgents pour lesquels le temps est un facteur déterminant;
- surveiller les délais d'intervention des services d'ambulance pour tous les appels considérés comme des urgences, en plus de l'évaluation des délais d'intervention prévue par la Loi et fondée sur l'évaluation de l'état du patient par les ambulanciers paramédicaux après leur arrivée sur les lieux;
- mettre au point un protocole provincial pour les crises cardiaques de type STEMI (infarctus du myocarde avec élévation du segment ST) qui garantit, par exemple, que toutes les ambulances sont dotées d'appareils d'électrocardiographie (ECG) appropriés, que les ambulanciers paramédicaux ont reçu la formation nécessaire pour interpréter les résultats d'ECG et qu'ils ont l'instruction de procéder à ces examens pour tous les patients STEMI potentiels. Le Ministère doit également mettre en oeuvre les invites électroniques dans l'ensemble du système de répartition afin de transporter ces patients vers des centres de soins spécialisés;
- rendre compte dans tous les cas du temps que l'ambulance passe à l'hôpital jusqu'au

moment de l'admission du patient, d'après l'urgence de l'état du patient, ainsi que de tout temps additionnel que l'ambulance passe à l'hôpital en attendant d'être libérée pour répondre à d'autres appels.

Pour garantir que les Ontariens ont accès à des renseignements pertinents sur le rendement des centres de répartition et des services d'ambulance terrestre municipaux, le Ministère, de concert avec les services d'ambulance terrestre municipaux et les bases hospitalières, doit :

- établir d'autres mesures clés (notamment des résultats) du rendement des ambulances terrestres (p. ex. le temps total écoulé entre la réception de l'appel et l'arrivée de l'ambulance auprès du patient et les taux de survie des patients ayant certaines affections telles qu'un AVC ou un arrêt cardiaque);
- rendre compte publiquement de ces indicateurs et des délais d'intervention pour chaque municipalité de façon uniforme et comparable (p. ex. ventilés par région urbaine et par région rurale et selon les niveaux d'urgence de l'état des patients).

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examinera les objectifs actuels en matière de délais d'expédition des ambulances en consultation avec les centres de répartition provinciaux et les fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux, et ce, pour déterminer dans quelle mesure il serait possible d'uniformiser davantage ces objectifs tout en tenant compte des différences sur le plan de la démographie, des réalités géographiques et des ressources des collectivités locales. Dans le cadre de cet examen, le Ministère prévoit également d'élargir les mesures des délais d'expédition des ambulances pour y inclure les appels concernant les patients dont l'état évalué par les ambulanciers paramédicaux correspond au niveau 2 à l'ÉTG.

Le Ministère surveillera les délais d'expédition en réponse aux appels considérés comme des urgences et en rendra compte, en plus de mesurer les délais d'intervention comme l'exige actuellement la loi, afin de renforcer la surveillance et la supervision de la prestation des services d'ambulance.

Le Ministère demandera à son Comité consultatif médical de consulter l'Ontario Base Hospital Group, les fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux, le Réseau ontarien de soins cardiaques et les centres de répartition pour examiner et déterminer l'approche médicale qui conviendrait le mieux en vue de garantir que des interventions d'urgence efficaces basées sur des données probantes, notamment des invites électroniques dans les centres de répartition, sont prévues pour les patients STEMI.

Le Ministère entreprendra une évaluation du programme des infirmières de déchargement au cours de l'exercice 2013-2014 pour examiner la conception du programme, les mesures de rendement, la définition des mesures du temps de déchargement et le mode de financement pour s'assurer que le programme s'inscrit dans les stratégies et les initiatives générales relatives aux services des urgences. L'examen se fondera sur une analyse des processus de déchargement aux services des urgences effectuée récemment par une municipalité.

Le Ministère demandera à l'Ontario Base Hospital Group d'élaborer, en consultation avec les fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux, des indicateurs de rendement clés médicaux fondés sur des données probantes pour la prestation des services d'ambulance. Le Ministère collaborera avec les municipalités pour rendre compte publiquement de ces indicateurs. Ces renseignements s'ajouteront au compte rendu public actuel des plans sur les délais d'expédition des ambulances qui ont été affichés sur le site Web du Ministère en 2013

ainsi qu'au compte rendu public des résultats en matière de délais d'intervention prévu au début de 2014.

RÉPARTITION

Les préposés aux appels des centres de répartition doivent obtenir rapidement des renseignements cruciaux sur le patient de la part des personnes qui appellent afin d'établir correctement l'ordre de priorité des demandes d'ambulance. Un grand nombre de municipalités, dont celles visitées, ont dit qu'elles doivent exercer un contrôle sur la répartition afin d'être en mesure d'intervenir rapidement dans les cas qui sont vraiment les plus urgents. Toutefois, le Ministère a indiqué que la centralisation des services de répartition assure l'expédition de l'ambulance la plus proche pour répondre à un appel et permet également de maîtriser les coûts. Nous avons remarqué que la Colombie-Britannique compte trois centres de répartition et que l'Alberta prévoit de regrouper les activités de ses 14 centres de manière à ne compter que trois centres de répartition d'ici la fin de 2013. Le Ministère n'a pas évalué si les 22 centres de répartition actuels correspondent à un nombre optimal pour l'Ontario.

Sur les 22 centres de répartition de l'Ontario, 20 utilisent un protocole de répartition informatisé pour établir l'ordre de priorité des demandes d'ambulance. (Le Ministère a indiqué que les deux autres centres, situés dans des régions éloignées, mettront en oeuvre des processus informatisés d'ici l'automne 2013.)

Comme indiqué précédemment, 20 centres de répartition utilisent le protocole DPCI (Dispatch Priority Card Index) II, qui a été élaboré par le Ministère avec la participation des médecins. Ce protocole a été mis en oeuvre en 2009 pour remplacer le DPCI I, à propos duquel nous avons soulevé des préoccupations dans notre *Rapport annuel 2005*. Comme énoncé précédemment (voir la colonne A de la Figure 3), le DPCI II comporte

quatre codes de priorité : le code 4 (pour les appels très urgents), le code 3 (pour les appels qui nécessitent une intervention rapide), le code 2 (pour les appels planifiés) et le code 1 (pour les appels non urgents). En 2012, les 20 centres de répartition qui utilisaient le protocole DPCI II ont classé les appels de la façon suivante : 93 % ont reçu un code 3 ou 4, 3 % un code 2 et 4 % un code 1.

Dans les deux autres centres de répartition de l'Ontario, les municipalités qui administrent ces centres utilisent le Medical Priority Dispatch System (MPDS), un protocole de répartition utilisé au niveau international. Comme énoncé précédemment (voir la colonne B de la Figure 3), le MPDS classe les patients selon cinq codes – allant du plus urgent au moins urgent, soit Echo, Delta, Charlie, Bravo et Alpha – et le mode d'intervention pour chaque code (p. ex. si l'ambulance est autorisée à utiliser le mode phares et sirène) est déterminé par le centre de répartition. En 2012, les deux centres de répartition qui utilisent le MPDS ont classé leurs appels de la façon suivante : environ 40 % ont reçu un code Echo ou Delta, 17 % un code Charlie, 26 % un code Bravo et 17 % un code Alpha.

Priorités et responsabilité relatives à la répartition

Étant donné qu'il est difficile d'identifier de façon rapide et concluante au téléphone tous les patients dont l'état est urgent, les protocoles de répartition sont conçus de manière générale pour surévaluer le degré de priorité des appels – c'est-à-dire qu'ils traitent les appels comme plus urgents plutôt que moins urgents lorsque l'urgence de l'état du patient est incertaine. Toutefois, lorsqu'un protocole surévalue le degré de priorité d'un trop grand nombre d'appels, il risque de compromettre la disponibilité des ambulances pour répondre aux appels vraiment urgents.

Les municipalités visitées ont confirmé que le fait de devoir expédier des ambulances pour répondre simultanément à de nombreux appels de code 4 peut réduire la capacité de leur parc d'ambulances

en ne laissant que peu d'ambulances sinon aucune pour répondre à de nouveaux appels. Le Ministère ne consigne pas ce genre de cas de façon régulière. En 2010, une municipalité a examiné les données de ses rapports d'appel d'ambulance (le dossier médical qu'utilisent les ambulanciers paramédicaux pour documenter chaque appel) et a relevé plus de 1 000 cas où toutes les ambulances disponibles avaient été expédiées pour répondre à des appels. Dans 75 % de ces cas, il avait fallu retarder les réponses aux nouvelles demandes de service d'ambulance.

Entre 2006 et 2012, 67 % des appels ont été transmis comme étant des appels de code 4 (le niveau de priorité le plus élevé). Une étude commandée par le Ministère en 2011 indiquait que le protocole DPCI II était efficace pour identifier les patients nécessitant des soins très urgents, mais les taux de surévaluation du degré de priorité étaient élevés. En nous fondant sur les données de l'étude, nous avons remarqué que la priorité d'environ les deux tiers des appels classés par le DPCI II comme étant des appels de code 4 était surévaluée. De plus, notre analyse des données sur les niveaux de l'ÉTG assignés aux patients en 2012 indiquait que seulement 1 % des patients évalués par les ambulanciers paramédicaux sur les lieux avaient reçu une assignation de niveau 1 et 24 % une assignation de niveau 2, soit 25 % des patients en tout. L'écart important entre les deux pourcentages – 67 % des appels transmis comme étant des appels de code 4 et 25 % des patients dont l'état réel était suffisamment urgent pour justifier l'expédition d'une ambulance en réponse à un appel de code 4 – indique un niveau élevé de surévaluation du degré de priorité. Il se pourrait donc que les ambulances ne soient pas disponibles pour répondre aux appels vraiment urgents.

