

Fonctionnement des grands hôpitaux communautaires

1.0 Résumé

Le réseau ontarien de 147 hôpitaux publics comprend 57 grands hôpitaux communautaires ainsi que des petits hôpitaux communautaires, des hôpitaux universitaires, des hôpitaux de soins aux malades chroniques et de réadaptation et des hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Ce qui distingue les grands hôpitaux communautaires des autres hôpitaux est le grand nombre de patients qu'ils traitent. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) définit les grands hôpitaux communautaires comme étant ceux ayant pris en charge au moins 2 700 cas pondérés aigus ou de chirurgie d'un jour au cours de deux des trois dernières années écoulées.

Les 57 grands hôpitaux communautaires comptent environ 14 990 des 31 000 lits d'hospitalisation de l'Ontario, c'est à dire 48 %.

Le présent audit porte sur les opérations de trois grands hôpitaux communautaires, dont chacun est régi par un organisme régional différent (appelé réseau local d'intégration des services de santé ou RLISS).

Chacun des trois hôpitaux accueille à deux emplacements différents les patients ayant besoin de soins actifs et les trois hôpitaux ont reçu du Ministère un financement global de 1,3 milliard de

dollars, c'est-à-dire 16 % du financement total de 7,89 milliards de dollars versé aux grands hôpitaux communautaires en 2015-2016.

Notre audit reposait principalement sur les données que nous avons recueillies dans les hôpitaux ayant reçu notre visite (les « hôpitaux visités »). Toutefois, pour mieux comprendre la situation de l'ensemble des grands hôpitaux communautaires, nous avons également effectué un sondage des 54 autres hôpitaux de cette catégorie et nous avons examiné les données globales disponibles pour les 57 grands hôpitaux communautaires.

Dans certains domaines, par exemple ceux concernant le rendement sur le plan de la sécurité des soins chirurgicaux et le taux d'infection, nous avons examiné les données provinciales qui se rapportent aux 147 hôpitaux publics, parce que les données n'étaient pas ventilées par type d'hôpital (les grands hôpitaux communautaires par rapport aux petits).

En général, neuf patients sur dix qui se rendent à l'hôpital retournent chez eux après avoir reçu un diagnostic et un traitement à la salle d'urgence. Dans les trois grands hôpitaux communautaires visités, nous avons constaté que la moitié de ces patients sont traités et sont en mesure de quitter l'hôpital dans un délai de trois heures. Cependant, nous avons également constaté que le patient sur dix dont l'état est suffisamment grave pour justifier

son hospitalisation afin de poursuivre le traitement attendait trop longtemps à la salle d'urgence.

Nous avons également relevé différents facteurs qui nuisent aux soins des patients dans les hôpitaux. Parmi ces facteurs, mentionnons l'établissement de l'horaire des salles d'opération et de l'horaire des chirurgiens d'une façon qu'il est difficile pour les hôpitaux de répondre rapidement aux cas d'interventions chirurgicales urgentes imprévues; le fait de permettre aux chirurgiens de réserver les salles d'opération pour pratiquer des interventions chirurgicales non urgentes pendant qu'ils assurent des services de garde à l'urgence; l'absence d'un système centralisé pour réserver les salles d'opération pour les patients qui figurent sur de longues listes d'attente dans une même région pour des chirurgies; la rigidité des pratiques d'établissement des horaires qui limite la disponibilité des médecins, des salles d'opération et des lits; les incertitudes liées au financement; enfin, certaines pratiques déficientes en matière de qualité des soins qui peuvent causer des problèmes de santé et faire courir des risques aux patients hospitalisés.

Voici un aperçu de nos constatations :

- **Les patients attendent trop longtemps aux salles d'urgence** : De nombreux patients ayant des affections suffisamment graves pour nécessiter leur hospitalisation attendent beaucoup trop longtemps dans les salles d'urgence – beaucoup plus longtemps que l'objectif fixé par le Ministère, c'est à dire un temps d'attente maximal de huit heures à partir du moment où le patient passe au triage (les patients sont classés par ordre de priorité d'après l'urgence de leur affection) jusqu'au moment de son transfert à une unité de soins intensifs ou dans d'autres unités de soins actifs (l'objectif du Ministère est établi pour le 90^e centile; autrement dit, 90 % des patients devraient être transférés dans un délai de huit heures et pas plus de 10 % des patients ne devraient attendre plus longtemps). En 2014-2015, dans les trois hôpitaux visités, seulement 52 % des patients, et non 90 %,
- **Les salles d'opération ne sont pas utilisées à pleine capacité** : Alors que la plupart des hôpitaux visités comptent entre 9 et 12 salles d'opération, une seule demeure ouverte à chaque endroit le soir, la fin de semaine et durant les congés fériés pour pratiquer les interventions chirurgicales urgentes. Notre sondage a également révélé qu'il y a des fermetures planifiées des salles d'opération dans la plupart des hôpitaux pendant la semaine de congé du mois de mars et durant deux à dix semaines au cours de l'été. Donc, on fermait des salles d'opération alors que de nombreux patients attendaient depuis longtemps de subir une intervention chirurgicale non urgente.
- **Les longs temps d'attente pour obtenir une chirurgie font courir des risques aux patients** : Dans les trois hôpitaux visités, un patient sur quatre en phase critique avait dû attendre pendant quatre heures en moyenne pour subir une intervention chirurgicale qui aurait dû commencer dans un délai de deux heures. Nous avons également remarqué que 47 % des patients qui auraient dû subir une intervention chirurgicale urgente dans un délai de deux à huit heures avaient dû attendre en moyenne plus de dix heures de plus. Par exemple, un patient victime d'une lésion cérébrale traumatique avait attendu pendant 21,5 heures avant de subir une intervention chirurgicale. Ce patient avait été évalué par un chirurgien au moment de son

arrivée à la salle d'urgence, puis avait été évalué de nouveau par le même chirurgien et par un autre chirurgien et ceux-ci avaient déterminé que son état était cliniquement stable. Deux interventions chirurgicales non urgentes ont cependant été pratiquées en priorité avant ce cas. Pendant la période d'attente, l'état du patient s'est détérioré rapidement et il a sombré dans le coma. Le patient ne s'est pas rétabli à la suite de l'intervention chirurgicale urgente et il est décédé quatre jours plus tard.

- **La priorité n'est pas toujours accordée aux patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale urgente :** Les interventions chirurgicales urgentes sont en concurrence avec les interventions non urgentes pour la réservation des salles d'opération et il s'ensuit de longs temps d'attente pour les patients qui ont besoin de subir une intervention urgente. Les trois hôpitaux visités ont une politique qui permet de faire passer les interventions chirurgicales urgentes avant toutes les autres dans les cas les plus critiques. Toutefois, les autres types d'interventions urgentes doivent en général attendre après l'horaire régulier quand les interventions chirurgicales non urgentes de la journée ont été effectuées, ou attendre une plage horaire la fin de semaine. Par exemple, un patient qui souffrait de douleurs abdominales a attendu pendant 25 heures avant de subir une intervention chirurgicale. Il avait reçu un diagnostic d'appendicite aiguë à la suite d'une investigation de 7,5 heures à la salle d'urgence et il a attendu pendant encore 17,5 heures entre le moment où il a été décidé qu'une intervention était nécessaire et le moment où elle a été pratiquée. L'appendice du patient s'est perforé pendant l'attente et celui-ci a dû séjourner à l'hôpital deux fois plus longtemps que prévu en raison d'une complication liée à l'intervention chirurgicale.
- **Les patients attendent trop longtemps pour certaines interventions chirurgicales**

non urgentes mais pressantes : Nous avons examiné les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes dans les 57 grands hôpitaux communautaires et nous avons remarqué qu'ils n'avaient pas diminué dans les cinq années précédant 2015-2016. Nous avons également remarqué que certains grands hôpitaux communautaires ont de la difficulté à respecter les délais cibles du Ministère pour la plupart des interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes; par exemple, seulement 33 %, et non 90 %, des neurochirurgies urgentes ont été réalisées dans le délai cible de 28 jours fixé par le Ministère. Par ailleurs, dans une certaine région de la province, les patients attendaient pendant presque un an pour une chirurgie de la cataracte sans qu'on leur offre la possibilité de subir l'intervention plus rapidement ailleurs parce qu'il n'y a pas de système centralisé d'aiguillage et d'évaluation dans chaque région pour chaque type d'intervention chirurgicale.

- **Le financement de fin d'exercice pour les chirurgies liées au cancer n'est pas confirmé en temps opportun :** Le Ministère octroie du financement pour les chirurgies liées au cancer d'après les prévisions soumises par les hôpitaux. L'un des hôpitaux visités a dépensé plus de 3,7 millions de dollars pour les chirurgies liées au cancer, une somme dépassant d'environ 321 000 \$ ses prévisions de milieu d'exercice. Toutefois, en raison du calendrier de rapprochement et de déclaration des données de l'hôpital, ce n'est que six mois après la fin de l'exercice terminé le 31 mars 2016 que le Ministère a confirmé à cet hôpital qu'il recevrait un financement supplémentaire pour combler l'écart. Comme ce délai a créé de l'incertitude sur le plan financier, il était difficile pour l'hôpital de planifier et de faire des prévisions pour l'exercice en cours et pour le budget de fonctionnement de l'exercice ultérieur.

Un autre sujet de préoccupation dans notre audit est le fait que les patients ont parfois de nouveaux problèmes de santé à cause de leur séjour à l'hôpital. Par exemple :

- **Les patients mis en congé par les hôpitaux de l'Ontario avaient une incidence relativement élevée de sepsie** : La sepsie se produit quand la lutte du corps contre une infection nuit en réalité au patient; la sepsie peut causer le décès. Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé pour mars 2015 montrent que les patients des hôpitaux de l'Ontario avaient le deuxième taux le plus élevé de sepsie au Canada (après le Yukon), à savoir 4,6 cas pour 1 000 patients mis en congé par rapport à une moyenne de 4,1 dans le reste du Canada. Des taux d'occupation de lits de 85 % ou plus contribuent à la probabilité de contracter une infection pendant l'hospitalisation. Au cours de 2015-2016, dans les grands hôpitaux communautaires de l'Ontario, 60 % de toutes les unités de médecine avaient des taux d'occupation supérieurs à 85 %.
- Les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins ont une incidence relativement élevée de chutes et de surconsommation de médicaments : Dans l'un des hôpitaux audités, les patients âgés ayant besoin d'un autre niveau de soins (c'est-à-dire les patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers, mais qui doivent demeurer à l'hôpital jusqu'à ce qu'un lit se libère dans un autre milieu de soins) ont fait 2,5 fois plus de chutes que les résidents des foyers de soins de longue durée dans la région d'un même RLISS entre janvier 2014 et mars 2016. Nous avons également constaté que 37 % de ces patients prenaient des médicaments antipsychotiques en 2014-2015 par rapport à 31 % dans les foyers de soins de longue durée de la région et à 27 % dans les foyers de soins de longue durée à l'échelle de la province. (Les deux autres hôpitaux ne faisaient pas un suivi global des chutes et de la prise de médicaments antipsychotiques par leurs patients ayant besoin d'un autre niveau de soins.)
- **Les patients de l'Ontario ont une incidence relativement élevée de problèmes de santé et de risques pour la santé qu'il serait possible de mieux gérer avec l'adoption de meilleures pratiques en matière de qualité des soins** : Nous avons cerné trois problèmes de santé que les hôpitaux ontariens ne gèrent pas ou ne préviennent pas aussi bien que les hôpitaux de l'extérieur de la province :
 - *L'embolie pulmonaire post-opératoire* : Une embolie pulmonaire est une obstruction dans les poumons causée en général par un caillot de sang et qui peut endommager les poumons et d'autres organes et même entraîner la mort. La chirurgie de la jambe ou de la hanche est l'un des facteurs de risque d'une obstruction par un caillot de sang, tout comme le fait de devoir rester alité après une chirurgie. Il existe des façons de prédire la probabilité d'une telle embolie et de prévenir la formation de caillots après une chirurgie, notamment la prise de médicaments et le fait de faire bouger le patient le plus tôt possible après une chirurgie. Les patients des hôpitaux de l'Ontario âgés de 15 ans ou plus ont une incidence relativement élevée d'embolie pulmonaire post-opératoire à la suite d'une arthroplastie de la hanche et du genou : 679 cas pour 100 000 patients mis en congé, par rapport à 660 pour l'ensemble du Canada et à 362 pour les 34 autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
 - *L'oubli d'objets à l'intérieur du corps lors d'une chirurgie* : Les objets tels que les éponges ou tampons et autres outils médicaux laissés par inadvertance dans le corps d'un patient lors d'une intervention chirurgicale peuvent causer des saignements

internes, des infections, d'autres complications ou la mort. Les patients opérés en Ontario âgés de 15 ans et plus avaient une incidence relativement élevée d'être victime de ce genre d'erreurs : 7,5 % par rapport à 4 % pour les 34 autres pays membres de l'OCDE (le taux canadien est également élevé, soit de 8,6 %).

- *L'entretien inadéquat de l'équipement médical assurant la survie* : L'équipement médical tel que les ventilateurs, les appareils d'anesthésie et les défibrillateurs servent à maintenir les patients en vie. Comme pour tout matériel complexe, l'équipement médical doit faire l'objet d'un entretien régulier pour fonctionner correctement, car il risque de tomber en panne et de mettre ainsi en péril la vie des patients. Dans l'un des hôpitaux visités, nous avons constaté que 20 % de l'équipement médical n'était pas entretenu conformément au calendrier d'entretien; dans certains cas, le dernier entretien exigé était en retard de deux ans. Dans un autre hôpital, seulement 53 % de l'équipement était entretenu en conformité avec le calendrier d'entretien; l'entretien de 30 % de l'équipement avait été effectué en retard et 17 % n'avait fait l'objet d'aucun entretien.

Voici un aperçu de nos autres constatations :

- Le processus de nomination des médecins et le processus d'appel ont eu des répercussions négatives sur la prise des décisions hospitalières concernant les soins des patients. Nous avons relevé des cas où des hôpitaux n'avaient pu résoudre rapidement des problèmes de ressources humaines avec des médecins à cause du processus légal exhaustif que les hôpitaux doivent observer en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*. Dans certains cas, des différends de longue date au sujet des droits hospitaliers des médecins ont exigé de la part du personnel administratif et du conseil de l'hôpital un temps considérable qu'il aurait mieux valu consacrer aux questions touchant les soins aux patients.
- En mars 2016, environ 4 110 patients ayant besoin d'un autre niveau de soins occupaient des lits d'hospitalisation même s'ils n'avaient plus besoin de soins hospitaliers. Environ la moitié attendent d'obtenir un lit dans un foyer de soins de longue durée parce qu'il n'y en a pas suffisamment dans la collectivité. Nous avons calculé que les hôpitaux auraient pu traiter environ 37 550 patients de plus si les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins n'attendaient pas à l'hôpital qu'un lit se libère ailleurs. Par ailleurs, occuper un lit dans un hôpital coûte plus cher que dans un foyer de soins de longue durée. D'après nos estimations, l'écart de coût était de 376 millions de dollars en 2015-2016.
- Les trois hôpitaux audités ne disposent pas de contrôles adéquats de l'accès aux renseignements confidentiels des patients. Nous avons constaté que des personnes qui n'étaient plus à l'emploi d'un hôpital avaient encore un compte d'utilisateur actif, que des ordinateurs n'avaient pas de fonction automatique de fermeture de session et que des appareils portables n'étaient pas chiffrés.
- Aucun des hôpitaux visités ne disposait d'un système centralisé d'établissement des horaires pour assurer un suivi et une gestion efficaces de la planification des horaires pour toutes les unités de soins infirmiers. Par conséquent, le personnel infirmier effectuait un nombre considérable d'heures supplémentaires, ce qui s'accompagnait d'un nombre important de jours de congé de maladie. Nous avons constaté que deux des trois hôpitaux n'avaient pas effectué d'analyse approfondie pour évaluer les coûts et les avantages du recours aux services d'infirmières d'agences par rapport à l'embauchage de personnel infirmier supplémentaire à temps plein ou à temps partiel. Si le troisième hôpital avait effectué une analyse coûts-avantages du recours aux

infirmières d'agences, les coûts liés au personnel provenant d'agences dans cet hôpital avaient plus que triplé pendant au cours des quatre dernières années.

Le présent rapport contient 17 recommandations consistant en 33 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) apprécie l'audit exhaustif qu'a mené la vérificatrice générale et il souscrit aux recommandations formulées dans le rapport. Ces recommandations inspireront les améliorations qui seront apportées pour renforcer la reddition de comptes et accroître l'accès aux services de santé.

Le Ministère s'est engagé à bâtir un système hospitalier fort et stable financé par l'État et qui assure une prestation efficiente de services de qualité aux patients. Depuis 2007, les hôpitaux sont financés par l'intermédiaire des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). En partenariat avec le gouvernement, les RLISS et les organismes communautaires contribuent à améliorer l'expérience du patient dans notre système de soins de santé en réduisant les lacunes dans les services, en gérant les problèmes de rendement, en augmentant les gains d'efficacité et en assurant une plus grande reddition de comptes dans le système de la santé.

Le financement des hôpitaux dans la province est passé de 11,3 milliards de dollars en 2003-2004 à 17,4 milliards de dollars en 2016-2017, ce qui représente une augmentation de 54 %. Dans le budget de l'Ontario de 2016, la province proposait d'investir plus de 345 millions de dollars dans tous les hôpitaux financés par l'État afin de donner aux patients un meilleur accès à des soins de qualité élevée. De plus, la province investit 140 millions de dollars pour aider les hôpitaux à répondre à la

croissance de la demande et à réduire les temps d'attente à l'égard des soins aux patients. Ce financement appuiera des services prioritaires tels que les transplantations d'organes et de tissus, des interventions supplémentaires telles que les chirurgies de la cataracte et les arthroplasties du genou et de la hanche et le financement de petits hôpitaux pédiatriques et psychiatriques spécialisés.

Dans le cadre du plan Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé, le Ministère a réformé le mode de financement des hôpitaux pour assurer un soutien équitable de la prestation de soins de santé efficaces et de qualité élevée et pour garantir que le financement des hôpitaux est axé sur les besoins du patient. En couvrant toutes les étapes de l'itinéraire du patient, la réforme du financement améliore la coordination des soins de santé et rend plus fluide l'expérience du patient.

Le Ministère continuera d'apporter un soutien aux RLISS et aux hôpitaux pour qu'ils collaborent et qu'ils équilibrent leurs budgets afin d'assurer la viabilité de services de santé de qualité pour l'avenir.

RÉPONSE GLOBALE DES HÔPITAUX

À l'instar de tous les hôpitaux publics de la province de l'Ontario, nous nous efforçons de fournir des soins de grande qualité et de faire une utilisation efficiente des fonds publics tout en cherchant continuellement des moyens d'améliorer notre capacité à répondre de façon responsable sur le plan financier à la croissance et à l'évolution des besoins des patients que nous servons. Nous avons apprécié la possibilité qui nous était donnée de discuter avec le Bureau de la vérificatrice générale et son personnel et d'aborder les défis qui se posent dans notre secteur. Un grand nombre de ces défis dépassent les capacités d'un seul et même hôpital et exigent plutôt l'engagement permanent de tous les intervenants du système, entre autres,

les hôpitaux, le gouvernement, les RLISS, les cliniciens et les médecins. La reconnaissance de ce contexte exigeant, le besoin de mettre davantage l'accent sur les défis du système tels que les temps d'attente, le besoin d'une réforme des autres niveaux de soins, d'un financement stable et prévisible, de la planification de la capacité et d'une plus grande souplesse dans les pratiques hospitalières des médecins ont tous un rôle à jouer dans l'amélioration continue des services et des soins.

Nous souscrivons en principe aux recommandations formulées dans le rapport; nous avons fait des progrès déjà dans de nombreux domaines et nous poursuivons la mise en oeuvre des recommandations là où il faut consacrer d'autres efforts et en fonction des ressources dont nous disposons. Le Bureau de la vérificatrice générale a reconnu certaines pratiques exemplaires qui peuvent nous aider dans ce travail. Ces recommandations nous offrent la possibilité de continuer à réfléchir aux moyens à prendre pour améliorer le système.

Les hôpitaux continueront de travailler en partenariat avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les médecins, les organismes communautaires et les fournisseurs de services pour appuyer les efforts d'intégration visant à assurer la prestation des soins sans interruption et à dispenser les bons soins au bon endroit pour les patients.

2.0 Contexte

2.1 Vue d'ensemble des hôpitaux de l'Ontario

Sur les 147 hôpitaux publics de l'Ontario, 57 sont de grands hôpitaux communautaires. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère)

définit les grands hôpitaux communautaires comme étant ceux qui ont pris en charge au moins 2 700 cas aigus et de chirurgie d'un jour au cours de deux des trois dernières années écoulées.

Les autres hôpitaux publics sont les petits hôpitaux communautaires (définis comme ayant pris en charge moins de 2 700 cas aigus et de chirurgie d'un jour au cours de deux des trois dernières années écoulées), les hôpitaux universitaires, les hôpitaux offrant des soins aux malades chroniques et des soins de réadaptation et les hôpitaux psychiatriques. L'**annexe 1** présente la liste de tous les hôpitaux publics de l'Ontario, par type d'hôpital, réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) et financement pour l'exercice se terminant le 31 mars 2016.

Le Ministère a dépensé en tout environ 51 milliards de dollars au cours de l'exercice se terminant le 31 mars 2016. Sur ce montant, 17 milliards de dollars (33 %) ont été versés aux 147 hôpitaux publics de l'Ontario. Le financement des grands hôpitaux communautaires représentait environ 7,89 milliards de dollars sur le montant de 17 milliards de dollars consacré aux hôpitaux. La **figure 1** montre le nombre d'hôpitaux publics par type d'hôpital, avec leur description et les tendances de leur financement au cours des cinq dernières années jusqu'au 31 mars 2016.

2.2 Gouvernance des hôpitaux

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* énonce le mandat des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) chargés d'administrer les services de soins de santé dans chaque région de la province.

Les RLISS doivent conclure avec chacun des hôpitaux de leur région une entente de responsabilisation en matière de services qui précise les attentes en matière de rendement et de reddition de comptes entre le RLISS et les hôpitaux. Les ententes exigent également que les hôpitaux équilibrent leur budget chaque année et, par conséquent, les dépenses réelles de l'hôpital ne doivent pas

Figure 1 : Le nombre d'hôpitaux publics en Ontario, par type d'hôpital et description et les tendances du financement pour les cinq dernières années jusqu'au 31 mars 2016

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

Type d'hôpital	Description	Nombre	Financement	Financement	Variation sur
			ministériel 2011-2012 (en M\$)	ministériel 2015-2016 (en M\$)	cinq ans du financement ministériel au 31 mars 2016 (%)
Grand hôpital communautaire	Hôpitaux ayant pris en charge au moins 2 700 cas aigus ou de chirurgie d'un jour au cours de deux des trois dernières années écoulées	57	7 620	7 893	3,6
Petit hôpital communautaire	Hôpitaux ayant pris en charge moins de 2 700 cas aigus ou de chirurgie d'un jour au cours de deux des trois dernières années écoulées	56	750	816	8,8
Hôpital universitaire	Hôpitaux qui dispensent des soins actifs et complexes aux patients. Ils sont membres du Council of Academic Hospitals of Ontario et sont reliés à une école de sciences médicales ou de sciences de la santé; ils font de la recherche et offrent de la formation aux professionnels de la santé et aux personnes qui étudient pour le devenir (p. ex. les internes et résidents en médecine, les infirmières, les physiothérapeutes)	17	7 038	7 036	0,0
Hôpital de soins aux malades chroniques/de réadaptation	Hôpitaux autonomes qui fournissent des soins continus complexes ou des services de réadaptation	13	743	626	(15,7)
Hôpital psychiatrique spécialisé/de santé mentale	Hôpitaux publics qui fournissent des services spécialisés d'évaluation et de traitement pour les personnes aux prises avec des maladies mentales complexes	4	571	602	5,4
Total		147	16 722	16 973	1,5

dépasser le budget qui a été approuvé au préalable pour celui-ci.

La *Loi sur les hôpitaux publics* (la Loi) régit les opérations des hôpitaux publics de l'Ontario. Les hôpitaux sont tenus de respecter les dispositions de la Loi qui régissent l'admission et la mise en congé des patients, les protocoles relatifs aux maladies transmissibles et la communication et la protection des dossiers de santé. Le règlement pris en application de la Loi énonce également des exigences en matière de gouvernance et stipule notamment

que chaque hôpital doit être dirigé et géré par un conseil d'administration.

En vertu de la loi, les hôpitaux de l'Ontario sont des personnes morales indépendantes qui rendent des comptes à leur propre conseil et qui sont directement responsables de leur propre gestion quotidienne. Toutefois, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée peut nommer des inspecteurs et le gouvernement peut nommer des enquêteurs et des superviseurs d'hôpital sur la recommandation du ministre. Il faut également

obtenir l'approbation du Ministère pour les fusions et autres intégrations, pour l'utilisation de lieux à des fins hospitalières et pour l'aliénation de terrains ou bâtiments hospitaliers.

2.3 Ressources humaines hospitalières

En règle générale, le conseil d'administration de l'hôpital nomme un directeur général et un médecin chef pour gérer le fonctionnement quotidien de l'hôpital. Les deux travaillent en étroite collaboration, mais chacun a des responsabilités distinctes et relève directement du conseil.

Le directeur général supervise les soins infirmiers, les soins aux patients, la gestion de l'équipement et des installations, les ressources humaines et les autres questions administratives tandis que le médecin chef supervise principalement la qualité du diagnostic, des soins et des traitements médicaux fournis à tous les patients de l'hôpital. La **figure 2** expose la structure hiérarchique et de gouvernance type d'un grand hôpital communautaire en Ontario.

