

Chapitre 1

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Section 1.08

Fonctionnement des grands hôpitaux communautaires

Suivi des audits de l'optimisation des ressources,
section 3.08 du Rapport annuel 2016

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées				
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre	Ne s'applique plus
Recommandation 1	1	1				
Recommandation 2	4	4				
Recommandation 3	3	1 1/3	1 2/3			
Recommandation 4	2	2				
Recommandation 5	1	1/3	2/3			
Recommandation 6	3	2	1			
Recommandation 7	1		1			
Recommandation 8	1	1				
Recommandation 9	3	3				
Recommandation 10	1	2/3	1/3			
Recommandation 11	1	2/3	1/3			
Recommandation 12	1	1				
Recommandation 13	1			1		
Recommandation 14	1			1		
Recommandation 15	2	2				
Recommandation 16	4	3	1			
Recommandation 17	3	3				
Total	33	25	6	2	0	0
%	100	76	18	6	0	0

Conclusion globale

Au 3 août 2018, environ 76 % des mesures recommandées dans notre *Rapport annuel 2016* avaient été pleinement mises en oeuvre, particulièrement en ce qui concerne la surveillance régulière des temps d'attente pour des lits, la mise au point d'un système d'intervention en cas de crise pour gérer les cas difficiles et les volumes élevés, la déclaration publique des données sur les temps d'attente selon le niveau d'urgence de l'intervention chirurgicale, et l'entretien de l'équipement médical. Environ 18 % des mesures que nous avons recommandées étaient en voie de mise en oeuvre, particulièrement en ce qui concerne l'établissement d'un système centralisé d'aiguillage et d'évaluation des patients pour les interventions chirurgicales non urgentes, la détermination des moyens de réduire l'arriéré d'interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes, et l'analyse des raisons des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes. Peu ou pas de progrès ont été réalisés dans la mise en oeuvre d'une autre tranche de 6 % des mesures recommandées, principalement en ce qui concerne l'examen des processus de nomination et d'appel des médecins travaillant dans les hôpitaux.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

Contexte

Le réseau ontarien de 147 hôpitaux publics comprend 57 grands hôpitaux communautaires, qui se distinguent des autres hôpitaux par le grand nombre de patients traités. 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 années précédentes.

Les 57 grands hôpitaux communautaires représentent environ 14 990 des 31 000 lits d'hôpitaux de l'Ontario, soit 48 %.

Au cours de notre audit de 2016, nous avons visité trois grands hôpitaux communautaires. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Les patients attendaient trop longtemps dans les salles d'urgence. De nombreux patients qui avaient besoin d'être admis à l'hôpital ont attendu plus longtemps que l'objectif fixé par le Ministère, soit 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. En 2014-2015, dans les trois hôpitaux visités, seulement 52 % des patients ont été transférés aux soins intensifs dans un délai de huit heures, alors que le Ministère avait établi la cible à 90 %.
- Même si 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 jours 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 2 à 10 semaines au cours de l'été.
- Dans les trois hôpitaux visités, un patient sur quatre ayant des affections critiques ou potentiellement mortelles devait attendre quatre heures en moyenne pour subir des interventions chirurgicales qui auraient dû commencer dans un délai de deux heures.
- 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

d'une intervention urgente. Les trois hôpitaux visités ont une politique qui permet de faire passer les interventions chirurgicales urgentes avant 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.

- Nous avons examiné les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes dans les 57 grands hôpitaux communautaires et constaté qu'ils ne s'étaient pas améliorés au cours des cinq années précédant 2015-2016. Nous avons également remarqué que certains grands hôpitaux communautaires avaient 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 interventions neurochirurgicales urgentes ont été réalisées dans le délai cible de 28 jours fixé par le Ministère.

Un autre sujet de préoccupation était le fait que les patients avaient 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. Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé pour mars 2015, les patients des hôpitaux de l'Ontario affichaient le deuxième taux de sepsie le plus élevé au Canada (après le Yukon) : 4,6 cas pour 1 000 patients mis en congé, comparativement à une moyenne de 4,1 pour le reste du Canada.
- 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 situés dans la même région du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) entre janvier 2014 et mars 2016.

- Nous avons cerné trois problèmes de santé que les hôpitaux ontariens ne géraient ni ne prévenaient pas aussi bien que les hôpitaux de l'extérieur de la province :
 - *Embolie pulmonaire postopératoire* : Les patients des hôpitaux de l'Ontario âgés de 15 ans ou plus ont une incidence relativement élevée d'embolie pulmonaire postopératoire 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).
 - *Oubli d'objets à l'intérieur du corps lors d'une chirurgie* : Les patients de 15 ans ou plus opérés en Ontario étaient plus susceptibles d'être victimes d'une erreur : 7,5 pour 100 000 mises en congé par rapport à 4 dans les 34 autres pays membres de l'OCDE (le taux à l'échelle du Canada est de 8,6).
 - *Entretien inadéquat de l'équipement médical assurant la survie* : L'équipement médical tel que les ventilateurs, les appareils d'anesthésie et les défibrillateurs sert à maintenir les patients en vie. 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 requis était en retard de deux ans.

Nous avons également constaté ce qui suit :

- 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 qu'ils doivent observer en vertu de la Loi sur les hôpitaux publics.

- En mars 2016, environ 4 110 patients ayant besoin d'un autre niveau de soins occupaient un lit d'hôpital même s'ils n'en avaient plus besoin. Environ la moitié attendait d'obtenir un lit dans un foyer de soins de longue durée parce qu'il n'y en avait pas suffisamment dans la collectivité.
- Les trois hôpitaux audités ne disposaient pas de contrôles adéquats sur l'accès aux renseignements confidentiels sur les 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 de déconnexion automatique et que des appareils portables n'étaient pas chiffrés.
- Aucun des hôpitaux visités ne disposait d'un système centralisé pour assurer un suivi et une gestion efficaces de l'établissement des horaires pour toutes les unités de soins infirmiers. Par conséquent, le personnel infirmier affichait un nombre considérable d'heures supplémentaires et de jours de congé de maladie.

Le rapport contenait 17 recommandations préconisant 33 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Comité permanent des comptes publics

En avril 2017, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu une audience publique concernant notre audit de 2016 sur le fonctionnement des grands hôpitaux communautaires. En février 2018, le Comité a déposé à l'Assemblée législative un rapport approuvant nos constatations et recommandations. Le Comité a également formulé 16 recommandations supplémentaires et a demandé au Ministère et aux hôpitaux de lui faire

rapport au plus tard le 22 juin 2018. Cependant, au moment de notre suivi, l'Assemblée législative était dissoute depuis l'élection provinciale du 7 juin 2018. Le Comité ne pourra donc pas accueillir les réponses du Ministère et des hôpitaux avant d'être reconstitué à la reprise des travaux de l'Assemblée législative. Les recommandations du Comité et notre suivi de ses recommandations figurent au **chapitre 3.03, section 3.03** du présent volume de notre *Rapport annuel 2018*.