En comparaison, en 2012, les deux municipalités qui utilisent le protocole MPDS ont classé environ 40 % des appels comme étant des appels de niveau Echo ou Delta (c'est-à-dire correspondant à une intervention en mode phares et sirène); de 2 % à 3 % des appels ont reçu le code Echo.

En réponse à une demande formulée par le Comité en 2006, le Ministère a indiqué qu'il évaluerait le protocole MPDS dans le cadre d'un projet pilote auquel participeraient des centres de répartition administrés par des municipalités. Le rapport issu du projet en 2010 indiquait, entre autres, qu'un moins grand nombre d'appels étaient transmis comme une urgence avec le protocole MPDS par rapport au DPCI II, ce qui pourrait favoriser une gestion plus efficiente des ressources pour les services d'ambulance.

Bien que le Ministère puisse demander au groupe des bases hospitalières d'examiner les données probantes médicales pour s'assurer que le protocole DPCI II reflète les pratiques exemplaires actuelles, aucun examen du genre, autre que pour les accidents vasculaires cérébraux, n'avait été effectué par le groupe des bases hospitalières depuis 2009, année de la mise en oeuvre du protocole DPCI II. Nous avons remarqué, par exemple, que le protocole MPDS (qui est mis à jour plus souvent pour tenir compte des nouvelles études médicales sur les pratiques exemplaires dans le domaine des services médicaux d'urgence) prévoit que les préposés aux appels donnent pour instruction à leurs interlocuteurs (après l'expédition de l'ambulance mais avant son arrivée sur les lieux) de donner de l'aspirine aux patients qui présentent les symptômes d'une crise cardiaque, tandis que le protocole DPCI II n'a pas été mis à jour pour donner ce genre de directives.

Sélection des ambulances

Chaque municipalité doit élaborer un plan de déploiement des ambulances qui indique, entre autres, l'endroit où les ambulances attendent les demandes d'intervention, le nombre d'ambulances et d'autres véhicules d'intervention en cas d'urgence – c'est-à-dire, des véhicules dotés en général d'un ambulancier paramédical et du matériel nécessaire pour traiter les patients, mais non pour les transporter – disponibles en tout temps, et précise les types d'appels qui ne sont pas urgents.

Il s'ensuit que le nombre d'ambulances disponibles pour répondre à un appel varie d'une municipalité à l'autre.

Des systèmes électroniques aident les répartiteurs à sélectionner l'ambulance convenant le mieux à la situation. Pour les appels d'urgence – principalement les appels de code 4 du protocole DPCI II et les appels de code Echo ou Delta du protocole MPDS –, ces systèmes identifient l'ambulance la plus proche de l'endroit où se trouve le patient en tenant compte des ambulances disponibles ainsi que de celles auxquelles ont été assignés précédemment des appels de priorité moindre. Les répartiteurs peuvent également exercer leur jugement pour sélectionner l'ambulance à expédier d'après une carte électronique montrant l'emplacement de chaque ambulance dans une région donnée. D'après nos discussions avec les répartiteurs d'un centre qui reçoit un grand nombre d'appels, il arrive souvent qu'ils ne suivent pas la recommandation du système électronique parce qu'il sélectionne, par exemple, l'ambulance qui est la plus proche « à vol d'oiseau » plutôt que celle qui est la plus proche d'après l'itinéraire possible et les limites de vitesse. De plus, l'utilisation des systèmes électroniques dans les centres de répartition demande trop de temps. Le personnel a également indiqué qu'il est difficile pour les répartiteurs qui travaillent dans les centres dont le volume d'appels est élevé de sélectionner le véhicule convenant le mieux à la situation selon leur jugement à cause du grand nombre de demandes.

Une ambulance peut être appelée à répondre à un appel à l'extérieur de la municipalité à laquelle elle est assignée, par exemple, s'il s'agit de l'ambulance la plus proche pour répondre à un appel d'urgence ou si l'ambulance est sur le chemin du retour après avoir transporté un patient à un hôpital dans une autre municipalité. En raison de l'utilisation de systèmes de répartition différents, les véhicules de Toronto n'apparaissent pas en même temps que les autres ambulances sur les cartes électroniques des centres de répartition qui utilisent le DPCI II, pas plus que les ambulances

hors Toronto n'apparaissent sur les écrans des répartiteurs de cette ville. Bien que les centres de répartition qui utilisent le DPCI II dans les régions voisines de Toronto disposent d'un écran séparé indiquant l'emplacement des véhicules de Toronto, le personnel des centres de répartition utilise rarement cet écran du fait que le facteur temps joue un rôle déterminant dans l'expédition des ambulances. Par ailleurs, les centres de répartition qui utilisent le DPCI II ne peuvent pas visualiser tous en même temps l'emplacement des véhicules : un seul centre à la fois peut en effet les visualiser. Par conséquent, les centres de répartition ne connaissent pas en général l'emplacement des ambulances situées en dehors de leur territoire même si celles-ci se trouvent peut-être plus proches du patient.

Nous avons également remarqué que les deux centres de répartition qui utilisent le MPDS ont un logiciel d'affectation des ressources qui, en plus de tenir compte de l'ambulance la plus proche, tient aussi compte de celle qu'il conviendrait le mieux d'utiliser afin de maintenir la couverture des urgences dans toute la région concernée. Les autres centres de répartition ne disposaient pas de ce genre de logiciel et, par conséquent, il est possible qu'ils ne sélectionnaient pas toujours l'ambulance convenant le mieux aux besoins des patients.

Emplacement des défibrillateurs

L'utilisation en temps opportun d'un défibrillateur externe automatisé (DEA) peut nettement améliorer le taux de survie des patients victimes d'un arrêt cardiaque. D'après les études réalisées à ce sujet, un retard d'à peine quelques minutes au moment de commencer la défibrillation après un arrêt cardiaque peut entraîner des résultats néfastes pour le patient, y compris son décès. Par conséquent, pour tous les patients victimes d'un arrêt cardiaque, la mesure du délai d'intervention imposée par la Loi correspond au nombre de fois qu'une personne munie d'un DEA, qu'il s'agisse d'un ambulancier paramédical, d'un policier, d'un pompier ou d'un passant, est en mesure de se rendre auprès du

patient dans les six minutes suivant la transmission de l'appel au service d'ambulance.

Dans notre *Rapport annuel 2005*, nous recommandions que le Ministère évalue les coûts et avantages d'un système d'intervention en cas d'urgence pleinement coordonné qui comprend le placement stratégique de DEA dans des lieux publics. En juin 2011, le premier ministre de l'époque a annoncé l'initiative d'accès à la défibrillation de l'Ontario, qui prévoit l'octroi de fonds pour le placement de DEA dans des lieux publics comme les installations sportives et récréatives et les écoles, ainsi que la création d'un registre des DEA pour l'ensemble de l'Ontario.

Le Ministère a indiqué qu'un registre Web des DEA financés par le Ministère et par les municipalités et situés dans des lieux publics, dans d'autres endroits municipaux et dans les collectivités des Premières Nations devrait être mis en oeuvre vers la fin de 2013. Il se pourrait également que le registre comprenne les DEA installés par des intervenants privés (comme ceux situés dans les casinos ou les centres commerciaux).

Une municipalité qui consigne l'emplacement des DEA dans les installations municipales ainsi que dans certains autres endroits publics a indiqué qu'elle a adapté son système de répartition MPDS de façon à ce que le personnel de répartition puisse indiquer l'emplacement d'un DEA d'accès public aux personnes qui appellent. Toutefois, même si aucun des autres centres de répartition ne dispose de ce genre de renseignements, le Ministère a indiqué que les répartiteurs demandent aux personnes qui appellent s'il y a un DEA à leur connaissance à proximité. Ces personnes sont donc censées déterminer s'il y a un DEA sur place, ce qui peut nécessiter plus de temps et, par conséquent, augmenter les risques pour le patient. L'une des municipalités visitées a indiqué qu'elle avait demandé au Ministère d'inclure dans le protocole de répartition l'emplacement des DEA, mais sa demande a été refusée.

Nous avons remarqué que le Manitoba a adopté une loi en 2012 qui exige l'installation de DEA dans les endroits publics achalandés comme les

gymnases, les arénas, les centres communautaires, les terrains de golf, les écoles et les aéroports d'ici le 31 janvier 2014. Cette loi exige également de consigner les DEA dans un registre de sorte que les répartiteurs du service téléphonique 911 puissent indiquer aux personnes qui appellent l'emplacement des DEA dans les cas où il y a des victimes d'arrêt cardiaque.

Dotation des centres de répartition

Dans notre *Rapport annuel 2005*, nous avons indiqué que nous reviendrions sur le taux de roulement des répartiteurs au moment de notre prochain audit.

À notre demande, durant l'audit actuel, le Ministère a analysé le taux de roulement des répartiteurs pour l'année civile 2012. Cette analyse indiquait que le taux de roulement tant du personnel à temps plein que du personnel à temps partiel avait diminué depuis l'audit de 2005 et l'on notait une nette amélioration du taux de roulement du personnel à temps plein.

Toutefois, nous avons remarqué que beaucoup de répartiteurs traitaient un nombre d'appels beaucoup plus important que l'objectif ministériel de 4 200 appels par année fixé pour un répartiteur à temps plein. D'après le Ministère, cette situation peut entraîner des retards ou des erreurs au moment de la prise d'appel ou de la répartition, ce qui, dans les deux cas, peut avoir des répercussions néfastes sur les patients. (Voir également la section « Surveillance ministérielle du personnel de répartition » plus loin dans le présent rapport.) Dans l'ensemble, 13 % des répartiteurs ont traité plus de 5 000 appels chacun en 2012, ce qui dépasse largement l'objectif ministériel de 4 200 appels.

