

Chapitre 4

Section 4.04

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Services d'ambulance terrestre

Suivi des audits de l'optimisation des ressources,
section 3.04, *Rapport annuel 2013*

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées			
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre
Recommandation 1	6	2	4		
Recommandation 2	4	1	3		
Recommandation 3	2		1		
Recommandation 4	5		4	1	
Recommandation 5	3	2		1	
Total	20	5	12	3	0
%	100	25	60	15	0

Contexte

En vertu de la *Loi sur les ambulances*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) supervise les services d'ambulance en Ontario. Il 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 ».

Il incombe également au Ministère d'établir les normes en matière de soins aux patients et de matériel d'ambulance, de surveiller la conformité aux

normes et, dans le cadre de l'examen des services, d'agréer les fournisseurs de services d'ambulance. Quarante-deux municipalités et huit agents de prestation désignés sont chargés de la prestation des services d'ambulance terrestre.

Au total, 50 municipalités ontariennes possèdent environ 830 ambulances et 300 autres véhicules d'intervention en cas d'urgence, qui transportent des ambulanciers paramédicaux mais pas de patients.

On compte 22 centres de répartition réglementés par le Ministère en Ontario, dont 11 sont exploités par celui-ci, 6 par des hôpitaux, 4 par des municipalités et 1 par un exploitant du secteur

privé. Les médecins de sept bases hospitalières sont chargés d'offrir un soutien médical aux ambulanciers paramédicaux pour les procédures médicales complexes et risquées. En 2012, quelque 1,3 million d'ambulances ont été expédiées et environ 970 000 patients ont été transportés, une augmentation de près de 15 % pour ces deux mesures depuis 2008. En 2014, quelque 1,4 million d'ambulances ont été expédiées et environ 1 028 000 patients ont été transportés, ce qui représente une augmentation d'environ 8 % et 6 % respectivement pour les deux mesures depuis 2012.

Ces dernières années, le Ministère a financé environ 50 % des coûts engagés au cours d'exercices antérieurs pour les services d'ambulance de chaque municipalité, en plus de l'augmentation en fonction de l'inflation, ainsi que 100 % des coûts approuvés pour les centres de répartition d'ambulance et les bases hospitalières. Il finance l'intégralité des coûts de 10 services d'ambulance des Premières Nations et des services dans d'autres régions éloignées. En 2014-2015, les coûts des services d'ambulance ont totalisé 1,2 milliard de dollars (1,1 milliard en 2011-2012), dont 715 millions (627 millions en 2011-2012) ont été financés par le Ministère et 472 millions (477 millions en 2011-2012), par les municipalités.

De 2004-2005 à 2011-2012, le financement octroyé aux municipalités par le Ministère pour les services d'ambulance terrestre a presque doublé. Cependant, le nombre de patients transportés a augmenté de 18 % seulement au cours de cette période. Nous avons mentionné, dans notre audit de 2013, que le Ministère ne savait pas si le financement accru s'était traduit par des délais d'intervention plus courts ou de meilleurs résultats pour les patients. De 2011-2012 à 2014-2015, le financement versé par le Ministère pour les services d'ambulance terrestre a encore augmenté de 17 %, et le nombre de patients transportés a crû de 6 %.

Chaque année, selon la formule de financement du Ministère, des fonds accrus sont automatiquement consentis aux services d'ambulance qui engagent plus de dépenses, peu importe le niveau

de service qu'ils offrent. Au moment de notre audit de 2013, le Ministère n'avait pas analysé le lien entre les fonds versés et les niveaux de service et n'avait pas déterminé les raisons pour lesquelles certaines municipalités dépensaient plus et touchaient plus de fonds que d'autres. En 2012, environ 60 % seulement des 50 municipalités avaient répondu à 90 % des appels urgents dans un délai de 15 minutes. Ces proportions étaient toujours les mêmes en 2014.

Nous avons relevé d'autres points à améliorer dans le cadre de notre audit de 2013 :

- Le Ministère avait fixé des normes utiles en matière de délai d'intervention concernant les patients pour lesquels le facteur temps est déterminant, comme les victimes d'un étouffement ou d'un arrêt cardiaque, mais pas pour d'autres patients nécessitant des soins urgents, comme les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral. Chaque municipalité fixait ses propres objectifs en matière de délais d'intervention pour le transport de ces patients et ceux-ci variaient considérablement, le taux de réponse aux appels urgents dans un délai de huit minutes allant de 9 % (dans les régions rurales) à 85 %.
- Le Ministère n'avait pas adopté de mesure axée sur le patient pour le délai d'intervention total du réseau des services d'ambulance, c'est-à-dire depuis la réception d'un appel jusqu'à l'arrivée de l'ambulance auprès du patient.
- Le Ministère prévoyait diffuser les délais d'intervention des services d'ambulance à compter de 2014, mais la méthode de déclaration devait être fondée sur l'urgence de l'état du patient mesurée par les ambulanciers paramédicaux après leur arrivée auprès du patient (c.-à-d. rétrospectivement) plutôt que sur l'information fournie par les personnes qui appellent au moment de la répartition. La plupart des autres administrations déclaraient les délais d'intervention selon l'information disponible au moment de la répartition. Nous n'avons trouvé aucune autre administration

qui utilisait une mesure rétrospective des délais d'intervention.