Événement important suivant notre audit de 2016

Fusion des hôpitaux

Notre audit de 2016 portait principalement sur trois grands hôpitaux communautaires : Trillium Health Partners (Trillium), l'Hôpital régional de Windsor (Windsor) et le Rouge Valley Health System (système de santé Rouge).

Après notre audit, deux établissements du système de santé Rouge ont fusionné avec deux autres hôpitaux en réponse aux recommandations du comité d'experts de Scarborough et de Durham-Ouest, qui a examiné les moyens d'améliorer l'intégration et l'accès aux services de soins de santé actifs et a fait rapport de ses constatations au Ministère. Le 1^{er} décembre 2016, le Centre de santé Centenary du système de santé Rouge Valley a fusionné avec l'Hôpital de Scarborough pour créer l'Hôpital Scarborough and Rouge, tandis que l'Hôpital Rouge Valley d'Ajax et de Pickering a fusionné avec Lakeridge Health.

Pour assurer l'exhaustivité de notre travail de suivi, nous avons évalué l'état des mesures prises par le système de santé Rouge Valley à partir de l'information fournie par l'Hôpital Scarborough and Rouge (anciennement le Centre de santé Centenary du système de santé Rouge Valley) et Lakeridge Health (anciennement l'Hôpital Rouge Valley d'Ajax et de Pickering).

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre le 1^{er} avril et le 3 août 2018. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et les hôpitaux ont confirmé par écrit que le 31 octobre 2018, ils nous avaient fourni une mise à jour complète de l'état des recommandations formulées dans notre rapport d'audit de 2016.

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

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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que l'un des hôpitaux visités avait dépensé environ 321 000 \$ de plus que ses prévisions semestrielles pour les chirurgies du cancer. Toutefois, ce n'est que six mois après la fin de l'exercice que le Ministère a confirmé à cet hôpital qu'il recevrait des fonds supplémentaires pour combler le manque à gagner.

Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait distribué ses affectations de fonds aux hôpitaux au début de l'exercice. Le Ministère avait également établi des processus pour que les hôpitaux et les RLISS examinent leur financement actuel et corrigent les problèmes de qualité des données avant de faire des investissements. En outre, le Ministère a mis à jour les directives sur la gestion des volumes du modèle de financement des

actes médicaux fondés sur la qualité (FAMQ), qui énoncent les politiques élaborées dans le cadre de la Réforme du financement du système de santé (RFSS) du Ministère. Ces instructions fournissent une orientation concernant les réaffectations en cours d'exercice et les rapprochements et processus de fin d'exercice pour 2017-2018, afin que les RLISS puissent faire preuve de souplesse pour répondre aux besoins des patients lorsqu'ils gèrent les services dans leurs collectivités.

Les patients attendent trop longtemps dans les salles d'urgence

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.

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que de nombreux patients devaient demeurer à la salle d'urgence après avoir été vus par un médecin parce qu'il n'y avait pas de lits disponibles dans les unités de soins intensifs (USI) ni dans d'autres unités de soins actifs.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a établi un tableau de bord de gestion de la capacité pour surveiller la durée du séjour en temps réel de tous les patients admis à l'urgence.
- **Windsor** : En octobre 2017, cet hôpital a mis en oeuvre un nouveau modèle d'attribution des lits pour le programme de médecine afin de transférer rapidement les patients de la salle d'urgence au service pertinent. Le nouveau modèle utilise un logiciel pour

afficher des renseignements tels que le nombre de patients à l'urgence qui attendent un lit, la durée de l'attente des patients et un code d'état de préparation d'un lit (vert : moins de 30 minutes; jaune : 31 à 60 minutes; rouge : plus de 60 minutes).

- **Rouge** : Cet hôpital a mis en oeuvre un outil de rapport quotidien sur l'accès afin de fournir des données sur les temps d'attente. Il a également mis sur pied une équipe de gestion du roulement des patients chargée de surveiller le temps d'attente pour un lit et d'assurer le transfert rapide des patients de la salle d'urgence à un lit d'hôpital.

- *enquêter sur les délais importants.*

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que le transfert d'un patient de la salle d'urgence à une unité de soins actifs était parfois retardé parce que tous les lits étaient occupés ou n'avaient pas encore été nettoyés.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a mis en place des coordonnateurs des admissions ou des soins aux patients pour examiner régulièrement tous les patients admis qui ont attendu à l'urgence plus longtemps que le temps d'attente cible. Trillium a également surveillé les délais d'attribution des lits et d'hospitalisation et communiqué avec les unités qui affichaient des retards importants.
- **Windsor** : Lorsqu'il y avait des retards importants, le directeur de programme et le directeur du centre de commandement de l'hôpital faisaient enquête en examinant les dossiers des patients, et ils fournissaient une rétroaction aux unités concernées. Ces enquêtes et les recommandations visant à remédier aux retards faisaient l'objet de

discussions lors des réunions hebdomadaires avec l'équipe de gestion du roulement des patients.

- **Rouge** : Cet hôpital a mis en place un superviseur des opérations et une équipe d'attribution des lits pour surveiller le roulement des patients en temps réel et faire enquête sur les problèmes et les retards. Il a également mis à jour son système de priorisation des processus de transport des patients et de nettoyage afin de prévenir les retards importants.

- *mettre au point un système d'intervention en cas de crise pour mieux gérer les cas difficiles et les volumes de cas élevés.*

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que le temps d'attente pour un lit variait selon l'âge et la maladie du patient. Cette constatation faisait ressortir la nécessité d'un système d'intervention en cas de crise pour mieux traiter les cas difficiles et les volumes de cas élevés.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a achevé le cadre des processus et pratiques de gestion de la capacité, qui fournit des directives sur la gestion des différents niveaux de capacité, sensibilise le personnel aux pratiques de roulement des patients dans tout l'hôpital et définit les attentes en réponse aux problèmes liés au roulement des patients. Il a également mis sur pied une équipe de leadership en matière de capacité excédentaire pour améliorer le roulement des patients. De plus, il a mis en oeuvre une politique et une procédure de gestion de la capacité, qui sont en vigueur depuis le 31 mars 2017, pour décrire les rôles, les responsabilités et les

mesures d'intervention en cas de capacité excédentaire.