RECOMMANDATION 2

Pour assurer l'utilisation la plus efficace des services d'ambulance terrestre, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- évaluer l'efficacité des deux protocoles utilisés en Ontario pour établir l'ordre de priorité des appels et expédier les ambulances. Il doit notamment comparer la priorité de répartition déterminée par les protocoles avec l'évaluation du patient faite par les ambulanciers paramédicaux à leur arrivée sur les lieux et modifier les protocoles, au besoin, pour réduire la surévaluation excessive du degré de priorité des patients;
- à l'instar de deux municipalités, envisager de mettre à jour le logiciel qui aide les répartiteurs à sélectionner l'ambulance convenant le mieux à la situation pour faire en sorte que le logiciel détermine l'ambulance ayant la distance la plus courte à parcourir pour se rendre jusqu'au patient et celle qu'il convient le mieux d'expédier afin de maintenir la couverture des urgences dans toute la région concernée;
- collaborer avec les centres de répartition pour faire en sorte que la dotation concorde avec le volume d'appels afin de réduire le nombre de répartiteurs qui traitent un nombre d'appels beaucoup plus élevé que l'objectif fixé par le Ministère, et contribuer ainsi à réduire les possibilités de retards et d'erreurs.

Pour faire en sorte que les patients victimes d'un arrêt cardiaque soient traités le plus rapidement possible, le Ministère doit inclure dans les protocoles de répartition de l'information sur l'emplacement des défibrillateurs externes automatisés (DEA) accessibles au public.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a demandé à une base hospitalière provinciale de procéder à une évaluation

complète des deux protocoles de répartition utilisés en Ontario. L'examen comprend une comparaison des éléments principaux des deux protocoles, lesquels sont conçus pour faire face à diverses situations et pour garantir que les patients reçoivent les services d'ambulance qui répondent le mieux à leurs besoins. Dans le cadre de l'examen, le Ministère tiendra également compte des résultats d'une évaluation effectuée en 2011 par une base hospitalière provinciale qui indiquait qu'une priorisation avancée est une caractéristique essentielle des protocoles de répartition médicaux.

Le Ministère envisagera de mettre à jour son logiciel pour continuer à améliorer le système provincial d'expédition des ambulances. À ce titre, il continuera de consulter les groupes de travail pour ajouter des fonctionnalités améliorées, à l'appui de la prise des décisions en matière de répartition, qui ont été et qui continuent d'être mises en oeuvre dans les emplacements du Ministère où leur adoption est rapide. Les travaux actuellement en cours dans le domaine de la technologie de l'information comprennent l'amélioration des outils qu'utilisent actuellement les répartiteurs pour sélectionner l'ambulance convenant le mieux à la situation et maintenir la couverture des urgences. Les résultats des mises en oeuvre initiales dicteront les décisions à venir pour assurer une distribution appropriée dans l'ensemble de la province.

Le Ministère examine actuellement les niveaux de dotation des centres de répartition ainsi que leurs volumes d'appels pour définir la dotation optimale dans chacun de ses centres de répartition pour assurer une prestation efficace des services.

Le Ministère élabore un registre Web des DEA qui indiquera l'emplacement des DEA dans les lieux publics, dans d'autres endroits municipaux ainsi que dans les collectivités des Premières Nations. L'emplacement des DEA

sera communiqué au Ministère sur une base volontaire par les municipalités et par les Premières Nations et sera affiché sur le site Web du Ministère.

Le Ministère demandera à son Comité consultatif médical d'examiner la pertinence du point de vue médical d'inclure dans les protocoles de répartition l'emplacement des DEA énumérés dans le registre. Le Ministère inclura les renseignements sur les DEA dans les protocoles de répartition si le Comité appuie cette initiative.

SOLUTIONS DE RECHANGE AU TRANSPORT DES PATIENTS AUX SERVICES DES URGENCES

En Ontario, les ambulances transportent généralement les patients aux services des urgences des hôpitaux. En comparaison, le Royaume-Uni utilise des solutions de rechange au transport des patients par ambulance. En 2011, le National Audit Office britannique a estimé que le recours à différentes stratégies de réacheminement des patients du service des urgences, comme donner des conseils médicaux par téléphone et traiter la personne sur les lieux, avait permis de réaliser des économies annuelles d'au moins 100 millions de livres sterling (environ 150 millions de dollars).

En Ontario, lorsqu'une ambulance est expédiée, la politique ministérielle, qui a été élaborée d'après les conseils du Comité consultatif médical du Ministère, exige en général que les ambulanciers paramédicaux transportent les patients à l'hôpital, sauf si le patient signe un formulaire de refus du transport. Par conséquent, même si les ambulanciers paramédicaux traitent avec succès l'affection d'un patient sur les lieux, ils doivent tout de même le transporter à l'hôpital. Le Ministère a expliqué que cette approche a été adoptée de crainte que les ambulanciers paramédicaux omettent un élément qui ferait courir un risque au patient.

Conseils médicaux par téléphone

Télésanté Ontario est un service téléphonique financé par le Ministère qui offre des conseils médicaux 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les infirmières de Télésanté aident les gens qui appellent à déterminer si leur problème médical peut être traité à la maison et, dans l'affirmative, leur donnent des conseils pour se soigner eux-mêmes. Pour les problèmes plus graves, l'infirmière conseillera à la personne de prendre rendez-vous avec son médecin de famille ou de se rendre au service des urgences.

Un seul des 22 centres de répartition des ambulances terrestres de l'Ontario utilise un protocole de répartition qui identifie les patients pouvant être aiguillés vers Télésanté Ontario. Ce centre de répartition offre aux patients à faible risque le choix de communiquer avec Télésanté ou de se faire envoyer une ambulance. Au besoin, il aiguillera également les patients vers d'autres services comme le Centre antipoison de l'Ontario. D'après les estimations de ce centre de répartition, au cours d'un mois type, plus de 200 appels (ou environ 1 % de son volume d'appels) sont aiguillés vers Télésanté, et une ambulance est expédiée ultérieurement pour environ 15 % de ces appels.

Le Ministère n'a pas évalué cette politique du centre de répartition qui consiste à aiguiller les patients à faible risque vers Télésanté ou vers d'autres programmes comme le Centre antipoison de l'Ontario. Une telle analyse pourrait lui permettre d'examiner, entre autres, si les résultats pour les patients indiquent que la pratique est sécuritaire et s'il conviendrait de l'utiliser de façon plus générale dans la province. Le Ministère nous a informés qu'il ne soutient pas actuellement les stratégies de réacheminement telles que l'aiguillage des personnes qui appellent (considérées à faible risque) vers Télésanté de crainte que les répartiteurs puissent considérer qu'un patient est à faible risque alors qu'en réalité son état lui fait courir un plus grand risque. Nous avons remarqué que le Royaume-Uni rend compte publiquement de l'aiguillage des gens vers des conseils téléphoniques médicaux. Par

exemple, en janvier 2013, 12 services d'ambulance ont publié des données indiquant que 6 % des personnes qui appellent avaient reçu des conseils par téléphone et que le problème avait été entièrement réglé de cette façon dans 87 % de ces cas.

Traitement des patients sur les lieux : soins paramédicaux

Dans certaines administrations, les ambulanciers paramédicaux peuvent traiter certains types de patients sur les lieux et, par conséquent, le patient n'a pas besoin d'être transporté en ambulance. Par exemple, en Nouvelle-Écosse et en Alberta, les ambulanciers paramédicaux traitent les patients diabétiques victimes d'hypoglycémie et leur donnent des directives pour se soigner eux-mêmes au lieu de les transporter à l'hôpital. Par ailleurs, à Calgary (Alberta), les politiques relatives au traitement des patients sur les lieux ont permis de réduire le nombre de patients transportés à l'hôpital en 2012. Au Royaume-Uni, 12 services d'ambulance ont publié des données indiquant qu'environ 30 % des patients avaient été traités sur les lieux par les ambulanciers paramédicaux en janvier 2013. Les données indiquaient également que seulement 6 % de ces patients avaient demandé dans les 24 heures suivantes qu'on leur envoie une ambulance. Il s'agit là d'un aperçu des administrations qui ont instauré des politiques médicales précisant les circonstances dans lesquelles les patients peuvent être traités sur les lieux et de quelle façon afin d'aider les ambulanciers paramédicaux à traiter les patients en conformité avec les pratiques exemplaires.

Même si la politique ministérielle exige en général que les patients soient transportés en ambulance, nous avons remarqué que plus de 25 % (environ 350 000) des ambulances expédiées, en 2012, n'avaient pas transporté de patient. Le Ministère n'a pas évalué les raisons sous-jacentes de cette situation pour déterminer, par exemple, le nombre de cas où le non-transport du patient était imputable au refus des patients d'être transportés, à l'annulation de la demande d'intervention avant l'arrivée de

l'ambulance ou au fait que les ambulanciers paramédicaux aient pu traiter les patients sur les lieux. Bien que les bases hospitalières examinent un échantillon des appels pour lesquels il n'y a pas eu de transport de patient pour s'assurer que le patient a reçu les soins convenant à son état, elles ne déterminent pas le nombre de patients que les ambulanciers paramédicaux ont pu traiter sur les lieux.

Traitement des patients sur les lieux : véhicules d'intervention en cas d'urgence

Les véhicules d'intervention en cas d'urgence autres que les ambulances ne peuvent pas transporter de patients, mais ils sont dotés d'un ambulancier paramédical qui peut traiter les patients sur les lieux. Nous avons remarqué que d'autres administrations, comme l'Australie et le Royaume-Uni, utilisent ces véhicules pour traiter les patients sur les lieux. L'une des municipalités visitées s'est dite intéressée par le traitement des patients sur les lieux lorsque leur état le permet.