Effectif professionnel

L'effectif professionnel comprend les chirurgiens, les autres médecins, les dentistes et les sages femmes qui travaillent dans les hôpitaux. Même si les membres de l'effectif professionnel sont nommés directement par le conseil de l'hôpital, en général ce ne sont pas des employés salariés. C'est plutôt le Régime d'assurance santé de l'Ontario qui les rémunère pour les services qu'ils fournissent dans les hôpitaux.

Dans la plupart des hôpitaux, l'effectif professionnel est réparti dans des services cliniques dont chacun compte un chef de service et un directeur médical. Les membres de l'effectif professionnel rendent des comptes au médecin chef par l'intermédiaire de leur chef de service sur les questions touchant la pratique professionnelle, c'est-à-dire tout ce qui concerne le traitement et le soin des

patients, et ils rendent des comptes à leur directeur médical sur les questions de nature administrative, opérationnelle et budgétaire.

Les hôpitaux considèrent que les membres de l'effectif professionnel sont des entrepreneurs indépendants et ils leur accordent des droits hospitaliers qui leur permettent d'utiliser les installations et l'équipement de l'hôpital pour traiter les patients sans être des employés de l'hôpital. Les membres de l'effectif professionnel sont nommés par le conseil de l'hôpital pour une durée maximale d'un an et ils doivent présenter une demande annuellement pour être renommés au sein de l'effectif professionnel. Le conseil est également responsable de l'embauchage des membres de l'effectif professionnel, de la prise de mesures disciplinaires à leur égard et de leur congédiement.

Chaque hôpital établit ses propres règlements administratifs, politiques, règles et autres règlements qui énoncent les droits et les responsabilités des membres de l'effectif professionnel. Dans le cadre du processus visant à renommer les membres de l'effectif professionnel, les chefs de service et/ou les directeurs médicaux examinent et évaluent annuellement le rendement des membres de l'effectif professionnel d'après les règlements administratifs, les politiques, les règles et autres règlements de l'hôpital.

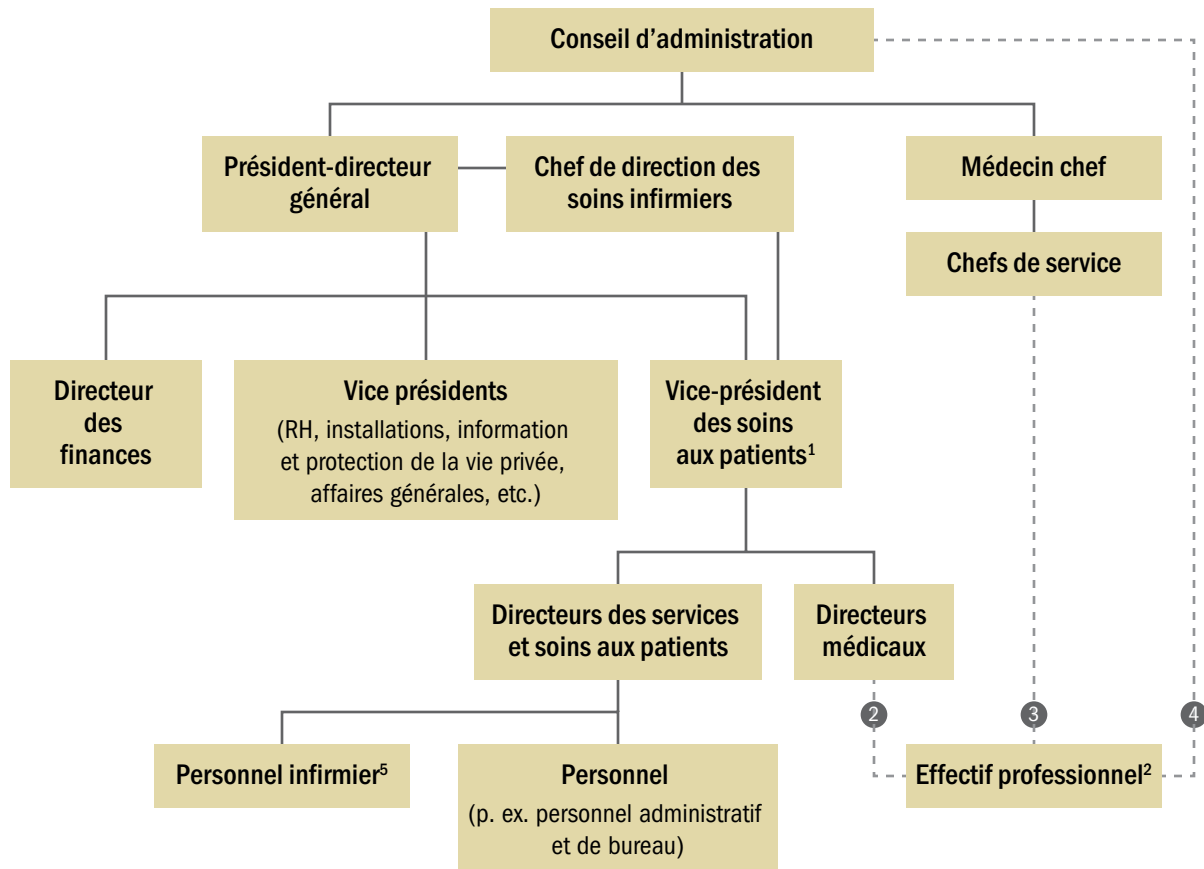
Personnel infirmier

Comme on peut le voir dans la **figure 2**, le chef de direction des soins infirmiers supervise et gère la pratique professionnelle du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé tels que les diététistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les techniciens tels que les techniciens en échographie diagnostique, qui sont en général des employés de l'hôpital.

Il y a trois catégories d'infirmières en Ontario : les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), les infirmières autorisées (IA) et les infirmières praticiennes (IP). La **figure 3** montre le niveau de scolarité de chaque catégorie ainsi que leurs tâches

Figure 2 : Structure de gouvernance et hiérarchique type dans un grand hôpital communautaire

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



--- Structure de gouvernance et hiérarchique des membres de l'effectif professionnel qui ne sont pas des employés des hôpitaux

1. Le vice-président des services et soins aux patients est responsable de la planification, de l'élaboration et de la mise en oeuvre des programmes et initiatives visant à améliorer l'expérience des patients.
2. Les effectifs professionnels font part des questions de nature administrative, opérationnelle et budgétaire à leur directeur médical. Les responsabilités du directeur médical sont axées sur la planification stratégique, la gestion budgétaire et la planification des ressources humaines.
3. Les effectifs professionnels font part des questions cliniques à leur chef de service, lequel relève du médecin chef qui, de son côté, rend des comptes au conseil d'administration. Les responsabilités des chefs de service sont axées sur la surveillance et la supervision des soins prodigués aux patients par les effectifs professionnels dont les médecins.
4. Le conseil de l'hôpital est responsable de l'embauchage des membres de l'effectif professionnel, de la prise de mesures disciplinaires à leur égard et de leur congédiement.
5. Les autres professionnels de la santé sont des effectifs cliniques tels que des diététistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des techniciens comme des techniciens en échographie diagnostique, qui sont en général des employés de l'hôpital.
6. En général, les effectifs professionnels tels que les médecins, les sages-femmes et les dentistes ne sont pas des employés de l'hôpital. Ce sont des professionnels indépendants qui travaillent à l'hôpital et reçoivent certains droits comme celui d'utiliser les installations et l'équipement de l'hôpital pour traiter les patients. Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario les rémunère pour les services qu'ils fournissent.

courantes et le niveau des soins fournis par chaque catégorie.

Les infirmières doivent toutes détenir un diplôme d'un programme reconnu par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (l'Ordre) et doivent être inscrites auprès de l'Ordre. Les infirmières auxiliaires autorisées sont titulaires d'un

diplôme de deux ou trois ans en soins infirmiers. Depuis 2005, pour pouvoir pratiquer, les nouvelles infirmières autorisées doivent être titulaires d'un baccalauréat de quatre ans en soins infirmiers. Les deux catégories peuvent accomplir le même type de tâches, mais les infirmières autorisées peuvent dispenser un niveau de soins plus élevé et s'occuper

Figure 3 : Types d'infirmières en Ontario

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Type d'infirmière	Scolarité	Tâches	Niveau de soins
Infirmière auxiliaire autorisée (IAA)	Diplôme de deux ou trois ans en soins infirmiers	Les IAA et les IA peuvent accomplir les mêmes tâches types comme suit : <ul style="list-style-type: none"> • surveiller les patients; • consigner les renseignements concernant les patients et tenir les dossiers des patients; 	Soigne en général des patients dont le cas est moins complexe et plus prévisible et présentant un faible risque de résultats négatifs; doit consulter les infirmières autorisées quand les besoins du patient deviennent complexes.
Infirmière autorisée (IA)	Depuis 2005, toutes les nouvelles infirmières autorisées sont titulaires d'un baccalauréat de quatre ans en soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • assister les médecins dans le cadre de l'examen et du traitement des patients 	Soigne en général les patients dont le cas est très complexe et imprévisible et présentant un risque élevé de résultats négatifs.
Infirmière praticienne (IP)	Maîtrise ou doctorat en soins infirmiers	Les IP peuvent effectuer des tâches en dehors du domaine d'une IA telles que diagnostiquer et traiter des maladies aiguës, créer des plans de traitement individuels et prescrire des médicaments. Les IP peuvent également se spécialiser dans un domaine de soins ou se concentrer sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.	Les compétences des IP s'appuient sur les compétences des IA. Les IP ont et démontrent en pratique les compétences nécessaires pour exercer leur autorisation de diagnostiquer, d'ordonner et d'interpréter des résultats d'analyse de diagnostic, de prescrire des produits pharmaceutiques et d'effectuer certaines interventions telles que le cathétérisme et l'insertion de drain thoracique.

de patients ayant des besoins plus aigus ou plus complexes.

Les infirmières praticiennes sont titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat en soins infirmiers et peuvent dispenser le niveau de soins infirmiers le plus élevé; certaines de leurs tâches chevauchent celles des médecins, notamment la capacité de faire une évaluation et de poser un diagnostic, de demander que des examens soient effectués, de prescrire des médicaments et d'établir des plans de traitement pour les patients.

La quasi-totalité des infirmières de l'Ontario sont syndiquées et travaillent selon des conventions collectives négociées entre des syndicats tels que l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario ou le Syndicat canadien de la fonction publique et l'Association des hôpitaux de l'Ontario.

Fondée en 1924, l'Association des hôpitaux de l'Ontario établit les pratiques exemplaires et facilite

l'échange d'information entre les hôpitaux; l'Association représente les hôpitaux dans les discussions et les examens de la politique des soins de santé qui ont lieu avec le gouvernement de l'Ontario.

Dans les périodes de pénurie de personnel infirmier découlant d'absences du personnel et/ou du nombre de patients plus élevé que prévu, certains hôpitaux recourent aux services d'infirmières temporaires provenant d'agences externes. Ces infirmières ne sont pas des employées de l'hôpital et elles ne sont pas couvertes par les conventions collectives; l'hôpital paie les agences pour les heures de travail accomplies par les infirmières d'agences.

Autres employés hospitaliers

En plus des médecins et du personnel infirmier, les hôpitaux embauchent d'autres professionnels pour occuper des emplois cliniques et non cliniques. De

nombreux membres du personnel clinique (par exemple les pharmaciens, les techniciens de laboratoire, les diététistes et les thérapeutes) travaillent auprès des médecins et du personnel infirmier pour fournir des soins directs aux patients. Les effectifs non cliniques travaillent à l'administration, aux services alimentaires, à l'entretien ménager, à la sécurité et à l'entretien de l'équipement.

2.4 Le financement des hôpitaux

Avant 2012, le financement annuel que chaque hôpital recevait du Ministère reposait principalement sur les dépenses des années précédentes et sur l'inflation. Selon ce système, chaque hôpital recevait un montant forfaitaire.

En 2012, le Ministère a commencé à mettre en oeuvre sa Réforme du financement du système de santé; le nouveau modèle visait à allouer de façon équitable les dollars réservés à la santé, à promouvoir les pratiques cliniques exemplaires et à maintenir la croissance des dépenses à des niveaux viables. La réforme comprenait deux composantes clés pour le financement :

- Le modèle d'**allocation fondée sur la santé** estime les frais liés aux soins de santé d'après la démographie et l'utilisation réelle des services de santé en tenant compte des types et de la complexité des soins prodigués aux patients par les hôpitaux. Selon ce modèle, le Ministère ajuste le financement des hôpitaux d'après les besoins des patients et d'après la croissance de la population.
- La composante des **actes médicaux fondés sur la qualité** finance les hôpitaux pour les types et le nombre de patients qu'ils traitent. Le Ministère a établi certains actes médicaux que les hôpitaux doivent observer, basés sur les pratiques exemplaires et les mesures de l'efficacité, pour le traitement de leurs patients et a déterminé le montant que chaque hôpital recevrait pour cette composante. L'objectif du Ministère est d'établir des actes médicaux fondés sur la qualité pour normaliser les soins

et réduire au minimum les écarts et veiller à ce que les hôpitaux fournissent des soins en conformité avec les pratiques exemplaires.

Le Ministère fournit environ 80 % du financement des hôpitaux, directement et indirectement par l'intermédiaire des RLISS. Les hôpitaux tirent la dernière tranche de 20 % de financement d'autres sources, notamment les campagnes de financement, les frais d'occupation d'une chambre à deux lits ou d'une chambre individuelle, les frais de stationnement, les services alimentaires, les boutiques de cadeaux et les points de vente au détail. Les hôpitaux peuvent recueillir des fonds directement, mais le modèle de collecte de fonds le plus courant est la fondation hospitalière qui est une société indépendante à fin charitable.

2.5 Principaux services hospitaliers

En 2015-2016, les 57 grands hôpitaux communautaires de l'Ontario ont enregistré 4,3 millions de visites aux salles d'urgence et pratiqué 1,07 million d'interventions chirurgicales. Au 31 mars 2016, ils géraient environ 14 990 lits, soit 48 % des 31 000 lits d'hospitalisation répartis dans la province.

Le **figure 4** présente une comparaison du volume de certains services dans les trois hôpitaux ayant reçu notre visite avec ceux de tous les grands hôpitaux communautaires durant l'exercice 2015-2016. Par exemple, le nombre de visites aux urgences dans les trois hôpitaux au cours de cet exercice correspond à 12 % du nombre total de visites aux urgences dans l'ensemble des grands hôpitaux communautaires.

Les deux principaux domaines de services hospitaliers sont classés en services de « consultations externes » et services aux « patients hospitalisés ». Les services de consultations externes sont offerts aux patients qui nécessitent seulement une courte visite à l'hôpital (par exemple, pour subir une intervention chirurgicale simple) et qui retournent chez eux le jour même. Les services aux patients hospitalisés sont fournis aux patients devant être admis

Figure 4 : Comparaison des volumes de certains services entre les grands hôpitaux communautaires et les trois hôpitaux visités, 2015-2016

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

Volumes de service	Les 57 grands hôpitaux communautaires	Les trois hôpitaux visités	Volume total géré par les trois hôpitaux en pourcentage du volume total dans l'ensemble des grands hôpitaux communautaires
	Nombre de visites aux salles d'urgence	4 304 700	520 200
Nombre d'interventions chirurgicales	1 070 800	139 900	13
Nombre d'hospitalisations	684 900	104 500	15
Nombre de mises en congé	685 900	105 400	15
Nombre de lits financés par le Ministère	14 990	1 800	12

à l'hôpital pour y séjourner pendant au moins une nuit pour poursuivre un traitement ou faire l'objet d'une surveillance.

Le « roulement des patients » s'entend du cheminement des patients dans les différents secteurs de l'hôpital, à compter de leur arrivée à l'hôpital jusqu'à leur mise en congé. La **figure 5** décrit les services de consultations externes et les services aux patients hospitalisés ainsi que le roulement des patients.

Les services de consultations externes sont dispensés dans les secteurs suivants :

- **La salle d'urgence** – Les médecins évaluent les besoins médicaux des patients et dispensent des soins urgents à ceux présentant une maladie ou une blessure grave. Certains devront être hospitalisés pour poursuivre le traitement. En 2015-2016, sur les 6,3 millions de visites aux salles d'urgence dans les hôpitaux de l'Ontario (ce chiffre ne comprend pas les visites au Centre de toxicomanie et de santé mentale), environ 4 % étaient des visites effectuées par des patients ayant reçu un diagnostic de maladie mentale. Entre 2011-2012 et 2015-2016, le nombre de visites aux salles d'urgence pour des problèmes de santé mentale a augmenté de 21 %, passant de 209 250 visites à 254 161 visites.
- **Le service de chirurgie d'un jour** – Les chirurgiens pratiquent des chirurgies ambulatoires – il s'agit d'interventions de courte

durée comportant peu de complications et qui ne nécessitent pas d'assurer la surveillance du patient jusqu'au lendemain. Les patients peuvent habituellement retourner chez eux le jour même.

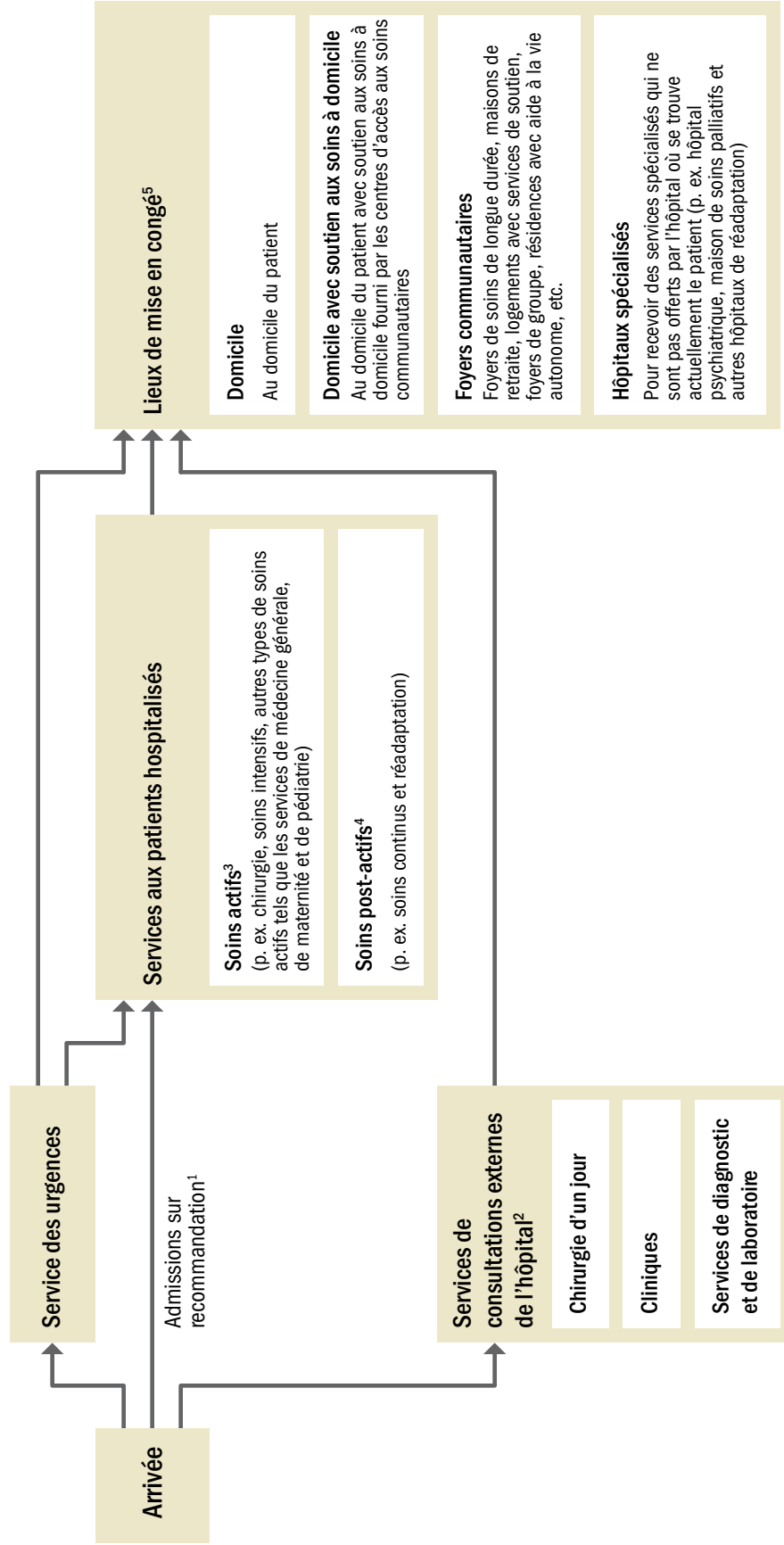
- **Les cliniques** – Des équipes multidisciplinaires évaluent, traitent ou renseignent les patients, par exemple, sur le diabète, sur l'allaitement et sur la santé mentale, dans le cadre de différentes cliniques de jour.
- **Les services de diagnostic et de laboratoire** – Les services de diagnostic et de laboratoire fournissent différents types d'examen médicaux et d'imagerie diagnostique.

Les services aux patients hospitalisés sont offerts dans les unités de soins actifs et dans les unités de soins post-actifs. La durée du séjour à l'hôpital dépend de l'état du patient et du rythme de son rétablissement.

- **Les unités de soins actifs** comprennent :
 - **Les unités de chirurgie** – Les patients qui subissent une chirurgie avec hospitalisation restent à l'hôpital jusqu'au lendemain pour qu'on puisse les surveiller. Après l'intervention, le patient est transféré à l'unité de rétablissement post-opératoire.
 - **Les unités de soins intensifs** – Les patients très malades qui nécessitent une observation et une surveillance étroites sont placés dans l'unité de soins intensifs.

Figure 5 : Les principaux services hospitaliers et le cheminement des patients dans ces services

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



→ Le roulement des patients a trait au cheminement des patients dans les différents services de l'hôpital à compter de leur arrivée jusqu'au moment de leur mise en congé.

1. Aiguillage des patients par des médecins de cliniques externes, des médecins de famille, des spécialistes ou d'autres médecins communautaires et/ou d'autres hôpitaux.
2. Les services de consultations externes sont offerts en général aux patients qui n'ont besoin que de faire une courte visite à l'hôpital et qui retournent habituellement chez eux le jour même. Certains de ces patients sont aiguillés par leur médecin des consultations externes pour être hospitalisés afin de poursuivre leur traitement.
3. Les patients qui reçoivent des services de consultations externes du service de chirurgie d'un jour et des cliniques peuvent être admis aux services de soins actifs si leur état se détériore durant leur visite.
4. La majorité des patients hospitalisés sont transférés dans une unité de soins actifs. Selon l'affection dont ils souffrent, certains patients ayant besoin que les soins se poursuivent après avoir été traités dans l'unité de soins actifs seront transférés dans l'unité de soins post actifs pour poursuivre le traitement.
5. Les patients dont l'état s'améliore suffisamment pour leur permettre de quitter l'hôpital de façon sécuritaire sont mis en congé. Si l'endroit où le patient recevra ensuite des soins n'est pas prêt à l'accueillir au moment où il est prêt à sortir de l'hôpital, le patient doit rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'un lit se libère à l'endroit prévu pour l'accueillir. On appelle ces patients les « patients ayant besoin d'un autre niveau de soins ».

- **Les autres unités de soins actifs** – Dans ces unités, on traite les patients pour des épisodes graves de maladie pendant une courte durée et l'objectif est de leur donner leur congé dès que leur état est stabilisé. Elles sont classées en général comme unités de médecine générale, de cancérologie, de soins cardiorespiratoires, de maternité et de pédiatrie.
- **Les unités de soins post-actifs** – Les patients qui n'ont plus besoin de soins actifs, mais qui continuent de se rétablir d'une maladie ou d'un traitement sont placés dans l'une de ces unités pour recevoir des soins de suivi spécialisés avant de pouvoir obtenir leur congé.

2.6 Admission et mise en congé des patients

Les patients sont admis à l'hôpital à la suite d'un aiguillage par un médecin qui travaille à l'hôpital ou non. Par exemple, environ 10 % des patients des salles d'urgence sont admis après avoir été diagnostiqués et traités par un médecin de l'urgence. La majorité des patients admis sont transférés dans une unité de soins actifs. Selon l'affection dont ils souffrent, certains patients ayant besoin que les soins se poursuivent après avoir été traités dans l'unité de soins actifs seront transférés dans l'unité de soins post-actifs pour poursuivre le traitement.

Les patients peuvent également être admis à l'hôpital sur recommandation d'un médecin du service de consultations externes de l'hôpital, de leur médecin de famille, d'un spécialiste, d'un médecin d'une clinique sans rendez-vous ou d'une autre clinique communautaire ou d'un autre hôpital. Ces admissions sur recommandation sont habituellement planifiées à l'avance pour permettre au personnel hospitalier de préparer l'arrivée du patient.

Les patients dont l'état s'est suffisamment amélioré pour qu'ils puissent quitter l'hôpital de façon sécuritaire sont mis en congé. Comme pour l'admission, un médecin décide du moment où un patient peut obtenir son congé.

Certains patients n'auront pas besoin de soins continus à leur retour à domicile. D'autres peuvent obtenir leur congé, mais doivent obtenir des services de soutien du centre d'accès aux soins communautaires local ou doivent être transférés à un autre endroit tel qu'un foyer de soins de longue durée, un logement avec services de soutien, une maison de retraite, un hôpital de réadaptation ou une maison de soins palliatifs.

Même si les patients sont prêts à sortir de l'hôpital, ils doivent y demeurer jusqu'à ce que l'endroit prévu pour la prochaine phase de soins puisse les accueillir. On parle alors de patients ayant besoin « d'un autre niveau de soins ».

Les patients aux prises avec certains types de problèmes de santé mentale sont transférés dans un hôpital psychiatrique spécialisé pour poursuivre leur traitement s'ils ont besoin de services psychiatriques spécialisés ou si leur état ne peut être stabilisé dans les deux semaines suivant leur hospitalisation (par exemple, si leur résistance aux médicaments les empêche d'atteindre un état stable).