- **Windsor** : Cet hôpital a élaboré un plan pour les périodes de pointe en cas de capacité excédentaire, y compris l'ouverture de lits non financés à chaque emplacement pour lequel il ne reçoit aucun financement du Ministère.
- **Rouge** : Cet hôpital a mis en oeuvre une politique de gestion des périodes de pointe, qui est activée lorsque plus de 10 patients admis attendent à l'urgence qu'un lit d'hôpital se libère. Il a également mis en place un système de dotation centralisé donnant accès à un bassin de personnel infirmier pour faciliter la dotation en personnel en période de pointe.
- *prendre les mesures correctives nécessaires.*
État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que les salles d'urgence étaient souvent engorgées en raison d'un arriéré de patients qui attendaient d'obtenir un lit ailleurs dans l'hôpital, particulièrement durant les périodes de pointe comme la période des Fêtes. 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.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a mis sur pied un centre des opérations d'urgence pour gérer les pressions et les défis continus liés à la capacité. Il a également commencé à distribuer un rapport bimensuel sur la gestion de la capacité et de l'effectif aux vice-présidents des services cliniques et aux membres de son groupe de travail sur la gestion de la capacité et la planification de l'effectif. Ce rapport d'étape cerne les

problèmes de capacité excédentaire et contient des recommandations visant à améliorer le roulement des patients au moyen du cadre des processus et pratiques de gestion de la capacité. En outre, il a mis sur pied un groupe de travail chargé d'élaborer un plan de gestion des défis et des pressions liés à la période des Fêtes.

- **Windsor** : Cet hôpital a commencé à tenir des réunions quotidiennes avec les travailleurs sociaux, le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de chaque service médical ou chirurgical, afin de cerner les problèmes à signaler aux services concernés ou à la haute direction. Il assure également une mise à jour quotidienne des plans de soins et de mise en congé afin d'améliorer le roulement des patients.
- **Rouge** : Cet hôpital a mis en place une équipe responsable du roulement des patients afin d'assurer le transfert rapide des patients du service des urgences à un lit d'hôpital, tout en accordant la priorité aux patients des unités de soins intensifs et à ceux qui ont besoin d'interventions chirurgicales urgentes. En avril 2017, il a mis en place une unité de séjour de courte durée pour les patients qui sont censés recevoir leur congé dans les 48 heures. Il a également aiguillé les patients vers des cliniques externes (comme les cliniques de traitement des fractures) dans la mesure du possible.

Les patients attendent trop longtemps pour les interventions chirurgicales 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.*

État : Pleinement mise en oeuvre (Trillium Health Partners.)

En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2020 (Hôpital régional de Windsor).

Pleinement mise en oeuvre (Rouge Valley Health System).

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que les hôpitaux n'évaluaient pas en bonne et due forme la rapidité avec laquelle ils effectuaient toutes les interventions chirurgicales urgentes. Les hôpitaux visités n'assuraient pas un suivi systématique des renseignements suffisants pour évaluer la rapidité des interventions chirurgicales et documenter les raisons des retards.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : En mai 2017, cet hôpital a mis en oeuvre un outil de suivi et des lignes directrices afin d'uniformiser la documentation des interventions chirurgicales urgentes. Il a également mis sur pied un comité sur les soins périopératoires (soins prodigués avant et après l'intervention chirurgicale) pour surveiller et communiquer l'information recueillie par cet outil.
- **Windsor** : Depuis octobre 2017, cet hôpital examine chaque jour la liste des interventions chirurgicales non prévues afin d'établir un ordre de priorité et d'élaborer un plan d'action pour les interventions chirurgicales urgentes. En avril 2018, il a entrepris d'autres travaux pour confirmer les critères d'inscription des patients sur la liste des interventions chirurgicales non prévues et pour élaborer un système électronique permettant de suivre et d'évaluer la rapidité des interventions chirurgicales urgentes. Il prévoit terminer ces travaux d'ici avril 2020.

- **Rouge** : En mars 2017, cet hôpital a effectué un audit pour suivre et évaluer la rapidité des interventions chirurgicales urgentes. L'audit a révélé que les interventions chirurgicales orthopédiques, gynécologiques, plastiques et reconstructives avaient toutes été pratiquées dans les délais prévus.

- *documenter et analyser les raisons des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de décembre 2018 (Trillium Health Partners).

En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2020 (Hôpital régional de Windsor).

Pleinement mise en oeuvre (Rouge Valley Health System).

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que 38 % des patients de nos échantillons qui nécessitaient des interventions chirurgicales urgentes ne les avaient pas subies dans les délais recommandés par le Ministère.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : En 2017-2018, cet hôpital a lancé un projet visant à élaborer un processus d'audit et d'analyse des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes. Le projet devrait être terminé d'ici la fin de décembre 2018.
- **Windsor** : Cet hôpital était en train d'analyser les retards avec le chef de l'anesthésie et l'équipe de direction de la salle d'opération. En avril 2018, il a commencé à élaborer un système électronique pour documenter les raisons des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes. Il prévoit terminer ces travaux d'ici avril 2020.
- **Rouge** : Cet hôpital a analysé et cerné les deux principales raisons des retards dans les interventions chirurgicales urgentes :

le temps limité réservé dans les salles d'opération et les facteurs liés au patient (par exemple, le patient doit d'abord prendre des médicaments pour stabiliser son état avant l'intervention chirurgicale, ou il doit arrêter de prendre des anticoagulants quelques heures avant l'intervention chirurgicale).

- *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.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici novembre 2018 (Trillium Health Partners).

En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de mars 2019 (Hôpital régional de Windsor).

Pleinement mise en oeuvre (Rouge Valley Health System).

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que les hôpitaux visités avaient mis en place des politiques qui font passer les interventions chirurgicales urgentes les plus pressantes avant toutes les autres pour l'utilisation de la première salle d'opération qui se libère. Cependant, pour d'autres types d'interventions chirurgicales, il fallait attendre après 15 h, heure à laquelle les interventions chirurgicales non urgentes étaient terminées, ou attendre une plage horaire après l'horaire régulier ou la fin de semaine.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Durant la semaine, les divisions de chirurgie orthopédique et de chirurgie générale de cet hôpital ont des blocs horaires réservés dans les salles d'opération pour

les interventions chirurgicales urgentes liées aux cas de traumatisme et aux soins actifs. Trillium a également retenu les services d'un expert de l'extérieur pour qu'il effectue un examen d'optimisation de la plateforme chirurgicale, ce qui comprend l'analyse des possibilités liées aux soins d'urgence. L'examen devrait être terminé en novembre 2018.