En Ontario, les véhicules d'intervention en cas d'urgence sont en général expédiés uniquement en parallèle avec une ambulance, car tous les patients sont censés être transportés. Le Ministère a indiqué que l'expédition d'un tel véhicule permet d'évaluer et de traiter les patients plus rapidement en attendant l'arrivée de l'ambulance. Le Ministère a également indiqué qu'il revient à chaque municipalité de décider d'utiliser ou non des véhicules d'intervention en cas d'urgence.

Bien que le Ministère finance environ la moitié du coût des véhicules d'intervention en cas d'urgence, il n'a pas évalué l'ampleur de leur utilisation ni leur efficacité. À notre demande, le Ministère a produit un rapport sur l'utilisation de ces véhicules par les municipalités. Le rapport indique que les véhicules d'intervention en cas d'urgence ont été expédiés pour seulement 10 % des appels en 2012, alors qu'ils représentent 26 % du parc total de véhicules des services d'ambulance terrestre municipaux dans la province. En comparaison, ce type de véhicule représente seulement

18 % du parc de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, où les patients peuvent être traités sur les lieux et éviter ainsi qu'on les transporte. Nous avons remarqué également que certains services d'ambulance de l'Ontario utilisaient leurs véhicules d'intervention en cas d'urgence de façon sporadique pour répondre aux appels. Par exemple, alors que ces véhicules représentaient environ 37 % du parc actif total d'une municipalité, ils répondaient à environ 1 % des appels. Par ailleurs, bien que les plans de déploiement des ambulances des municipalités indiquent qu'un grand nombre de véhicules d'intervention en cas d'urgence sont dotés d'ambulanciers paramédicaux de niveau avancé, certains étaient dotés de chefs ou de chefs adjoints des services d'ambulance dont les fonctions principales n'incluent pas la réponse aux appels. Dans les trois municipalités visitées, différents véhicules servaient de véhicules d'intervention en cas d'urgence, notamment des véhicules utilitaires sport et des camionnettes. Le coût de ces véhicules, entièrement équipés (dont environ 30 000 \$ pour un défibrillateur), se situait entre 53 000 \$ et 117 000 \$. Les municipalités visitées ont indiqué que leurs véhicules d'intervention en cas d'urgence servaient souvent à des fins administratives, notamment la supervision, la formation et l'assurance de la qualité en temps réel. Les véhicules sont par ailleurs entièrement équipés pour pouvoir répondre aux appels de patients, au besoin. Dans les autres provinces où l'on traite plus régulièrement les patients sur les lieux, nous avons remarqué que moins de 5 % de leur parc d'ambulances se composait de véhicules d'intervention en cas d'urgence.

RECOMMANDATION 3

Pour s'assurer que les patients reçoivent les soins qui répondent à leurs besoins et qu'on ne les transporte pas inutilement au service des urgences, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit examiner la possibilité d'instaurer des politiques de réacheminement des patients du service des urgences, à l'image

de celles adoptées par d'autres administrations, qui répondent aux besoins des patients en matière de soins en les aiguillant, par exemple, vers Télésanté pour qu'ils obtiennent des conseils médicaux par téléphone ou en les traitant sur les lieux.

Le Ministère, de concert avec les services d'ambulance terrestre municipaux, doit également évaluer l'efficacité des véhicules d'intervention en cas d'urgence autres que les ambulances, notamment le nombre de véhicules nécessaire et la meilleure façon de les utiliser pour répondre aux besoins des patients. L'évaluation doit comprendre une étude des pratiques en vigueur dans les administrations qui utilisent ces véhicules de manière plus efficace.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère demandera à l'Ontario Base Hospital Group de définir, en consultation avec les fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux, les stratégies de réacheminement les plus efficaces pour l'Ontario afin de garantir que les patients obtiennent les soins dont ils ont besoin au bon moment et au bon endroit.

En partenariat avec les fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux, qui ont la responsabilité de déterminer la composition appropriée de leur parc d'ambulances, le Ministère effectuera une évaluation de l'utilisation des véhicules d'intervention en cas d'urgence pour définir les pratiques exemplaires pour leur utilisation.

ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Afin d'assurer la prestation de services d'ambulance de qualité dans tous les cas, des processus sont nécessaires en permanence pour cerner et régler les problèmes, en particulier ceux pouvant avoir un effet néfaste sur les patients. Pour que ces processus

soient vraiment efficaces, ils doivent être présents d'un bout à l'autre du continuum de soins, depuis la réception de l'appel jusqu'au moment où le patient reçoit son congé de l'hôpital. Différentes méthodes sont utilisées pour obtenir une assurance quant à la qualité de ces services, comme on peut le voir dans la Figure 8.

Tous les trois ans, le Ministère procède à des examens des services des centres de répartition, des services d'ambulance terrestre et des services des bases hospitalières. Ces examens visent principalement à évaluer si les exigences législatives sont respectées et si les politiques ministérielles sont observées, notamment, si les services respectent les normes du Ministère en matière de soin des patients. Depuis notre dernier audit, le Ministère a assuré un suivi plus rapide de ces examens, dont la plupart ont permis de conclure après une seule visite que les services sont conformes aux normes.

Même si le Ministère a amélioré l'examen des services ainsi que ses processus d'inspection et de gestion des plaintes depuis notre audit de 2005, nous avons noté d'autres idées pour améliorer ces processus et en avons fait part au Ministère.

Comme les examens des services ont lieu seulement tous les trois ans et qu'il y a enquête seulement sur réception d'une plainte, il faut que les services d'ambulance soient soumis à d'autres processus permanents d'assurance de la qualité pour cerner et régler rapidement les problèmes sur le plan des services, en particulier ceux pouvant avoir une incidence sur la qualité des soins prodigués aux patients. Il arrive parfois que les inspections ministérielles soient plus fréquentes, mais leur portée est limitée.

Surveillance des résultats obtenus par les patients

La qualité des services d'ambulance, notamment les délais d'intervention et les soins paramédicaux fournis, peut avoir un effet important sur le pronostic de certains patients transportés. Toutefois, le Ministère ne recueille pas de renseignements en

Figure 8 : Aperçu des processus d'assurance de la qualité et entités responsables

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

	Entité responsable		
	Ministère	Municipalités	Bases hospitalières
Assurance de la qualité des centres de répartition	<ul style="list-style-type: none"> Effectue des examens trimestriels de la prise des appels et de l'expédition des ambulances conformément au processus normalisé du Ministère. Effectue des examens¹ des services tous les trois ans pour s'assurer de la conformité aux dispositions législatives et aux politiques ministérielles. Effectue des inspections² au hasard de portée limitée qui examinent en général la sécurité des registres d'appels conservés et la propreté du centre de répartition. Effectue des enquêtes sur les plaintes relatives à la répartition. 	<ul style="list-style-type: none"> N'ont aucun rôle en lien avec l'assurance de la qualité des centres de répartition. 	<ul style="list-style-type: none"> N'ont aucun rôle en lien avec l'assurance de la qualité des centres de répartition.
Assurance de la qualité des services d'ambulance	<ul style="list-style-type: none"> Effectue des examens¹ des services tous les trois ans pour s'assurer de la conformité aux dispositions législatives et aux politiques ministérielles et délivre un certificat aux personnes qui terminent avec succès le programme d'obtention d'un certificat pour fournir des services en Ontario. <i>(Les résultats sont communiqués aux services d'ambulance.)</i> Effectue des inspections² au hasard de portée limitée qui examinent en général le niveau des stocks de matériel, la propreté des ambulances et des postes d'ambulance et l'entretien des véhicules. <i>(Les résultats sont communiqués aux services d'ambulance.)</i> Effectue des enquêtes sur les plaintes relatives aux services d'ambulance. <i>(Les résultats sont communiqués aux services d'ambulance.)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Exécutent les processus déterminés par chaque municipalité pour s'assurer que les ambulanciers paramédicaux respectent les normes du Ministère en matière de soins de base de maintien des fonctions vitales prodigués aux patients. 	<ul style="list-style-type: none"> Exécutent les processus déterminés par chaque base hospitalière pour s'assurer que les ambulanciers paramédicaux respectent les normes du Ministère en matière de soins avancés de maintien des fonctions vitales prodigués aux patients. <i>(Les résultats sont communiqués au Ministère.)</i> Peuvent effectuer des examens des résultats obtenus par les patients (à la discrétion des bases hospitalières).
Assurance de la qualité des bases hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> Effectue des examens¹ des services tous les trois ans pour s'assurer de la conformité aux dispositions législatives et aux politiques ministérielles. <i>(Les résultats sont communiqués aux bases hospitalières.)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> N'ont aucun rôle en lien avec l'assurance de la qualité des bases hospitalières. 	<ul style="list-style-type: none"> N'ont aucun rôle en lien avec l'assurance de la qualité des bases hospitalières.

1. Les examens des services sont effectués par une équipe dirigée par le Ministère et durent plusieurs jours.

2. Les inspections sont effectuées par une personne et durent environ deux heures.

général sur les résultats obtenus par les patients, que ce soit globalement ou par service d'ambulance. L'Initiative d'analyse comparative des services municipaux de l'Ontario (IACSM) recueille des données auprès des municipalités participantes sur plusieurs aspects des services offerts. Entre autres, l'IACSM recueille des données sur le taux de survie

des patients victimes d'un arrêt cardiaque durant le transport en ambulance à l'hôpital. Les résultats de 2011, soit les plus récents dont nous disposons au moment de l'audit, font ressortir des écarts importants entre les 11 municipalités déclarantes : les taux de survie de ces patients se situent en effet

entre 11 % et 32 %. Aucune explication n'a été donnée pour les écarts.