- En 2012, aucun des 20 centres de répartition qui mesuraient leurs délais d'intervention en réponse aux appels urgents ne se conformait à la politique du Ministère, à savoir répartir 90 % des appels dans le délai de deux minutes. Toutefois, tous les centres expédiaient une ambulance dans un délai de trois minutes et demie pour 90 % de ces appels. En 2013, chaque centre de répartition était autorisé à fixer le pourcentage d'appels urgents à acheminer dans le délai de deux minutes. Par conséquent, le taux de conformité des centres de répartition variait de 70 % à 90 %, selon le centre.
- Bien que les protocoles de répartition soient généralement conçus de manière à surévaluer le degré de priorité des appels quand l'état du patient est incertain, le protocole de répartition du Ministère attribuait le code le plus urgent à plus des deux tiers des appels, alors que 25 % seulement des patients nécessitaient une intervention urgente. Cette situation pouvait faire en sorte qu'il reste peu d'ambulances, voire aucune, pour répondre aux appels vraiment urgents.
- Le Ministère n'avait pas déterminé si le nombre existant de centres de répartition était optimal ou si un service de répartition centralisé serait plus rentable.
- Le Ministère n'avait pas adopté de politique provinciale garantissant des soins appropriés à certains patients cardiaques, et un sondage réalisé en juin 2013 avait révélé que certaines ambulances n'étaient pas dotées d'ambulanciers paramédicaux possédant la formation requise ni du matériel adéquat pour prodiguer les soins nécessaires à ces patients.
- Les municipalités avaient acquis des logiciels de gestion des dossiers sur les soins prodigués au patient qui ne permettaient pas de communiquer les dossiers des patients aux hôpitaux par voie électronique. Ainsi, il arrivait souvent

que le personnel des urgences des hôpitaux reçoive ces dossiers seulement un ou deux jours plus tard et qu'il doive plutôt se fier aux comptes rendus verbaux des ambulanciers paramédicaux.

- Il revient aux municipalités de surveiller la majorité des activités liées aux soins paramédicaux aux patients, même si les médecins des bases hospitalières ont indiqué que les fournisseurs des services municipaux d'ambulance terrestre n'ont pas toujours la compétence voulue pour effectuer une surveillance adéquate.
- En 2012, plus de 25 % (environ 350 000) des ambulances expédiées n'ont pas transporté de patient. Le Ministère n'avait pas examiné les raisons sous-jacentes de cette situation.
- Le Ministère n'avait pas déterminé si le programme des infirmières de déchargement se traduisait par une utilisation optimale des ressources. Entre 2008-2009 et 2012-2013, le financement du Ministère pour ce programme a totalisé 40 millions de dollars. Nous avons constaté que depuis la mise en oeuvre du programme, le temps d'attente du personnel ambulancier à l'hôpital avait en fait augmenté dans 20 % des hôpitaux financés.

Nous avons recommandé certaines améliorations, et le Ministère s'était engagé à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

État des mesures prises à l'égard des recommandations

D'après l'information reçue du Ministère, des progrès ont été réalisés concernant la mise en oeuvre de la plupart des recommandations formulées dans notre *Rapport annuel 2013*. Le Ministère a établi des délais d'intervention uniformes relativement aux appels liés à des cas d'arrêt cardiaque et au niveau 1 de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) pour tous les centres de répartition, afin

de mieux s'assurer que les patients reçoivent des services d'ambulance de qualité en temps opportun. Désormais, le Ministère comptabilise constamment le temps passé par une ambulance à l'hôpital jusqu'à ce que le patient soit admis et qu'elle puisse répondre à un nouvel appel. Afin d'assurer la prestation de services d'ambulance de qualité dans tous les cas, le Ministère a mis en oeuvre un outil pour l'exécution d'examen non annoncés des appels des répartiteurs. Il examine l'information sommaire découlant de ces examens pour veiller à ce que les problèmes systémiques soient repérés et réglés. Le Ministère a affecté 22 employés additionnels aux centres de répartition ministériels pour que les répartiteurs n'aient pas à traiter plus d'appels que le nombre cible, ce qui aide à faire en sorte qu'on réponde en temps opportun à tous les appels.

Le Ministère s'est engagé à mettre pleinement en oeuvre la plupart des autres recommandations que nous avons formulées, et il travaillait sur les éléments suivants : l'établissement de données repères sur le rendement aux fins des rapports destinés au public; l'évaluation de l'efficacité du protocole DPCI (Dispatch Priority Card Index) II comparativement au Medical Priority Dispatch System (MPDS) aux fins de l'apport d'ajustements, au besoin, pour réduire la surévaluation excessive du degré de priorité des patients; l'évaluation du rapport coût-efficacité des véhicules d'intervention d'urgence pour déterminer le nombre de véhicules requis et la meilleure façon de les utiliser pour répondre aux besoins des patients; l'exécution d'un examen du programme d'ambulances terrestres afin de déterminer les raisons des écarts dans les niveaux de service et les coûts pour des populations et des superficies semblables.