- **Windsor** : Le service orthopédique de cet hôpital consacre 90 minutes par jour à des interventions chirurgicales urgentes non prévues. L'hôpital a toutefois indiqué qu'il restait beaucoup à faire pour donner suite à cette recommandation, car il en est encore aux premières étapes de l'examen des temps d'attente pour les patients nécessitant une intervention chirurgicale urgente. Il nous a également informés qu'une équipe de direction incluant des chefs et des médecins responsables du programme de chirurgie examinait actuellement de deux à quatre ans de données pour déterminer le nombre de salles d'opération et de lits requis pour les interventions chirurgicales urgentes, prévues et non prévues. Il s'attend à réserver du temps en salle d'opération pour les interventions chirurgicales urgentes ou à prendre d'autres mesures d'ici la fin de mars 2019.

- **Rouge** : En mai 2017, cet hôpital a commencé à réserver du temps en salle d'opération pour les interventions chirurgicales urgentes. Il a également mis en oeuvre des politiques sur la planification des interventions chirurgicales urgentes et la réservation des salles d'opération, qui décrivent un processus détaillé pour les interventions urgentes qui doivent être pratiquées durant les heures de bureau, après les heures normales de travail et la fin de semaine. Ces politiques permettent d'attribuer la première salle d'opération disponible à l'intervention chirurgicale la plus urgente.

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

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 interventions et la difficulté qu'ont les hôpitaux à atteindre ces délais cibles avec le niveau de financement actuel.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes ne s'étaient pas améliorés entre 2011-2012 et 2015-2016, et que les hôpitaux avaient de la difficulté à atteindre les objectifs du Ministère concernant les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes les plus pressantes.

Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait établi des processus pour amener les RLISS à examiner les données sur les temps d'attente pour les principales interventions chirurgicales. En 2017, par exemple, il a établi la fiche de rendement sur la qualité des soins orthopédiques pour assurer le suivi et la surveillance trimestrielle des résultats liés aux arthroplasties de la hanche et du genou. La fiche de rendement comprend des indicateurs tels que la durée moyenne des séjours en soins aigus (en jours) et le temps d'attente pour le remplacement des articulations (en jours). Elle fournit de l'information au Ministère et aux RLISS pour que ceux-ci puissent examiner le lien entre les niveaux de financement et les temps d'attente pour

ce type d'intervention chirurgicale non urgente mais pressante. De la même façon, le tableau de bord pour le soin des pieds et des chevilles, également établi en 2017, fait le suivi des mesures de rendement liées aux chirurgies du pied et de la cheville.

Le Ministère a également examiné le plan de gestion de la capacité pour les chirurgies de la cataracte, que le groupe de travail sur une stratégie provinciale pour la vision a présenté en novembre 2017, afin d'examiner les facteurs, comme le niveau de financement, qui influent sur l'offre de services de chirurgie de la cataracte et leur lien avec les temps d'attente. Afin d'atteindre les objectifs en matière de temps d'attente, le Ministère prévoit utiliser les recommandations formulées dans le plan de gestion de la capacité pour les chirurgies de la cataracte du groupe de travail pour prendre les futures décisions en matière de financement dans le but d'atteindre ses cibles relatives aux temps d'attente.

- 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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que plus l'intervention chirurgicale était urgente, moins elle était susceptible d'être pratiquée dans le délai cible.

Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait utilisé l'information contenue dans les rapports susmentionnés, comme la fiche de rendement sur la qualité des soins orthopédiques et le plan de capacité pour les chirurgies de la cataracte, pour déterminer les besoins financiers et atteindre les objectifs en matière de temps

d'attente. Par exemple, en décembre 2017, le Ministère a fait un investissement supplémentaire pour financer plus de 160 arthroplasties de la hanche et du genou dans les RLISS qui ont le plus de mal à respecter les temps d'attente cibles. Comme il est mentionné plus haut, le Ministère prévoit prendre des décisions de financement pour les chirurgies de la cataracte en se fondant sur les recommandations du plan de capacité pour les chirurgies de la cataracte afin de cibler les régions de la province où les besoins sont les plus grands. Le Ministère prévoit également continuer de collaborer avec les RLISS pour repérer les hôpitaux qui ont des problèmes de temps d'attente et trouver des solutions possibles.

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.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de mars 2021 (Trillium Health Partners).

En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2020 (Hôpital régional de Windsor).

Pleinement mise en oeuvre (Rouge Valley Health System).

Détails

Durant notre audit de 2016, plus de la moitié des chirurgiens qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que leur hôpital ne prévoyait pas

d'interventions chirurgicales non urgentes le soir et la fin de semaine en raison des contraintes financières.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium :** En 2017-2018, en raison du succès démontré de la mise en oeuvre de ce modèle à un autre emplacement en 2012, Trillium a mis en oeuvre le modèle de chirurgie de soins actifs dans l'un de ses établissements afin de réduire la concurrence pour les salles d'opération après les heures en reportant les interventions chirurgicales générales non planifiées des heures en soirée aux heures de jour. Il prévoit également explorer d'autres possibilités au moyen d'une analyse plus vaste de l'efficacité des salles d'opération, qui devrait être terminée d'ici la fin de mars 2021.
- **Windsor :** Cet hôpital a indiqué qu'il restait beaucoup à faire pour donner suite à cette recommandation, car il en est encore aux premières étapes de l'examen des temps d'attente pour les patients devant subir une intervention chirurgicale. Comme il est mentionné sous la **recommandation 3**, il prévoit mettre au point un système électronique pour documenter les raisons des retards d'ici avril 2020. Il compte ensuite trouver des moyens de réduire les arriérés ou les retards.
- **Rouge :** Cet hôpital a mis en oeuvre des mesures pour réduire les temps d'attente et les arriérés d'interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes. Par exemple, il a mis en place trois unités d'évaluation diagnostique (prostate, thyroïde et sein) pour réduire le temps d'attente depuis l'aiguillage jusqu'au diagnostic et à l'intervention chirurgicale. Il a également mis en oeuvre des salles de relève (deux salles d'opération dont les heures d'ouverture et les horaires sont échelonnés pour que les chirurgiens puissent passer de l'une à l'autre en attendant que leurs patients soient prêts) pour les

interventions chirurgicales orthopédiques. Ces salles de relève réduisent le temps de préparation des salles d'opération et permettent aux chirurgiens de pratiquer deux autres interventions chirurgicales. En outre, l'hôpital a mis en place un auxiliaire médical pour l'aider à gérer les soins préopératoires et postopératoires, ce qui libère les chirurgiens orthopédistes pour les interventions chirurgicales.