Les municipalités ont indiqué qu'elles n'avaient eu accès qu'à certains renseignements des centres de répartition concernant le soin des patients et que ces renseignements ne se prêtaient pas facilement à une comparaison avec ceux consignés par la municipalité. Par exemple, les municipalités ont dit qu'elles ne peuvent pas obtenir des centres de répartition des renseignements électroniques sur tous les patients, au cours d'une période donnée, qui n'avaient pas de signes vitaux sur les lieux; or, cette information permettrait aux municipalités d'effectuer des examens de l'assurance de la qualité pour s'assurer que le patient a reçu les soins convenant à son état. Elles ont également indiqué qu'elles ne peuvent pas évaluer le taux de survie des patients après le transport en ambulance, par exemple, jusqu'au moment où le patient reçoit son congé de l'hôpital. Les trois municipalités visitées ont indiqué que ces renseignements pourraient permettre à leurs services d'ambulance terrestre de définir des moyens d'améliorer les services d'ambulance. Toutefois, le Ministère a indiqué que les municipalités devraient être en mesure d'obtenir ces renseignements tant de la part des centres de répartition que de la part des hôpitaux et qu'il ne connaissait pas vraiment les raisons pour lesquelles elles n'avaient pu les obtenir. Nous avons remarqué que les services d'ambulance, au Royaume-Uni, mesurent le taux de survie des patients victimes d'arrêt cardiaque transportés par ambulance au moment où ils reçoivent leur congé de l'hôpital.

Les bases hospitalières peuvent consulter les dossiers des patients conservés par chaque service d'ambulance sur tous les patients transportés. Le Ministère laisse à la discrétion des bases hospitalières la décision d'examiner ou non les résultats obtenus par les patients. Nous avons remarqué que ces examens étaient rarement effectués, en partie parce que les bases hospitalières sont incapables en général, aux termes de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, de consulter les renseignements sur les patients

conservés par les hôpitaux de leur région au sujet des patients transportés. Par ailleurs, le Ministère ne dispose pas de données provinciales ventilées par affectation des patients (p. ex. le nombre de patients victimes d'un AVC transportés).

Surveillance ministérielle du personnel de répartition

Au moment de notre audit en 2005, le Ministère nous a dit qu'il mettait à l'essai un processus normalisé d'assurance de la qualité pour les centres de répartition. Mis en oeuvre en 2006 dans les 20 centres qui utilisent le protocole de répartition DPCI II, le processus a été modifié en 2012. Nous avons relevé les points suivants au sujet du processus modifié d'assurance de la qualité :

- Un agent de la qualité des programmes ayant reçu une formation spéciale effectuera des examens trimestriels de 48 prises d'appel et de 48 activités de répartition (96 appels en tout) et attribuera une note chiffrée à chacune puis transmettra à la haute direction du Ministère un résumé de l'examen ainsi que des renseignements sur les aspects où le rendement du personnel de répartition laissait à désirer.
- Les superviseurs de la répartition effectueront des examens trimestriels en temps réel de trois prises d'appel et de trois activités de répartition pour chaque membre du personnel de répartition. Ils effectueront également un nombre plus restreint d'examens par les pairs du rendement de leurs homologues du centre de répartition. Bien que le Ministère recueille de l'information sur le nombre d'examens en temps réel et d'examens par les pairs effectués, les gestionnaires du Ministère qui supervisent le centre de répartition ne reçoivent pas les résultats de ces examens sauf en cas de problèmes à répétition avec un répartiteur en particulier. Par conséquent, le Ministère est incapable de repérer des problèmes systémiques à partir de ces examens. Les agents de la

qualité des programmes n'ont pas à s'assurer que ces examens sont effectués.

La mise en oeuvre de ce processus d'assurance de la qualité est une mesure positive dans la gestion ministérielle des centres de répartition. D'après notre examen des résultats concernant deux trimestres récents, le personnel de répartition respectait les politiques dans plus de 90 % des cas pour la plupart des exigences. Toutefois, dans le plus récent de ces trimestres, les employés du centre de répartition n'avaient respecté que dans environ 60 % des cas la politique qui exige qu'ils consignent par écrit la raison de tout écart par rapport au code de priorité recommandé et la raison pour laquelle ils n'ont pas fourni aux personnes qui appellent les directives recommandées avant l'arrivée de l'ambulance. (Par exemple, pour les patients victimes d'un arrêt cardiaque, le protocole DPCI II exige que les répartiteurs recommandent à la personne qui appelle d'effectuer des manoeuvres de réanimation cardio-respiratoire (RCR) puis qu'ils lui expliquent la façon de procéder.) Nous avons également remarqué que les analyses faites par le Ministère sur le rendement en matière de répartition n'incluaient pas certains problèmes systémiques qui feraient ressortir le besoin d'une formation supplémentaire (p. ex. des connaissances médicales insuffisantes, une compréhension insuffisante du protocole de répartition ou des compétences insuffisantes en informatique pour utiliser de manière efficace l'outil de répartition). À la suite de notre travail sur place, le Ministère a indiqué qu'il n'avait pas analysé les problèmes systémiques parce que ce processus n'était en place que depuis 17 mois.

Nous avons remarqué qu'environ la moitié des centres de répartition employaient un agent de la qualité des programmes indépendant pour effectuer ces examens, alors que les autres centres confiaient cette tâche à d'autres employés. Par exemple, deux centres de répartition où il n'y avait pas d'agent de la qualité des programmes nous ont dit que l'examen de leurs appels était effectué par un agent de formation et par un gestionnaire opérationnel, deux personnes responsables dans

une certaine mesure du rendement du personnel de répartition et qui, par conséquent, n'étaient peut-être pas impartiales.

Lorsque les centres de répartition procèdent à des examens en temps réel, le personnel concerné est avisé à l'avance en général. Nous sommes d'avis que ces examens révéleraient probablement mieux le rendement habituel de l'employé si les gens n'étaient pas avisés à l'avance.

Par ailleurs, nous avons constaté que deux des six centres de répartition que nous avons examinés ne donnaient pas une rétroaction en temps opportun aux employés sur leur rendement. L'un de ces centres n'avait soumis aucun membre du personnel de répartition à un examen pendant la moitié de la période de six mois que nous avons examinée. Quant à l'autre centre de répartition, rien n'indiquait dans la plupart des cas qu'une rétroaction sur les aspects à améliorer avait été donnée à la suite des examens.

Surveillance municipale du rendement des ambulanciers paramédicaux

Pour la plupart des patients transportés en ambulance, les ambulanciers paramédicaux n'ont qu'à exécuter des procédures de base de maintien des fonctions vitales telles que celles nécessaires dans le cadre de l'évaluation et de la gestion des douleurs thoraciques, des fractures de la hanche, des accouchements et des réactions allergiques. Le guide du Ministère intitulé *Basic Life Support Patient Care Standards* explique les circonstances dans lesquelles les ambulanciers paramédicaux doivent exécuter ces procédures et la façon de les exécuter.

Les fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux ont la responsabilité de surveiller la conformité des ambulanciers paramédicaux aux normes du Ministère en matière de soins de base de maintien des fonctions vitales. (Comme on le verra dans la prochaine section, les bases hospitalières surveillent la qualité des procédures avancées de maintien des fonctions vitales exécutées par les ambulanciers paramédicaux.) Chaque fournisseur

de services municipaux décide du mode de surveillance et de sa fréquence. Les trois fournisseurs de services d'ambulance visités ont indiqué qu'ils choisissent au hasard les rapports d'appel d'ambulance à soumettre à un examen. La fréquence des examens varie entre les trois fournisseurs : l'un examinait une quinzaine de rapports d'appel d'ambulance par jour (sur environ 120), un autre en examinait un peu plus d'une quinzaine pour ses régions urbaines et tous les rapports d'appel de ses régions rurales, tandis que le troisième procédait à l'examen de certains rapports d'appel pour chaque ambulancier paramédical une fois par année seulement dans le cadre des examens annuels du rendement. Aucun des fournisseurs de services n'effectuait d'examens sur un aspect précis, par exemple sur tous les appels se rapportant à un accouchement au cours d'une période de six mois.

Chez deux des trois fournisseurs de services visités, les examens étaient effectués par des cadres supérieurs, tels que les chefs adjoints, tandis qu'ils étaient généralement effectués par les surintendants dans le troisième cas. Toutefois, un fournisseur de services a indiqué qu'il demandait parfois à sa base hospitalière de lui faire part de ses commentaires pour savoir si ses ambulanciers paramédicaux respectaient les normes en matière de soins de base de maintien des fonctions vitales. Deux bases hospitalières avec lesquelles nous avons communiqué ont indiqué qu'elles examinaient, sur demande, la conformité des ambulanciers paramédicaux à ces normes pour certains fournisseurs de services d'ambulance terrestre. Deux bases hospitalières ont également souligné que ces fournisseurs municipaux, à leur avis, n'ont pas l'expertise voulue pour assurer une surveillance médicale appropriée. L'une a indiqué que les bases hospitalières devraient examiner le traitement par les ambulanciers paramédicaux des affections posant un plus grand risque, comme les accouchements et les fractures.

Le Ministère n'a pas demandé aux services d'ambulance terrestre municipaux de lui présenter un rapport sur les résultats de leurs examens de la conformité aux normes en matière de soins de base

de maintien des fonctions vitales. Le Ministère a indiqué qu'il examine un échantillon des rapports d'appel d'ambulance pour vérifier le processus d'assurance de la qualité des municipalités. Toutefois, les résultats de cet examen n'étaient pas documentés. Par conséquent, le Ministère ne sait pas si le nombre d'examens effectués est suffisant ni s'il y a des problèmes systémiques auxquels il faudrait remédier dans l'ensemble de la province.