Le Ministère a fait peu de progrès dans la mise en oeuvre de trois de nos recommandations. Il a indiqué qu'il prévoit d'évaluer le rapport coût-efficacité de l'utilisation de véhicules d'intervention d'urgence autres que les ambulances, mais aucun délai définitif n'a été fixé pour cette évaluation. Le Ministère n'a pas demandé aux bases hospitalières d'examiner périodiquement les compétences

de base en maintien des fonctions vitales des ambulanciers paramédicaux, car il attendait que le gouvernement décide s'il allait apporter des modifications à la réglementation régissant ces derniers. Le Ministère n'a pas encore élaboré de processus, comme l'introduction d'incitatifs dans le cadre de ses paiements de transfert aux municipalités, afin de promouvoir une prestation plus efficace des services d'ambulance.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé dans les sections qui suivent.

Ordre de priorité et délai d'intervention

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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

En avril 2014, le Ministère a effectué une analyse des données de répartition de 2012 et de 2013 pour le niveau 2 de l'ÉTG, ainsi que des données de 2013 pour les cas d'arrêt cardiaque et le niveau 1 de l'ÉTG. Le Ministère a ensuite entrepris

des consultations auprès de la direction des centres de répartition afin d'établir des points repères uniformes en matière de répartition concernant le niveau 2 de l'ÉTG pour les centres. Le 24 septembre 2014, le Ministère a envoyé aux cadres supérieurs une note de service indiquant qu'à compter du 1^{er} janvier 2015, des points repères relatifs aux délais de répartition seraient adoptés, selon lesquels les appels devraient être traités en moins de deux minutes dans les proportions suivantes :

- arrêts cardiaques : 80 % des appels;
- niveau 1 de l'ÉTG : 80 % des appels;
- niveau 2 de l'ÉTG : 75 % des appels.

Ces paramètres doivent être communiqués au Ministère et surveillés par celui-ci tous les ans.

- *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;*

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2016.

Détails

En décembre 2013, le Ministère a effectué une analyse d'autres administrations afin de recenser des options concernant la communication uniforme des délais d'intervention en cas d'urgence. Il doit encore consulter l'Ontario Association of Paramedic Chiefs (OAPC) pour en arriver à un consensus sur la forme que prendront les rapports visant à rendre compte des délais d'intervention pour ces appels. Au moment de notre suivi, le Ministère nous a dit qu'il n'avait pas pu rencontrer les intervenants plus tôt en raison de l'éclosion du virus Ebola l'an dernier et de la nécessité de prendre des mesures à l'échelle de la province afin d'assurer la sécurité des patients. Il nous a informés qu'il avait entamé des discussions avec l'OAPC à l'automne 2015 afin

d'établir le format des rapports qui permettront de surveiller les délais d'intervention pour tous les appels considérés comme des urgences. Il s'attendait à ce que les processus soient en place d'ici le 31 mars 2017.

- *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;*

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2016.

Détails

Le Réseau ontarien de soins cardiaques, une organisation financée par le Ministère qui travaille avec les hôpitaux ontariens pour fournir des services de soins cardiaques, assume la responsabilité à l'égard du protocole STEMI de la province. En décembre 2014, le Réseau a fourni au Ministère un plan de mise en oeuvre pour le protocole STEMI. En outre, un groupe de travail sur les services médicaux d'urgence STEMI a été mis sur pied pour normaliser les soins STEMI à l'échelle de l'Ontario. En mars 2015, le groupe de travail a produit l'ébauche d'un protocole d'aiguillage STEMI pour l'Ontario, qui a été communiquée au Ministère. Le Ministère nous a informés que le Réseau ontarien de soins cardiaques met la dernière main à ce protocole en consultation avec les intervenants des services médicaux d'urgence, y compris le Comité consultatif médical du Ministère, l'Ontario Base Hospital Group, l'OAPC, les services d'ambulance

aérienne d'Ornge et les services paramédicaux de Toronto. Le protocole devrait être achevé à l'automne 2015. Le Ministère nous a dit qu'une fois que le protocole provincial STEMI aura été achevé et accepté, chaque centre de répartition intègrera les renseignements de répartition de type STEMI à ses pratiques opérationnelles locales d'ici le 31 mars 2016, pour déterminer où doivent être transportés les patients.