2.7 Calendrier des interventions chirurgicales

En Ontario, 13 % de tous les cas de chirurgie sont des interventions chirurgicales urgentes tandis que la dernière tranche de 87 % sont des interventions chirurgicales non urgentes.

Les interventions chirurgicales urgentes doivent être pratiquées presque immédiatement dans les cas d'affections liées à un traumatisme ou quand le patient est en phase critique. Les personnes qui ont besoin d'une chirurgie, mais dont l'état est stable et qui peuvent attendre pendant au moins sept jours pour subir l'intervention sans qu'il y ait de répercussions importantes sur leur santé sont classées comme patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale non urgente. Les chirurgiens établissent la priorité de chaque patient d'après l'urgence de son affection.

Les hôpitaux allouent le temps d'utilisation des salles d'opération à chaque service de chirurgie

tel que ceux de chirurgie cardiovasculaire et de chirurgie orthopédique, et le chef de chaque service de chirurgie alloue ensuite le temps d'utilisation des salles d'opération à chaque chirurgien au sein du service. En général, les interventions chirurgicales non urgentes sont pratiquées pendant le jour durant la semaine tandis que les interventions urgentes sont pratiquées le soir et la fin de semaine.

Les trois hôpitaux visités ont une politique qui permet de faire passer les chirurgies urgentes les plus pressantes avant toutes les autres pour l'utilisation de la première salle d'opération qui se libère. Les autres chirurgies urgentes moins pressantes peuvent être pratiquées dans les salles d'opération après l'horaire régulier quand les interventions chirurgicales non urgentes de la journée sont terminées, ou durant la fin de semaine.

Habituellement, les interventions chirurgicales non urgentes sont planifiées à l'avance en fonction de leur niveau d'urgence, de l'horaire du chirurgien et des plages horaires disponibles dans les salles d'opération.

2.8 Durée du séjour à la salle d'urgence

La **durée du séjour à la salle d'urgence** mesure le temps total qu'un patient passe à la salle d'urgence à compter du moment où il passe au triage (un niveau de priorité est donné au patient d'après l'urgence de son affection) jusqu'au moment où il est mis en congé ou est transféré dans un lit ailleurs à l'hôpital comme dans une unité de soins intensifs ou une autre unité de soins actifs pour poursuivre le traitement. Durant le séjour du patient à la salle d'urgence, les médecins et le personnel infirmier de l'urgence peuvent diagnostiquer ou traiter l'affection du patient, demander qu'il passe des examens et attendre les résultats pour déterminer le meilleur moyen de traiter le patient.

Le **temps d'attente pour un lit**, qui représente habituellement une portion de la durée du séjour à la salle d'urgence, mesure le temps que le patient passe à la salle d'urgence à compter du moment

où le médecin prend la décision d'hospitaliser le patient jusqu'au moment où celui-ci obtient un lit ailleurs dans l'hôpital.

Ce transfert ne peut avoir lieu qu'après que l'hôpital a déterminé dans quelle unité de soins sera transféré le patient d'après sa maladie ou sa blessure, la gravité de son état, l'âge et le sexe du patient, la disponibilité d'appareils de surveillance électroniques tels que des électrocardiographes ou des appareils de mesure des signes vitaux, et d'après le type de mesures requises pour lutter contre les infections.

L'hôpital doit ensuite déterminer si le bon type de lit est disponible et prêt à accueillir le patient et si se peut qu'il doive aussi demander au personnel responsable de l'entretien ménager de désinfecter le lit. Tout délai dans le processus de transfert peut signifier pour le patient des temps d'attente plus longs pour un lit d'hospitalisation.

2.9 Renseignements de santé personnels des patients

Les hôpitaux conservent des renseignements de santé personnels très confidentiels qu'il est possible de consulter à partir de terminaux informatiques et de postes de travail répartis un peu partout dans l'hôpital, dont certains dans des couloirs très passants.

En général, les membres du personnel hospitalier doivent posséder un compte pour ouvrir une session dans le terminal ou le poste de travail et un second compte distinct pour accéder au système. Il y a parfois d'autres mesures de contrôle de l'accès pour assurer la protection de la vie privée des patients.

2.10 Entretien de l'équipement médical

Les hôpitaux comptent sur de nombreux types d'équipement pour faciliter le diagnostic, la surveillance ou le traitement des affections médicales. Certains appareils médicaux sont essentiels à la

surveillance et au maintien des signes vitaux et toute panne de cet équipement peut entraîner la mort. L'inspection, le calibrage et l'entretien périodique de l'équipement médical sont nécessaires pour s'assurer qu'on peut utiliser l'équipement en toute sécurité et qu'il fonctionne correctement.

En général, les techniciens ont la responsabilité d'entretenir l'équipement médical et d'effectuer l'entretien préventif régulier selon les spécifications. Ce travail peut être confié à un sous-traitant ou être effectué à l'interne, mais c'est l'hôpital qui demeure responsable au bout du compte de l'entretien de son équipement.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si les grands hôpitaux communautaires, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), disposent de systèmes et de procédures efficaces pour garantir que :

- les patients reçoivent en temps opportun des services de soins de santé de grande qualité, sécuritaires, fiables et équitables;
- les ressources sont utilisées de façon efficiente;

- l'efficacité opérationnelle est mesurée et évaluée et fait l'objet d'un compte rendu.

Le présent audit porte principalement sur les trois grands hôpitaux communautaires ayant reçu notre visite. Ces trois hôpitaux, qui représentent des régions différentes et sont gérés par des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) différents, sont un échantillon géographiquement diversifié des 57 grands hôpitaux communautaires de la province. Les trois hôpitaux ont reçu globalement du Ministère un financement de 1,3 milliard de dollars, c'est-à-dire 16 % du financement total de 7,89 milliards de dollars versé aux grands hôpitaux communautaires en 2015-2016.

Nous avons effectué notre audit dans les trois hôpitaux, dont chacun exploite deux emplacements pour desservir sa région. On trouvera à la **figure 6** les hôpitaux ayant reçu notre visite, les RLISS dont ils relèvent et le nombre total de lits, d'effectifs professionnels et d'effectifs infirmiers qu'ils comptent ainsi que le financement annuel qu'ils ont reçu du Ministère pour l'exercice 2015-2016.

Pour mieux comprendre le fonctionnement des 57 grands hôpitaux communautaires, nous avons élargi notre examen pour couvrir les 54 autres grands hôpitaux communautaires de la province en :

Figure 6 : Nombre de lits d'hospitalisation, d'effectifs professionnels et d'infirmières et financement ministériel annuel dans les trois grands hôpitaux communautaires visités, 2015-2016

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Rouge Valley Health System, Trillium Health Partners et Hôpital régional de Windsor

Hôpital	Réseau local d'intégration des services de santé	Nombre de lits		Financement annuel reçu du Ministère (en M\$)	
		d'hospitalisation financés par le Ministère	Nombre d'effectifs professionnels ¹	Nombre d'infirmières ²	
Trillium Health Partners	Mississauga Halton	945	855	3 245	714
Hôpital régional de Windsor	Érié St-Clair	525	495	1 365	320
Rouge Valley Health System ³	Centre-Est	340	325	1 010	269

1. Comprend les médecins, les infirmières praticiennes, les sages-femmes et les dentistes.

2. Nombre d'équivalents temps plein pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées.

3. Le 28 avril 2016, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a fait part de sa décision de diviser les opérations des deux établissements du Rouge Valley Health System. La division entrera en vigueur le 1^{er} décembre 2016. À ce moment, l'établissement Centenary sera fusionné avec l'Hôpital de Scarborough dans le cadre d'une nouvelle structure de gouvernance. L'établissement d'Ajazz/Pickering sera intégré à la Lakeridge Health Corporation. Les trois hôpitaux sont situés dans le RLISS du Centre-Est.

- effectuant un sondage des 54 hôpitaux qui n'ont pas reçu notre visite durant le présent audit (le taux de réponse était de 61 %);
- examinant les données lorsque nous disposions de données globales pour tous les grands hôpitaux communautaires de la province.

Nous avons également demandé à un certain nombre de médecins, choisis au hasard, de répondre à notre sondage pour connaître leur opinion concernant, entre autres, l'horaire et l'utilisation des salles d'opération. Environ 35 % d'entre eux ont répondu.

Dans certains domaines, par exemple ceux concernant la sécurité des soins chirurgicaux et les taux d'infection, nous avons utilisé les données provinciales couvrant les 147 hôpitaux publics de l'Ontario, car ces données ne sont pas consignées de façon séparée pour les grands hôpitaux communautaires.

Notre audit a porté sur les aspects suivants : les temps d'attente dans les salles d'urgence, les temps d'attente pour obtenir un lit d'hospitalisation, les temps d'attente pour subir une intervention chirurgicale, les droits hospitaliers des médecins, la gestion du personnel infirmier et du personnel responsable de l'entretien ménager, le cheminement des patients dans les hôpitaux, l'entretien de l'équipement médical et la protection des renseignements de santé personnels.

Nous avons également examiné le processus du financement des grands hôpitaux communautaires par le Ministère et les comptes rendus connexes des hôpitaux aux RLISS et au Ministère.

Notre travail d'audit s'est déroulé entre novembre 2015 et juin 2016. Nos examens de dossiers sont remontés pour la plupart trois ans en arrière, mais certaines de nos analyses ont porté sur les tendances des cinq dernières années. Dans le cas du présent audit, nous n'avons pas examiné les cliniques hospitalières ni les services de diagnostic et de laboratoire fournis par les hôpitaux.

Nous avons examiné et analysé les données et dossiers pertinents du Ministère et des hôpitaux ainsi que leurs politiques et procédures

administratives pertinentes et nous avons interrogé du personnel des hôpitaux et du Ministère.

Nous avons également examiné les études pertinentes, ainsi que les pratiques exemplaires pour les opérations hospitalières en Ontario et dans d'autres administrations. Nous avons rencontré des représentants de l'entreprise américaine Kaiser Permanente pour examiner certaines pratiques exemplaires qu'ils ont adoptées pour la prestation des soins aux patients. On trouvera à l'**annexe 2** une liste de pratiques exemplaires, dont celles adoptées par Kaiser Permanente. Nous avons en outre engagé à titre de conseiller un consultant indépendant possédant une connaissance approfondie des opérations hospitalières.

De plus, nous avons rencontré des représentants de différents groupes d'intervenants dont l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et la Registered Practical Nurses Association of Ontario. Nous avons aussi rencontré les responsables de l'Ontario Long-Term Care Association, de l'Association ontarienne des établissements sans but lucratif et des services pour les personnes âgées et de l'Advocacy Centre for the Elderly pour connaître leur point de vue sur les soins prodigués aux aînés. Nous avons rencontré le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario pour discuter d'aspects se rapportant à la protection des dossiers des patients. Nous avons également rencontré les membres du conseil d'administration de deux des trois grands hôpitaux communautaires visités, ainsi que des représentants du conseil du troisième hôpital.

Pour terminer, nous avons effectué un examen et un suivi des questions pertinentes soulevées par notre bureau dans des rapports d'audit antérieurs, dont les suivants : Hôpitaux – Administration de l'équipement médical (2006), Hôpitaux – Gestion et utilisation des installations chirurgicales (2007), Services des urgences des hôpitaux (2010), Mise en congé des patients hospitalisés (2010) et Processus de placement en foyer de soins de longue durée

(2012). L'annexe 3 résume les recommandations pertinentes qui n'ont pas été entièrement suivies depuis la réalisation de nos audits antérieurs.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Le financement de fin d'exercice pour les chirurgies liées au cancer n'est pas confirmé en temps opportun

En raison du moment où le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) prend ses décisions relatives au financement, en particulier pour les chirurgies liées au cancer, il est difficile pour les hôpitaux de bien planifier leurs budgets de fonctionnement au cours de l'année.

Le Ministère octroie du financement pour les chirurgies liées au cancer d'après les prévisions soumises par les hôpitaux. L'un des hôpitaux visités a dépensé plus de 3,7 millions de dollars pour 492 chirurgies liées au cancer, une somme dépassant d'environ 321 000 \$ ses prévisions de milieu d'exercice, lesquelles étaient fondées sur 38 chirurgies de moins liées au cancer. Toutefois, en raison du calendrier actuel de rapprochement et de déclaration des données de l'hôpital, ce n'est que six mois après la fin de l'exercice terminé le 31 mars 2016 que le Ministère a confirmé à cet hôpital qu'il recevrait un financement supplémentaire pour combler l'écart. Comme ce délai a créé de l'incertitude sur le plan financier, il était difficile pour l'hôpital de planifier et de faire des prévisions pour l'exercice en cours et pour le budget de fonctionnement de l'exercice ultérieur.

Nous avons également remarqué que 58 % des grands hôpitaux communautaires qui ont répondu à notre sondage avaient dû reporter à l'année suivante certains types de chirurgies, notamment des chirurgies de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou, parce que le financement

versé par le Ministère ne permettait pas l'hôpital de répondre à la demande.

Des médecins qui ont répondu à notre sondage sur l'horaire et l'utilisation des salles d'opération ont fait état du même problème. Ils ont dit que le nombre de chirurgies pratiquées dans un hôpital est plafonné à un certain « quota » et que l'hôpital ne reçoit pas de financement supplémentaire quand les plafonds sont atteints malgré les besoins des patients.

RECOMMANDATION 1

Pour que le financement versé aux hôpitaux reflète véritablement les besoins des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit planifier en conséquence pour que les interventions chirurgicales soient effectuées en temps voulu.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère s'est engagé à donner aux patients un accès plus rapide aux bons soins.

Pour s'assurer que les patients ont accès aux soins, le Ministère travaille avec les RLISS pour déterminer les besoins locaux et le volume prévu d'interventions requises. De plus, le Ministère a transmis aux RLISS des directives sur la gestion des volumes et leur a demandé de collaborer avec les hôpitaux de leurs régions respectives pour s'assurer que les patients ont accès aux chirurgies tout au long de l'année.

Le Ministère collabore avec les RLISS et les hôpitaux tout au long de l'année pour rééquilibrer et accroître le financement des interventions chirurgicales, telles que les chirurgies cardiaques, en fonction des besoins des patients.

Le Ministère continuera de collaborer avec les RLISS et les hôpitaux pour aligner la capacité de pratique et le financement des chirurgies sur les besoins des patients.

4.2 Les patients attendent trop longtemps dans les salles d'urgence

De manière générale, environ neuf patients sur dix quittent l'hôpital après avoir reçu un diagnostic et un traitement à la salle d'urgence. D'après les données fournies par les trois hôpitaux visités, nous avons constaté que la moitié de ces patients reçoivent en général des soins et sont en mesure de quitter l'hôpital dans un délai de trois heures. Par ailleurs, le temps d'attente du 90^e centile (après suppression de la tranche de 10 % de patients ayant attendu le plus longtemps) était de six heures et demie, ce qui respecte l'objectif de huit heures fixé par le Ministère.

Cependant, nous avons constaté que le patient sur dix dont l'affection était suffisamment grave pour justifier son hospitalisation et poursuivre le traitement attendait trop longtemps à la salle d'urgence. Ces patients ont attendu beaucoup plus longtemps avant d'être transférés dans une unité que l'objectif ministériel de huit heures à compter de l'arrivée du patient au service des urgences. L'objectif du Ministère pour ces patients est également

fixé pour le 90^e centile, ce qui signifie que 90 % de ces patients devraient être transférés dans un délai de huit heures et que pas plus de 10 % ne devraient attendre plus longtemps. D'après les données de 2014-2015 fournies par les trois hôpitaux visités, nous avons constaté ce qui suit :

- Seulement 52 % des patients avaient été transférés aux unités de soins intensifs dans un délai de huit heures, et le temps d'attente du 90^e centile était de 23 heures et non de 8 heures.
- Seulement 30 % des patients avaient été transférés aux autres unités de soins actifs dans un délai de huit heures, et le temps d'attente du 90^e centile était de 37 heures et non de 8 heures.

La **figure 7** résume les temps d'attente des patients dans les salles d'urgence des trois hôpitaux visités. Nous avons remarqué que la plupart du temps que les patients passaient à la salle d'urgence n'était pas pour attendre qu'un médecin de l'urgence pose un diagnostic et les traite; les patients attendaient plutôt d'être transférés dans un lit ailleurs à l'hôpital pour poursuivre le traitement. Nous examinons ce point dans la prochaine section.

Figure 7 : Temps d'attente combiné à la salle d'urgence (y compris le temps d'attente pour un lit) dans les trois hôpitaux visités, temps d'attente médian et temps d'attente du 90^e centile, 2014-2015

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Rouge Valley Health System, Trillium Health Partners et Hôpital régional de Windsor

	Durée du séjour (nombre d'heures)	
	Médian ¹	90 ^e centile ²
Patients admis dans une unité de soins intensifs (USI)		
Temps d'attente total à la salle d'urgence ³	8	23
Temps d'attente pour un lit ⁴	2	17
Patients admis dans d'autres unités de soins actifs qu'une USI		
Temps d'attente total à la salle d'urgence ³	13	37
Temps d'attente pour un lit ⁴	5	28

1. Le temps d'attente médian représente le point où la moitié des patients ont attendu moins longtemps et l'autre moitié, plus longtemps.
2. Le temps d'attente du 90^e centile est le temps d'attente le plus long restant après la suppression de la tranche de 10 % de patients ayant le plus long temps d'attente. Le Ministère a fixé un objectif de huit heures pour le temps d'attente total à la salle d'urgence et non pour le temps d'attente pour un lit.
3. Ce temps d'attente mesure le temps total qu'un patient passe à la salle d'urgence à compter du moment de son triage jusqu'au moment de son transfert dans un lit ailleurs dans l'hôpital pour poursuivre son traitement.
4. Le temps d'attente pour un lit fait partie du temps d'attente total d'un patient à la salle d'urgence – le temps passé à la salle d'urgence après l'admission du patient à l'hôpital à attendre qu'un lit se libère ailleurs dans l'hôpital.

4.2.1 Les temps d'attente pour un lit sont longs

Nous avons constaté que de nombreux patients devaient rester à la salle d'urgence après avoir été vus par un médecin parce qu'il n'y avait pas de lits disponibles dans l'unité des soins intensifs et dans les autres unités de soins actifs. L'écart de temps entre le moment où le médecin décide d'hospitaliser le patient et le moment où celui-ci obtient un lit est ce qu'on appelle le « temps d'attente pour un lit ».

D'après les données de 2014-2015 provenant des trois hôpitaux visités, nous avons constaté ce qui suit :

- Le temps d'attente du 90^e centile pour un lit dans le cas des patients admis à l'unité des soins intensifs était de 17 heures; cela signifie que 10 % des patients attendaient plus longtemps que 17 heures tandis que le temps d'attente pour 90 % des patients était inférieur à 17 heures. Le temps d'attente médian était de deux heures; cela signifie que la moitié attendait pendant moins de deux heures et l'autre moitié, pendant plus de deux heures. Le temps d'attente pour un lit des patients admis à l'unité des soins intensifs représentait environ 70 % du temps total qu'ils passaient à la salle d'urgence (consulter la **figure 7**).
- Le temps d'attente du 90^e centile pour un lit dans le cas des patients admis aux autres unités de soins actifs était de 28 heures; cela signifie que 10 % des patients attendaient plus longtemps que 28 heures tandis que le temps d'attente pour 90 % des patients était inférieur à 28 heures. Le temps d'attente médian était de cinq heures; cela signifie que la moitié attendait moins de cinq heures et l'autre moitié, plus de cinq heures. Le temps d'attente pour un lit des patients admis aux autres unités de soins actifs représentait environ 75 % du temps total qu'ils passaient à la salle d'urgence (consulter de nouveau la **figure 7**).

Nous avons remarqué que l'écart important entre le temps d'attente médian et le temps d'attente du 90^e centile pour l'admission à l'unité de soins intensifs indique que la plupart des cas sont bien gérés tandis qu'une petite minorité de cas difficiles et les périodes occasionnelles de débordement allongent le temps d'attente moyen. Cela indique qu'un système d'intervention en cas de crise est nécessaire pour mieux gérer les cas difficiles et les volumes de cas considérables.

Nous avons également constaté que le temps d'attente pour un lit variait selon la nature de la maladie ou de la blessure du patient et selon son âge. Par exemple :

- Les patients, dont un grand nombre sont âgés de plus de 65 ans, aux prises avec des infections (comme une pneumonie), un accident vasculaire cérébral, une maladie cardiaque chronique ou des affections rénales ou respiratoires sont habituellement admis dans un lit d'unité de médecine et ce sont ceux qui attendent le plus longtemps – le temps d'attente du 90^e centile était de 35 heures environ (le temps d'attente médian était de 10 heures) – en raison des taux d'occupation plus élevés, soit de 108 % dans les unités de médecine. Quand ces unités sont occupées à pleine capacité, tous les patients supplémentaires sont placés dans des lits « de débordement » dans d'autres unités spéciales (consulter la **section 4.4** pour de plus amples renseignements).
- En comparaison, le temps d'attente du 90^e centile pour un lit dans les autres unités se situait entre 2 heures pour l'obstétrique (le temps d'attente médian était d'une demi-heure) et 22,5 heures pour les soins de santé mentale (le temps d'attente médian était de deux heures). Les taux d'occupation dans ces unités se situaient entre 41 % et 98 %. Les patients en santé mentale attendent longtemps à la salle d'urgence qu'on les transfère dans les unités de soins en santé mentale. La raison principale de cette situation est que ces

patients occupent en général leur lit pendant une plus longue période à cause de la complexité de leurs affections et, par conséquent, la rotation des lits est plus lente et le nombre de lits disponibles à tout moment est moindre. En 2015-2016, dans les trois hôpitaux visités, les patients en santé mentale ont séjourné à l'hôpital pendant 14,6 jours en moyenne comparativement à 8,9 jours pour les patients dans les unités de médecine et à 5,1 jours pour ceux dans les unités post opératoires.

Le Ministère n'a fixé aucune norme quant aux délais de transfert d'un patient entre la salle d'urgence et un lit en soins actifs après qu'un médecin a décidé d'hospitaliser le patient. Nous avons cependant constaté que les temps d'attente réels pour un lit à l'unité des soins intensifs et aux autres unités de soins actifs étaient deux fois et trois fois et demie plus longs respectivement que le délai de huit heures recommandé par l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Il y a parfois des délais dans le transfert d'un patient de la salle d'urgence à une unité de soins actifs parce que tous les lits sont occupés ou parce qu'un lit est disponible, mais n'a pas encore été nettoyé. Les retards dans les communications internes sur la disponibilité des lits peuvent également contribuer aux temps d'attente plus longs pour un lit. On examine de façon plus approfondie les délais dans le processus de transfert à la **section 4.4**.

4.2.2 Les salles d'urgence sont engorgées

Les salles d'urgence sont souvent engorgées à cause de l'accumulation de patients qui attendent d'obtenir un lit ailleurs dans l'hôpital. Dans les hôpitaux visités, nous avons vu que des patients avaient été placés sur des civières ou des brancards inconfortables dans des couloirs et d'autres secteurs passants qui n'ont pas été conçus pour prodiguer des soins aux patients. Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente, une minorité de patients attendent ainsi parfois pendant 28 heures.

Il est également difficile de lutter contre les infections dans des salles d'urgence engorgées. Le premier Canadien décédé lors de l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère en 2003, par exemple, avait été infecté après avoir passé une nuit à la salle d'urgence d'un hôpital.

L'engorgement entraîne également des dépassements budgétaires, car il faut alors recourir à du personnel infirmier supplémentaire pour s'occuper du nombre élevé de patients, y compris ceux qui attendent un lit. Dans les trois hôpitaux visités, les salles d'urgence faisaient constamment partie des unités occupant les premiers rangs pour ce qui est des coûts liés aux heures supplémentaires du personnel infirmier et aux coûts liés au personnel infirmier de relève provenant d'agences. La **section 4.6.2** fournit davantage de renseignements sur cette question.

RECOMMANDATION 2

Pour assurer le transfert des patients de la salle d'urgence à un lit en soins actifs en temps opportun, le cas échéant, les hôpitaux doivent :

- assurer un suivi régulier du temps d'attente pour un lit selon les unités de soins actifs;
- enquêter sur les délais importants;
- mettre au point un système d'intervention en cas de crise pour mieux gérer les cas difficiles et les volumes de cas élevés;
- prendre les mesures correctives nécessaires.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à la recommandation. Les hôpitaux disposent de systèmes et de pratiques pour assurer une surveillance régulière (plus qu'une fois par jour) des temps d'attente pour un lit. Les délais importants font l'objet d'un suivi et on priorise les patients en fonction de la durée de l'attente et de la gravité de leur état. Des pratiques formelles de triage et d'ajustement du niveau de priorité sont en place et des mesures correctives sont prises au besoin. Les hôpitaux collaborent avec les partenaires

communautaires tels que les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les centres d'accès aux soins communautaires pour trouver des solutions pour les patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés, mais n'ont pas d'endroit approprié pour les accueillir. Ces patients ont besoin d'un autre niveau de soins (ANS) et occupent des lits dont on a besoin pour les patients présentant une affection aiguë. Les taux élevés de patients ayant besoin d'un autre niveau de soins sont l'un des principaux facteurs des longs temps d'attente des patients qui attendent de voir un médecin à la salle d'urgence ou qui attendent qu'un lit se libère.

4.3 Les longs temps d'attente pour une intervention chirurgicale font courir un risque aux patients

Nous avons examiné un échantillon de cas de chirurgie entre janvier 2013 et janvier 2016 dans les trois hôpitaux visités et nous avons constaté que des retards dans la pratique des interventions

chirurgicales urgentes (**section 4.3.1**) faisaient courir des risques aux patients. Nous avons également constaté que les patients attendaient trop longtemps pour certaines interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes (**section 4.3.2**). Nous présentons nos constatations à cet égard ci-dessous.