Surveillance du rendement des ambulanciers paramédicaux par les bases hospitalières

Le Ministère a conclu des ententes avec les sept bases hospitalières (le nombre de bases hospitalières a été ramené de 21 à sept en 2009 à la suite des recommandations que nous avons formulées dans notre *Rapport annuel 2005*), entre autres, pour qu'elles surveillent le caractère approprié et la qualité des soins prodigués aux patients par les ambulanciers paramédicaux. Chaque base hospitalière s'occupe d'une région différente de la province.

En Ontario, la plupart des ambulanciers paramédicaux à bord des ambulances terrestres sont des ambulanciers paramédicaux de premier niveau (APPN) ou de niveau avancé (APNA). Ces niveaux de pratique reflètent les procédures médicales que chaque niveau peut exécuter selon la Loi et selon la politique ministérielle. Plus précisément, les APPN peuvent, par exemple, vérifier les voies respiratoires et la respiration des patients, administrer certains médicaments tels que l'aspirine et pratiquer la défibrillation externe. Les APNA peuvent exécuter les mêmes procédures médicales que les APPN ainsi que d'autres procédures telles que l'intubation des patients (insertion d'un tube raccord) et le traitement des crises épileptiques. Les municipalités décident du nombre d'APPN et d'APNA à embaucher. Dans neuf municipalités, nous avons remarqué que plus de 30 % des ambulanciers paramédicaux étaient des APNA tandis que ce nombre était inférieur à 10 % dans 35 municipalités. Dans

l'ensemble, environ 20 % des quelque 7 000 ambulanciers paramédicaux de l'Ontario sont des APNA.

Surveillance de l'exécution des procédures paramédicales avancées de maintien des fonctions vitales

Le Ministère ne recueille pas de données sur le nombre d'appels d'ambulance nécessitant l'exécution de procédures avancées de maintien des fonctions vitales (lesquelles peuvent toutes être exécutées par des APNA, mais dont quelques-unes seulement, comme l'administration de glucose, peuvent être exécutées couramment par des APPN) ni sur le nombre de cas où l'intervention d'un APNA est nécessaire. Une base hospitalière a indiqué qu'environ 85 % de ses rapports d'appel d'ambulance (le dossier médical utilisé par les ambulanciers paramédicaux pour documenter chaque appel) décrivaient uniquement les actes reliés aux soins de base de maintien des fonctions vitales. Notre examen des données communiquées par un fournisseur de services d'ambulance d'une autre région de l'Ontario indiquait que 70 % de ses appels nécessitaient seulement des soins de base de maintien des fonctions vitales et que seulement 2 % des rapports d'appel d'ambulance faisaient état de l'exécution d'une procédure nécessitant l'intervention d'un APNA.

Les études indiquent que les procédures avancées de maintien des fonctions vitales, plus particulièrement celles qui peuvent être exécutées en général uniquement par des APNA selon la Loi (comme l'insertion d'un tube raccord), présentent un plus grand risque en général pour les patients que les procédures de base. Il est donc essentiel que les APNA maintiennent leurs compétences en les mettant en pratique. Toutefois, compte tenu du peu d'occasions d'exécuter des procédures avancées de maintien des fonctions vitales, les services d'ambulance risquent de voir leurs APNA perdre peu à peu leurs compétences. C'est le cas en particulier dans les municipalités comptant un grand nombre d'APNA. Deux bases hospitalières nous ont dit

qu'elles étaient préoccupées par la perte des compétences des APNA imputable à l'absence d'occasions de les mettre en pratique et au fait qu'il n'y a pas suffisamment de formation continue.

Transmission de l'information sur les patients aux hôpitaux

À l'arrivée d'un patient à l'hôpital, les ambulanciers paramédicaux doivent s'assurer de communiquer de la façon la plus efficace et la plus exacte possible les renseignements sur l'état du patient et sur les soins qui lui ont été prodigués avant son arrivée. Toutefois, à peu près aucun service d'ambulance n'est capable de transmettre électroniquement ses rapports d'appel d'ambulance à l'hôpital où est admis un patient. Après avoir communiqué verbalement les renseignements pertinents au personnel hospitalier, le personnel de l'ambulance fournit plutôt un rapport d'appel sur papier avant de quitter l'hôpital pour répondre à un nouvel appel ou envoie le rapport d'appel le lendemain ou le surlendemain. Les employés de trois services des urgences achalandés de l'Ontario nous ont dit qu'ils étaient satisfaits en général des renseignements que les ambulanciers paramédicaux leur communiquaient verbalement sur les patients. Ils ont toutefois également affirmé que la réception d'une copie du rapport d'appel un ou deux jours plus tard n'est pas utile pour prendre des décisions en matière de traitements pour lesquels le facteur temps est déterminant.

Les résultats des électrocardiogrammes (ECG) exécutés par les ambulanciers paramédicaux représentent un type de renseignement essentiel pour prodiguer au patient les soins qui conviennent à son état, mais ces résultats ne sont pas nécessairement communiqués au personnel hospitalier. Selon une étude de trois mois réalisée par une base hospitalière en 2011, dans 13 % des cas où un ambulancier paramédical avait exécuté un ECG faisant état d'anomalies du rythme cardiaque, un ECG exécuté ultérieurement à l'hôpital n'avait révélé aucune anomalie. Dans les deux tiers de ces cas, l'ECG exécuté par l'ambulancier paramédical indiquait

que le patient pouvait avoir été victime d'une crise cardiaque. Le Comité consultatif médical de la Direction des services de santé d'urgence s'est dit préoccupé par le fait que ce genre de renseignement ne soit pas communiqué aux hôpitaux. Les membres du personnel du service des urgences nous ont dit, pour leur part, qu'ils n'avaient aucun moyen de connaître ce renseignement s'il ne leur était pas communiqué.

Au moment de notre audit, le Comité consultatif médical évaluait la possibilité de recommander que les ambulanciers paramédicaux soient tenus de remettre un rapport d'appel d'ambulance à l'hôpital avant de partir, mais aucune solution n'avait été proposée pour garantir que les ambulanciers transmettent au personnel hospitalier les résultats de tous les examens qu'ils font subir aux patients.

Étant donné que les bases hospitalières ne disposent pas des ressources nécessaires pour accompagner les ambulanciers paramédicaux à intervalles réguliers afin d'évaluer sur le terrain les soins qu'ils prodiguent, la plupart des examens du soin des patients effectués par les bases hospitalières sont fondés sur les rapports d'appel d'ambulance. D'après les ententes conclues avec le Ministère, le personnel des bases hospitalières est uniquement tenu d'examiner les rapports des appels pour lesquels les ambulanciers paramédicaux ont exécuté une procédure avancée de maintien des fonctions vitales, telle que l'utilisation d'un défibrillateur externe ou l'administration intraveineuse de certains médicaments. Notre examen des renseignements de 2011-2012 provenant de trois bases hospitalières nous a permis de constater que les ambulanciers paramédicaux, dans ces régions, se conformaient aux normes dans plus de 90 % des cas quand ils exécutaient des procédures avancées de maintien des fonctions vitales.

En 2006, le Ministère a transmis aux municipalités une liste d'éléments à inclure dans les rapports d'appel d'ambulance électroniques. Même si la plupart des municipalités, au moment de l'audit, avaient adopté les rapports d'appel d'ambulance électroniques – environ 15 % des municipalités,

notamment la région de Peel, continuent d'utiliser les rapports d'appel sur papier –, le Ministère n'assurait pas la coordination de l'acquisition de ces technologies relatives au soin des patients et, par conséquent, de nombreux logiciels différents sont maintenant utilisés même au sein de la région d'une même base hospitalière. Par conséquent, lorsque les bases hospitalières téléchargent les données, celles-ci sont présentées de différentes façons et il est ainsi difficile pour les bases hospitalières d'analyser les données de manière globale (p. ex. pour tous les patients ayant une certaine affection). En outre, les bases hospitalières devaient saisir manuellement les renseignements fournis sur papier. Au moment de notre audit, les bases hospitalières prévoient de passer un marché portant sur une base de données commune pour héberger les données provenant des rapports d'appel d'ambulance de l'ensemble des bases hospitalières.

RECOMMANDATION 4

Afin d'accroître la qualité des services de répartition des ambulances terrestres et les soins prodigués aux patients par les ambulanciers paramédicaux, le Ministère, de concert avec les municipalités, le cas échéant, doit :

- exiger que des examens indépendants non annoncés des appels reçus par les centres de répartition soient effectués pour s'assurer que les appels sont traités de manière appropriée par tout le personnel de répartition, et qu'une rétroaction soit donnée en temps opportun au personnel pour prévenir la répétition de problèmes. Le Ministère doit veiller également à obtenir un résumé de ces examens afin de repérer les problèmes systémiques;
- envisager d'instaurer des lignes directrices sur le pourcentage souhaité d'ambulanciers paramédicaux de niveau avancé (APNA) et s'assurer que ces derniers ont suffisamment d'occasions de mettre leurs compétences en pratique pour ne pas les perdre;

- demander aux bases hospitalières d'examiner à intervalles réguliers les compétences des ambulanciers paramédicaux en matière de soins de base de maintien des fonctions vitales, car ils mettent ces compétences en application dans tous les cas où ils se rendent auprès d'un patient;
- s'assurer que les ambulanciers paramédicaux fournissent les documents d'information relatifs aux patients (y compris les résultats de tous les examens) aux services des urgences en temps opportun de sorte que ces renseignements soient utiles pour la prise de décisions concernant le soin des patients;
- s'assurer que des processus sont en place pour permettre aux services d'ambulance terrestre municipaux d'accéder sans problème aux renseignements de répartition nécessaires pour procéder à l'analyse des tendances relatives au soin des patients, et pour analyser à intervalles réguliers les résultats obtenus à l'hôpital par les patients qui y ont été transportés en ambulance.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère examinera cette recommandation dans le cadre de l'amélioration continue du Programme d'assurance de la qualité pour l'expédition des ambulances afin de s'assurer que le personnel de répartition reçoit une rétroaction en temps opportun et que des mesures correctrices sont prises pour remédier aux problèmes individuels et systémiques. Le Programme d'assurance de la qualité assure présentement la surveillance, l'évaluation et le compte rendu complets du rendement des répartiteurs et de leur conformité aux politiques, aux pratiques, aux normes et aux procédures ministérielles pour évaluer correctement les décisions en matière de répartition et de déploiement au niveau du répartiteur, du centre de répartition et du système.