En mai 2014, le Comité consultatif médical du Ministère a recommandé que les ambulances soient équipées d'appareils permettant d'effectuer un électrocardiogramme à 12 dérivations. En janvier 2015, le Ministère a approuvé et diffusé les normes à jour en matière de soins avancés de maintien des fonctions vitales prodigués aux patients et les normes provinciales actualisées pour le matériel des services d'ambulance de l'Ontario, selon lesquelles les appareils permettant d'effectuer un électrocardiogramme à 12 dérivations font partie du matériel obligatoire. Les normes à jour entrent en vigueur le 1^{er} février 2016. Les bases hospitalières veillent à ce que les ambulanciers paramédicaux connaissent les normes applicables en matière de soins aux patients et aient reçu la formation nécessaire pour poser les actes autorisés délégués. Le Ministère nous a informés qu'il s'attendait à ce que tout le personnel paramédical employé par les services d'ambulance terrestre termine le programme de service paramédical et de base hospitalière régionale et soit autorisé à utiliser les électrocardiographes à 12 dérivations.

- 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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Dorénavant, tous les centres de répartition consignent de façon constante le temps que passe une ambulance à un hôpital, de son arrivée jusqu'au moment où le patient est admis et qu'elle repart, dans le système de répartition assisté par ordinateur. Cette mesure a été instaurée et mise en oeuvre à l'échelle de la province en janvier 2015 (sauf à Niagara, où la mise en place s'est achevée en juin 2015). Cette information sur le « temps de transfert des soins par les ambulanciers paramédicaux » est maintenant accessible au Ministère, et l'on s'emploie à la mettre à la disposition des services paramédicaux par le truchement du système ministériel de rapports sur la répartition. Cela permettra au Ministère de mesurer et de déclarer le temps que passe le personnel paramédical avec le patient à l'hôpital, après le transfert de celui-ci, avant de quitter l'hôpital, ainsi que le temps consacré à des activités comme le nettoyage de l'ambulance.

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);

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2016.

Détails

En décembre 2013, le Comité consultatif médical du Ministère a été chargé de formuler des conseils sur les mesures du rendement pour les patients transportés par ambulance. En mai 2014, le Ministère a obtenu des mesures du rendement fondées

sur des données probantes qui avaient été approuvées par le Comité consultatif médical. Ces mesures comprennent les suivantes :

- des mesures du rendement des services médicaux, y compris le pourcentage de patients victimes d'un arrêt cardiaque qui sont autonomes sur le plan neurologique au moment de leur mise en congé par l'hôpital;
- des mesures du rendement des services chirurgicaux, y compris le pourcentage de patients transportés au centre de traumatologie désigné (habituellement, l'hôpital le plus proche qui dispose de médecins ayant reçu une formation spécialisée et de matériel spécialisé);
- des mesures du rendement des services de dégagement des voies respiratoires, y compris le pourcentage d'intubations effectuées avec succès.

Au moment de notre suivi, le Ministère nous a informés qu'il avait essayé d'avoir des discussions avec l'OAPC au sujet des mesures approuvées par le Comité consultatif médical et d'autres mesures éventuelles, comme les délais totaux écoulés entre la réception des appels et l'arrivée des ambulances. Toutefois, comme nous l'avons mentionné plus haut, le Ministère a eu de la difficulté à organiser des réunions avec l'organisme. Le Ministère nous a dit que des discussions avec l'OAPC étaient nécessaires en vue de savoir s'il est possible de recueillir les données requises et d'obtenir une rétroaction pour déterminer les mesures qui valent la peine d'être rendues publiques. Les discussions avec l'OAPC ont commencé à l'automne 2015, et l'on s'attend à ce qu'une décision concernant les mesures clés devant être déclarées soit prise d'ici le 31 mars 2016.

- 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).

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2017.

Détails

Le Ministère nous a informés qu'une fois que les paramètres de rendement auront été déterminés (au plus tard le 31 mars 2016, selon les prévisions), il commencera à recueillir des renseignements liés à ces mesures pour faire en sorte que la production des rapports publics débute durant l'exercice se terminant le 31 mars 2017.

Répartition

Recommandation 2

Pour assurer l'utilisation la plus efficiente 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;

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 30 septembre 2018.

Détails

À la demande du Ministère, le Sunnybrook Centre for Pre-Hospital Medicine a effectué une recherche sur les deux protocoles employés en Ontario pour établir la priorité des appels au service 911 – le Dispatch Priority Card Index II, utilisé dans 20 centres de répartition, et le Medical Priority Dispatch System, utilisé à Niagara et à Toronto – et a conclu que le Medical Priority Dispatch System est plus exact.

En décembre 2014, le groupe de travail provincial-municipal sur l'expédition d'ambulances terrestres, mis sur pied par le Ministère pour

prodiguer des conseils sur l'amélioration du processus de répartition, s'est réuni pour la première fois. Le groupe de travail est composé d'employés du Ministère ainsi que de représentants municipaux provenant de l'OAPC et de l'Association des municipalités de l'Ontario. Le ministre était censé recevoir le rapport du groupe de travail avant l'automne 2015. Ce rapport devait inclure des recommandations sur les mesures à prendre pour améliorer les services de répartition des ambulances et la priorisation des appels d'urgence. Le Ministère s'attendait à ce que la planification et la mise en oeuvre des améliorations à apporter au système de triage pour la répartition des ambulances prennent jusqu'à trois ans.

- 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;
État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2017.