4.3.1 Les patients attendent trop longtemps pour les interventions chirurgicales urgentes

Dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente annoncée en 2004, le Ministère a établi des lignes directrices quant aux délais dans lesquels devraient être effectuées les interventions chirurgicales urgentes. Cependant, les lignes directrices ne contenaient pas d'objectifs formels dont les hôpitaux devaient rendre compte et, par conséquent, le Ministère ne sait pas si les lignes directrices sont respectées. La **figure 8** présente des exemples d'interventions chirurgicales urgentes et les lignes directrices cliniques du Ministère concernant les temps d'attente pour ces interventions.

Figure 8 : Lignes directrices cliniques sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales urgentes

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

Ligne directrice clinique sur les temps d'attente*	Affections qui nécessitent une intervention chirurgicale urgente
Délai de 0 à 2 heures	<p>Patients ayant des affections très graves ou potentiellement mortelles</p> <p>Affections pouvant entraîner la mort ou la perte d'un membre et qui nécessitent une intervention chirurgicale dès que l'on peut effectuer les préparatifs nécessaires. Ces cas peuvent passer avant les autres cas moins urgents inscrits à l'horaire de la salle d'opération. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture d'un anévrisme ou de vaisseaux sanguins • Obstruction critique des voies aériennes • Détérioration rapide de l'état neurologique • Fracture ouverte avec saillie de fragment osseux ou artère majeure lacérée • Syndrome du compartiment abdominal
Délai de 2 à 8 heures	<p>Patients ayant des affections qui nécessitent une intervention chirurgicale le plus tôt possible</p> <p>Cas d'affections aiguës où la pratique d'une intervention chirurgicale en temps opportun donnerait de meilleurs résultats pour le patient. En général, ces cas ne passent pas avant les autres cas moins urgents inscrits à l'horaire de la salle d'opération. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fractures ouvertes et fractures-luxations • Grossesse extra-utérine avec saignement • Occlusion intestinale et hernie irréductible • Appendicite aiguë • Hémorragie intracrânienne

* Les lignes directrices ont été établies par le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le cadre d'une stratégie provinciale sur les temps d'attente annoncée en 2004. Les chirurgiens ont la responsabilité d'établir la priorité de chaque patient d'après l'urgence de son affection.

Il est extrêmement important d'observer ces lignes directrices cliniques, car un retard d'une heure (et même de quelques minutes) dans la pratique d'une chirurgie peut diminuer les chances de survie du patient et/ou compromettre sa qualité de vie. Par exemple, les patients ayant des affections très graves ou potentiellement mortelles, telles qu'un saignement dans le cerveau ou l'accumulation de fluides dans l'abdomen, doivent subir une intervention chirurgicale urgente dans un délai de deux heures sinon ils risquent de subir des dommages permanents au cerveau ou une défaillance multiviscérale. Dans certains cas, le retard peut entraîner la mort du patient.

Les hôpitaux n'évaluent pas formellement le rythme auquel s'effectuent toutes leurs interventions chirurgicales urgentes. Aucun des hôpitaux visités ne consigne systématiquement suffisamment de renseignements pour évaluer la rapidité de la pratique des interventions chirurgicales et documenter les raisons des retards.

Toutefois, notre propre évaluation des temps d'attente pour les interventions chirurgicales urgentes nous a permis de constater que, globalement, 38 % des patients de nos échantillons qui avaient besoin d'une intervention chirurgicale urgente n'avaient pas subi l'intervention dans les délais recommandés par le Ministère. Plus particulièrement, nous avons constaté qu'un patient sur quatre ayant des affections très graves ou potentiellement mortelles avait dû attendre pendant quatre heures en moyenne avant de subir une intervention chirurgicale qui aurait dû commencer dans un délai de deux heures. Dans un cas, un patient victime d'une lésion cérébrale traumatique a attendu pendant 21,5 heures en tout à l'hôpital avant de subir une intervention chirurgicale. Le patient est décédé par la suite. Voici le compte rendu de l'événement :

- Au moment de l'admission du patient, un hématome sous dural avec compression a été diagnostiqué chez celui-ci; il s'agit d'une affection dans laquelle l'accumulation de sang dans le cerveau a dépassé sa limite médiane. Le médecin traitant a évalué que l'état du patient

était stable, mais que celui-ci souffrait d'une affection grave. D'après le jugement clinique du chirurgien, il a été prévu de pratiquer une intervention le lendemain.

- Le lendemain matin, le chirurgien, de concert avec un autre chirurgien, a réévalué le patient et conclu qu'il était cliniquement stable. Cependant, deux interventions chirurgicales non urgentes ont été pratiquées en priorité avant ce cas. Pendant la période d'attente, l'état du patient s'est soudainement détérioré; le patient a sombré dans un coma et a dû subir une intervention chirurgicale urgente. Il ne s'est pas rétabli et est décédé quatre jours plus tard.

D'autres patients ayant des affections qui n'étaient pas aussi graves que dans le cas susmentionné devaient tout de même subir une intervention chirurgicale dans un délai de deux à huit heures. Il est d'une importance cruciale de respecter cette ligne directrice. Dans un cas d'appendicite aiguë, par exemple, il pourrait y avoir rupture de l'appendice, ce qui pourrait mener à une grave infection et possiblement à la mort.

Dans les trois hôpitaux visités, nous avons constaté que 47 % des patients avaient dû attendre en moyenne plus de dix heures de plus que la ligne directrice de deux à huit heures du Ministère. Dans un cas, un patient qui souffrait de douleurs abdominales a attendu en tout pendant 25 heures à l'hôpital avant de subir une intervention chirurgicale et il a dû séjourner à l'hôpital deux fois plus longtemps qu'il n'était nécessaire. Plus précisément :

- Au moment de son admission, le patient a d'abord attendu 7,5 heures pendant la nuit à la salle d'urgence avant de recevoir un diagnostic d'appendicite aiguë.
- Le patient a été vu par un chirurgien, et une priorité chirurgicale de 2 à 8 heures a été prévue.
- Le patient a attendu pendant encore 17,5 heures avant de subir l'intervention chirurgicale. Pendant ce temps, d'autres interventions urgentes et interventions moins

urgentes ont été effectuées. Au moment de l'intervention chirurgicale, le chirurgien a remarqué que l'appendice du patient était perforé. Le patient a séjourné à l'hôpital pendant huit jours en tout au lieu de quatre jours comme c'est le cas en général pour ce type d'intervention, en raison d'une complication liée à l'intervention chirurgicale.

- Ce patient a été réadmis à cause d'une infection post-opératoire trois jours après avoir obtenu son congé et il est demeuré hospitalisé pendant une autre période de sept jours.

En plus de prolonger inutilement les souffrances des patients, ces retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes entraînent également l'usage de ressources hospitalières qu'il n'aurait pas été nécessaire d'utiliser n'eût été de ces retards.

Nous avons constaté que la disponibilité des salles d'opération ou des chirurgiens était le plus grand obstacle à la pratique en temps voulu des interventions chirurgicales urgentes. Nous examinons ce point dans la section qui suit.

Les patients nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne passent pas toujours en premier

Nous avons constaté que la cause principale des longs temps d'attente pour les chirurgies est le fait que les interventions chirurgicales urgentes sont en concurrence avec les interventions chirurgicales non urgentes pour la réservation des salles d'opération.

Les trois hôpitaux visités ont une politique interne qui permet que les interventions chirurgicales urgentes les plus pressantes passent avant toutes les autres pour l'utilisation de la première salle d'opération qui se libère. Cependant, d'autres types d'interventions chirurgicales urgentes doivent attendre après 15 h une fois que les interventions chirurgicales non urgentes de la journée ont été effectuées (comme le cas susmentionné du patient souffrant d'une appendicite aiguë qui a attendu

pendant 25 heures) ou attendre une plage horaire après l'horaire régulier ou la fin de semaine. Par exemple :

- Trois des six emplacements hospitaliers visités n'ont pas de plages horaires réservées dans les salles d'opération pour pratiquer des interventions chirurgicales urgentes durant le jour pendant la semaine. Il y a des plages horaires réservées dans les trois autres emplacements visités, mais seulement pour une ou deux interventions chirurgicales urgentes.
- Lorsque les salles d'opération sont utilisées (cela ne comprend pas les fermetures planifiées examinées dans la **section 4.3.2**), nous avons constaté que le taux d'utilisation était élevé dans les trois hôpitaux visités, c'est à dire un taux de l'ordre de 92 % à 100 % par rapport à la pratique clinique exemplaire de 85 % à 90 % recommandée au Ministère par un comité consultatif d'experts. En d'autres termes, à part les fermetures planifiées les soirs de semaine et les fins de semaine, les salles d'opération sont presque constamment réservées et la capacité de répondre aux cas urgents est donc limitée, ce qui cause des retards dans la pratique des interventions chirurgicales.

Nous avons également analysé les données de 2014-2015 des trois hôpitaux et constaté que la probabilité que les interventions chirurgicales soient pratiquées en temps voulu est plus grande dans tous les cas où des plages horaires sont réservées dans les salles d'opération pour les interventions chirurgicales urgentes. Par exemple :

- Dans l'un des hôpitaux, les interventions urgentes prévues durant le congé de Noël et pendant les vacances estivales (quand les salles d'opération ne sont pas réservées pour les interventions chirurgicales non urgentes) étaient pratiquées dans les délais recommandés, c'est-à-dire en temps voulu, dans 84 % des cas, comparativement à 69 % dans les autres périodes.

- À l’opposé, dans un autre hôpital, les interventions chirurgicales urgentes demandées pendant le jour lorsque des interventions chirurgicales non urgentes sont prévues étaient plus susceptibles dans 37 % des cas d’être pratiquées en dehors des délais recommandés, c’est-à-dire en retard, que celles demandées le soir.

Nous avons également remarqué que 62 % des 54 grands hôpitaux communautaires que nous avons sondés permettaient à leurs chirurgiens de planifier des interventions chirurgicales non urgentes pendant les périodes où ils assurent la permanence pour les urgences. Cela pose un problème, car le chirurgien en service de garde pourrait ne pas être disponible s’il se présente un cas urgent pendant qu’il pratique une intervention chirurgicale non urgente. Ce conflit dans la planification des cas de chirurgie a contribué au temps d’attente de 21,5 heures du patient susmentionné victime d’un traumatisme crânien.

Nous avons constaté que si le mode d’établissement actuel de l’horaire des salles d’opération et de l’horaire des chirurgiens offre aux effectifs hospitaliers tels que les chirurgiens, le personnel infirmier et les autres effectifs des salles d’opération la commodité d’un horaire de travail de jour prévisible, il limite cependant la marge de manoeuvre et fait en sorte qu’il est très difficile pour l’hôpital et les chirurgiens de répondre rapidement aux cas imprévus de chirurgies urgentes.

RECOMMANDATION 3

Pour assurer le traitement équitable et rapide des patients qui ont besoin d’une intervention chirurgicale urgente, les hôpitaux doivent :

- consigner et évaluer à intervalles réguliers les délais de pratique des interventions chirurgicales urgentes;
- documenter et analyser les raisons des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes;

- évaluer la possibilité de réserver des plages horaires dans les salles d’opération pour les interventions chirurgicales urgentes ou prendre d’autres mesures telles que veiller à ce que les chirurgiens pratiquent seulement des interventions chirurgicales urgentes quand ils sont en service de garde, dans le cadre de leurs activités régulières prévues, afin de réduire le risque que des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes aient des répercussions négatives sur la santé des patients.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à la recommandation. Les hôpitaux examineront leurs méthodes de suivi et d’analyse des délais de pratique des interventions chirurgicales urgentes. Parallèlement à cet examen, les hôpitaux s’assureront de disposer de contrôles adéquats pour documenter correctement toutes les raisons des retards. Dans le cadre de l’examen des délais cibles et du rendement à cet égard, les hôpitaux détermineront la pertinence de réserver davantage de plages horaires dans les salles d’opération pour les interventions chirurgicales urgentes ou s’il est nécessaire de modifier les horaires des chirurgiens. La faisabilité opérationnelle de la modification de l’horaire des salles d’opération ou de l’horaire des chirurgiens pourrait nécessiter un réaménagement du modèle de financement ou du barème d’honoraires du Régime d’assurance santé de l’Ontario pour les chirurgiens.

4.3.2 Les patients attendent trop longtemps pour certaines interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes

Bien qu’elles ne soient pas cotées comme des urgences, certaines interventions chirurgicales non urgentes peuvent tout de même être pressantes. Mentionnons, par exemple, les chirurgies pour enlever certaines tumeurs agressives qui devraient

être pratiquées dans les deux semaines suivant la découverte des tumeurs pour maximiser les chances à long terme du patient.

Les chirurgiens établissent l'horaire et la priorité des interventions chirurgicales non urgentes en tenant compte de facteurs tels que l'urgence du cas, la préférence du patient, le temps dont le chirurgien dispose et la disponibilité des salles d'opération de l'hôpital.

Le Ministère établit des objectifs formels en matière de temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes et il exige que chaque hôpital transmette mensuellement les données sur son rendement concernant les temps d'attente. Nous avons examiné ces données pour les cinq dernières années dans l'ensemble de la province et constaté que :

- les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes n'ont pas diminué au fil des ans;
- les hôpitaux ont de la difficulté à respecter les délais cibles fixés par le Ministère pour les interventions chirurgicales non urgentes les plus pressantes.

La **figure 9** présente un résumé du rendement des grands hôpitaux communautaires en 2015-2016 à l'égard des temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, par type de chirurgie. Le Ministère exige que 90 % des chirurgies soient effectuées dans le délai cible établi pour chaque type de chirurgie et le niveau d'urgence. Comme on peut le voir dans la figure, plus la chirurgie est urgente, moins il est probable qu'elle sera effectuée dans le délai cible. Par exemple :

- Seulement 33 %, et non 90 %, des neurochirurgies très urgentes ont été effectuées dans le délai cible de 28 jours du Ministère. Lorsqu'on supprime la tranche de 10 % des patients ayant attendu le plus longtemps, le temps d'attente du 90^e centile était de 63 jours, et non de 28 jours, en 2015-2016.
- Seulement 60 %, et non 90 %, des chirurgies buccales et dentaires très urgentes ont été effectuées dans le délai cible de 14 jours du

Ministère. Lorsqu'on supprime la tranche de 10 % des patients ayant attendu le plus longtemps, le temps d'attente du 90^e centile était de 68 jours, et non de 14 jours, en 2015-2016.

Les fermetures planifiées des salles d'opération sont fréquentes

La disponibilité des salles d'opération joue un rôle dans le long temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales non urgentes, tout comme le fait que les interventions chirurgicales urgentes soient en concurrence avec les chirurgies non urgentes pour la réservation des salles d'opération. Plus particulièrement, dans les trois hôpitaux visités, nous avons constaté que si la plupart des emplacements comptaient entre 9 et 12 salles d'opération, une seule demeurerait ouverte à chaque emplacement le soir et la fin de semaine et elle était réservée aux interventions chirurgicales urgentes. En ce qui a trait aux hôpitaux sondés, nous avons constaté qu'il y avait en général dans la majorité des hôpitaux des fermetures planifiées des salles d'opération pendant les congés fériés, pendant la semaine de congé du mois de mars et pendant des périodes de deux à dix semaines durant l'été, en plus des soirs de semaine et des fins de semaine. Environ 45 % des répondants au sondage des hôpitaux ont également indiqué qu'une ou plusieurs de leurs salles d'opération n'étaient pas utilisées actuellement en raison des contraintes financières. Les résultats de notre sondage des médecins ont fait état du même problème.

Plus de la moitié des chirurgiens qui ont répondu au sondage ont dit que leur hôpital n'a pas de politique pour planifier la pratique d'interventions chirurgicales non urgentes le soir et la fin de semaine en raison des contraintes financières. Par exemple, la présence d'effectifs infirmiers, d'effectifs de soutien et d'anesthésistes en nombre suffisant pour toutes les salles d'opération après l'horaire de jour régulier de la semaine représente des coûts très élevés pour les hôpitaux.

Figure 9 : Rendement sur le plan des temps d'attente des grands hôpitaux communautaires pour les interventions chirurgicales non urgentes pratiquées chez les adultes, 2015-2016

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Action Cancer Ontario

Type de chirurgie	Niveau d'urgence ¹	Temps d'attente médian – réel (jours)	Temps d'attente cible du 90 ^e centile (jours)	Temps d'attente réel du 90 ^e centile (jours)	Pourcentage d'interventions réalisées dans le délai cible ² (%)
Neurochirurgie	Élevé	13	7-28	63	33
	Moyen	30	56- 84	86	78
	Faible	36	182	108	98
Chirurgie buccale et dentaire	Élevé	10	14	68	60
	Moyen	43	84	104	84
	Faible	53	182	145	94
Chirurgie thoracique	Élevé	9	14	26	62
	Moyen	18	84	38	99
	Faible	31	182	83	99
Chirurgie vasculaire	Élevé	8	14	27	73
	Moyen	24	28-56	67	80
	Faible	36	182	145	95
Chirurgie orthopédique	Élevé	21	7-42	78	75
	Moyen	53	56-84	180	71
	Faible	65	182	181	90
Chirurgie gynécologique	Élevé	18	28	53	75
	Moyen	40	84	113	83
	Faible	51	182	132	96
Chirurgie ophtalmique	Élevé	15	7-42	77	75
	Moyen	37	42-84	134	84
	Faible	62	84-182	187	89
Chirurgie liée au cancer	Élevé	8	14	23	78
	Moyen	17	28	32	86
	Faible	29	84	63	96
Chirurgie générale	Élevé	13	14-28	33	86
	Moyen	30	84	74	93
	Faible	42	182	113	98
Chirurgie urologique	Élevé	10	28	33	86
	Moyen	23	84	61	96
	Faible	34	182	91	98
Chirurgie oto-rhino-laryngologique (oreilles, nez et gorge/tête et cou)	Élevé	18	28-56	64	87
	Moyen	46	70-112	118	89
	Faible	59	182	165	92
Chirurgie plastique et reconstructive	Élevé	6	28	29	90
	Moyen	33	84	83	90
	Faible	48	182	144	94

1. Les niveaux d'urgence élevé, moyen et faible sont nos catégories : elles correspondent aux priorités 2, 3 et 4 qui sont les catégories utilisées par les hôpitaux et par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (la priorité 1 est une intervention chirurgicale urgente et, par conséquent, elle ne s'applique pas dans cette figure).

2. Le Ministère exige que 90 % des interventions soient réalisées dans le délai cible. Les types d'interventions chirurgicales qui n'atteignent pas la cible de 90 % figurent en caractère gras.

RECOMMANDATION 4

Pour que les patients subissent dans les délais prévus les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit :

- examiner le lien entre le niveau de financement versé pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes, les temps d'attente cibles pour ces chirurgies et la difficulté qu'ont les hôpitaux à atteindre ces délais cibles avec le niveau de financement actuel;
- utiliser l'information issue de cet examen pour déterminer les besoins de financement futurs pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes de manière à tenir compte du risque couru par les patients et à permettre aux hôpitaux d'atteindre les délais cibles ministériels établis pour la réalisation des interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Reconnaître et appuyer l'excellence des soins de santé font partie du plan du gouvernement Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé. Pour garantir que les patients ont accès aux soins de santé, le Ministère collabore avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour déterminer les besoins locaux et le volume prévu d'interventions requises.

Dans le budget de 2016, l'Ontario a investi plus de 345 millions de dollars dans tous les hôpitaux financés par l'État afin de donner aux patients un meilleur accès à des soins de qualité élevée. Les investissements ciblés comprenaient une somme de 50 millions de dollars pour améliorer l'accès et réduire les temps d'attente à l'égard des services hospitaliers, y compris d'autres interventions telles que les chirurgies

de la cataracte et les arthroplasties du genou et de la hanche.

Le Ministère travaille en étroite collaboration chaque année avec les RLISS pour déterminer la façon dont sera alloué le financement supplémentaire au titre des actes médicaux fondés sur la qualité. Les RLISS peuvent réaffecter à leur gré le financement et les volumes entre les hôpitaux et les actes médicaux fondés sur la qualité en fonction des besoins locaux.

Le Ministère élabore présentement avec les RLISS une méthodologie qui tient compte des besoins locaux en matière de financement pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes.

RECOMMANDATION 5

Pour continuer de faire une utilisation optimale des ressources hospitalières avec le financement restreint et de mieux garantir que les patients subissent les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes dans les délais cibles établis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), les hôpitaux doivent consulter au besoin le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et doivent collaborer avec les chirurgiens pour définir des moyens de diminuer l'engorgement, par exemple, en planifiant la pratique de certaines interventions chirurgicales non urgentes à d'autres moments que pendant l'horaire de jour régulier de la semaine.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Bien que le Ministère verse du financement aux hôpitaux par l'intermédiaire des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les hôpitaux sont des sociétés autonomes. Comme prévu dans la *Loi sur les hôpitaux publics* et dans d'autres lois, les hôpitaux sont directement responsables de la gestion quotidienne des services de santé, notamment de la prise des décisions au sujet de l'offre de services de santé. Les

hôpitaux peuvent financer des volumes supplémentaires de services durant l'année ou réattribuer le financement entre les programmes pour faire en sorte que les services offerts continuent de correspondre aux besoins des patients.

Le Ministère examine régulièrement le rendement des hôpitaux et tient des réunions trimestrielles avec les dirigeants des RLISS pour faire le point sur les questions de rendement – et examiner notamment les données sur l'efficacité des hôpitaux – et discuter des moyens à prendre pour remédier aux problèmes de rendement.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à la recommandation. Les hôpitaux concilient continuellement la pratique des interventions chirurgicales non urgentes planifiées et médicalement nécessaires, la pratique des interventions chirurgicales urgentes (non planifiées) et les horaires des médecins tout en s'assurant de respecter les volumes cibles pour les chirurgies établis dans l'Entente de responsabilisation en matière de services de l'hôpital et de ne pas dépasser le financement connexe fourni par les RLISS. Les hôpitaux continueront de chercher des façons de concilier ces différentes priorités avec l'objectif de réduction des temps d'attente. Les hôpitaux collaboreront avec le Ministère et les chirurgiens pour déterminer les possibilités de réduire les temps d'attente et de diminuer l'engorgement dans le contexte des contraintes actuelles sur le plan de la main d'oeuvre, des médecins et du financement.

Les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes varient dans l'ensemble de l'Ontario

Le temps pendant lequel un patient doit attendre pour une chirurgie dépend du chirurgien vers lequel il est aiguillé. Par exemple, l'écart des temps d'attente du 90^e centile (après la suppression de la tranche de 10 % des patients qui

attendent le plus longtemps) pour une chirurgie oto-rhino-laryngologique (oreilles, nez et gorge) entre deux hôpitaux séparés par une distance d'à peine 100 kilomètres était de 127 jours : le temps d'attente était de près de 4 mois ou 113 jours dans le premier hôpital par rapport à 8 mois ou 240 jours dans le second.

Bien que 8 des 14 RLISS en Ontario aient des services d'aiguillage centralisés pour les arthroplasties de la hanche et du genou dans leurs régions respectives, il n'y a pas de système centralisé pour prendre rendez-vous pour les autres types d'interventions chirurgicales non urgentes. Chaque chirurgien gère plutôt sa propre liste d'attente et certains ont des listes d'attente plus longues parce qu'ils sont bien connus ou parce que les médecins de famille ont l'habitude d'aiguiller leurs clients vers ceux-ci.

Alors que l'Alberta, la Colombie Britannique, la Saskatchewan et la Nouvelle Écosse rendent publiquement compte des temps d'attente par chirurgien pour tous les types de chirurgies, l'Ontario ne le fait pas présentement. L'absence de renseignements sur les temps d'attente pour chaque chirurgien signifie que les Ontariens ne connaissent pas la situation et que leurs médecins ne disposent pas des renseignements qui leur permettraient d'aiguiller leurs patients vers un chirurgien dont la liste d'attente est plus courte ou vers un établissement qui pourrait offrir plus rapidement le traitement ou la consultation.

L'information sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes est trompeuse

Le Ministère rend compte publiquement du rendement relatif aux temps d'attente par hôpital pour les 12 types d'interventions chirurgicales non urgentes. Cependant, la façon dont le Ministère présente cette information dans la section publique de son site Web sur les temps d'attente est trompeuse.

Le Ministère, par exemple, ne déclare pas le rendement relatif aux temps d'attente par niveau d'urgence. Les délais cibles pour les interventions

chirurgicales individuelles varient considérablement selon l'urgence de l'intervention – plus le cas est urgent, plus le délai est court. Toutefois, le Ministère déclare les temps d'attente pour tous les niveaux d'urgence mais seulement pour les interventions les moins urgentes et, par conséquent, celles dont les délais cibles sont les plus longs. La **figure 10** montre deux exemples de la façon dont le Ministère rend compte publiquement du rendement des hôpitaux relatif aux temps d'attente. Pour l'exemple se rapportant aux hystérectomies (des interventions visant à enlever la totalité ou une partie de l'utérus), le Ministère déclare un temps d'attente cible de 182 jours pour 90 % des cas et un temps d'attente réel de 148 jours, ce qui indique que cette intervention est réalisée dans les délais dans la majorité des cas. Toutefois, le temps d'attente de 182 jours est le délai établi uniquement pour les hystérectomies ayant un faible niveau d'urgence, et le temps d'attente réel pour celles-ci est de 156 jours; les hystérectomies ayant un niveau d'urgence moyen sont censées être réalisées dans

un délai de 84 jours, et le temps d'attente réel pour celles-ci est de 132 jours. Les hystérectomies ayant un niveau d'urgence élevé sont censées être réalisées dans un délai de 28 jours, et le temps d'attente réel pour celles-ci est de 65 jours.