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.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de mars 2019.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que, même si 8 des 14 RLISS de l'Ontario avaient des services d'aiguillage centralisés pour les arthroplasties de la hanche et du genou dans leurs régions respectives, il n'y avait pas de système centralisé de réservation des salles d'opération pour les autres types d'interventions chirurgicales non urgentes.

Durant notre suivi, nous avons constaté qu'en décembre 2017, le Ministère avait annoncé un investissement de 37 millions de dollars sur trois ans pour étendre le système centralisé d'aiguillage et d'évaluation des patients, appelé Cliniques d'accès rapide (CAR), aux soins musculosquelettiques à l'échelle de la province, en commençant par l'arthroplastie de la hanche et

du genou et la gestion des douleurs lombaires, en 2017-2018 et 2018-2019.

Certains RLISS ont commencé à mettre en oeuvre les CAR pour l'arthroplastie de la hanche et du genou et pour la gestion des douleurs lombaires. Le Ministère s'attend à ce que tous les RLISS mettent en oeuvre les CAR d'ici la fin de mars 2019. À l'avenir, des fonds seront fournis pour mettre à l'essai et évaluer les CAR en vue de leur extension à d'autres types d'interventions chirurgicales ou d'opérations.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que le Ministère avait rendu publics les temps d'attente par hôpital pour les 12 types d'interventions chirurgicales non urgentes, mais qu'il n'avait pas déclaré les temps d'attente par niveau d'urgence.

Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait introduit un nouvel outil en ligne pour aider les membres du public à trouver les données sur les temps d'attente pour les chirurgies et les interventions par niveau d'urgence ou de priorité à l'échelle de la province. Depuis août 2017, les données sur les temps d'attente sont accessibles sur les sites Web de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et du Ministère.

Les données sur les temps d'attente publiées sur les sites Web sont ventilées par niveau de priorité, qui est attribué à chaque patient d'après une évaluation effectuée par les cliniciens pour déterminer l'urgence des soins. Il y a quatre niveaux de priorité : priorité 1 (immédiat/urgent), priorité 2 (urgent), priorité 3 (semi-urgent) et priorité 4 (non urgent). Puisque les patients ayant des affections urgentes (priorité 1) sont vus immédiatement, leurs temps d'attente ne sont pas inclus dans les données connexes. Chaque niveau

de priorité d'une opération ou d'une intervention chirurgicale (comme la chirurgie de la cataracte, la chirurgie du cancer et la chirurgie orthopédique) est assorti d'un temps d'attente cible. Les sites Web indiquent le pourcentage d'interventions chirurgicales pratiquées dans les délais cibles à chaque niveau de priorité.

- *rendre compte publiquement du temps d'attente total 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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que, contrairement à d'autres administrations comme la Nouvelle-Écosse et le Royaume-Uni, l'Ontario ne déclarait pas les temps d'attente totaux. Le Ministère assurait un suivi du temps d'attente pour consulter un spécialiste, mais il ne le rendait pas public ni ne l'incluait dans les temps d'attente pour les interventions chirurgicales.

Comme il est mentionné plus haut, en août 2017, le Ministère a publié les données sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales sur son site Web et sur ceux de QSSO. Ces données indiquent le temps d'attente total incluant deux composantes : 1) le délai entre l'aiguillage d'un médecin de famille ou d'un membre du personnel infirmier praticien et le premier rendez-vous du patient avec un chirurgien spécialisé; et 2) le délai entre la décision concernant une intervention chirurgicale ou une opération et la date de l'intervention chirurgicale ou de l'opération en question.

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.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de mars 2019

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que la comptabilisation des temps d'attente pour voir des spécialistes ajouterait plusieurs mois aux temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales. Selon le niveau d'urgence, les patients étaient encore susceptibles d'attendre entre 78 et 181 jours de plus avant de subir leur intervention chirurgicale.

Comme il est mentionné sous la **recommandation 6**, le Ministère s'est engagé à améliorer l'accès aux services de spécialistes en étendant le système centralisé d'aiguillage et d'évaluation des patients, connu sous le nom de Cliniques d'accès rapide (CAR), aux patients en attente d'une arthroplastie de la hanche et du genou ou de services de gestion de la douleur lombaire. Des RLISS ont mis sur pied des CAR, ce qui permet aux patients d'obtenir une évaluation interprofessionnelle, généralement effectuée par une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, une ou un physiothérapeute ou une chiropraticienne ou un chiropraticien possédant des compétences et une formation spécialisées. Cette évaluation se fait dans les quatre semaines suivant la demande, et la nécessité d'une intervention chirurgicale est déterminée à ce moment-là. Des traitements non chirurgicaux seront recommandés aux patients qui n'ont pas besoin d'une intervention chirurgicale. Le Ministère s'attend à ce que tous les RLISS mettent en oeuvre les CAR d'ici la fin de mars 2019.

Par ailleurs, le Ministère a indiqué que les CAR seront mis en oeuvre en fonction des modèles actuels fondés sur des données probantes qui se sont avérés bénéfiques pour les patients. Ces modèles incluent le modèle des centres

d'admission et d'évaluation (CAE) et des cliniques interprofessionnelles d'évaluation et d'éducation en matière de lombalgie (CIEEL). Ces modèles aident les patients qui ont besoin d'une intervention chirurgicale à consulter plus rapidement un chirurgien et à élaborer des plans d'autogestion des soins pour ceux qui n'en ont pas besoin. Par exemple, le modèle des CAE a réduit de 90 % les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ou du genou dans le RLISS de Champlain en répartissant les patients entre les listes d'attente des chirurgiens.

Rendement médiocre quant à la sécurité des soins chirurgicaux

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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2016, nous avons constaté que le Ministère ne savait pas quels hôpitaux contribuaient au rendement médiocre sur le plan de la sécurité des soins chirurgicaux, et il n'avait pris aucune mesure pour remédier à cette lacune.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait collaboré avec les hôpitaux pour s'assurer que ceux-ci effectuent un suivi régulier des incidents liés à la sécurité des patients et prennent les mesures correctives nécessaires. Par exemple :

- Le Ministère a commencé à financer le Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario (ON-SQIN), qui réunit des équipes chirurgicales des hôpitaux pour évaluer les données cliniques, déterminer les domaines d'intérêt en matière de sécurité chirurgicale et les résultats pour

les patients, et partager des idées et des pratiques. Au 1^{er} juin 2018, 46 hôpitaux de l'Ontario participaient au réseau ON-SQIN, qui a suivi et évalué 14 indicateurs allant de la période préchirurgicale à 30 jours après l'intervention chirurgicale, tout en ajustant les données en fonction de l'âge et des maladies préexistantes pour assurer la comparabilité des résultats. Des exemples d'indicateurs sont les intubations non planifiées, les infections des voies urinaires, les infections du site opératoire, la sepsie et la thromboembolie veineuse.