Détails

Le Ministère nous a informés qu'en 2014, 5 des 22 centres de répartition (Toronto, Niagara, Ottawa, Georgian Bay et Mississauga) utilisaient des outils pour sélectionner l'ambulance convenant le mieux à la situation de manière à maintenir la couverture des urgences.

En décembre 2014, le Ministère a commencé à mettre à niveau le système de répartition assisté par ordinateur dans certains centres de répartition. Une fois la mise à niveau achevée, le système prendra en charge le module Rutable Streets, qui fournit aux répartiteurs des temps de déplacement plus précis des ambulances vers le lieu d'un appel à partir de la configuration réelle des rues. Cela permettra aux

centres de répartition de sélectionner l'ambulance disponible à expédier d'après le temps de déplacement prévu le plus court, tout en maintenant la couverture des urgences. Le Ministère nous a informés que l'installation du module Rutable Streets se fera progressivement afin de minimiser l'interruption des activités des centres de répartition, et qu'elle sera achevée d'ici le 31 mars 2017.

- 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.

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2017.

Détails

À la suite d'une analyse des volumes d'appels aux centres de répartition afin de déterminer les secteurs nécessitant un nombre accru de répartiteurs, le Ministère a ajouté 22 postes de répartiteurs à certains de ses centres entre août 2014 et le 31 mars 2015.

Le Ministère nous a informés qu'il attendait jusqu'au 31 mars 2016 pour analyser l'incidence du nouveau personnel sur le nombre d'appels traités par chaque employé. Le Ministère a aussi indiqué qu'il prévoit évaluer les avantages de l'équilibrage des charges de travail, qui permettrait le transfert d'appels de centres de répartition à volumes d'appels élevés vers des centres à faibles volumes d'appels. Il s'attend à ce que toute autre initiative prise pour donner suite à cette recommandation soit pleinement mise en place d'ici le 31 mars 2017.

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.

État : Pleinement mise en oeuvre

Détails

En janvier 2014, le Ministère a demandé à son Comité consultatif médical d'évaluer l'efficacité de l'intégration de l'information sur l'emplacement des DEA dans les protocoles de répartition. Le Comité consultatif médical a convenu du fait qu'il serait bénéfique que les répartiteurs disposent d'un répertoire des DEA accessibles. Le Ministère nous a informés qu'en août 2014, il a commencé à intégrer l'information sur les DEA (fournie par les municipalités) dans le système de répartition assisté par ordinateur. Cette information comprend des directives détaillées que les répartiteurs peuvent donner aux appelants pour les aider à trouver immédiatement des DEA accessibles.

En juin 2015, le Ministère avait achevé l'intégration de l'information sur les DEA dans 13 des 22 centres de répartition de l'Ontario, et il avait mis en place, dans tous les centres, un processus en vue d'intégrer l'information sur l'emplacement des DEA donnée par les municipalités. Le Ministère nous a dit qu'il fournissait l'infrastructure permettant à chaque municipalité et chaque centre de répartition d'intégrer l'information sur les DEA dans le système de répartition assisté par ordinateur, mais qu'il revenait à chacune des municipalités de tenir un répertoire exact des DEA. Le Ministère a indiqué que le succès de ce nouveau processus de répartition dépend de l'accès à des listes à jour des emplacements des DEA, et cette responsabilité incombe aux programmes municipaux de défibrillateurs accessibles au public.

Solutions de rechange au transport des patients aux services des urgences

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.

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2016.

Détails

Le Ministère nous a dit qu'il ne s'opposait pas à ce que les municipalités, les hôpitaux et les réseaux locaux d'intégration des services de santé établissent d'autres protocoles de réacheminement des patients du service des urgences, mais il n'avait pas instauré de politiques de ce genre pour les services d'ambulance terrestre. Le Ministère nous a informés qu'il donnait plutôt suite à cette recommandation en finançant des programmes dans les municipalités visant à réduire le nombre d'appels pour des services d'urgence.

En janvier 2014, le Ministère a annoncé le projet des services paramédicaux communautaires, dont l'objectif est de réduire le nombre d'appels d'urgence au service 911. Dans le cadre de ce projet, les ambulanciers paramédicaux mettraient à profit leurs connaissances et leurs compétences pour exécuter des fonctions autres que celles liées à des interventions d'urgence, comme aider les aînés et d'autres patients à composer avec un problème de santé chronique.

En mars 2014, le Ministère a commencé à accepter des demandes de financement des municipalités concernant leurs initiatives de services paramédicaux communautaires. Le Ministère nous a informés qu'il avait reçu plus de 60 demandes de financement, dont 30 avaient été approuvées en août 2014, pour un montant total de 5,8 millions de dollars. Au nombre des exemples d'initiatives financées figure un programme à Norfolk, selon lequel du personnel paramédical effectue des visites à domicile et tient des cliniques de mieux-être dans

des logements sociaux, ainsi qu'un programme à Toronto, dans le cadre duquel du personnel paramédical visite des aînés dans les immeubles de la Toronto Community Housing Corporation où l'on a constaté un usage récurrent du service 911, dans le but d'agir de manière proactive pour réduire les visites au service des urgences.