Contrairement à d'autres administrations comme la Nouvelle-Écosse et le Royaume-Uni, l'Ontario ne déclare pas le temps d'attente complet. Avant qu'un rendez-vous puisse être pris pour une chirurgie, le patient doit d'abord être évalué par un spécialiste qui déterminera le type d'intervention nécessaire et son niveau d'urgence. Bien que le Ministère effectue le suivi du temps d'attente d'un patient pour consulter un spécialiste, il n'en rend pas compte publiquement et il ne l'inclut pas dans les temps d'attente qu'il déclare pour les chirurgies.

Les temps d'attente pour consulter un spécialiste varient, et la prise en compte de cette période ajouterait des mois aux temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales. La **figure 11** présente un résumé des temps d'attente médians et du 90^e centile pour consulter un spécialiste par type de

Figure 10 : Deux exemples de la façon dont le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rend compte publiquement de l'information sur les temps d'attente pour les hôpitaux de l'Ontario, décembre 2015 – février 2016

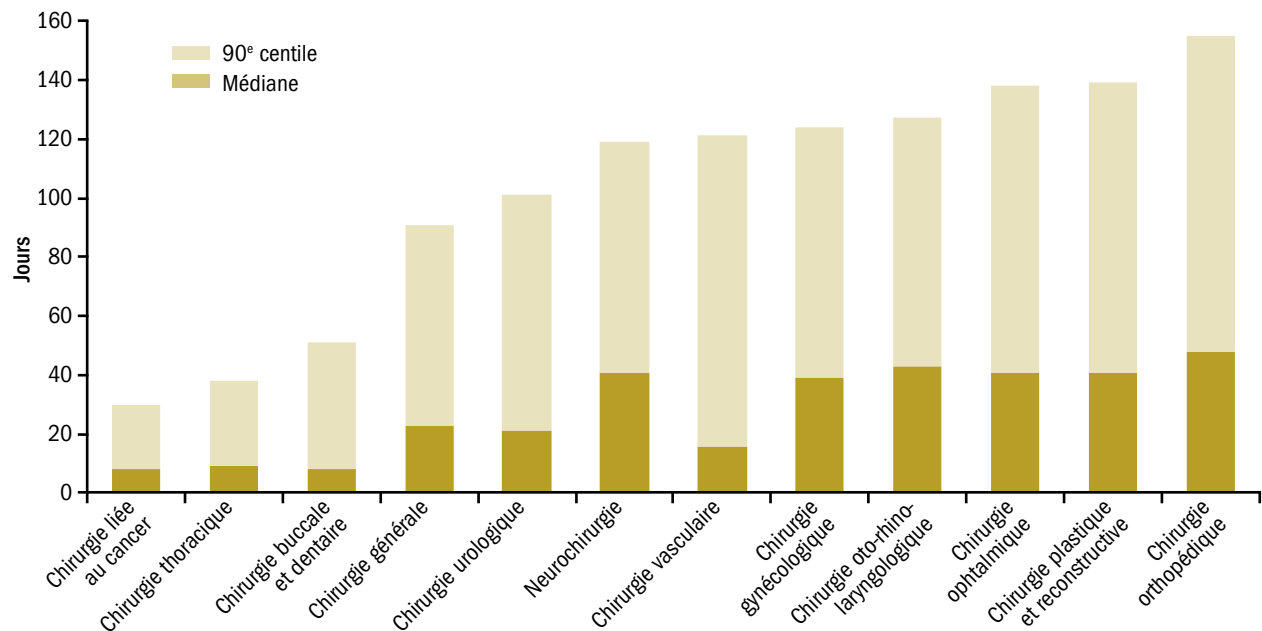
Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

	Niveau d'urgence	Temps d'attente cible pour 90 % des cas (jours)	Temps d'attente réel pour 90 % des cas (jours)	Délai cible respecté?
Hystérectomie – adultes*				
Les renseignements sont présentés dans la section publique du site Web du Ministère sur la déclaration des temps d'attente	Non indiqué	182	148	Oui
Les renseignements sur les temps d'attente réels sont ventilés par niveau d'urgence (ces renseignements ne sont pas présentés dans la section publique du site Web du Ministère sur la déclaration des temps d'attente)	Élevé	28	65	Non
	Moyen	84	132	Non
	Faible	182	156	Oui
Chirurgie liée au cancer de la prostate – adultes				
Les renseignements sont présentés dans la section publique du site Web du Ministère sur la déclaration des temps d'attente	Non indiqué	84	79	Oui
Les renseignements sur les temps d'attente réels sont ventilés par niveau d'urgence (ces renseignements ne sont pas présentés dans la section publique du site Web du Ministère sur la déclaration des temps d'attente)	Élevé	14	20	Non
	Moyen	28	50	Non
	Faible	84	84	Oui

* L'hystérectomie est une intervention pratiquée pour enlever une partie ou la totalité de l'utérus.

Figure 11 : Temps d'attente médian et du 90^e centile pour consulter un spécialiste, par type de chirurgie, 2015-2016

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



Note : Ce temps d'attente mesure le temps écoulé entre l'aiguillage par un médecin de famille et le rendez-vous avec un spécialiste. Au moment de notre audit, le Ministère a commencé à recueillir des données sur les temps d'attente réels pour consulter un spécialiste, selon le niveau d'urgence pour chaque type de chirurgie.

chirurgie en 2015-2016. Ce temps d'attente mesure le temps écoulé entre l'aiguillage par un médecin de famille et le rendez-vous avec un spécialiste. Le temps d'attente du 90^e centile se situait entre 30 jours pour consulter un spécialiste pour une chirurgie liée au cancer et 155 jours pour consulter un chirurgien orthopédiste pour une chirurgie ostéo-articulaire. Comme le Ministère ne publie pas ces temps d'attente, le public ignore une grande partie de la situation globale des temps d'attente. Par exemple, 90 % des patients en chirurgie orthopédique ont attendu en moyenne 155 jours pour consulter un spécialiste. Selon la décision du spécialiste quant au niveau d'urgence, les patients étaient encore susceptibles d'attendre entre 78 et 181 jours de plus avant de subir leur intervention chirurgicale, ce qui pouvait allonger leur temps d'attente total à près d'un an. Au moment de notre audit, le Ministère a commencé à recueillir des données sur les temps d'attente réels pour consulter un spécialiste par niveau d'urgence pour chaque type

de chirurgie et à comparer cette information aux délais cibles qu'il a fixés.

RECOMMANDATION 6

Pour que les patients et les fournisseurs de soins de santé prennent des décisions éclairées et que les patients subissent une intervention chirurgicale non urgente dans un délai approprié, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit collaborer avec les hôpitaux pour :

- mettre en oeuvre un système centralisé d'aiguillage et d'évaluation des patients pour tous les types d'interventions chirurgicales non urgentes dans chaque région;
- ventiler les données sur le rendement relatif aux temps d'attente par niveau d'urgence pour chaque type d'intervention chirurgicale non urgente sur le site Web public du Ministère;

- rendre compte publiquement du temps d'attente complet pour chaque type de chirurgie, y compris le temps entre la date de l'aiguillage par un médecin de famille et la date du rendez-vous du patient avec un spécialiste.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a effectué un examen des modèles existants de centre de traitement des références et de centre d'évaluation en orthopédie. Ces modèles simplifient le processus d'admission en déterminant la pertinence de consulter un chirurgien, ce qui permet d'accéder plus rapidement aux spécialistes. Les patients qui doivent consulter un chirurgien reçoivent un rendez-vous avec le chirurgien de leur choix, avec un chirurgien choisi par le médecin qui a aiguillé le patient ou avec le premier chirurgien libre ayant la liste d'attente la plus courte.

Le Ministère s'affaire à normaliser les comptes rendus et les pratiques des modèles actuels de centre de traitement des références et de centre d'évaluation et il envisage de les étendre à d'autres réseaux locaux d'intégration des services de santé. De plus, le Ministère étudiera la pertinence d'accroître la portée des modèles existants pour y inclure d'autres interventions telles que la chirurgie du pied et de la cheville ainsi que d'autres services spécialisés.

Depuis 2005, le Ministère déclare publiquement les données mensuelles sur les temps d'attente; les temps d'attente pour plus de 200 interventions chirurgicales sont disponibles et déclarés en ligne comme « temps d'attente 2 » (le temps entre la décision de procéder au traitement et la date de l'intervention chirurgicale).

Le temps entre la date de l'aiguillage et la date de la consultation chirurgicale avec un spécialiste est appelé « temps d'attente 1 ». Le Ministère travaille en étroite collaboration avec les principaux intervenants pour élaborer un plan pour rendre compte publiquement de ces renseignements. Dans le cadre de l'initiative

du gouvernement intitulée Open Health Initiative, le Ministère travaille pour rendre compte publiquement vers la fin de 2016-2017 des temps d'attente pour consulter un chirurgien. Ce compte rendu s'ajoutera au compte rendu public actuel des données sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales et pour les IRM et les tomodensitométries.

La communication publique de ces données comporte plusieurs aspects, notamment s'assurer de la qualité des données, interpréter les données, engager des cliniciens pour comprendre les données et bâtir l'infrastructure en ligne pour les communiquer au public.

Le Ministère donne également suite à son engagement de se pencher sur les temps d'attente concernant les spécialistes et leurs services au moyen d'une stratégie pluriannuelle qui abordera l'accès, la capacité et la qualité.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à la recommandation et nous appuyerons le Ministère dans les efforts qu'il déploie pour mettre au point des systèmes centralisés d'aiguillage et d'évaluation dans le but de réduire les temps d'attente des patients. Les hôpitaux appuient le compte rendu public des temps d'attente, notamment le temps à compter de la date de l'aiguillage par le médecin de famille, et soutiendra toutes les initiatives du Ministère en matière de déclaration des temps d'attente.

RECOMMANDATION 7

Pour garantir que les patients peuvent consulter rapidement un spécialiste pour une intervention chirurgicale non urgente, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit déterminer les raisons pour lesquelles l'attente pour consulter certains spécialistes est longue, et collaborer avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les hôpitaux et les spécialistes pour réduire les

temps d'attente et améliorer l'accès aux spécialistes et à leurs services.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et s'engage à se pencher sur les temps d'attente pour les spécialistes et leurs services au moyen d'une stratégie pluriannuelle qui abordera l'accès, la capacité et la qualité. Le Ministère continuera de travailler avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour déterminer des moyens de réduire les temps d'attente et les risques pour les patients.

Le Ministère recueille depuis 2012 des données sur « les temps d'attente 1 » (le temps d'attente entre la date de l'aiguillage et la date de la consultation chirurgicale avec un spécialiste) et partage avec les RLISS et les partenaires hospitaliers des rapports sommaires mensuels sur ces temps d'attente pour cerner les problèmes et y remédier.

De plus, l'Ontario recueille et déclare les temps d'attente pour plus de 200 interventions chirurgicales pratiquées par plus de 3 000 chirurgiens en Ontario chaque année. Pour que les RLISS puissent savoir si les fournisseurs contribuent à donner aux patients un meilleur accès, un rapport sur les temps d'attente concernant les chirurgiens d'un RLISS, comprenant de l'information relative aux consultations et aux chirurgies, est communiqué trimestriellement aux RLISS. Le rapport porte principalement sur les temps d'attente pour les interventions prioritaires à volume élevé, telles que les chirurgies liées au cancer, les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies de la cataracte, et permet de faire des comparaisons. Une fiche d'évaluation du chirurgien est également transmise directement au chirurgien pour l'aider à gérer sa pratique en lui fournissant des données sur les temps d'attente des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale. La fiche d'évaluation vise à mieux

renseigner les chirurgiens sur les temps d'attente les concernant dans le but de continuer à réduire les temps d'attente et l'engorgement.

Cet automne, le Ministère a déposé de nouveau la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* (projet de loi 41) qui, si elle est adoptée, améliorerait l'accès aux services de santé en plaçant les patients au centre d'un système de santé intégré. La *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* propose d'accorder un rôle accru aux RLISS, notamment des responsabilités dans la planification des soins primaires et dans la prestation des services et des soins à domicile et en milieu communautaire. Si le projet de loi 41 est adopté, les RLISS deviendront l'unique responsable de l'intégration efficace des services au niveau local. Des sous régions plus petites seraient au coeur de l'intégration et de la collaboration au niveau local et permettraient d'améliorer l'accès aux soins primaires, y compris l'accès aux spécialistes.

4.3.3 Rendement médiocre quant à la sécurité des soins chirurgicaux

Les patients de l'Ontario ont une incidence relativement élevée de problèmes de santé et de risques pour la santé qu'il serait possible de mieux gérer avec l'adoption de meilleures pratiques en matière de qualité des soins. Nous avons cerné deux problèmes liés à la sécurité des soins chirurgicaux que les hôpitaux de l'Ontario ne gèrent pas ou qu'ils ne préviennent pas de manière aussi efficace que les hôpitaux de l'extérieur de l'Ontario.

D'après les données de 2013 de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Ontario se classe derrière la plupart des pays développés pour les mesures suivantes de la sécurité des patients dans les milieux de soins actifs (données compilées par l'Organisation de coopération et de développement économiques ou OCDE) :

- **L'embolie pulmonaire post-opératoire :**

Une embolie pulmonaire est une obstruction dans les poumons causée en général par

un caillot de sang et qui peut endommager les poumons et d'autres organes et même entraîner la mort. La chirurgie de la jambe ou de la hanche est l'un des facteurs de risque d'une obstruction par un caillot de sang, tout comme le fait de devoir rester alité après une chirurgie. Il existe des façons de prédire la probabilité d'une telle embolie et de prévenir la formation de caillots après une chirurgie, notamment la prise de médicaments et le fait de faire bouger le patient le plus tôt possible après une chirurgie. Les patients des hôpitaux de l'Ontario âgés de 15 ans ou plus ont une incidence relativement plus élevée d'embolie pulmonaire post-opératoire à la suite d'une arthroplastie de la hanche et du genou que les patients dans les autres pays membres de l'OCDE : 679 cas pour 100 000 patients mis en congé, par rapport à 660 pour l'ensemble du Canada et à 362 pour les 34 autres pays membres de l'OCDE.

- **L'oubli d'objets à l'intérieur du corps lors d'une chirurgie :** Les objets tels que les éponges ou tampons et autres outils médicaux laissés par inadvertance dans le corps d'un patient lors d'une intervention chirurgicale peuvent causer des saignements internes, des infections, d'autres complications ou la mort. Les patients opérés en Ontario âgés de 15 ans et plus avaient un taux relativement plus élevé d'erreurs pour 100 000 patients mis en congé que les patients dans les autres pays membres de l'OCDE : 7,5 % par rapport à 4 % pour les 34 autres pays membres de l'OCDE (le taux à l'échelle du Canada est de 8,6 %).

Au moment de notre audit, le Ministère ignorait quels hôpitaux contribuaient au rendement médiocre sur le plan de la sécurité des soins chirurgicaux et il n'avait pris aucune mesure précise pour remédier à cette lacune.

RECOMMANDATION 8

Pour garantir la sécurité des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit travailler avec les hôpitaux pour s'assurer que ceux-ci effectuent un suivi régulier des incidents liés à la sécurité des patients et qu'ils prennent les mesures correctives nécessaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accorde une grande importance à cette recommandation; plusieurs exigences établies par le Ministère dictent la façon dont les hôpitaux doivent gérer les incidents critiques et réduire le risque que des incidents semblables ne se reproduisent.

Un règlement pris en application de la *Loi sur les hôpitaux publics* précise les obligations des hôpitaux à la suite d'un incident critique, notamment l'obligation de divulguer l'incident dès que possible à leur comité médical consultatif, au directeur général de l'hôpital, au patient concerné ou à la personne qui prend des décisions au nom de celui-ci. Le conseil de l'hôpital a l'obligation de s'assurer que le directeur général de l'hôpital met en place un système pour analyser l'incident critique et élaborer un plan à l'échelle du système afin d'éviter ou de réduire le risque d'incidents semblables à l'avenir. Le conseil doit également s'assurer que le directeur général fournit des données cumulatives sur les incidents critiques au moins deux fois par année au comité de la qualité de l'hôpital. En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, l'hôpital doit tenir compte des données cumulatives sur les incidents critiques lorsqu'il élabore son plan annuel d'amélioration de la qualité.

Tous les hôpitaux de l'Ontario doivent divulguer les incidents critiques liés aux médicaments et aux solutions intraveineuses par l'entremise du Système national de déclaration des accidents et incidents; il s'agit d'un outil en

ligne qui permet aux utilisateurs de divulguer, d'analyser et de partager des renseignements sur les incidents pour la sécurité des patients. La divulgation doit s'effectuer dans les 30 jours suivant l'incident et les données sont analysées par l'Institut canadien d'information sur la santé. Ces données permettent d'améliorer la qualité aux niveaux local, provincial, territorial et national.

Tous les hôpitaux de l'Ontario doivent également publier des données sur 10 indicateurs relatifs à la sécurité des patients, notamment la prévention des infections du site opératoire et la conformité avec la liste de vérification pour la sécurité chirurgicale.

Qualité des services de santé Ontario aide les hôpitaux à améliorer les soins chirurgicaux dans la province par l'intermédiaire du Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario. Un élément clé de la participation au réseau est la mise en oeuvre du National Surgical Quality Improvement Program, créé par l'American College of Surgeons. Cette initiative entre homologues procure de meilleurs résultats pour les patients, réduit la durée des séjours à l'hôpital et se traduit par un moins grand nombre de complications chirurgicales par année.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous convenons qu'il est essentiel de surveiller la qualité des soins et les incidents liés à la sécurité dans l'ensemble du système des

soins de santé pour garantir la sécurité de tous les patients, y compris ceux qui doivent subir une intervention chirurgicale. Le conseil d'administration de l'hôpital est chargé de la surveillance de la sécurité des patients. Chaque conseil a un comité médical consultatif auquel le directeur général de l'hôpital signale les incidents critiques. De plus, la plupart des conseils ont également un comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients chargé d'assurer la surveillance dans ces domaines et pour le programme de la qualité de l'hôpital. Ces comités, qui relèvent du conseil, examinent régulièrement les principaux indicateurs de la qualité des soins et de la sécurité ainsi que tous les incidents critiques, y compris ceux du programme de chirurgie. Au niveau opérationnel de l'hôpital, il existe des processus, des systèmes et des pratiques pour consigner et déclarer les erreurs, faire enquête sur celles-ci et y remédier afin de réduire la probabilité que d'autres patients subissent de tels incidents. On utilise notamment un logiciel pour faciliter la gestion des incidents.

4.4 Les taux élevés d'occupation des lits contribuent à des taux plus élevés d'infection chez les patients

Les taux d'occupation varient considérablement entre les différentes unités de soins actifs d'un hôpital. La **figure 12** montre que 60 % des unités de

Figure 12 : Taux d'occupation des lits dans les 57 grands hôpitaux communautaires, pour certaines unités de soins actifs, 2015-2016

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

Fourchette de taux d'occupation des lits (en %)	Unité de soins actifs (en %)				
	Médecine	Chirurgie	Unité de soins intensifs	Pédiatrie	Obstétrique
>100	29	6	4	2	1
Entre 85 et 100	31	30	25	2	1
<85	40	64	71	96	98
Total	100	100	100	100	100

médecine dans l'ensemble des 57 grands hôpitaux communautaires avaient un taux d'occupation (le pourcentage de lits disponibles occupés par des patients) de 85 % ou plus alors que seulement 2 % de toutes les unités d'obstétrique affichaient ce même taux d'occupation élevé durant 2015-2016.

D'après de nombreuses études, des taux d'occupation supérieurs à 85 %, en plus d'allonger les temps d'attente pour obtenir un lit d'hospitalisation dans les unités de soins actifs, augmentent le risque de transmission de maladies infectieuses.

Les dirigeants hospitaliers que nous avons interrogés ont expliqué que les éclosions d'infections sont plus fréquentes et plus graves quand il y a une forte densité de patients, car il est alors plus difficile de se conformer aux normes de contrôle et de prévention des infections.

Un exemple d'infection d'origine hospitalière est la sepsie, qui est une complication potentiellement mortelle d'une infection. D'après les données de l'Institut canadien d'information sur la santé pour l'exercice 2014-2015, l'Ontario avait le deuxième taux le plus élevé de sepsie dans les hôpitaux canadiens après le Yukon, soit 4,6 cas pour 1 000 patients mis en congé en Ontario par rapport à une moyenne de 4,1 pour les autres provinces canadiennes.

Les hôpitaux doivent continuellement réaffecter le financement pour éviter les déficits imputables aux lits de « débordement »

Par ailleurs, des taux d'occupation supérieurs à 100 % indiquent que les hôpitaux accueillent des patients dans des lits de « débordement » temporaires. Les hôpitaux ont l'obligation d'accepter une personne hospitalisée si celle-ci a été admise conformément à la réglementation et si elle nécessite des soins qui sont dispensés par l'hôpital. Autrement dit, les hôpitaux ne peuvent pas refuser des patients en raison d'un débordement. En général, les hôpitaux sont financés d'après le nombre de patients traités, la gravité de leur état et le coût prévu de la prestation des services plutôt que d'après le nombre

de lits que compte l'hôpital. Cependant, il y a un décalage du financement : en effet, les hôpitaux reçoivent après seulement deux ans le financement pour le débordement. Par conséquent, il arrive souvent que les hôpitaux doivent utiliser le financement d'autres secteurs pour couvrir le coût d'exploitation des lits de débordement durant l'exercice en cours afin d'équilibrer leur budget. La **figure 12** indique que les cinq catégories d'unités de soins actifs dans les 57 grands hôpitaux communautaires de l'Ontario avaient enregistré globalement en 2015-2016 un taux d'occupation de plus de 100 %; plus particulièrement, 29 % des unités de médecine avaient un taux d'occupation supérieur à 100 % en 2015-2016.

L'un des hôpitaux visités, par exemple, exploitait l'équivalent de neuf lits de débordement quand son taux d'occupation était supérieur à 100 % durant l'exercice 2014-2015. Ces lits sont situés dans d'autres unités réservées aux lits de débordement. Les coûts d'exploitation directs totaux de ces lits s'élevaient à 1,45 million de dollars pour l'année (733 000 \$ pour les services diagnostiques et thérapeutiques, 587 000 \$ pour les soins directs aux patients et 128 000 \$ pour la nourriture).

4.4.1 La pénurie de lits est causée par le fait que des patients attendent à l'hôpital de recevoir d'autres types de soins

L'une des raisons des taux d'occupation élevés dans les unités de soins actifs est qu'environ 14 % des lits d'hospitalisation dans la province sont occupés par des patients ayant besoin d'un autre niveau de soins, c'est-à-dire des personnes qui n'ont plus besoin des soins dispensés par l'hôpital, mais qui doivent y demeurer jusqu'à ce qu'un lit se libère dans un autre milieu de soins comme un foyer de soins de longue durée.

La **figure 13** présente une ventilation des différents lieux de mise en congé pour les quelque

Figure 13 : Lieux de mise en congé nécessaires pour les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui attendent à l'hôpital, au 31 mars 2013 et au 31 mars 2016

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

Lieux de mise en congé nécessaires	Nombre de patients en attente au 31 mars 2013	Nombre de patients en attente au 31 mars 2016	Pourcentage en attente au 31 mars 2016
Foyer de soins de longue durée	1 853	1 854	45
Hôpital de réadaptation/de soins continus et complexes/de soins de convalescence	679	775	19
Domicile du patient avec des services de soins à domicile fournis par les CASC	560	609	15
Logement avec services de soutien, foyer de groupe, résidence avec aide à la vie autonome	257	253	6
Maison de retraite	124	216	5
Autres lieux (y compris les maisons de soins palliatifs)	423	405	11
Total	3 896	4 112	100

4 110 patients ayant besoin d'un autre niveau de soins, qui sont en attente dans tous les hôpitaux de l'Ontario en 2015-2016. Au 31 mars 2016, environ 45 % attendaient d'obtenir un lit dans un foyer de soins de longue durée tout en occupant des lits en soins actifs plus chers dans les hôpitaux. Une autre tranche de 19 % attendaient d'obtenir une place dans un hôpital de réadaptation, de soins continus complexes ou de soins de convalescence tandis que 15 % attendaient à l'hôpital de pouvoir obtenir des services de soins à domicile subventionnés par la province. La dernière tranche de 22 % attendaient d'obtenir une place dans un foyer de groupe, une maison de retraite, une maison de soins palliatifs ou d'autres types de logement avec services de soutien.

Le temps d'attente médian des patients qui attendaient d'obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée a augmenté entre 2012-2013 et 2015-2016, passant de 73 jours à 85 jours. Autrement dit, en 2015-2016, la moitié des patients attendait moins de 85 jours tandis que l'autre moitié attendait plus longtemps; cependant, en 2015-2016, le temps d'attente du 90^e centile (après suppression de la tranche de 10 % de patients ayant les plus longs temps d'attente) était de 406 jours, ce qui représente une légère amélioration par rapport à 437 jours en 2012-2013.

Compte tenu que la durée de séjour moyenne d'un patient ordinaire en soins actifs est de 8,6 jours ou moins, nous avons calculé que les hôpitaux pourraient traiter environ 37 550 patients de plus chaque année si les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins n'attendaient pas dans un lit à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de soins de longue durée.

Nous avons constaté que le taux d'occupation élevé des lits en soins actifs s'expliquait en partie par le droit des patients en Ontario de rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'un lit se libère dans le foyer de soins de longue durée de leur choix même si la liste d'attente est longue à cet endroit. (Cet engorgement s'explique également par le fait que l'offre de lits de soins de longue durée ne parvient pas à répondre à la demande.) À titre de comparaison, la Colombie-Britannique, le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard exigent que les patients soient transférés au premier foyer de soins de longue durée où un lit se libère, où que ce soit dans la province. La Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick exigent que les patients acceptent tout lit disponible dans un foyer de soins de longue durée situé respectivement dans un rayon de 150 kilomètres et de 100 kilomètres du domicile du patient.