Les administrations municipales décident elles-mêmes de la composition de leurs effectifs paramédicaux d'après les besoins définis par chaque municipalité et d'après les ressources dont chacune dispose. Le Ministère demandera aux bases hospitalières provinciales d'examiner, en consultation avec les fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux, les programmes de formation actuels en soins paramédicaux pour s'assurer que tous les ambulanciers paramédicaux reçoivent la formation nécessaire et qu'ils ont l'occasion de mettre régulièrement leurs connaissances en pratique afin de conserver et d'améliorer leurs compétences.

Le Ministère demandera à l'Ontario Base Hospital Group et aux fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux d'évaluer les pratiques actuelles utilisées pour examiner les compétences des ambulanciers paramédicaux en matière de soins de base de maintien des fonctions vitales.

Le Ministère a amorcé des discussions avec son Comité consultatif médical et l'Ontario Association of Paramedic Chiefs pour examiner les normes actuelles en matière de documentation relative aux patients et formuler des recommandations qui assureront la communication en temps opportun des documents d'information relatifs aux patients aux services des urgences.

Le Ministère collaborera avec les fournisseurs des services d'ambulance terrestre municipaux et l'Ontario Base Hospital Group pour uniformiser les protocoles en matière de communication de renseignements pour assurer la transmission des renseignements relatifs aux patients de façon rapide et appropriée afin d'améliorer encore davantage les résultats pour les patients.

FINANCEMENT MINISTÉRIEL VERSÉ AUX MUNICIPALITÉS

La *Loi sur les ambulances* stipule que les municipalités ont la responsabilité de financer les services d'ambulance terrestre et laisse au Ministère le soin de décider d'accorder ou non des fonds aux municipalités pour le financement de ces services. Lors de notre audit de 2005, le Ministère finançait en général 50 % des coûts dont il avait défini l'admissibilité et il finançait donc ainsi moins de 40 % des coûts d'ambulance terrestre engagés par certaines municipalités. Toutefois, en général, le Ministère versait un montant plus élevé aux municipalités qui dépensaient davantage, sans égard au nombre d'appels d'ambulance reçus, aux niveaux des services fournis, à la taille de la population desservie ou à la région couverte. À l'époque, le Ministère nous avait dit qu'il fallait s'attendre à différents niveaux de services d'ambulance parce que les municipalités n'ont pas toutes les mêmes ressources – en raison, par exemple, des assiettes fiscales municipales différentes. Nous avons donc recommandé au Ministère d'élaborer un processus pour mieux assurer l'existence partout en Ontario d'un réseau équilibré de services d'ambulance terrestre. Par ailleurs, le Comité des comptes publics a recommandé en 2006 que le Ministère réexamine son modèle de financement et qu'il se penche notamment sur l'adoption de mesures incitatives et de découragement pour encourager une utilisation plus efficace des ressources du système des soins de santé, plus particulièrement dans le contexte des services d'ambulance terrestre.

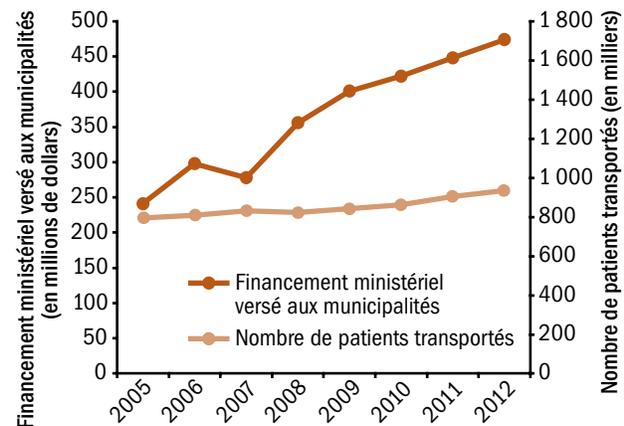
Entre 2005 et 2009, le Ministère a modifié sa formule de financement à trois reprises. Bien que certaines municipalités aient bénéficié d'une majoration plus importante de leur financement, ces modifications, ainsi que les augmentations accordées pour tenir compte de l'inflation, ont fait en sorte que le financement global versé aux municipalités (y compris le financement au titre du programme des infirmières de déchargement, qui se situait entre 4 millions de dollars en 2008-2009

et 12 millions de dollars en 2011-2012) a presque doublé entre les exercices 2004-2005 et 2011-2012, comme on peut le voir dans la Figure 9. Le nombre de patients transportés a progressé de 18 % au cours de cette période.

En 2009, le Ministère finançait 50 % des augmentations salariales totales (auparavant, il finançait seulement un pourcentage d'augmentation maximum) et 50 % de la totalité des coûts indirects municipaux attribués aux services d'ambulance terrestre (auparavant, il finançait seulement un montant maximum des coûts indirects attribués). Depuis 2009, le financement versé aux municipalités par le Ministère a augmenté d'environ 6 % par année. Toutefois, au moment de l'audit actuel, les municipalités qui dépensaient davantage continuaient de recevoir un montant de financement plus élevé de la part du Ministère sans égard aux niveaux de service ou à d'autres facteurs. À cet égard, le Ministère n'avait pas analysé – par exemple au moyen d'un examen des plans de déploiement des ambulances des municipalités, si une couverture ambulancière similaire est fournie à des populations de taille similaire ou dans des régions similaires. Selon l'IACSM, le coût total par heure de service d'ambulance terrestre pour les 13 municipalités déclarantes se situait en 2012 entre 156 \$ et 247 \$, soit 189 \$ en moyenne. Le coût variait nettement même parmi les municipalités urbaines.

Figure 9 : Financement ministériel des services d'ambulance terrestre municipaux et nombre de patients transportés, 2005-2012

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



En 2012, le Ministère finançait environ 50 % des dépenses estimatives de chaque municipalité pour l'année précédente, plus une augmentation en pourcentage établie par le Ministère au titre de l'inflation. (Par exemple, le financement accordé pour 2012 reposait sur les budgets révisés et approuvés de 2011 de chaque municipalité, plus 1,5 %). Comme le financement repose sur les dépenses de l'année précédente, le Ministère ne finance pas les améliorations apportées aux services municipaux la première année, comme l'ajout d'ambulanciers paramédicaux ou l'établissement d'un nouveau poste d'ambulance. La municipalité reçoit du financement pour ces services seulement à compter de l'année suivant leur mise en oeuvre. Par conséquent, il se peut que les municipalités moins riches retardent les améliorations de ce genre.

Le Ministère n'examine pas si les coûts de prestation de certains niveaux de service sont comparables dans des municipalités similaires ayant des niveaux de service cibles similaires. Par ailleurs, ni le Ministère ni les municipalités ne savent si le financement ministériel supplémentaire s'est traduit par une optimisation des ressources quant aux niveaux de service et aux résultats pour les patients.

Les municipalités visitées ont indiqué que les règles de financement du Ministère sont une source d'incertitude quant au montant de financement qu'elles recevront d'une année à l'autre. Cette situation nuit à la planification municipale des services d'ambulance, surtout quand les municipalités reçoivent l'avis de financement du Ministère une fois que l'année à laquelle s'applique le financement est entamée. Par exemple, le Ministère a informé les municipalités en juin 2012, soit en plein milieu de l'année, du montant de financement qu'elles recevraient pour 2012. En outre, les municipalités ne connaissent pas toujours les coûts que le Ministère financera. Par exemple, les municipalités n'ont su qu'en août 2012 si le Ministère accorderait du financement pour les coûts associés au programme des infirmières de déchargement durant l'exercice 2012-2013.

RECOMMANDATION 5

Afin d'assurer l'existence d'un réseau équilibré de services d'ambulance partout en Ontario, le Ministère doit :

- déterminer, par exemple au moyen d'un examen des plans municipaux de déploiement des ambulances et des coûts reliés aux services d'ambulance des municipalités, les raisons pour lesquelles les coûts et les niveaux de services d'ambulance sont différents pour des populations et des régions similaires;
- élaborer des solutions, telles que l'adoption de mesures incitatives, pour favoriser une prestation efficiente des services d'ambulance – notamment des niveaux de service minimums ou des points de référence, en particulier là où il y a des écarts.

Pour faciliter la planification municipale, le Ministère doit également communiquer clairement et en temps opportun aux municipalités le montant de financement qu'il prévoit de leur accorder.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère consultera les fournisseurs de services d'ambulance terrestre municipaux pour cerner les aspects éventuels à examiner, comme les écarts sur le plan des niveaux de services d'ambulance et des coûts connexes pour des populations et des régions similaires afin de définir les pratiques exemplaires à adopter pour la prestation des services d'ambulance. Le Ministère communiquera les résultats de cette consultation aux municipalités pour les aider à planifier la prestation des services d'ambulance terrestre municipaux, en conformité avec les responsabilités qui leur sont confiées par la *Loi sur les ambulances*.