Chaque initiative retenue a reçu un financement de départ et devait pouvoir fonctionner sans financement du Ministère après un an. Après cette période d'un an, les municipalités ont fait rapport au Ministère au sujet des effets positifs de leurs initiatives de services paramédicaux communautaires. Le Ministère nous a informés que, même s'il s'attendait à ce que les initiatives n'aient plus besoin de recevoir du financement après un an, il envisageait d'affecter un montant additionnel de 2 millions de dollars à certaines d'entre elles pour les aider à poursuivre leurs activités jusqu'à ce que la collectivité puisse assurer leur fonctionnement sans financement ministériel. Le Ministère nous a également fait savoir qu'il s'attendait à recevoir tous les rapports sur les initiatives de services paramédicaux communautaires au plus tard à l'automne 2015, ce qui lui permettrait de procéder aux évaluations définitives des programmes d'ici le 31 mars 2016.

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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

En novembre 2014, le Ministère a chargé un cabinet d'experts-conseils d'examiner le programme d'ambulances terrestres, de déterminer les écarts

dans les niveaux de service et les coûts des services d'ambulance pour des populations et des superficies semblables, et de l'aider à repérer les pistes d'amélioration possibles pour réduire les écarts en matière de services à l'échelle de la province. Le cabinet devait s'inspirer des pratiques exemplaires observées dans d'autres administrations pour formuler ses recommandations.

Le cabinet d'experts-conseils a mené 4 ateliers sur le Web, dans le cadre desquels il a eu des communications avec 14 municipalités. L'utilisation rentable de véhicules d'intervention en cas d'urgence autres que les ambulances a figuré au nombre des sujets abordés.

Le cabinet a remis son rapport au Ministère en juillet 2015. Il a relevé des différences dans le recours à des véhicules d'intervention en cas d'urgence autres que les ambulances d'une municipalité à l'autre, mais il n'a pas fourni d'analyse de l'état actuel de l'utilisation de tels véhicules par les municipalités. Le cabinet a mentionné que certaines municipalités avaient entrepris de leur propre chef une démarche pour déterminer la composition adéquate de leur parc de véhicules en vue d'atteindre un juste équilibre entre l'efficacité opérationnelle et la prestation des soins les plus appropriés aux résidents locaux, alors que d'autres municipalités ne cherchaient pas à savoir quelle devait être la combinaison appropriée d'ambulances et de véhicules d'intervention en cas d'urgence autres que les ambulances. Certaines municipalités n'avaient pas déterminé la combinaison la plus rentable d'ambulances et de véhicules d'intervention en cas d'urgence autres que les ambulances pour assurer la prestation des services tout en garantissant l'offre de soins appropriés aux résidents locaux. Le rapport recommandait que le Ministère procède à une analyse plus approfondie pour déterminer si l'on pouvait améliorer l'utilisation des véhicules d'intervention en cas d'urgence autres que les ambulances afin de réduire les coûts de fonctionnement totaux. Le Ministère nous a informés qu'il communiquera le rapport à l'OAPC à l'automne 2015. On déterminera alors la marche à suivre pour donner suite aux

recommandations du rapport. Le Ministère nous a informés qu'il continuerait de travailler avec les municipalités afin de déterminer la façon la plus rentable d'utiliser les véhicules d'intervention en cas d'urgence autres que les ambulances et qu'une évaluation serait faite d'ici le 31 mars 2017.

Assurance de la qualité

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;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2017.

Détails

Depuis le 1^{er} avril 2014, le Ministère exige la mise en place, dans tous les centres de répartition, d'un processus faisant intervenir des examens non annoncés du traitement des appels par les répartiteurs. On s'attend à ce que les employés qui font l'objet d'examen reçoivent une rétroaction de leurs superviseurs en temps opportun, qui les informera de toute amélioration requise concernant la prise ou la répartition des appels. Un sommaire trimestriel des appels pour chaque région est maintenant produit qui contient des statistiques en matière de rendement ainsi que la moyenne provinciale pour les quatre trimestres précédents. Le sommaire recense également les problèmes courants se produisant dans les centres de répartition.

Au 1^{er} septembre 2015, dans plus de la moitié des centres de répartition, les examens des appels n'étaient pas effectués par des agents indépendants du programme de qualité. Les examens des répartiteurs continuaient plutôt d'être exécutés par des membres du personnel de direction (comme les gestionnaires des centres de répartition). Or, ceux-ci peuvent être tentés de ne pas déclarer les cas de piètre traitement des appels par des employés qui relèvent directement d'eux, puisque cela pourrait avoir une incidence sur l'évaluation de leur propre rendement. Le Ministère nous a informés qu'il envisageait différentes stratégies qui lui permettraient de s'assurer que des examens indépendants des appels sont effectués dans chaque centre de répartition et que cette recommandation serait pleinement mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2017.

- *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;*

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2016.