Nous avons également remarqué que même si 45 % des patients ayant besoin d'un autre niveau de soins dans les hôpitaux de l'Ontario attendent une place dans un foyer de soins de longue durée (consulter de nouveau la **figure 13**), le Ministère a augmenté depuis 2009 le financement des lits de transition temporaires, des lits de convalescence, des logements avec services de soutien et des services d'aide à la vie autonome et qu'il a accordé la priorité aux soins à domicile plutôt qu'aux soins de longue durée.

Le coût lié aux patients ayant besoin d'un autre niveau de soins, qui attendent dans les hôpitaux, est élevé

Pour l'exercice 2015-2016, nous avons calculé que le fait de garder à l'hôpital environ 4 110 patients ayant besoin d'un autre niveau de soins s'est traduit par des coûts supplémentaires de 376 millions de dollars pour la province, dont 236 millions se rapportent aux 1 850 patients qui attendent à l'hôpital d'obtenir un lit dans un foyer de soins de longue durée.

Notre calcul reposait sur le fait que le coût moyen de l'occupation d'un lit d'hôpital par un patient ayant besoin d'un autre niveau de soins est d'environ 730 \$ par jour comparativement à 130 \$ par jour pour un lit dans un foyer de soins de longue durée (pour la portion financée par le Ministère, déduction faite du montant payé par le patient).

Malgré le coût élevé associé au fait de garder ces patients à l'hôpital, nous avons constaté que le Ministère n'avait aucun plan pour augmenter la capacité en matière de soins de longue durée et qu'il ne connaît pas la demande future de lits de soins de longue durée. En mars 2015, près de 19 460 personnes, y compris celles âgées de 65 ans et plus qui restaient à l'hôpital, attendaient d'obtenir un lit dans un foyer de soins de longue durée. Dans l'état actuel des choses, le Ministère n'est pas en mesure de répondre à la demande de foyers de soins de longue durée.

Les attentes exagérément longues dans les hôpitaux font courir inutilement des risques aux patients

Les unités de soins actifs dans les hôpitaux ne sont pas l'endroit idéal pour les patients qui attendent d'autres types de soins. Un grand nombre de ces patients sont des aînés ayant des affections semblables à celles des résidents des foyers de soins de longue durée.

Dans un rapport transmis au Ministère en juin 2011, le docteur David Walker, Responsable provincial de l'accès aux autres niveaux de soins, a souligné que les patients qui attendent à l'hôpital jusqu'au moment où le lit dont ils ont besoin se libère n'obtiennent pas nécessairement les soins de réadaptation dont ils auraient besoin pendant leur attente. Cette situation peut entraîner une détérioration physique, des chutes et d'autres problèmes pouvant causer des préjudices permanents au patient. Nous avons relevé les préoccupations suivantes :

- *Chutes* – Deux des trois grands hôpitaux communautaires visités placent les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins dans différentes unités de soins actifs de l'hôpital. Ces deux hôpitaux n'effectuaient pas un suivi particulier du nombre de patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui font des chutes pendant qu'ils sont à l'hôpital, car ils consignent uniquement les chutes par unité accueillant des patients. Au troisième hôpital, qui regroupe dans une unité spéciale tous les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins, nous avons constaté que ces patients entre janvier 2014 et mars 2016 avaient fait des chutes deux fois et demie plus souvent que ceux qui résident dans les foyers de soins de longue durée de la région.
- *Utilisation plus grande de médicaments antipsychotiques* – Les médicaments antipsychotiques servent à traiter les symptômes comportementaux de la démence, en particulier chez les patients qui risquent de se blesser ou de blesser d'autres personnes. Contrairement aux

foyers de soins de longue durée, les hôpitaux ne sont pas assujettis aux exigences législatives rigoureuses qui réglementent l'administration de ces médicaments aux patients. Bien que tous les médicaments pris par les patients soient consignés dans leurs dossiers pharmaceutiques individuels et que leurs médicaments sur ordonnance fassent l'objet d'un examen périodique, deux des grands hôpitaux communautaires visités n'avaient pas instauré de pratiques pour examiner l'utilisation globale des médicaments antipsychotiques administrés aux patients ayant besoin d'un autre niveau de soins. Au troisième hôpital, nous avons constaté que 37 % de ces patients prenaient des médicaments antipsychotiques en 2014-2015 comparativement à 31 % dans les foyers de soins de longue durée situés dans la même collectivité et à 27 % dans ceux de l'ensemble de la province.

- *Infections* – Le docteur Walker a noté dans son rapport que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins courent un plus grand risque de contracter une infection pendant qu'ils attendent à l'hôpital pour la prochaine phase de leurs soins que s'ils attendaient à domicile.

RECOMMANDATION 9

Pour assurer une utilisation optimale des ressources de la santé pour les patients qui ont besoin de soins hospitaliers et pour ceux qui ont besoin de soins de longue durée, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- s'assurer que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui attendent à l'hôpital sont en sécurité et reçoivent les soins de rétablissement et de transition dont ils ont besoin pendant leur attente;
- évaluer les politiques des autres administrations visant à limiter de façon raisonnable le temps que les patients attendent à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de soins de

longue durée, par exemple la politique qui consiste à transférer les patients au premier foyer approprié situé à une distance raisonnable où une place est disponible;

- procéder à la planification de la capacité pour les soins aux aînés et remédier à la pénurie de lits, le cas échéant, dans les foyers de soins de longue durée.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Depuis 2013-2014, le Ministère a investi plus de 40 millions de dollars dans les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour mettre en oeuvre la ligne directrice ministérielle sur l'évaluation et le rétablissement. La ligne directrice établit les normes et les attentes pour les RLISS, les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires et les autres organismes de soins relativement à des interventions axées sur l'évaluation et le rétablissement pour aider les personnes âgées fragiles qui ont récemment subi une perte réversible de leurs capacités fonctionnelles à récupérer cette perte fonctionnelle pour pouvoir continuer à vivre dans la collectivité. Le Ministère s'attend à ce que les RLISS et les hôpitaux s'assurent que tous les patients de l'hôpital reçoivent des soins de rétablissement et de transition convenant à leurs besoins.

Le programme de lits provisoires pour séjours de courte durée est une autre initiative du Ministère pour les personnes qui répondent aux critères suivants : elles occupent un lit dans un hôpital public, elles n'ont plus besoin des soins actifs dispensés par l'hôpital, elles ont besoin d'un autre niveau de soins, elles sont admissibles à un lit de longue durée dans un foyer de soins de longue durée et elles figurent sur une liste d'attente pour obtenir un tel lit.

Le programme de lits provisoires pour séjours de courte durée :

- prévoit un mécanisme pour aider les RLISS à gérer les pressions liées aux temps d'attente

dans les salles d'urgence des hôpitaux et aux besoins d'un autre niveau de soins;

- facilite la mise en congé rapide et précoce des patients hospitalisés qui veulent être admis dans un foyer de soins de longue durée;
- offre un milieu de soins sécuritaire et convenable pour accueillir les personnes qui ont demandé une place dans un foyer de soins de longue durée pendant qu'elles attendent d'obtenir un lit de longue durée;
- assure un « roulement » continu de sorte que des lits provisoires se libèrent constamment pour accueillir les nouveaux demandeurs d'une place dans un foyer de soins de longue durée qui occupent un lit dans un hôpital en attendant.

Le Ministère travaille en étroite collaboration avec les RLSS pour surveiller en permanence le besoin de lits dans les foyers de soins de longue durée partout dans la province et il examine actuellement les besoins de capacité futurs dans les foyers de soins de longue durée et il planifie en conséquence.

Par ailleurs, le Ministère élabore un cadre provincial de planification de la capacité pour appuyer la planification intégrée de la santé basée sur la population. Le cadre apportera un soutien au Ministère, aux RLSS et aux partenaires du système de santé en donnant accès à des données uniformes et à des lignes directrices sur les mesures en matière de politique et de planification. L'élaboration d'un cadre de planification de la capacité facilitera la prestation des soins dans le milieu le plus pertinent possible dans l'ensemble du continuum des soins de santé.

4.4.2 Les hôpitaux n'ont pas de systèmes efficaces pour allouer les lits

Le manque de communication entre la salle d'urgence et les autres unités hospitalières peut entraîner des temps d'attente plus longs pour les patients

de l'urgence qui doivent être transférés dans un lit d'hospitalisation dans les autres unités.

L'un des hôpitaux visités était capable de transférer plus rapidement que les deux autres les patients de l'urgence dans un lit d'hospitalisation dans les unités de soins actifs parce qu'il disposait d'un système de technologie de l'information pour la gestion des lits dans l'ensemble de l'hôpital alors que les deux autres n'avaient qu'une équipe d'allocation des lits pour centraliser la gestion des lits d'hospitalisation.

Nous avons également remarqué que moins du tiers des grands hôpitaux communautaires qui ont répondu au sondage ont indiqué qu'ils avaient un système de TI à l'échelle de l'hôpital pour la gestion des lits.

Dans les hôpitaux qui ne disposent pas d'un système de ce genre, il faut communiquer avec chaque unité de soins actifs par téléphone, intercom ou émetteur-récepteur portatif pour savoir s'il y a des lits disponibles. Il incombe à la salle d'urgence de transférer un patient dans un lit d'une unité de soins actifs, car l'unité ne peut pas retirer un patient de la salle d'urgence quand le type de lit nécessaire se libère.

À titre de comparaison, les systèmes de TI de gestion des lits à l'échelle de l'hôpital réduisent les temps d'attente pour un lit parce qu'ils fournissent de l'information en temps réel, telle que les lits disponibles et le nombre de patients qui attendent pour chaque type de lit dans chaque unité de soins actifs. Ce genre de système permet également les communications bilatérales entre la salle d'urgence et les unités de soins actifs.

Les bases de données que les hôpitaux utilisent pour consigner les renseignements relatifs aux patients ont également un impact sur la gestion des lits. Les médecins doivent estimer la durée prévue du séjour de chaque patient à l'hôpital de sorte qu'il soit possible d'utiliser ces renseignements pour gérer les lits en planifiant les mises en congé de façon appropriée.

Nous avons constaté que deux des trois hôpitaux visités ne mettaient pas régulièrement à jour les

estimations de la durée prévue du séjour de tous les patients dans la base de données. Ils n'avaient donc pas un tableau exact du moment où les patients pourraient obtenir leur congé et du nombre de lits qui seraient alors libérés. Ce manque de renseignements causait des retards dans la mise en congé des patients et allongeait de ce fait les temps d'attente pour obtenir un lit.

RECOMMANDATION 10

Pour réduire le temps pendant lequel les patients hospitalisés doivent attendre pour obtenir un lit après leur admission, les hôpitaux doivent effectuer une analyse coûts avantages de l'adoption d'un système plus efficace de gestion des lits qui fournit de l'information en temps réel sur la situation des lits de l'hôpital, notamment les lits occupés, les lits en attente de désinfection ou prêts à accueillir un nouveau patient ainsi que le nombre de patients qui attendent pour chaque type de lit dans chaque unité de soins actifs.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à cette recommandation. Dans le cas des hôpitaux qui ne disposent pas déjà d'un système de gestion électronique des lits, une analyse coûts avantages de la mise en oeuvre d'un système qui fournit de l'information en temps réel sur la situation des lits sera effectuée.

4.4.3 La planification médiocre des admissions et des mises en congé allonge les temps d'attente pour un lit

En période de taux d'occupation élevé dans les hôpitaux, la planification des admissions et des mises en congé des patients est d'une importance cruciale.

Les hôpitaux ont peu de contrôle sur le nombre de patients admis par les médecins à l'urgence pour recevoir d'autres soins. Cependant, les hôpitaux ont

un certain contrôle sur la planification des mises en congé des patients et des admissions sur recommandation (les admissions qui ne proviennent pas de la salle d'urgence – la **figure 5** montre les différents « modes de cheminement » des patients dans l'hôpital) durant le jour et tout au long de la semaine.

Il y a accumulation de patients quand il y a un décalage constant entre les admissions et les mises en congé, comme nous l'avons constaté dans les trois hôpitaux visités. Les temps d'attente pour un lit s'en trouvent même allongés pour les patients admis par un médecin à l'urgence. Nous avons relevé plusieurs problèmes que nous décrivons ci-dessous.

Conflits d'horaire quotidiens entre les admissions et les mises en congé

Dans les trois hôpitaux visités, nous avons constaté que le nombre de patients considérés comme des patients hospitalisés en attente d'un lit à la salle d'urgence atteint habituellement un sommet le soir, entre 19 h et 23 h. En général, ces patients attendent longtemps de nuit (11,6 heures en moyenne) à la salle d'urgence qu'un lit se libère le lendemain à l'unité de soins actifs dans laquelle ils ont été admis.

Les admissions sur recommandation sont habituellement concentrées entre 6 h et 9 h. Donc, pendant que le personnel de l'hôpital continue de gérer l'accumulation des patients admis durant la nuit à la salle d'urgence, il doit également commencer à gérer les admissions sur recommandation planifiées pour la journée.

Les hôpitaux tentent de maximiser le nombre de mises en congé durant le jour; la plupart ont lieu entre 10 h et 16 h. Pour la majorité des patients, il n'est pas pratique d'obtenir leur congé tard le soir ou durant la nuit, et nous avons constaté que le nombre de mises en congé commence à diminuer de façon importante dès 16 h.

Les taux d'occupation élevés de lits, combinés au faible nombre de mises en congé après 16 h,

signifient que le nombre de nouveaux patients hospitalisés qui attendent d'être transférés dans une unité de soins actifs s'accumule à la salle d'urgence tout au long de la soirée et de la nuit jusqu'à ce que d'autres patients obtiennent leur congé et que d'autres lits se libèrent le lendemain. Ce cycle d'accumulation se répète tous les soirs.

Les admissions sur recommandation sont planifiées de façon inégale dans la semaine

Le fait qu'un moins grand nombre de médecins et d'effectifs administratifs soient en service durant la fin de semaine a des répercussions sur les admissions sur recommandation.

En moyenne, environ 50 % moins de patients sont admis à l'hôpital la fin de semaine que les jours de semaine dans le cadre des admissions planifiées sur la recommandation de médecins pour que les patients reçoivent des soins dans les unités de médecine générale, de cardiologie et de soins respiratoires (ces trois types de patients représentent 25 % de tous les patients qui ont besoin de soins actifs).

Si les admissions sur recommandation étaient réparties également pendant la semaine au lieu d'être concentrées du lundi au vendredi, le nombre de patients à hospitaliser serait mieux étalé et cela allégerait la charge de travail du personnel hospitalier. L'engorgement serait moindre et les temps d'attente pour un lit seraient plus courts.

Les mises en congé des patients sont réparties de façon inégale dans la semaine

Alors que la demande de lits d'hospitalisation est à peu près stable du lundi au dimanche, la diminution du nombre de mises en congé la fin de semaine signifie qu'un moins grand nombre de lits se libèrent et, par conséquent, les temps d'attente pour un lit augmentent.

Nous avons constaté que les patients admis par un médecin à la salle d'urgence la fin de semaine devaient attendre en moyenne 35 minutes de plus que l'attente habituelle de dix heures les jours de

semaine pour un lit d'hospitalisation parce qu'il y a moins de médecins et d'effectifs de soutien en service durant la fin de semaine. Il s'ensuit qu'il y a eu 25 % moins de mises en congé quotidiennes la fin de semaine.

D'après les médecins et les gestionnaires hospitaliers que nous avons interrogés, les médecins qui sont en service durant la fin de semaine préfèrent peut-être s'abstenir de mettre en congé des patients qui relèvent du soin d'autres médecins durant la semaine. Les représentants des hôpitaux nous ont également dit qu'il y a moins d'effectifs administratifs en service pour faciliter la mise en congé des patients la fin de semaine.

Nous avons également remarqué que les autres établissements de soins de santé comme les centres de réadaptation et les foyers de soins de longue durée acceptent un moins grand nombre de patients la fin de semaine, ce qui contribue à augmenter encore l'engorgement et les temps d'attente.

RECOMMANDATION 11

Pour réduire le temps pendant lequel les patients doivent attendre avant d'obtenir un lit après leur admission, les hôpitaux doivent examiner les heures et les jours de la semaine où les patients attendent de façon exagérée au moment de l'admission et de la mise en congé, et apporter les changements qui s'imposent pour que le personnel dispose de suffisamment de temps pour préparer les lits pour accueillir les nouveaux patients hospitalisés, en particulier ceux qui arrivent en période de pointe.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à cette recommandation. Les hôpitaux effectueront un examen des admissions et mises en congé en période de pointe et réaménageront les ressources affectées à la désinfection des lits s'il y a lieu.

4.4.4 Les lits d'hospitalisation ne sont pas prêts à accueillir les patients en temps opportun

Nous avons constaté que les patients devaient attendre pendant au moins une heure et demie de plus à la salle d'urgence pour obtenir un lit dans les unités de soins actifs après le quart de jour du personnel d'entretien ménager, qui se termine en général à 15 h, parce qu'il y a beaucoup moins d'effectifs d'entretien en service durant le quart de nuit pour désinfecter les chambres et préparer les lits pour accueillir de nouveaux patients.

Dans l'un des hôpitaux visités, par exemple, le nombre d'effectifs d'entretien ménager à temps plein en service passait de 62 durant le quart de 7 h à 15 h à seulement 18 durant le quart de 15 h à 23 h. Dans un autre hôpital, l'effectif d'entretien à temps plein en service passait de 58 employés durant le jour à 27 le soir puis à seulement 5 la nuit.

Nous avons également remarqué dans deux des trois hôpitaux visités que la désinfection des chambres et des lits après la mise en congé des patients se faisait surtout dans l'ordre d'arrivée des demandes; la désinfection ne se faisait pas par ordre de priorité selon les types de lits que les patients attendent à la salle d'urgence.

Par exemple, il se pouvait qu'un lit dans l'unité de pédiatrie soit prêt avant un lit dans une unité de médecine même si de nombreux patients à la salle d'urgence attendent pour un lit en médecine et qu'aucun n'attend pour un lit en pédiatrie.

Environ 47 % des grands hôpitaux communautaires qui ont répondu à notre sondage ont également dit qu'ils effectuent la désinfection des chambres et la préparation des lits selon le principe du premier arrivé premier servi et non en fonction de la demande.

Nous avons aussi remarqué que 68 % ont dit qu'ils s'en remettaient aux unités de l'hôpital pour demander au personnel d'entretien ménager de venir préparer un lit pour un nouveau patient. Cette façon de faire peut également contribuer aux longs temps d'attente, car le personnel est occupé en

général par la mise en congé des patients et n'a pas nécessairement le temps de communiquer avec le personnel d'entretien.

RECOMMANDATION 12

Pour réduire le temps d'attente des patients pour un lit, les hôpitaux doivent veiller à ce qu'il y ait un nombre suffisant d'effectifs d'entretien ménager en service pour désinfecter en temps opportun les chambres et les lits récemment libérés, et établir l'ordre de priorité des travaux de désinfection d'après les types de lits dont on a le plus besoin.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à cette recommandation. Des pratiques sont en place pour réaménager les ressources affectées à la désinfection des lits en fonction des changements de priorités et de l'évolution de la demande. Ces pratiques feront l'objet d'un examen pour déterminer s'il est possible d'apporter des améliorations sans mettre en oeuvre un système électronique de gestion des lits. Les hôpitaux examineront si les ressources affectées à la désinfection des lits sont suffisantes et apporteront des ajustements s'il y a lieu tout en faisant preuve de responsabilité sur le plan financier.

4.5 Le processus de nomination des médecins et le processus d'appel ont des répercussions négatives sur la prise de décisions des hôpitaux en matière de soins aux patients

4.5.1 Le processus d'appel des hôpitaux et des médecins prévu dans la *Loi sur les hôpitaux publics* doit être revu

Les effectifs professionnels d'un hôpital comprennent les médecins, les dentistes, les sages-femmes et les infirmières praticiennes qui

travaillent à l'hôpital. Les membres de l'effectif professionnel sont nommés directement par le conseil de l'hôpital – de manière générale, ce ne sont pas des employés salariés. C'est plutôt le Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui les paie pour les services qu'ils prodiguent aux patients dans les hôpitaux et partout où ils pratiquent.

Les médecins qui font partie du personnel médical obtiennent des droits hospitaliers, c'est à dire qu'ils ont le droit de pratiquer la médecine à l'hôpital et d'utiliser ses installations et son équipement pour traiter les patients sans être des employés de l'hôpital. L'octroi des droits hospitaliers visait initialement à permettre aux médecins de prendre des décisions qui reposent d'abord sur ce qui convient le mieux pour le patient et non sur ce qui convient le mieux pour l'hôpital. La *Loi sur les hôpitaux publics* (la Loi) de 1990 régit des aspects importants de la relation entre les médecins et l'hôpital.

Nous avons relevé des cas où les hôpitaux étaient incapables de résoudre rapidement des questions de ressources humaines avec les médecins à cause du processus légal exhaustif que les hôpitaux doivent observer en vertu de la Loi. Dans certains cas, des différends de longue date au sujet des droits hospitaliers des médecins ont exigé de la part du personnel administratif et du conseil de l'hôpital un temps considérable qu'il aurait mieux valu consacrer aux questions touchant les soins aux patients.

Responsabilités du conseil de l'hôpital concernant les droits hospitaliers

En vertu de la Loi, le conseil de l'hôpital est chargé des aspects suivants en lien avec les droits hospitaliers :

- constituer un comité médical consultatif composé des membres élus et nommés du personnel médical pour étudier les questions soumises à son attention en lien avec la nomination et les droits du personnel médical et faire des recommandations pertinentes au conseil à cet égard;

- nommer et renommer annuellement les membres du personnel médical et déterminer leurs droits;
- révoquer ou suspendre la nomination d'un membre du personnel médical ou refuser de le renommer, s'il y a lieu;
- tenir des audiences formelles sur demande du personnel médical en cas de différends ou d'autres problèmes se rapportant aux droits hospitaliers.

Par ailleurs, la Loi permet aux médecins d'interjeter appel d'une décision du conseil de l'hôpital devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé. La Commission entend les appels des membres du personnel médical qui se sentent lésés par une décision qui révoque, suspend ou modifie de façon importante leur nomination, entre autres. Tant les médecins que les hôpitaux ont le droit d'interjeter appel d'une décision de la Commission devant un tribunal.

Par conséquent, même si les hôpitaux peuvent gérer leurs propres employés comme les infirmières et infirmiers, les pharmaciens, les diététistes et les techniciens de laboratoire, ils n'ont pas le même pouvoir pour gérer les médecins et doivent passer par le processus légal prévu par la Loi. Ce processus est long, lourd et coûteux et ne fait pas passer l'intérêt des patients en premier, comme on peut le voir dans les exemples suivants.

La direction d'un hôpital est incapable de répondre à ses besoins en matière de services et de dotation

La direction d'un hôpital nous a indiqué que lorsque ses priorités changent en matière de services ou que des ressources sont transférées entre programmes (par exemple, pour changer le type de chirurgie à l'horaire d'une salle d'opération) et que ses besoins sur le plan des effectifs professionnels changent par le fait même, elle n'a aucun mécanisme simple pour aviser les membres touchés de l'effectif professionnel du changement de leur relation avec l'hôpital. Si l'hôpital désire recommander le transfert d'un

médecin ailleurs dans l'hôpital ou dans un autre hôpital ou mettre fin à sa relation avec un médecin, il se pourrait que l'hôpital ne puisse le faire sans déclencher les droits d'appel. La direction a expliqué que cette incapacité est imputable aux restrictions imposées par la *Loi sur les hôpitaux publics*; cela prend plus de temps et est plus coûteux que de proposer des changements ou des transferts pour les membres de l'effectif non professionnel, qui sont des employés de l'hôpital.

La direction de l'hôpital nous a également dit que le système des droits hospitaliers des médecins prévu dans la *Loi sur les hôpitaux publics* ne lui laisse aucune marge de manoeuvre pour apporter des ajustements à l'effectif des médecins et autres effectifs pour répondre à l'évolution des besoins locaux.

Le conseil de l'hôpital est enlisé dans une conflit avec l'un de ses médecins

La direction d'un conseil d'un hôpital nous a dit que le conseil a dû passer environ cinq ans à régler des différends administratifs et des litiges avec l'un de ses médecins :

- Le conseil de l'hôpital a essayé de ne pas renommer un médecin en 2009 en raison de l'existence de nombreux conflits entre le médecin et la direction de l'hôpital au sujet d'une politique de l'hôpital, ce qui a causé des perturbations qui ont mis en péril les soins aux patients.
- Des examens indépendants internes et externes de l'hôpital ont révélé que le médecin avait nui au fonctionnement d'un service dans l'hôpital. Même si l'enquête réalisée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a confirmé que le médecin n'avait pas observé les politiques de l'hôpital, le conseil de l'hôpital n'a pu refuser de le renommer, car celui-ci a interjeté appel de la décision devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé.

- En vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*, le médecin a pu continuer de travailler à l'hôpital entre 2009 et 2013 pendant que l'affaire était en appel. La Commission d'appel et de révision des professions de la santé a décidé en 2013 qu'il fallait renommer le médecin sans aucune condition.
- L'hôpital a dépensé plus de 800 000 \$ en honoraires juridiques dans ce dossier, soit l'équivalent du financement annuel de deux lits d'hospitalisation en soins actifs. Devant l'impossibilité de révoquer les droits hospitaliers du médecin ou d'exiger qu'il suive une formation comportementale, la direction de l'hôpital a fini par remédier au milieu de travail hostile en faisant travailler le médecin en heures supplémentaires.

Augmentation récente des litiges

L'Association canadienne de protection médicale offre aux médecins des conseils juridiques et des services de défense lorsque surviennent des problèmes médico-légaux dans le cadre de leurs activités professionnelles. Les types de problèmes médico-légaux pour lesquels l'Association peut offrir de l'assistance aux médecins comprennent, entre autres, les conflits avec les hôpitaux et les questions de ressources humaines.