Le Ministère veillera à communiquer clairement et en temps opportun les règles de financement aux municipalités. Le financement ministériel repose sur le budget révisé et

approuvé par le conseil de la municipalité pour l'année précédente et est majoré d'un montant supplémentaire pour tenir compte de l'augmentation des coûts. La subvention ministérielle au titre des services d'ambulance terrestre tient

compte des dépenses municipales budgétées et le Ministère continue de respecter le cadre de partage des coûts à parts égales, ce qui donne aux municipalités les assurances nécessaires pour planifier leur budget et leurs services.

Glossaire

administration intraveineuse de glucose – Injection d'une solution liquide à base de sucre directement dans une veine du patient; ces injections servent souvent à rétablir le taux de glycémie chez les patients.

agents de prestation désignés – Conseils d'administration de district des services sociaux, créés par la province, dans les districts du Nord pour fournir des services communautaires, notamment des services d'ambulance terrestre.

ambulancier paramédical de niveau avancé (APNA) – Ambulancier paramédical formé pour exécuter les procédures avancées ainsi que les procédures de base de maintien des fonctions vitales et autorisé à le faire.

ambulancier paramédical de premier niveau (APPN) – Ambulancier paramédical formé pour exécuter des procédures de base de maintien des fonctions vitales ainsi que certaines procédures avancées de maintien des fonctions vitales.

arrêt cardiaque – Arrêt soudain des battements du cœur.

arrêt respiratoire – Arrêt de la respiration dû à une défaillance des poumons.

Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) – Organisation qui défend les intérêts de ses membres, soit environ 150 hôpitaux. Entre autres, l'organisation vise à fournir des produits et services de grande qualité, à influencer et à faire progresser la politique du système de santé en Ontario et à promouvoir l'innovation et l'amélioration du rendement dans les hôpitaux.

Association des municipalités de l'Ontario – Organisation qui représente et soutient les municipalités de l'Ontario qui en sont membres (plus de 400).

bases hospitalières – Il s'agit de sept hôpitaux répartis dans la province qui ont conclu des ententes avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour, entre autres, surveiller le caractère approprié et la qualité des procédures avancées de maintien des fonctions vitales qu'exécutent les ambulanciers paramédicaux des services d'ambulance terrestre. Une région de la province est assignée à chaque base hospitalière.

centres de répartition – Centres d'appels qui reçoivent les demandes d'ambulance, principalement en provenance des **centres d'appels 911 ou des hôpitaux** – Les centres de répartition ont la responsabilité d'établir l'ordre de priorité des appels et d'aviser les effectifs des ambulances terrestres pour qu'ils se rendent auprès du patient.

Comité consultatif médical – Groupe composé principalement de cadres supérieurs des bases hospitalières qui conseille le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les questions médicales liées à la prestation des services médicaux d'urgence et à la fourniture des soins préhospitaliers.

Comité des services d'ambulance terrestre – Comité coprésidé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et par l'Association des municipalités de l'Ontario; le Comité comprend des représentants de différents services d'ambulance municipaux. Il se penche sur les préoccupations des municipalités en lien avec la prestation des services d'ambulance terrestre en Ontario et conseille le Ministère sur ces questions.

Comité permanent des comptes publics – Comité composé de membres de tous les partis qui est autorisé à étudier le Rapport du vérificateur général et les Comptes publics et à faire rapport de ses observations, opinions et recommandations à l'Assemblée législative.

crise cardiaque – Situation dans laquelle le cœur d'une personne continue de battre mais le flux sanguin est bloqué.

déchargement – Processus qui consiste à transférer le patient de l'ambulance à l'hôpital.

défibrillateur externe automatisé (DEA) – Appareil électronique portable qui peut analyser le rythme cardiaque et administrer une décharge électrique au patient dont la vie est menacée par des battements de cœur irréguliers afin de rétablir un rythme cardiaque normal.

délai d'expédition des ambulances – Temps écoulé entre la réception d'un appel et le moment où le répartiteur avise le personnel d'une ambulance de se rendre sur les lieux où se trouve le patient.

délai d'intervention des services d'ambulance – Temps écoulé entre la prise de contact du répartiteur avec le personnel de l'ambulance et l'arrivée de l'ambulance sur les lieux.

Direction des services de santé d'urgence – Direction du ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui supervise le programme d'ambulances terrestres, notamment les activités des centres de répartition. Elle établit les normes relatives au soin des patients et au matériel ambulancier, surveille et assure la conformité à ces normes et, au moyen des examens des services, certifie que les fournisseurs de services d'ambulance peuvent exercer leurs activités en Ontario.

Dispatch Priority Card Index (DPCI) II – Protocole de répartition élaboré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avec la participation des médecins et utilisé par 20 des 22 centres de répartition de l'Ontario pour établir l'ordre de priorité des patients. On trouvera la description des différents codes de priorité à la Figure 3.

ECG (électrocardiogramme) – Test de diagnostic qui vérifie le fonctionnement du cœur d'un patient en mesurant et en enregistrant l'activité électrique du cœur.

Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) – Méthode employée par les infirmières de triage dans les services des urgences des hôpitaux et par les ambulanciers paramédicaux à leur arrivée auprès d'un patient et au moment de quitter les lieux avec celui-ci, pour évaluer le degré d'urgence des besoins du patient en matière de soins. On trouvera la description des différents niveaux à la Figure 3.

Groupe de travail sur les normes en matière de délai d'intervention – Sous-groupe du Comité des services d'ambulance terrestre chargé d'examiner les normes en matière de délai d'intervention de 1996 et de formuler des conseils sur une norme de remplacement.

infirmière de déchargement – Infirmière embauchée par un hôpital pour s'occuper exclusivement de la prise en charge des patients à faible risque qui arrivent en ambulance.

Initiative d'analyse comparative des services municipaux de l'Ontario (IACSM) – Partenariat d'environ 15 municipalités de l'Ontario qui recueillent des données sur plus de 850 mesures dans 37 domaines des services municipaux, notamment les services d'ambulance terrestre, pour pouvoir comparer le rendement des municipalités.

intraveineuse – Injection d'un médicament ou d'une autre solution liquide dans une veine du patient.

Ontario Association of Paramedic Chiefs – Organisation sans but lucratif composée de dirigeants des services d'ambulance terrestre municipaux et de neuf fournisseurs de services d'ambulance à contrat qui conseille le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les services médicaux d'urgence en Ontario.

Medical Priority Dispatch System (MPDS) – Protocole de répartition utilisé par deux des 22 centres de répartition de l'Ontario pour établir le degré de priorité de l'état des patients à la suite d'une demande d'intervention. On trouvera la description des différents codes de priorité à la Figure 3.

plan de déploiement – Plan élaboré par chaque municipalité qu'utilisent les centres de répartition pour assigner les appels aux ambulances et aux autres véhicules d'intervention en cas d'urgence ainsi que pour repositionner les ambulances (p. ex. les rapprocher de la prochaine demande d'intervention prévue).

préposés aux appels – Employés du centre de répartition qui demandent à chaque personne qui appelle des renseignements sur le patient et qui déterminent le degré de priorité de l'appel.

procédures avancées de maintien des fonctions vitales – Il s'agit de procédures médicales plus complexes dont toutes peuvent être exécutées par des ambulanciers paramédicaux de niveau avancé et certaines peuvent être exécutées par des ambulanciers paramédicaux de premier niveau.

procédures de base de maintien des fonctions vitales – Procédures médicales moins complexes exécutées par tous les ambulanciers paramédicaux (p. ex. évaluer et gérer les douleurs à la poitrine et les réactions allergiques).

Programme des infirmières de déchargement – Programme mis en oeuvre par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2008 pour réduire les délais de déchargement des ambulances en octroyant des fonds pour l'embauchage d'infirmières de déchargement.

rapport d'appel d'ambulance – Rapport, sur support papier ou électronique, qui doit être rempli pour tous les patients traités par les ambulanciers paramédicaux. Le rapport doit indiquer, entre autres, le nom et l'affection du patient et contenir des renseignements sur les soins prodigués par les ambulanciers paramédicaux.

rapport d'appel d'ambulance électronique – Voir **rapport d'appel d'ambulance**.

réanimation cardiorespiratoire (RCR) – Ensemble de procédures exécutées pour améliorer les chances de survie des personnes victimes d'un arrêt cardiaque. La RCR comprend des compressions thoraciques pour rétablir la circulation sanguine afin d'apporter de l'oxygène au coeur et au cerveau; elle peut comprendre également la vérification des voies respiratoires pour s'assurer qu'elles sont dégagées ainsi que des insufflations (respiration bouche-à-bouche) pour améliorer la circulation de l'oxygène.

répartiteurs – Employés du centre de répartition qui assignent les appels aux effectifs des ambulances et dirigent le positionnement des ambulances pour répondre à de nouveaux appels.

Réseau ontarien de soins cardiaques – Organisation sans but lucratif financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour coordonner et évaluer les soins cardiovasculaires en Ontario.

STEMI (infarctus du myocarde avec élévation du segment ST) – Type précis de crise cardiaque qui résulte de l'obstruction d'une artère; on l'appelle ainsi à cause de son tracé particulier sur l'électrocardiogramme (ECG).

surévaluation du degré de priorité – Attribuer un degré de priorité plus urgent à un appel lorsque l'état d'un patient est incertain.

urgences – Appels 911 priorisés comme des appels de code 4 selon le protocole DPCI II et comme des appels de codes Echo et Delta selon le protocole MPDS. En général, les ambulances sont expédiées en mode phares et sirène pour répondre à ces appels. On trouvera la description des différents codes de priorité à la Figure 3.

Véhicules d'intervention en cas d'urgence – Véhicules, tels que des véhicules utilitaires sport et des camionnettes, dotés en général d'un ambulancier paramédical et de matériel pour traiter les patients mais non pour les transporter. Les véhicules d'intervention en cas d'urgence peuvent également servir à des fins administratives telles que la supervision et la formation.