Détails

Le Ministère nous a dit qu'en vertu de la *Loi sur les ambulances*, il revient aux municipalités de décider de la composition de leur personnel paramédical en fonction des besoins de chaque collectivité et des ressources disponibles. Le Ministère ne peut pas dicter le pourcentage d'ambulanciers paramédicaux de niveau avancé dans chaque municipalité, et il ne jugeait pas approprié d'établir des lignes directrices que les municipalités devraient respecter.

Le Ministère peut établir des exigences minimales de formation pour les ambulanciers paramédicaux de niveau avancé et il est en train de mettre à jour la norme de maintien de l'accréditation de ces derniers. Il nous a informés que les mises à jour

donneront suite à notre recommandation de 2013 concernant les exigences minimales de formation, ce qui comprend un certain nombre d'heures passées avec des patients ainsi qu'une formation médicale continue.

Le Ministère s'attend à ce que sa mise à jour interne de la norme de maintien de l'accréditation soit achevée et communiquée aux intervenants (notamment l'Ontario Base Hospital Group, le Comité consultatif médical et l'OAPC) d'ici l'automne 2015. Il nous a informés qu'il fallait habituellement six semaines aux intervenants pour recueillir les commentaires de leurs membres et se préparer aux discussions avec le Ministère. Les consultations avec les intervenants sont censées se terminer à temps pour que la norme puisse être publiée d'ici le 31 mars 2016.

- *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;*
État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Le Ministère peut exiger des bases hospitalières qu'elles examinent les compétences de base en maintien des fonctions vitales des ambulanciers paramédicaux. Cependant, au moment de notre suivi, il attendait une décision du gouvernement sur la question de savoir s'il convenait de créer un ordre des ambulanciers paramédicaux pour régir le personnel paramédical en Ontario. En décembre 2013, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (établi en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et ayant pour fonction de conseiller le ministre sur les questions réglementaires touchant les professions de la santé en Ontario) a recommandé au Ministère que le gouvernement n'autorise pas l'autorégulation des ambulanciers paramédicaux, car cela

n'était pas dans l'intérêt du public. Malgré cela, le Conseil consultatif a relevé certains domaines que le Ministère pourrait envisager de superviser.

L'OAPC n'a pas soutenu la recommandation du Conseil consultatif. En mai 2014, son conseil d'administration a adopté une résolution appuyant la création d'un ordre des ambulanciers paramédicaux, qui, selon elle, serait davantage en mesure d'assurer la sécurité des patients en Ontario et la prestation de soins à ceux-ci.

Au moment de notre suivi, le Ministère ne pouvait fournir une date estimative à laquelle le gouvernement déciderait s'il y a lieu de créer un ordre des ambulanciers paramédicaux.

Au printemps 2015, le Ministère a entamé une comparaison des programmes d'assurance de la qualité pour les compétences de base des ambulanciers paramédicaux en maintien des fonctions vitales qui sont en vigueur dans d'autres pays. Il s'attendait à terminer cette comparaison avant décembre 2015. La comparaison servira à engager des discussions avec les intervenants, comme l'OAPC, et aidera le Ministère à déterminer s'il veut recommander que les bases hospitalières examinent périodiquement les compétences de base des ambulanciers paramédicaux en maintien des fonctions vitales.

- *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 des décisions concernant le soin des patients;*
État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2016.

Détails

En septembre 2014, le Ministère a commencé à mettre à jour le formulaire de rapport d'appel d'ambulance, le manuel de production du rapport d'appel d'ambulance et les normes de documentation

applicables aux services d'ambulances. Les normes à jour ont été communiquées aux intervenants, notamment des représentants du Comité consultatif médical du Ministère, de l'Ontario Base Hospital Group, de l'OAPC, des services d'ambulance aérienne d'Ornge et des services paramédicaux de Toronto, en janvier 2015, pour obtenir leurs commentaires avant la mise en oeuvre des nouvelles normes.

Aux termes des normes à jour, pour chaque intervention où il y a transport d'un patient à l'hôpital, les ambulanciers paramédicaux doivent fournir un rapport d'appel d'ambulance rempli à l'hôpital avant de quitter l'établissement et que l'intervention prenne fin. Les normes de documentation applicables aux services d'ambulances précisent les renseignements devant figurer sur le rapport d'appel d'ambulance, notamment de l'information générale sur le moment et la raison de l'arrivée de l'ambulance sur le lieu de l'intervention, les détails concernant toute évaluation du patient et le traitement prodigué avant l'arrivée à l'hôpital. Les normes à jour exigent également que des données biométriques, y compris les résultats des électrocardiogrammes et les procédures de réanimation cardio-respiratoire (RCR), soient recueillies et incluses dans le rapport d'appel d'ambulance, le cas échéant.

Au moment de notre suivi, le Ministère nous a informés que le 31 mars 2016 était la date cible à laquelle les normes à jour devaient être communiquées et entrer en vigueur.

- *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.*

État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2016.