Nous avons remarqué que l'Association canadienne de protection médicale a fait état au cours des cinq dernières années d'environ 2 250 cas juridiques portant sur des litiges entre les hôpitaux et leurs médecins. Le nombre de cas par année a augmenté de 87 % en dix ans, passant de 285 cas en 2006 à 533 cas en 2015.

4.5.2 Assurer la coordination avec les médecins est un défi pour les hôpitaux

Certains dirigeants d'hôpitaux estiment qu'il est difficile pour les hôpitaux, dans la structure actuelle, de réaliser l'intégration des soins aux patients. À titre d'exemple, les médecins dans certains

hôpitaux ont la latitude en tant que professionnels de choisir différentes marques d'instruments médicaux pour une même intervention chirurgicale, comme les attelles utilisées dans l'arthroplastie du genou, et il s'ensuit des différences dans la pratique et dans les coûts.

Nous avons également relevé des cas, comme dans la section précédente, où la direction de l'hôpital et les médecins ne travaillaient pas en collaboration et étaient donc incapables de fournir des services de soins de santé axés sur le patient.

D'autres exemples que nous avons relevés portaient davantage sur des problèmes d'établissement d'horaire et de dotation en général. Dans certains cas, les patients subissaient inutilement des inconvénients et des retards dans leur traitement, ce qui avait parfois des résultats très graves. Plus particulièrement, comme nous l'avons expliqué dans la **section 4.3.1**, le mode d'établissement de l'horaire de travail des chirurgiens a pour résultat que les hôpitaux, à différents moments de la journée, n'ont pas les ressources nécessaires pour traiter rapidement les patients dont le cas est urgent. La planification des services aux patients durant la fin de semaine et les congés fériés est également mal coordonnée, comme nous l'expliquons dans les **sections 4.3.2** et **4.4.3**. De plus, les fermetures de salles d'opération pendant la semaine de congé du mois de mars et durant l'été allongent aussi le temps d'attente de nombreux patients pour une intervention chirurgicale non urgente.

Les médecins que nous avons sondés sont au courant des problèmes de planification d'horaire et de coordination

D'après les résultats de notre sondage des médecins, ceux-ci connaissent également l'existence de ces problèmes. Certains répondants ont laissé entendre qu'une meilleure collaboration est nécessaire entre les hôpitaux et les médecins pour décider du caractère raisonnable des heures de travail et de la rémunération. À la question de notre sondage sur la planification de l'horaire et

l'utilisation des salles d'opération, certains médecins recommandaient de prévoir deux quarts de travail par jour dans les salles d'opération et des plages horaires toute la journée durant l'été pour mieux servir les patients et le personnel hospitalier. De nombreux médecins étaient conscients du besoin de prévoir davantage de temps le soir et la fin de semaine pour pratiquer des interventions chirurgicales.

À la question de savoir si les hôpitaux devraient avoir le pouvoir de faire entrer leurs médecins au travail si besoin est pour répondre à la demande de soins aux patients, y compris le soir et la fin de semaine, 58 % des médecins qui ont répondu au sondage se sont dits en désaccord et estimaient qu'il ne fallait pas obliger les médecins à travailler pendant ces périodes. Toutefois, 42 % des médecins se sont dits d'accord avec cette idée.

RECOMMANDATION 13

Pour que les hôpitaux, de concert avec les médecins, s'assurent de prendre les meilleures décisions en fonction de l'évolution des besoins des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit revoir le processus de nomination des médecins et le processus d'appel des hôpitaux et des médecins prévus dans la *Loi sur les hôpitaux publics*.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et élaborera un projet d'examen en consultation avec les intervenants.

RECOMMANDATION 14

Pour que les hôpitaux puissent prendre la meilleure décision pour tenir compte des besoins changeants des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit évaluer l'intérêt à long terme pour les hôpitaux d'embaucher, dans certains cas, des médecins au sein du personnel hospitalier.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et élaborera un projet d'examen en consultation avec les intervenants.

4.6 Une planification plus efficace de l'horaire du personnel infirmier s'impose

La main-d'oeuvre est la plus grosse dépense des hôpitaux et les effectifs hospitaliers se composent en majorité d'infirmières. Il s'ensuit que la dotation en personnel infirmier est un domaine important dans lequel les hôpitaux devraient chercher à réaliser des gains d'efficacité tout en assurant le maintien d'une norme sécuritaire de soins pour les patients.

Nous avons constaté que les hôpitaux pourraient faire davantage pour déployer le personnel infirmier de façon plus efficace. Premièrement, la mise en oeuvre de systèmes centralisés d'établissement des horaires réduirait le temps supplémentaire coûteux et le recours aux infirmières d'agences sans compromettre les soins aux patients.

L'établissement centralisé de l'horaire du personnel infirmier pourrait également permettre aux hôpitaux d'éviter de recourir à certaines mesures d'économie qu'ils utilisent actuellement, notamment faire entrer au travail un moins grand nombre d'infirmières et employer davantage d'infirmières auxiliaires autorisées que d'infirmières autorisées; nous examinons ce point dans les prochaines sections.

4.6.1 Les hôpitaux n'ont pas de systèmes efficaces pour planifier l'horaire du personnel infirmier

De nombreuses études montrent que la planification efficace de l'horaire du personnel infirmier au moyen d'un système centralisé peut réduire les coûts liés aux heures supplémentaires et à la dotation. Cependant, nous avons constaté ce qui suit :

- Aucun des trois hôpitaux visités ne disposait d'un système centralisé pour l'établissement des horaires qui leur permettrait de suivre et de gérer l'horaire de travail de chaque membre du personnel infirmier dans toutes les unités de l'hôpital.
- Seulement 27 % des hôpitaux qui ont répondu à notre sondage disposaient d'un tel système.

Dans les hôpitaux où il n'y a pas de système centralisé, chaque unité doit combler elle-même le manque de personnel infirmier, ce qui implique habituellement de demander au personnel infirmier d'effectuer des heures supplémentaires, ou d'appeler une agence pour obtenir du personnel de relève.

Par exemple, lorsqu'une infirmière d'une unité de médecine se déclare malade, l'unité communique avec une agence pour obtenir du personnel de relève plutôt que de vérifier auprès des autres unités de l'hôpital s'il y a du personnel infirmier disponible.

Bien que deux des trois hôpitaux visités aient une liste d'effectifs infirmiers pour prendre la relève en cas d'absence ou répondre à d'autres besoins temporaires liés à un manque de personnel, les hôpitaux n'ont pas tous une liste de ce genre. Dans les cas où il y en a une, la liste n'a été établie que récemment ou n'est pas suffisante pour éliminer le besoin de faire appel aux services coûteux des infirmières d'agences.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario fournit des lignes directrices aux hôpitaux pour qu'ils prennent les décisions de dotation en effectifs infirmiers d'après l'état des patients, l'étendue de la pratique et de l'expérience des effectifs actuels et le milieu de travail. Cependant, nous avons constaté que les hôpitaux visités n'étaient pas toujours en mesure de prendre des décisions éclairées au sujet des niveaux de dotation et de la planification des horaires, car ils ne disposaient pas d'un système permettant d'analyser leurs données sur la dotation.

Au cours des dernières années, il y a eu des augmentations importantes des coûts de dotation en

effectifs infirmiers dans ces hôpitaux, notamment les coûts liés aux agences, aux heures supplémentaires et aux congés de maladie.

4.6.2 L'augmentation des heures supplémentaires mène à la prise de congés de maladie et au recours coûteux aux infirmières d'agences

Les hôpitaux peuvent employer des infirmières à temps plein, à temps partiel ou occasionnelles. Ils les rémunèrent selon les taux horaires établis dans les conventions collectives sans égard à la catégorie. Par exemple, les infirmières auxiliaires autorisées reçoivent un taux horaire maximal de 34,20 \$ ainsi que des avantages sociaux dont une rente de

retraite, qu'elles soient à temps plein, à temps partiel ou occasionnelles.

Lorsque les hôpitaux ont besoin d'effectifs infirmiers supplémentaires, ils peuvent faire appel à des infirmières temporaires provenant d'agences. Ces infirmières ne sont pas liées par des conventions collectives et leurs taux horaires figurent dans des ententes distinctes conclues entre les agences et chaque hôpital.

En général, le taux horaire maximal du personnel provenant des agences est 27 % plus élevé que le taux prévu dans les conventions collectives pour une infirmière autorisée et 52 % plus élevé pour une infirmière auxiliaire autorisée (les taux tiennent déjà compte des avantages sociaux dont la rente de retraite). La **figure 14** fait état de l'emploi

Figure 14 : Comparaison de l'emploi, de la rémunération, des avantages sociaux et des heures de travail de différents types d'infirmières

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

	Classification de l'emploi			
	Temps plein	Temps partiel	Occasionnel	Agence
Employée de l'hôpital	Oui	Oui	Oui	Non
Employée syndiquée ¹	Oui	Oui	Oui	Non ²
Taux horaire maximal (ne comprend pas les avantages sociaux) :				
Infirmière auxiliaire autorisée	30 \$	30 \$	30 \$	52 \$
Infirmière autorisée	45 \$	45 \$	45 \$	65 \$
Avantages sociaux dont une rente de retraite	Estimation de 14 %	14 % tenant lieu d'avantages sociaux	14 % tenant lieu d'avantages sociaux	Le taux horaire comprend les avantages sociaux
Rémunération des heures supplémentaires régulières	1,5 x le taux horaire	1,5 x le taux horaire	1,5 x le taux horaire	Aucune
Rémunération des heures supplémentaires les jours fériés	1,5 x le taux horaire plus congé compensatoire	1,5 x le taux horaire	1,5 x le taux horaire	Aucune
Nombre de jours de congé de maladie ³	Jusqu'à 15 semaines en continu, mais il n'y a aucune limite établie pour l'année	Non couverts	Non couverts	s.o.
Nombre d'heures de travail par année	Heures régulières : 1 950 heures	Minimum de 1 170 heures	Ni minimum ni maximum	Ni minimum ni maximum

1. La majorité des infirmières qui travaillent dans les hôpitaux de l'Ontario sont syndiquées. Elles travaillent selon des conventions collectives négociées entre leurs syndicats respectifs et l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Les conventions collectives précisent, entre autres, le nombre minimal d'heures de travail exigé, les taux horaires et les taux de rémunération des heures supplémentaires.
2. Les infirmières qui proviennent d'agences ne sont pas syndiquées et, par conséquent, elles ne sont pas couvertes par les mêmes contrats que les autres infirmières. Leurs taux horaires sont en général plus élevés que les taux horaires syndicaux afin de compenser l'absence d'avantages sociaux. Les agences rémunèrent leurs infirmières pour le nombre d'heures travaillées d'après les taux horaires établis par l'agence ou d'après l'entente conclue entre l'agence et l'hôpital.
3. Cet aspect est couvert par le régime de congés de maladie de courte durée prévu dans le régime Hospitals of Ontario Disability Income Plan.

et de la rémunération des infirmières à temps plein, à temps partiel, occasionnelles et provenant d'agences.

Nous avons constaté que beaucoup d'infirmières dans les hôpitaux visités effectuaient couramment un grand nombre d'heures supplémentaires. Dans l'un des hôpitaux, la rémunération du nombre d'heures supplémentaires travaillées par les infirmières s'élevait à 6 millions de dollars, dont 2 millions de dollars en primes en 2014. L'hôpital aurait pu embaucher 31 infirmières à temps plein (minimum de 1 950 heures par année) ou 51 infirmières à temps partiel (minimum de 1 170 heures par année) avec le nombre d'heures supplémentaires qu'il a payées et ce, dans seulement deux unités.

Dans un autre hôpital visité, une infirmière autorisée à temps plein a effectué 4 040 heures supplémentaires sur une période de quatre ans; la rémunération de ces heures supplémentaires représentait à elle seule environ 247 000 \$. En moyenne, le nombre d'heures travaillées par cette infirmière tout au long de la période de quatre ans équivalait au nombre d'heures de travail de 1,5 infirmière à temps plein.

Si certaines infirmières apprécient le fait de pouvoir travailler en temps supplémentaire, les études montrent que le fait d'effectuer un trop grand nombre d'heures supplémentaires mène à l'épuisement professionnel et à la prise de congés de maladie. Par exemple :

- Dans les trois hôpitaux visités, la salle d'urgence et l'unité des soins intensifs comptaient le plus grand nombre d'heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier – et le plus grand nombre de jours de congé de maladie pris par le personnel infirmier.
- Dans un hôpital, nous avons constaté qu'une infirmière autorisée à temps plein avait effectué 2 180 heures supplémentaires entre 2011 et 2014 – et pris 125 jours de congé de maladie, soit une moyenne de 31 jours de congé de maladie par année (la moyenne sectorielle de 2014 pour les travailleurs de

la santé y compris les infirmières était de 11 jours de congé de maladie par année).

Les infirmières qui travaillent en Ontario peuvent prendre un congé à court terme (ou jours de congé de maladie) d'une durée maximale de 15 semaines alors que dans la plupart des autres provinces, les infirmières ont droit à 18 jours par année. Bien que le régime Hospitals of Ontario Disability Income Plan couvre les congés de maladie du personnel infirmier, ces absences ont quand même un coût pour les hôpitaux, qu'il s'agisse de la rémunération des heures supplémentaires travaillées par les autres membres du personnel infirmier qui prennent la relève ou des coûts associés au personnel de relève provenant d'agences de placement infirmier.

Nous avons remarqué que le nombre de jours de congé de maladie pris par le personnel infirmier est à la hausse alors que 8 % des membres du personnel infirmier dans un hôpital ont pris chacun 20 jours de congé de maladie en 2014-2015 et que 10 % ont pris entre 11 et 20 jours de congé de maladie.

La même année, 11 % des membres du personnel infirmier dans un autre hôpital ont pris plus de 20 jours de congé de maladie chacun et 7 % ont pris chacun entre 11 et 20 jours de congé de maladie.

Deux des trois hôpitaux visités géraient leur charge de travail en faisant appel à des infirmières d'agences en plus du travail en heures supplémentaires et des listes de personnel infirmier de relève. L'un de ces hôpitaux a indiqué qu'il avait de la difficulté à recruter des infirmières prodiguant des soins aux malades en phase critique. Le troisième hôpital misait uniquement sur le travail en heures supplémentaires.

Nous avons constaté que deux des trois hôpitaux n'avaient fait qu'une analyse sommaire des coûts et avantages du recours à des infirmières d'agences par rapport à d'autres types d'effectifs infirmiers. Par exemple, il serait possible de rémunérer des infirmières à temps plein pour des heures supplémentaires ou d'embaucher un plus grand nombre d'infirmières à temps partiel et occasionnelles pour

chaque unité de soins infirmiers. Pour sa part, le troisième hôpital avait effectué une analyse coûts avantages du recours aux infirmières d'agences, mais il a enregistré une hausse de 335 %, ou 2,5 millions de dollars, de ses coûts liés aux agences entre 2011-2012 et 2014-2015. Pour la somme que cet hôpital a consacrée en 2015 à l'embauchage d'infirmières d'agences pour son service des urgences, il aurait pu embaucher quatre infirmières à temps plein ou sept infirmières à temps partiel pour la salle d'urgence.

Dans ce même hôpital, une infirmière auxiliaire autorisée provenant d'une agence de placement infirmier avait travaillé plus de 1 530 heures en 2015. Il s'agit là d'une quantité d'heures excessive, car les infirmières à temps partiel dans cet hôpital ne sont tenues de travailler que 1 170 heures par année.

Le recours excessif aux infirmières d'agences est un problème, car en plus de coûter cher, cette solution crée un manque de continuité pouvant mener à des incohérences dans les soins prodigués aux patients.

4.6.3 La charge de travail des infirmières est plus lourde que ce que recommandent les pratiques exemplaires

Plusieurs administrations, dont la Californie, certains états en Australie et le Japon, ont des ratios obligatoires infirmière-patients qui définissent le niveau de dotation minimal en personnel infirmier. À l'heure actuelle, l'Ontario n'a pas de ratio obligatoire infirmière-patients, mais d'après les études qui ont été réalisées, la pratique exemplaire est un ratio de 1:4 (une infirmière pour quatre patients) dans les unités de médecine et de chirurgie.

Selon le *Journal of the American Medical Association*, passé ce ratio, chaque patient supplémentaire qui s'ajoute à la charge de travail de l'infirmière accroît de 7 % le risque de décès d'un patient.

Dans les trois grands hôpitaux communautaires visités, nous avons remarqué que le ratio infirmière-patients était de 1:6 durant le jour et de

1:7 durant les quarts de nuit pour les patients des unités de médecine et de chirurgie.

Notre sondage des grands hôpitaux communautaires a également révélé que le ratio infirmière-patients pour les unités de médecine atteint 1:9 durant les quarts de nuit. La majorité des répondants ont attribué les ratios infirmière-patients plus bas aux pénuries de personnel causées par le manque de financement.

Nous avons également remarqué une tendance récente selon laquelle les hôpitaux embauchent davantage d'infirmières auxiliaires autorisées (leur taux horaire est plus bas que celui des infirmières autorisées) à cause des contraintes financières; 82 % des hôpitaux sondés ont admis qu'ils ont réalisé des économies en modifiant le nombre d'infirmières autorisées par rapport au nombre d'infirmières auxiliaires autorisées.

D'après l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, les données de 2014 de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent que l'Ontario a le deuxième plus bas nombre d'infirmières autorisées par habitant (après la Colombie-Britannique) comparativement aux autres provinces canadiennes. En 2014, l'Ontario comptait 71,4 infirmières autorisées pour 10 000 personnes par rapport à 83,6 dans le reste du Canada.

RECOMMANDATION 15

Pour assurer une meilleure utilisation des ressources hospitalières affectées aux soins infirmiers dans chaque unité, les hôpitaux doivent :

- évaluer le besoin de mettre en oeuvre un système de planification des horaires plus efficace, tel qu'un système d'information à l'échelle de l'hôpital qui centralise la planification de l'horaire de travail de tous les effectifs infirmiers d'après les besoins des patients;
- consigner et analyser de façon plus rigoureuse les heures supplémentaires et les congés de maladie du personnel infirmier et effectuer des études coûts avantages

rigoureuses pour éclairer la prise de décision relative à l'utilisation de différents types d'effectifs infirmiers sans recourir de façon excessive aux infirmières d'agences pour combler le manque de personnel.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à la recommandation. Si ce n'est déjà fait, les hôpitaux effectueront une analyse coûts avantages des options pour assurer une planification centralisée plus rigoureuse des horaires, notamment l'utilisation d'un système de planification électronique. Les hôpitaux examineront les méthodes actuelles de compte rendu des heures supplémentaires, des congés de maladie et du recours aux agences afin de renforcer le compte rendu pour mieux décider des moyens à prendre pour réduire les heures supplémentaires et le recours aux agences, s'il y a lieu. À elle seule, une solution de dotation électronique ne réglera pas le problème, car c'est plutôt un outil pour faciliter le suivi et la surveillance pour la prise de décision. Les hôpitaux examineront leur modèle actuel de dotation en effectifs infirmiers pour s'assurer que les ressources en place permettent de réduire au minimum les congés de maladie et les heures supplémentaires, de répondre aux besoins des patients et de faire preuve de prudence sur la plan financier, et ils apporteront des ajustements au besoin.

4.7 Il faut améliorer la protection des patients et de leurs renseignements de santé personnels

4.7.1 La vérification des antécédents n'est pas effectuée de façon systématique

L'un des hôpitaux visités n'effectuait pas de vérification de casier judiciaire avant d'embaucher de nouveaux employés. Les deux autres le faisaient,

mais ils ne mettaient pas à jour périodiquement les vérifications concernant le personnel en place.

En Colombie-Britannique, les hôpitaux exigent que toutes les personnes qui travaillent auprès d'enfants ou d'adultes vulnérables fassent l'objet d'une vérification de casier judiciaire avant leur embauche et au moins une fois aux cinq ans par la suite. Les hôpitaux de l'Ontario n'ont pas d'obligation semblable à l'heure actuelle.

4.7.2 Les comptes ne sont pas toujours fermés en temps opportun

Nous avons relevé des faiblesses importantes dans la protection des patients et de leurs renseignements personnels contenus dans les systèmes informatiques des trois grands hôpitaux communautaires visités.

Dans l'un des hôpitaux, par exemple, nous avons relevé 136 comptes informatiques actifs de personnes qui ne travaillaient plus à l'hôpital. Dans un autre hôpital, plus de 14 jours s'étaient écoulés avant que des comptes qui n'étaient plus nécessaires dans 20 % des 730 cas que nous avons examinés soient supprimés. Nous avons également remarqué que le service des ressources humaines de cet hôpital n'informait pas toujours rapidement le service de la TI des changements de personnel.

Au troisième hôpital, nous avons constaté que 22 employés avaient plusieurs comptes informatiques sans raison justifiable.

4.7.3 Les ordinateurs laissés sans surveillance ne sont pas automatiquement déconnectés

Le risque d'un accès non autorisé aux renseignements de santé personnels augmente quand on laisse des ordinateurs connectés et sans surveillance. Le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario recommande de mettre en place, au besoin, des délais d'inactivité automatiques de sorte que le système d'information électronique de l'hôpital ferme la session ou

verrouille l'écran de l'ordinateur après une courte période d'inactivité.

Nous avons remarqué que l'un des hôpitaux visités avait signalé un incident qui a mis ce risque en lumière et qu'il a pris des mesures pour corriger la situation. En mars 2016, un fournisseur de services de santé externe non autorisé a utilisé un ordinateur laissé sans surveillance pour prendre connaissance des renseignements d'un patient pendant que l'infirmière était sortie de la salle d'urgence.

Dans un autre hôpital, aucun des quelque 2 000 ordinateurs n'était doté d'une fonction de déconnexion automatique; une application importante contenant des renseignements de santé personnels était programmée pour se fermer automatiquement seulement après 12 heures d'inactivité.

4.7.4 Appareils portables non chiffrés

En 2007, à la suite de plusieurs incidents de perte et de vol de clés USB et d'ordinateurs portatifs contenant des milliers de dossiers de santé personnels, le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario a recommandé que les hôpitaux mettent en oeuvre le chiffrement général des appareils électroniques portables. Le chiffrement protège les données stockées dans les appareils informatiques mobiles en empêchant la consultation ou l'accès non autorisés.

Nous avons constaté que l'un des hôpitaux visités n'avait aucun contrôle en place pour empêcher les employés d'utiliser des clés USB non chiffrées. De plus, ce même hôpital n'avait pas de système centralisé pour faire le suivi des actifs de TI. Un autre hôpital visité n'avait aucun processus pour gérer les clés USB.

RECOMMANDATION 16

Pour assurer la sécurité des patients et la protection de leurs renseignements de santé personnels, les hôpitaux doivent disposer de processus efficaces pour :

- effectuer des vérifications de casier judiciaire avant l'embauchage des nouveaux employés et mettre à jour périodiquement les vérifications concernant le personnel en place, en particulier les employés qui travaillent auprès des enfants et des patients vulnérables;
- désactiver l'accès à tous les systèmes d'information de l'hôpital pour quiconque n'est plus à l'emploi de l'hôpital;
- au besoin, mettre en oeuvre des fonctions adéquates de déconnexion automatique pour les ordinateurs et les systèmes d'information qui contiennent des renseignements concernant les patients;
- chiffrer tous les appareils portables, tels que les ordinateurs portatifs et les clés USB, utilisés par le personnel de l'hôpital pour accéder aux renseignements concernant les patients.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à la recommandation. Les hôpitaux examineront et amélioreront leurs pratiques concernant la désactivation des comptes des employés congédiés, la fermeture de session automatique et les appareils portables chiffrés. Les hôpitaux inviteront l'Association des hôpitaux de l'Ontario à élaborer une norme pour l'ensemble des hôpitaux de la province concernant les vérifications de casier judiciaire et s'assureront que leurs pratiques sont conformes à cette norme.

4.8 Le mauvais entretien de l'équipement médical fait courir des risques aux patients

Dans les trois grands hôpitaux communautaires visités, nous avons constaté que l'entretien préventif de l'équipement de grande taille comme les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les tomodensitomètres est effectué régulièrement par les fournisseurs externes. Cependant, pour

l'équipement médical de petite taille (comme les ventilateurs) dont l'entretien est effectué en général à l'interne, aucun des hôpitaux visités n'avait de calendrier d'entretien préventif exact et complet pour son équipement médical, ce qui augmentait le risque que du matériel d'une importance vitale ne fasse pas l'objet de l'entretien exigé.

4.8.1 Les listes d'entretien préventif sont inexactes

Dans l'un des hôpitaux, seulement 83 % de tout l'équipement médical faisait partie du programme d'entretien préventif. Nous avons également remarqué que la base de données de l'hôpital sur l'entretien préventif n'était pas à jour, car elle comprenait environ 310 appareils médicaux qui avaient déjà été retirés de la liste d'entretien.

Dans un autre hôpital, de l'équipement mis hors service n'avait pas été retiré de la liste de l'entretien planifié de l'hôpital et, par conséquent, des techniciens perdaient du temps à chercher de l'équipement qui n'existait pas.

Au troisième hôpital, environ 35 % de tout l'équipement médical ne figurait pas dans le calendrier d'entretien préventif, notamment de l'équipement à risque élevé comme les appareils d'anesthésie, les ventilateurs et les aspirateurs.

4.8.2 L'entretien préventif est effectué de façon sporadique

L'Emergency Care Research Institute classe certains éléments de l'équipement hospitalier comme équipement à « risque élevé » si une panne ou une mauvaise utilisation de l'équipement est raisonnablement susceptible de causer des blessures graves aux patients ou au personnel. Par exemple, les appareils de survie, les appareils de réanimation et les moniteurs de signes vitaux sont tous considérés comme de l'équipement à risque élevé.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, qui agréé et certifie plus de 20 000 organismes et programmes de soins de

santé aux États-Unis, recommande que les hôpitaux accordent la priorité à l'entretien de l'équipement à risque élevé et prennent des mesures pour s'assurer que l'entretien n'est ni laissé de côté ni reporté.