- La *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* (LPRQS) a été modifiée et remplacée par la *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*, qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2017. La LPRQS de 2016 accroît la transparence en affirmant le droit des patients à accéder à l'information sur leurs propres soins de santé et en précisant que les faits relatifs aux incidents critiques doivent être divulgués aux patients et à leurs familles.
- Le Ministère exige toujours des hôpitaux de l'Ontario qu'ils signalent les incidents critiques relatifs aux médicaments ou aux fluides intraveineux au moyen du Système national de déclaration des accidents et incidents, un outil Web qui permet aux utilisateurs de signaler, d'analyser et de partager l'information sur les incidents liés à la sécurité des patients.

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

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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé qu'environ 14 % des lits d'hôpitaux de la province étaient occupés par des patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui ne nécessitaient plus les soins dispensés par l'hôpital, mais qui devaient attendre qu'un lit se libère dans un autre établissement, comme un foyer de soins de longue durée. Les unités de soins actifs des hôpitaux ne sont pas le milieu idéal pour ces patients.

Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait affecté environ 40 millions de dollars aux RLISS pour plus de 40 projets pilotes et initiatives liés aux interventions d'évaluation et de rétablissement, qui sont des services de soins en réadaptation et de rétablissement à court terme offerts dans la collectivité aux personnes ayant subi une perte réversible de leur capacité fonctionnelle. Au moment de notre suivi, des services avaient été fournis à environ 28 000 aînés, et une formation avait été offerte à plus de 2 000 cliniciens. Les hôpitaux et les RLISS ont signalé une amélioration de l'accès et du roulement des patients, des lits de soins actifs à des lits de soins pour affections subaiguës et de réadaptation, une réduction de la durée des séjours à l'hôpital et des mises en congé plus rapides grâce à l'amélioration des services de réadaptation à domicile.

- *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.

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé qu'en Ontario, les patients ont le droit de demeurer à l'hôpital jusqu'à ce qu'une place se libère dans les foyers de soins de longue durée de leur choix. Par comparaison, la Colombie-Britannique, le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard exigent tous que les patients soient transférés au premier lit disponible dans un foyer de soins de longue durée de la province.

Durant notre suivi, nous avons constaté qu'au début de 2017, le Ministère avait examiné et évalué les politiques de placement d'autres administrations. L'examen portait notamment sur les dispositions relatives au « premier lit disponible » et sur les patients des catégories spéciales et à risque élevé. Le Ministère a utilisé et continuera d'utiliser l'information recueillie dans le cadre de cet examen pour éclairer ses décisions concernant le processus de placement dans les foyers de soins de longue durée.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que le Ministère n'avait aucun plan pour augmenter la capacité en matière de soins de longue durée et qu'il ne connaissait pas la demande future de lits de soins de longue durée.

Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait procédé à une planification de la capacité pour les soins aux aînés et remédié à la pénurie de lits. En octobre 2017, le Ministère a annoncé un investissement dans plus de 2 000 lits

d'hôpitaux supplémentaires pour réduire les temps d'attente dans les hôpitaux. Le Ministère a également collaboré avec les RLISS et les fournisseurs de services de santé pour améliorer et élargir les soutiens disponibles dans la collectivité. Ce partenariat a permis de créer environ 600 places de soins de transition et 200 logements avec services de soutien en 2017-2018 pour aider les patients à quitter l'hôpital et à retourner dans leur domicile ou leur collectivité. Pour accroître davantage la capacité en soins communautaires, le Ministère investira 187 millions de dollars de plus en 2018-2019.

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

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.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de mars 2019 (Trillium Health Partners).

Pleinement mise en oeuvre (Hôpital régional de Windsor).

Pleinement mise en oeuvre (Rouge Valley Health System).

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que l'un des hôpitaux visités était capable de transférer les patients de l'urgence dans des lits d'unités de soins actifs plus rapidement que les deux autres, car il disposait d'un

système de technologie de l'information pour la gestion des lits dans l'ensemble de l'hôpital.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : En 2017-2018, ses affectations en capital comprenaient jusqu'à deux millions de dollars pour un système de gestion des lits afin d'améliorer le roulement des patients et la gestion de la capacité. L'hôpital planifiait les prochaines étapes au moment de notre suivi. En juin 2018, il a retenu les services d'un expert de l'extérieur pour examiner l'état actuel de la gestion des lits, effectuer une analyse coûts-avantages et recommander des améliorations. L'analyse coûts-avantages a été préparée et sera publiée d'ici la fin de mars 2019.
- **Windsor** : Comme il est mentionné sous la **recommandation 2**, en octobre 2017, cet hôpital a mis en oeuvre un nouveau modèle d'attribution des lits pour le programme de médecine afin de transférer rapidement les patients du service des urgences au service approprié après leur admission. Le nouveau modèle utilise un logiciel pour afficher de l'information sur l'état des lits d'hôpitaux, comme le nombre de patients à l'urgence en attente d'un lit, la durée de l'attente et un code d'état de préparation des lits (vert : moins de 30 minutes; jaune : de 31 à 60 minutes; rouge : plus de 60 minutes).
- **Rouge** : Le Centre de santé Centenary du système de santé Rouge Valley (aujourd'hui l'Hôpital Scarborough and Rouge) n'a pas effectué d'analyse coûts-avantages pour un système de gestion des lits, car la fusion de ce centre et de l'Hôpital de Scarborough a permis de tirer parti des systèmes existants des deux hôpitaux. Il a donc mis sur pied une commission de gestion de la demande et de la capacité afin de compléter le système existant de gestion des lits et d'améliorer la performance et l'exactitude d'un portail Web qui suit le roulement des patients.

L'Hôpital Rouge Valley d'Ajax et de Pickering (aujourd'hui l'Hôpital Lakeridge) a mis au point l'outil de gestion des lits, un système d'information automatisé qui assure le suivi du roulement des patients en temps réel.

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

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.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de mars 2019 (Trillium Health Partners).

Pleinement mise en oeuvre (Hôpital régional de Windsor).

Pleinement mise en oeuvre (Rouge Valley Health System).