Détails

En décembre 2014, le Ministère a mis sur pied le groupe de travail provincial-municipal sur l'expédition d'ambulances terrestres, qui est chargé d'examiner les améliorations pouvant être apportées à des éléments du processus de répartition, comme le triage médical et l'accès à des données en temps réel relatives aux ambulances, y compris le délai écoulé entre l'expédition d'une ambulance et le transfert du patient à l'hôpital. Le groupe de travail comprend des intervenants de l'OAPC et de l'Association des municipalités de l'Ontario.

Le Ministère a demandé au groupe de travail de normaliser les protocoles de partage de l'information entre les municipalités et les bases hospitalières, et lui a dit de veiller à ce que ses améliorations tiennent compte des recommandations que nous avons formulées dans notre rapport d'audit de 2013.

Le Ministère a mentionné qu'il prévoyait recevoir le rapport du groupe de travail d'ici l'automne 2015. Il s'attend à ce que les recommandations soient examinées et mises en oeuvre au plus tard le 31 mars 2016.

Financement ministériel versé aux municipalités

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 liés 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;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Comme nous l'avons mentionné plus haut, en novembre 2014, le Ministère a chargé un cabinet

d'experts-conseils externe de procéder à un examen indépendant du programme d'ambulances terrestres pour déterminer les raisons des écarts dans les niveaux de service et les coûts des services d'ambulance pour des populations et des superficies semblables. Le cabinet a commencé ses travaux en décembre 2014.

Le cabinet d'experts-conseils externe a recueilli des données provenant de 14 des 50 municipalités. Il a analysé les données et les a vérifiées auprès des municipalités dans le cadre de quatre ateliers, en février et mars 2015, en vue de mieux comprendre les écarts et les facteurs pouvant les expliquer. Le cabinet a remis son rapport au Ministère en juillet 2015. Il a mentionné que bien qu'il ait observé des écarts dans les niveaux de service entre les municipalités tout au long de l'étude, rien n'indiquait l'existence d'un déséquilibre pouvant être qualifié de « grave » dans le réseau de services. Le cabinet a recommandé le recours à des examens de l'amélioration des processus, comme l'avait fait une municipalité ontarienne, et une collaboration entre les hôpitaux locaux, à l'instar d'une autre municipalité, afin de réduire le temps passé par les ambulances aux hôpitaux et d'améliorer la prestation des services. Le cabinet a conclu que les possibilités de gains d'efficacité opérationnelles pouvant donner lieu à des économies étaient limitées. Cette situation était principalement attribuable au fait que les municipalités emploient du personnel syndiqué dont les salaires sont relativement semblables dans toutes les régions de l'Ontario.

Cependant, il est également ressorti du rapport qu'un meilleur tri des appels pourrait réduire les coûts totaux dans les municipalités urbaines. Le cabinet a donc recommandé que la province collabore avec les municipalités (particulièrement les grandes municipalités urbaines) en vue de permettre un établissement plus exact de l'ordre de priorité des appels dans les systèmes de répartition. Le Ministère prévoit aborder cette recommandation dans le rapport du groupe de travail provincial-municipal sur l'expédition d'ambulances terrestres,

qui devrait paraître à l'automne 2015. Il compte également communiquer le rapport du cabinet d'experts-conseils à l'OAPC à ce moment-là pour ensuite décider de la manière de donner suite aux recommandations du cabinet.

- *élaborer des solutions, telles que l'adoption de mesures incitatives, pour favoriser une prestation efficace des services d'ambulance – notamment des niveaux de service minimums ou des points de référence, en particulier là où il y a des écarts.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le cabinet d'experts-conseils a remis son rapport au Ministère en juillet 2015. Le cabinet a constaté que les mesures du rendement qu'utilise le Ministère à l'heure actuelle ne tiennent pas compte des résultats clés des services d'ambulance terrestre, et il a recommandé que le Ministère revoie ces mesures. Le Ministère prévoit de communiquer le rapport du cabinet à l'OAPC à l'automne 2015, puis d'élaborer des processus afin de promouvoir des services d'ambulance terrestre plus efficaces d'ici le 31 mars 2017.

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.

État : Pleinement mise en œuvre.

Détails

En juillet et en août 2014, le Ministère a eu des discussions avec l'OAPC au sujet du libellé proposé d'un document de planification de 2015, qui devait être communiqué à chaque municipalité. Le Ministère a recueilli les commentaires de l'OAPC concernant le document et a transmis celui-ci aux municipalités en août 2014. Le document expliquait comment le financement prévu en 2015 sera

calculé, en tenant compte de l'augmentation des salaires et de l'inflation. Il comprenait également une feuille de calcul que chaque municipalité pourrait utiliser pour déterminer son financement prévu en 2015, à partir de son budget de fonctionnement approuvé de 2014. Les municipalités doivent soumettre leurs dépenses prévues au Ministère tous les ans.

Le Ministère nous a informés qu'à partir de maintenant, le document de planification sera fourni à chaque municipalité en juillet. On s'attend à ce que les municipalités indiquent leurs dépenses prévues et qu'elles retournent le document au Ministère au plus tard le 31 août de l'année en cours. Le document de planification de 2016 a été envoyé aux municipalités en juillet 2015.