Nous avons remarqué que de l'équipement médical à risque élevé ne faisait pas l'objet de l'entretien régulier prévu dans les manuels d'entretien ou dans la politique de l'hôpital :

- Dans l'un des hôpitaux, 20 % de l'équipement médical n'était pas entretenu en conformité avec le calendrier et certains travaux d'entretien étaient en retard de deux ans. Cela comprenait des appareils à risque élevé comme des ventilateurs, des appareils d'anesthésie et des défibrillateurs utilisés dans la salle d'urgence, les unités de soins intensifs et les salles d'opération.
- Dans un autre hôpital, nous avons examiné tous les travaux d'entretien planifiés et nous avons constaté que seulement 53 % de l'équipement était entretenu en conformité avec le calendrier, que l'entretien avait été effectué en retard pour 30 % de l'équipement et que 17 % n'avait fait l'objet d'aucun entretien.
- Au troisième hôpital, le nombre d'incidents touchant des patients et impliquant des appareils médicaux avait triplé entre 2011 et 2015. L'hôpital attribuait cette situation à un changement de sa politique sur le signalement des incidents touchant les patients. Nous avons également remarqué que certains appareils à risque élevé impliqués dans des incidents touchant les patients ne figuraient pas dans la base de données de l'hôpital sur l'entretien préventif.

Dans les trois hôpitaux visités, nous avons remarqué que l'entretien préventif planifié n'avait pas été effectué principalement pour les raisons suivantes : les calendriers d'entretien étaient incomplets et inexacts; il n'y avait pas suffisamment de personnel d'entretien pour effectuer tous les travaux nécessaires; enfin, le rendement du personnel responsable de l'entretien préventif n'était pas surveillé.

RECOMMANDATION 17

Pour que l'équipement médical fonctionne correctement au moment où l'on en a besoin et que tant les patients que les travailleurs de la santé soient en sécurité quand on utilise l'équipement, les hôpitaux doivent :

- disposer d'une liste complète de l'équipement médical comportant de l'information exacte et à jour sur tout l'équipement qui nécessite un entretien préventif continu;
- effectuer l'entretien préventif et fonctionnel d'après les spécifications des fabricants ou d'autres spécifications établies et surveiller le travail d'entretien pour s'assurer qu'il est effectué correctement et en temps opportun;

- surveiller le rendement du personnel responsable de l'entretien préventif pour s'assurer que l'équipement est entretenu en conformité avec le calendrier pertinent.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Nous souscrivons à la recommandation. Les hôpitaux s'assureront que les bases de données utilisées pour consigner les activités d'entretien préventif contiennent des renseignements à jour et que les activités d'entretien préventif, y compris le rendement du personnel responsable de l'entretien préventif, font l'objet d'un suivi pour s'assurer qu'elles sont effectuées.

Annexe 1 : Hôpitaux publics de l'Ontario, par type d'hôpital, réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) et financement, 2015-2016

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

Hôpital	Type d'hôpital	RLISS	Financement (en M\$)
1 Trillium Health Partners	Grand hôpital communautaire	Mississauga Halton	714
2 William Osler Health System	Grand hôpital communautaire	Centre-Ouest	489
3 Niagara Health System	Grand hôpital communautaire	Hamilton Niagara Haldimand Brant	385
4 Lakeridge Health	Grand hôpital communautaire	Centre-Est	335
5 Hôpital régional de Windsor	Grand hôpital communautaire	Érié St-Clair	320
6 Hôpital régional Humber River	Grand hôpital communautaire	Centre	307
7 Centre régional de santé Southlake	Grand hôpital communautaire	Centre	294
8 Rouge Valley Health Systems	Grand hôpital communautaire	Centre-Est	269
9 Hôpital de Scarborough	Grand hôpital communautaire	Centre-Est	259
10 Hôpital général de North York	Grand hôpital communautaire	Centre	248
11 Halton Healthcare Services Corp	Grand hôpital communautaire	Mississauga Halton	244
12 Centre régional de santé de Peterborough	Grand hôpital communautaire	Centre-Est	219
13 Hôpital Grand River	Grand hôpital communautaire	Waterloo Wellington	215
14 Centre régional de santé Royal Victoria	Grand hôpital communautaire	Simcoe Nord Muskoka	211
15 Centre de santé St-Joseph (Toronto)	Grand hôpital communautaire	Centre-Toronto	199
16 Hôpital Toronto East General	Grand hôpital communautaire	Centre-Toronto	192
17 Centre régional de santé de North Bay	Grand hôpital communautaire	Nord-Est	183
18 Mackenzie Health	Grand hôpital communautaire	Centre	179
19 Hôpital de Markham-Stouffville	Grand hôpital communautaire	Centre	162
20 Hôpital Queensway Carleton	Grand hôpital communautaire	Champlain	149

			Financement	
Hôpital	Type d'hôpital	RLISS	(en M\$)	
21	Quinte Healthcare Corp	Grand hôpital communautaire	Sud-Est	139
22	Bluewater Health	Grand hôpital communautaire	Érié St-Clair	131
23	Hôpital de Sault-Sainte-Marie	Grand hôpital communautaire	Nord-Est	131
24	Grey Bruce Health Services	Grand hôpital communautaire	Sud-Ouest	128
25	Brant Community Healthcare System	Grand hôpital communautaire	Hamilton Niagara Haldimand Brant	121
26	Hôpital général St. Mary	Grand hôpital communautaire	Waterloo Wellington	121
27	Hôpital Joseph Brant	Grand hôpital communautaire	Hamilton Niagara Haldimand Brant	117
28	Hôpital général de Guelph	Grand hôpital communautaire	Waterloo Wellington	106
29	Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia	Grand hôpital communautaire	Simcoe Nord Muskoka	92
30	Hôpital Memorial de Cambridge	Grand hôpital communautaire	Waterloo Wellington	89
31	Hôpital communautaire de Cornwall	Grand hôpital communautaire	Champlain	78
32	Hôpital général de Woodstock (Fondation)	Grand hôpital communautaire	Sud-Ouest	71
33	Hôpital général de St. Thomas-Elgin	Grand hôpital communautaire	Sud-Ouest	67
34	Hôpital général de Stratford	Grand hôpital communautaire	Sud-Ouest	67
35	Hôpital de Timmins et du district	Grand hôpital communautaire	Nord-Est	65
36	Hôpital Ross Memorial	Grand hôpital communautaire	Centre-Est	65
37	Public General Hospital Society of Chatham	Grand hôpital communautaire	Érié St-Clair	62
38	Hôpital régional de Pembroke	Grand hôpital communautaire	Champlain	54
39	Muskoka Algonquin Healthcare	Grand hôpital communautaire	Simcoe Nord Muskoka	51
40	Hôpital général de Brockville	Grand hôpital communautaire	Sud-Est	50
41	Hôpital général de la baie Georgienne	Grand hôpital communautaire	Simcoe Nord Muskoka	45
42	Headwaters Health Care Centre	Grand hôpital communautaire	Centre-Ouest	45
43	Hôpital Northumberland Hills	Grand hôpital communautaire	Centre-Est	42

Hôpital	Type d'hôpital	RLISS	Financement (en M\$)	
44	Hôpital du district de Perth et de Smiths Falls	Grand hôpital communautaire	Sud-Est	40
45	Hôpital General and Marine de Collingwood	Grand hôpital communautaire	Simcoe Nord Muskoka	36
46	Hôpital général de Norfolk	Grand hôpital communautaire	Hamilton Niagara Haldimand Brant	35
47	Centre de santé de l'Ouest de Parry Sound	Grand hôpital communautaire	Nord-Est	33
48	Hôpital Memorial du district de Leamington	Grand hôpital communautaire	Érié St-Clair	29
49	Hôpital général de Strathroy-Middlesex	Grand hôpital communautaire	Sud-Ouest	29
50	St. Joseph's Health Services Association of Chatham Inc	Grand hôpital communautaire	Érié St-Clair	28
51	Hôpital du district du lac des Bois	Grand hôpital communautaire	Nord-Ouest	27
52	Hôpital Memorial du district de Winchester	Grand hôpital communautaire	Champlain	27
53	Hôpital Général de Hawkesbury & District General Hospital Inc.	Grand hôpital communautaire	Champlain	21
54	Hôpital Stevenson Memorial	Grand hôpital communautaire	Centre	20
55	Hôpital général St-Joseph	Grand hôpital communautaire	Nord-Est	19
56	Hôpital Temiskaming	Grand hôpital communautaire	Nord-Est	19
57	Hôpital du district de Sydenham	Grand hôpital communautaire	Érié St-Clair	18
58	Hôpital Women's College	Petit hôpital	Centre-Toronto	73
59	Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview	Petit hôpital	Centre-Toronto	47
60	Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout	Petit hôpital	Nord-Ouest	31
61	South Bruce Grey Health Centre	Petit hôpital	Sud-Ouest	31
62	Weeneebayko Area Health Authority	Petit hôpital	Nord-Est	27
63	Riverside Health Care Facilities Inc	Petit hôpital	Nord-Ouest	26
64	Hôpital Victoria de Renfrew	Petit hôpital	Champlain	24
65	Hôpital général du comté de Lennox et Addington	Petit hôpital	Sud-Est	22
66	Hôpital Memorial du district de Tillsonburg	Petit hôpital	Sud-Ouest	21
67	Centre régional de santé de Dryden	Petit hôpital	Nord-Ouest	20
68	Hôpital du district de Kemptville	Petit hôpital	Champlain	20
69	Hôpital de Kirkland et du district	Petit hôpital	Nord-Est	20
70	Hôpital communautaire Groves Memorial	Petit hôpital	Waterloo Wellington	17
71	Hôpital Alexandra Marine and General	Petit hôpital	Sud-Ouest	17
72	Centre de santé Manitoulin	Petit hôpital	Nord-Est	16
73	North Wellington Health Care Corp	Petit hôpital	Waterloo Wellington	16
74	Hôpital Sensenbrenner	Petit hôpital	Nord-Est	16

			Financement	
Hôpital	Type d'hôpital	RLISS	(en M\$)	
75	Arnprior Regional Health	Petit hôpital	Champlain	16
76	Hôpital général de Nipissing Ouest	Petit hôpital	Nord-Est	15
77	Hôpital Memorial de Listowel	Petit hôpital	Sud-Ouest	14
78	Hôpital Memorial de Campbellford	Petit hôpital	Centre-Est	14
79	Hôpital de Hanover et du district	Petit hôpital	Sud-Ouest	14
80	Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst)	Petit hôpital	Nord-Est	13
81	Hôpital Alexandra	Petit hôpital	Sud-Ouest	13
82	Pavillon santé du district de Blind River	Petit hôpital	Nord-Est	13
83	Hôpital War Memorial de Haldimand	Petit hôpital	Hamilton Niagara Haldimand Brant	12
84	Hôpital général d'Espanola	Petit hôpital	Nord-Est	12
85	Hôpital général d'Almonte	Petit hôpital	Champlain	12
86	Hôpital de Wingham et du district	Petit hôpital	Sud-Ouest	12
87	North of Superior Healthcare Group ¹	Petit hôpital	Nord-Ouest	12
88	Hôpital général de Haldimand-Ouest	Petit hôpital	Hamilton Niagara Haldimand Brant	11
89	Hôpital public de Clinton	Petit hôpital	Sud-Ouest	11
90	Hôpital Glengarry Memorial	Petit hôpital	Champlain	10
91	Hôpital Lady Minto – Cochrane	Petit hôpital	Nord-Est	10
92	Hôpital Memorial de Carleton Place et du district	Petit hôpital	Champlain	10
93	Haliburton Highlands Health Services Corporation	Petit hôpital	Centre-Est	10
94	Hôpital du district de Geraldton	Petit hôpital	Nord-Ouest	10
95	Services de santé Four Counties	Petit hôpital	Sud-Ouest	9
96	Hôpital St. Francis Memorial	Petit hôpital	Champlain	8
97	Hôpital général Anson	Petit hôpital	Nord-Est	8
98	Hôpital Memorial de St. Marys	Petit hôpital	Sud-Ouest	8
99	Hôpital général d'Atikokan	Petit hôpital	Nord-Ouest	7
100	Services de Santé de Chapleau Health Services	Petit hôpital	Nord-Est	7
101	Hôpital de South Huron	Petit hôpital	Sud-Ouest	7
102	Centre de santé Lady Dunn	Petit hôpital	Nord-Est	7
103	Hôpital communautaire de Seaforth	Petit hôpital	Sud-Ouest	7
104	Hôpital de Deep River et du district	Petit hôpital	Champlain	7
105	Hôpital Memorial du district de Nipigon	Petit hôpital	Nord-Ouest	7
106	Hôpital Margaret Cochenour Memorial de Red Lake	Petit hôpital	Nord-Ouest	6
107	Hôpital d'Englehart et du district	Petit hôpital	Nord-Est	6
108	Hôpital général de Mattawa	Petit hôpital	Nord-Est	6
109	Hôpital Bingham Memorial	Petit hôpital	Nord-Est	6
110	Hôpital de Smooth Rock Falls	Petit hôpital	Nord-Est	6
111	Hôpital général de Manitouwadge	Petit hôpital	Nord-Ouest	5
112	Maison de soins palliatifs Casey House	Petit hôpital	Centre-Toronto	5
113	Hôpital communautaire de Hornepayne	Petit hôpital	Nord-Est	4
114	University Health Network	Hôpital universitaire	Centre-Toronto	991

Hôpital	Type d'hôpital	RLISS	Financement (en M\$)
115	Hamilton Health Sciences Corp	Hôpital universitaire Hamilton Niagara Haldimand Brant	834
116	London Health Sciences Centre	Hôpital universitaire Sud-Ouest	748
117	L'hôpital d'Ottawa	Hôpital universitaire Champlain	693
118	Centre Sunnybrook des sciences de la santé	Hôpital universitaire Centre-Toronto	599
119	Hospital for Sick Children	Universitaire (soins spécialisés pour enfants)	448
120	Hôpital St. Michael	Hôpital universitaire Centre-Toronto	436
121	Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton	Hôpital universitaire Hamilton Niagara Haldimand Brant	402
122	Sinai Health System	Hôpital universitaire Centre-Toronto	366
123	Horizon Santé-Nord	Hôpital universitaire Nord-Est	295
124	Hôpital général de Kingston	Hôpital universitaire Sud-Est	282
125	St. Joseph's Health Care London	Hôpital universitaire Sud-Ouest	269
126	Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	Hôpital universitaire Nord-Ouest	205
127	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	Universitaire (soins spécialisés pour enfants)	145
128	Hôpital Montfort	Hôpital universitaire Champlain	142
129	Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Hôpital universitaire Champlain	130
130	Religious Hospitaliers of St. Joseph of the Hotel Dieu of Kingston	Hôpital universitaire Sud-Est	52
131	Bruyère Continuing Care Inc	Malades chroniques/ réadaptation	93
132	St. Joseph's Care Group Corp	Malades chroniques/ réadaptation	91
133	Hôpital Hôtel-Dieu Grace (Windsor)	Malades chroniques/ réadaptation	72
134	Providence Care Centre	Malades chroniques/ réadaptation	71
135	Centre de soins de santé West Park	Malades chroniques/ réadaptation	64
136	Providence Health Care	Malades chroniques/ réadaptation	58
137	Centre Baycrest pour soins gériatriques	Malades chroniques/ réadaptation	58
138	Centre de soins de santé Runnymede	Malades chroniques/ réadaptation	37
139	Religious Hospitaliers of St. Joseph of the Hôtel Dieu of St. Catharines	Malades chroniques/ réadaptation	27
140	Centre de santé St-Joseph (Guelph)	Malades chroniques/ réadaptation	18
141	Salvation Army Grace Hospital	Malades chroniques/ réadaptation	18

Hôpital			Type d'hôpital	RLISS	Financement (en M\$)
142	St. Joseph's Continuing Care Centre of Sudbury		Malades chroniques/ réadaptation	Nord-Est	11
143	Les religieuses hospitalières de St-Joseph de Cornwall		Malades chroniques/ réadaptation	Champlain	8
144	Centre de toxicomanie et de santé mentale		Hôpital psychiatrique spécialisé	Centre-Toronto	261
145	Centre de soins de santé mentale Waypoint		Hôpital psychiatrique spécialisé	Simcoe Nord Muskoka	121
146	Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores		Hôpital psychiatrique spécialisé	Centre-Est	118
147	Les Services de santé Royal Ottawa		Hôpital psychiatrique spécialisé	Champlain	102
Financement total					16 973

1. L'Hôpital général Wilson Memorial et l'Hôpital McCausland ont fusionné pour former le North of Superior Healthcare Group le 1^{er} avril 2016.

Annexe 2 : Pratiques exemplaires dans certains domaines d'opérations hospitalières

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Domaine d'opérations hospitalières	Pratiques exemplaires
Taux d'occupation	D'après de nombreuses études cliniques ^{1, 2, 3, 4} , un taux d'occupation supérieur à 85 % entraîne de plus longs temps d'attente pour un lit d'hospitalisation dans les unités de soins actifs et accroît le risque de contracter des infections nosocomiales, telles que des infections de la circulation sanguine, pouvant causer la sepsie.
Patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui attendent un placement dans un foyer de soins de longue durée	Les autres provinces canadiennes, notamment la Colombie-Britannique, le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, exigent que les patients soient transférés dans le premier foyer de soins de longue durée où un lit se libère où que ce soit dans la province. La Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick exigent que les patients soient transférés dans tout foyer de soins de longue durée où un lit est disponible dans la même région.
Temps d'attente pour un lit	L'Association canadienne des médecins d'urgence recommande que le temps d'attente médian dans les unités de soins intensifs et les autres unités de soins actifs ne dépasse pas deux heures et que 90 % des patients soient transférés dans un lit d'hospitalisation dans un délai de huit heures.
Gestion des lits	Certains hôpitaux utilisent un système de TI pour la gestion intégrée des lits, qui offre de l'information en temps réel sur les lits disponibles et sur la demande de lits.
Admission et mise en congé des patients	Les hôpitaux de Kaiser Permanente ⁵ prennent les mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • diriger les patients dans la mesure du possible vers les programmes et les services des cliniques de consultations externes • s'assurer que les patients restent à l'hôpital seulement aussi longtemps que leur état l'exige • étaler le volume d'admissions et de mises en congé des patients tout au long de la journée et tout au long de la semaine en planifiant à l'avance les mises en congé
Planification de l'horaire des salles d'opération	Les hôpitaux de Kaiser Permanente ⁵ ont une salle d'opération réservée aux interventions chirurgicales urgentes. De plus, pour faciliter la planification des lits, ces hôpitaux planifient également la réalisation des mêmes types d'interventions chirurgicales non urgentes pour le même jour (p. ex. toutes les chirurgies orthopédiques le mardi). Étant donné que la durée de séjour prévue à l'hôpital est habituellement la même pour un même type de chirurgie, la plupart de ces patients peuvent obtenir leur congé le même jour pour assurer une meilleure gestion des lits.
Déclaration des temps d'attente pour une intervention chirurgicale non urgente	D'autres administrations comme la Nouvelle-Écosse et le Royaume-Uni déclarent les temps d'attente à compter de la date de l'aiguillage du patient par le médecin de famille jusqu'à la date à laquelle le patient subit l'intervention chirurgicale non urgente.
Vérifications de casier judiciaire	En Colombie-Britannique, les hôpitaux exigent que toutes les personnes qui travaillent auprès d'enfants ou d'adultes vulnérables fassent l'objet d'une vérification de casier judiciaire avant leur embauchage et au moins une fois aux cinq ans par la suite.

Domaine d'opérations hospitalières	Pratiques exemplaires
Planification de l'horaire de travail du personnel infirmier	Les hôpitaux de Kaiser Permanente ⁵ utilisent un système centralisé de planification à l'échelle de l'hôpital pour planifier les quarts de travail du personnel infirmier. De plus, ils emploient principalement des infirmières à temps partiel plutôt qu'à temps plein afin d'améliorer la flexibilité de la main-d'oeuvre. Les données sur les heures supplémentaires, sur l'utilisation d'infirmières d'agences et sur les congés de maladie sont également recueillies dans un système centralisé pour en faciliter l'analyse.

1. The BMJ (anciennement la revue *British Medical Journal*), « Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model » (juillet 1999).
2. The BMJ (anciennement la revue *British Medical Journal*), « Bed utilisation and increased risk of Clostridium difficile infections in acute hospitals in England in 2013/2014 » (septembre 2016).
3. Ministère de la Santé et des Enfants, Irlande, « Acute Hospital Bed Capacity, A National Review » (2002), p. 54.
4. European Society of Clinical Infectious Diseases, « Bed occupancy rates and hospital-acquired infections—should beds be kept empty? » (juin 2012).
5. L'entreprise Kaiser Permanente est l'un des principaux fournisseurs de soins de santé et de régimes de soins de santé sans but lucratif aux États-Unis. L'entreprise gère 38 hôpitaux, plus de 600 médecins et d'autres installations de consultations externes. Elle offre également des programmes de formation sur ses principales pratiques exemplaires dans le domaine des soins de santé et de l'intégration de systèmes dans l'ensemble de ses régimes de soins de santé, de ses hôpitaux et de ses groupes de médecins.

Annexe 3 : Recommandations pertinentes formulées dans des rapports antérieurs et état actuel de ces recommandations

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Recommandations pertinentes formulées dans des rapports antérieurs	État actuel détaillé dans le présent rapport*
3.08 Processus de placement en foyer de soins de longue durée (2012)	
<p>Recommandation 2</p> <p>Pour aider les clients à sortir plus rapidement de l'hôpital et aider à gérer les listes d'attente croissantes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit envisager les options retenues par d'autres administrations, prévoir des solutions de rechange communautaires aux foyers de soins de longue durée (SLD) et demander aux foyers de SLD de fournir des programmes additionnels de soins de rétablissement et de transition afin d'améliorer, entre autres, la capacité fonctionnelle des clients...</p>	<p>4.4.1 La pénurie de lits est causée par le fait que des patients attendent à l'hôpital de recevoir d'autres types de soins.</p>
3.02 Mise en congé des patients hospitalisés (2010)	
<p>Recommandation 5</p> <p>Afin d'aider à réduire le temps que doivent attendre les patients admis à l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour avoir accès à un lit : les hôpitaux doivent examiner les heures et les jours de la semaine auxquels les patients sont admis et ceux auxquels ils reçoivent leur congé, et organiser les mises en congé de manière à ce qu'on dispose d'assez de temps pour préparer les lits en vue des nouvelles admissions, particulièrement pour les patients qui se présentent aux heures qui ont été déterminées comme étant des périodes de pointe des admissions; • les grands hôpitaux doivent évaluer les coûts et les avantages de la mise en oeuvre d'un système de gestion des lits qui fournit une information « en temps réel » sur l'état de la situation concernant la disponibilité des lits... 	<p>4.4.3 La planification médiocre des admissions et des mises en congé allonge les temps d'attente pour un lit.</p> <p>4.4.2 Les hôpitaux n'ont pas de systèmes efficaces pour allouer les lits.</p>
3.05 Services des urgences des hôpitaux (2010)	
<p>Recommandation 5</p> <p>Afin de s'assurer d'identifier et de nettoyer les lits d'hospitalisation vacants et de les rendre disponibles en temps opportun pour les patients hospitalisés qui attendent à l'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les hôpitaux doivent se doter d'un processus efficace pour identifier les lits vacants et faire en sorte que l'information sur la disponibilité de lits vacants se transmette entre les unités de soins et les urgences... 	<p>4.4.2 Les hôpitaux n'ont pas de systèmes efficaces pour allouer les lits.</p>
3.09 Hôpitaux – Gestion et utilisation des installations chirurgicales (2007)	
<p>Recommandation 4</p> <p>Pour mieux garantir le traitement équitable et rapide des patients nécessitant une chirurgie urgente, les hôpitaux devraient : [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> • examiner si les cas urgents se voient accorder la priorité par tous les chirurgiens conformément à la politique de l'hôpital et si les patients reçoivent les soins chirurgicaux dans les délais prescrits, et prendre des mesures correctives s'il y a lieu; • examiner les coûts et les avantages associés au fait de réserver chaque jour du temps d'utilisation des salles d'opération pour les cas chirurgicaux urgents dans le cadre des activités normales prévues... 	<p>4.3.1 Les patients attendent trop longtemps pour les interventions chirurgicales urgentes.</p>
<p>Recommandation 6</p> <p>Pour permettre à la fois aux patients et aux fournisseurs de soins de santé de prendre des décisions éclairées et pour aider à faire en sorte que les patients reçoivent des soins chirurgicaux répondant à leurs besoins dans les délais appropriés [...] le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait [...] surveiller les temps d'attente des patients selon chaque niveau de priorité et selon le chirurgien, et ce, pour tous les types de chirurgie.</p>	<p>4.3.2 Les patients attendent trop longtemps pour certaines interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes.</p>

Recommandations pertinentes formulées dans des rapports antérieurs	État actuel détaillé dans le présent rapport*
3.05 Hôpitaux – Administration de l'équipement médical (2006)	
<p>Recommandation 6 Pour s'assurer que l'équipement médical fonctionne bien, les hôpitaux doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • assurer l'entretien préventif et fonctionnel conformément aux spécifications du fabricant ou d'une autre autorité et veiller à ce que cet entretien soit effectué... 	4.8.2 L'entretien préventif est effectué de façon sporadique.
<p>Recommandation 7 Pour améliorer la gestion des besoins en équipement médical et l'identification de l'équipement à entretenir, les hôpitaux doivent veiller à ce que leurs listes d'inventaire contiennent des données complètes et à jour sur l'acquisition, l'entretien et l'aliénation de l'équipement médical.</p>	4.8.1 Les listes d'entretien préventif sont inexactes.

* Consulter les sections indiquées pour obtenir plus de détails.