Détails

Notre audit de 2016 a révélé 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 10 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.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium :** Les services généraux de Trillium ont élaboré un plan d'optimisation des activités d'entretien ménager afin d'améliorer le roulement des patients et

de prévoir suffisamment de temps pour la préparation des lits en vue des nouvelles admissions. Trillium a également donné suite à cette recommandation en prenant d'autres initiatives, comme les processus et pratiques de gestion de la capacité et l'équipe de leadership en matière de capacité excédentaire, comme il est mentionné sous la **recommandation 2**, et une analyse coûts-avantages des solutions de gestion des lits, comme il est mentionné sous la **recommandation 10**. L'analyse coûts-avantages a été préparée et sera publiée d'ici la fin de mars 2019.

- **Windsor :** Comme il est mentionné sous les **recommandations 2 et 10**, en octobre 2017, cet hôpital a mis en oeuvre un nouveau modèle d'attribution des lits pour le programme de médecine afin de transférer rapidement les patients du service des urgences au service approprié. Le nouveau modèle prévoit l'utilisation de postes d'évaluation (où les médecins peuvent accélérer les tests diagnostiques pour les patients, confirmer leur diagnostic et déterminer une date prévue de mise de congé).
- **Rouge :** Cet hôpital a mis sur pied un groupe de travail sur l'efficacité du roulement des patients, qui a lancé les initiatives suivantes : réviser la politique de gestion des lits et des périodes de pointe; rationaliser les réunions quotidiennes de gestion des lits; et produire un rapport quotidien sur la date prévue de mise en congé afin d'améliorer le roulement des patients.

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

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.

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé 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.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a effectué une analyse de la dotation et mis en oeuvre de nouveaux horaires de travail en septembre 2017 afin de repousser les heures de début pour le personnel de l'entretien ménager et de couvrir ainsi les heures où les besoins en entretien sont plus élevés. Il a ajouté deux quarts de cinq heures (qui se terminent à 23 h) et trois quarts de nuit (qui se terminent à 7 h) pour répondre aux besoins en entretien ménager plus tard en soirée. Il a également fixé un délai de nettoyage cible de 45 minutes, qu'il surveille chaque jour. Il prévoit continuer de surveiller les données sur les mises en congé et les horaires de travail pour s'assurer qu'il y a suffisamment d'employés pour faire le travail de nettoyage.
- **Windsor** : Cet hôpital a restructuré son personnel de nettoyage, ce qui a donné lieu à une augmentation du personnel d'entretien ménager disponible de 12 h à 20 h et de 23 h à 7 h pour faciliter le nettoyage après les mises en congé en après-midi et pendant la nuit. Il a également modifié son processus de nettoyage de sorte que le superviseur confie maintenant la tâche de nettoyer un lit à un

membre du personnel de l'entretien ménager en même temps qu'il assigne à un préposé au transport la tâche d'aider un patient à sortir du lit. Cela a permis de raccourcir le processus de nettoyage de 20 minutes et d'améliorer l'efficacité de l'entretien ménager.

- **Rouge** : Cet hôpital a mis en oeuvre un système de tâches prioritaires pour attribuer et nettoyer les lits en fonction de la priorité des patients. Il a également adopté un modèle axé sur le roulement en transférant les tâches courantes (comme le nettoyage ordinaire) à la fin de la journée pour réduire au minimum le dédoublement des efforts et mieux harmoniser le personnel disponible avec la demande. En outre, il a mis en oeuvre un plan de gestion des périodes de pointe afin d'augmenter le niveau de dotation avant une augmentation prévue de la demande.

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

Recommandation 13

Pour que les hôpitaux, de concert avec les médecins, prennent 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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé des cas où les hôpitaux étaient incapables de résoudre rapidement des questions de ressources humaines avec les médecins à cause du processus légal exhaustif qu'ils doivent observer en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*.

Au cours de notre suivi, le Ministère s'est engagé à élaborer un processus pour régler ce problème.

Il se penchera sur cette question une fois qu'il aura conclu les négociations concernant l'Entente sur les services de médecin entre le gouvernement provincial et l'Ontario Medical Association (OMA).

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

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.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que les hôpitaux n'avaient pas le pouvoir de gérer les médecins de la même façon qu'ils gèrent le personnel hospitalier, car la relation entre l'hôpital et les médecins est régie par la *Loi sur les hôpitaux publics*. Nous avons relevé des cas où la direction des hôpitaux et certains médecins n'avaient pas collaboré et n'étaient donc pas en mesure de fournir des services de soins de santé axés sur le patient.

Au cours de notre suivi, le Ministère s'est engagé à élaborer un processus pour régler ce problème. Il se penchera sur cette question une fois qu'il aura conclu les négociations concernant l'Entente sur les services de médecin entre le gouvernement provincial et l'Ontario Medical Association (OMA).

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

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.*

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé qu'une planification efficace de l'horaire du personnel infirmier au moyen d'un système centralisé pouvait réduire les coûts liés aux heures supplémentaires et à la dotation. Cependant, aucun des trois hôpitaux visités n'avait mis en place un système qui leur permettrait de suivre et de gérer l'horaire de travail de chaque membre du personnel infirmier.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a évalué la nécessité de mettre en oeuvre un système de planification des horaires plus efficace. Il prévoit améliorer son système d'information sur les ressources humaines par un système qui offre une fonctionnalité plus avancée pour appuyer l'établissement des horaires et la planification ou la surveillance proactives de l'effectif. Il a défini des exigences pour le nouveau système, mais n'a pas encore déterminé le calendrier de mise en oeuvre.
- **Windsor** : Cet hôpital a cerné le besoin d'un système d'ordonnancement plus efficace et a mis en oeuvre un programme d'ordonnancement et un outil de suivi de l'acuité quotidien, poste par poste, qui gère ses niveaux de soins infirmiers en fonction des besoins des patients.
- **Rouge** : Cet hôpital a évalué la nécessité d'un système plus efficace d'établissement des horaires et a mis en oeuvre un système électronique. Il a également amélioré les capacités de communication du système en incluant une fonction d'avis de diffusion de

quart qui permet au personnel d'envoyer des messages texte à toutes les unités ou à tous les services. En outre, il a instauré un modèle de bureau de dotation centralisé qui permet à tous les ministères d'examiner le personnel disponible dans différents secteurs afin de répondre aux besoins en dotation.

- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que bon nombre des membres du personnel infirmier des hôpitaux visités faisaient régulièrement beaucoup d'heures supplémentaires. Nous avons également constaté que le nombre de congés de maladie du personnel infirmier était en hausse.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a instauré une diligence raisonnable additionnelle pour le recours aux heures supplémentaires et au personnel infirmier d'agence en exigeant l'approbation officielle du directeur. Il a également commencé à présenter des rapports hebdomadaires aux gestionnaires sur les heures supplémentaires, les congés de maladie et le recours au personnel infirmier d'agence. En outre, il a examiné les ratios de dotation en personnel infirmier dans tous les domaines cliniques, qui sont conformes aux ratios de dotation des hôpitaux comparables.
- **Windsor** : Cet hôpital a retenu les services d'un expert de l'extérieur pour examiner la composition du personnel dans tous

les domaines de soins aux patients. Il a également comparé son rendement en matière de coûts à celui des hôpitaux comparables, et il prévoit examiner ce rapport chaque année. Dans le cadre de cette analyse comparative, il a examiné et analysé la composition du personnel, les congés de maladie et les heures supplémentaires. Il n'utilise pas de personnel infirmier d'agence.

- **Rouge** : Cet hôpital a élaboré une fiche de pointage trimestrielle pour qu'une équipe de la haute direction puisse examiner le recours aux heures supplémentaires et au personnel infirmier d'agence, ainsi que l'utilisation des congés de maladie. Il exige que le directeur ou le vice-président approuve les heures supplémentaires ou le personnel infirmier d'agence. Il a également utilisé la trousse d'outils pour le recours au personnel infirmier autorisé/personnel infirmier auxiliaire autorisé ainsi que l'outil d'évaluation des besoins en soins aux patients pour analyser les besoins en soins infirmiers des unités de soins.

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

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.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de décembre 2019 (Trillium Health Partners).

Pleinement mise en oeuvre (Hôpital régional de Windsor).

Pleinement mise en oeuvre (Rouge Valley Health System).

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que les hôpitaux de la Colombie-Britannique exigeaient que toutes les personnes qui travaillent auprès d'enfants ou d'adultes vulnérables fassent l'objet d'une vérification du casier judiciaire avant leur embauche, et au moins une fois tous les cinq ans par la suite. Par contraste, les hôpitaux de l'Ontario n'avaient pas d'exigences juridiques semblables.

Durant notre suivi, nous avons constaté qu'en juillet 2017, l'Association des hôpitaux de l'Ontario avait produit un document pour aider les hôpitaux à élaborer un programme de vérification du casier judiciaire ou à améliorer leur programme existant. Nous avons également noté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a conçu un plan de vérification du casier judiciaire des nouveaux employés et des employés en poste. Au moment de notre suivi, il élaborait une politique interne à l'appui de la mise en oeuvre progressive du plan de vérification du casier judiciaire d'ici la fin de décembre 2019.
- **Windsor** : Cet hôpital a mis en oeuvre des vérifications du casier judiciaire pour tous les nouveaux employés, bénévoles et membres du personnel professionnel. Il exige également que tous les employés actuels fournissent des renseignements à jour s'ils ont fait l'objet d'accusations au criminel ou d'une déclaration de culpabilité après une vérification initiale de casier judiciaire.
- **Rouge** : Cet hôpital a mis en oeuvre une politique de vérification des antécédents

criminels, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Cette politique exige une vérification satisfaisante des antécédents de tous les nouveaux membres du conseil, employés, médecins et bénévoles. La politique exige également que tous les membres actuels du personnel et tous les entrepreneurs présentent un formulaire d'autodéclaration dans les deux semaines suivant toute accusation formelle ou déclaration de culpabilité à une infraction criminelle.

- *désactiver l'accès à tous les systèmes d'information de l'hôpital pour quiconque n'est plus à l'emploi de l'hôpital.*

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé des faiblesses dans la protection des patients et de leurs renseignements personnels stockés dans des systèmes informatiques. Par exemple, nous avons trouvé des comptes informatiques actifs pour des personnes qui ne travaillaient plus à l'hôpital, des retards dans la communication des changements de personnel au service des TI et des employés qui avaient plusieurs comptes informatiques sans raison valable.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital effectue un audit mensuel des comptes des personnes qui ne travaillent plus à l'hôpital pour s'assurer qu'ils sont fermés. Son personnel des Ressources humaines et des TI a collaboré avec les gestionnaires afin de réduire le délai entre la date de cessation d'emploi et l'envoi de l'avis aux Ressources humaines.
- **Windsor** : Cet hôpital a mis en oeuvre un nouveau processus d'automatisation de l'annuaire actif, qui avise automatiquement les gestionnaires du système de toute cessation d'emploi traitée par le service des

Ressources humaines. Il réalise également des audits trimestriels pour vérifier si les cessations d'emploi ont été finalisées.

- **Rouge** : Cet hôpital a mis au point un formulaire de demande d'accès aux services pour traiter toutes les cessations d'emploi et désactiver l'accès des anciens employés aux renseignements de l'hôpital. Par souci de protection, son service des Ressources humaines envoie également une liste bimensuelle des cessations d'emploi à l'équipe des TI pour s'assurer que tous les systèmes ont été mis à jour.
- *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.*

État : Pleinement mise en oeuvre (Trillium Health Partners).

En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018 (Hôpital régional de Windsor).

Pleinement mise en oeuvre (Rouge Valley Health System).

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que les ordinateurs d'un hôpital n'étaient pas dotés d'une fonction de déconnexion automatique, et qu'une application clé contenant des renseignements personnels sur la santé était programmée pour se déconnecter automatiquement seulement après 12 heures d'inactivité.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a mis en oeuvre la procédure de déconnexion automatique après 30 minutes.
- **Windsor** : Cet hôpital procédait à la mise en oeuvre d'une procédure de déconnexion après quatre heures, qui devrait être terminée d'ici décembre 2018.

- **Rouge** : Cet hôpital a mis en oeuvre des fonctions de déconnexion automatique à deux niveaux : 1) le système d'exploitation, qui est réglé pour une déconnexion automatique après 30 minutes sur la plupart des postes de travail; 2) l'application, qui varie selon les fonctionnalités offertes par chaque fournisseur.
- *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 sur les patients.*

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé des cas où les hôpitaux n'avaient mis en place aucun contrôle empêchant les employés d'utiliser des clés USB non chiffrées ni aucun processus de gestion des clés USB.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital avait déjà chiffré tous ses appareils portables, y compris les clés USB, au moment de notre audit de 2016, et continue de le faire.
- **Windsor** : Cet hôpital a finalisé ses politiques de chiffrement en mai 2018, et il a chiffré tous les dispositifs portables, y compris les clés USB.
- **Rouge** : Cet hôpital impose le chiffrement de tous les appareils fournis par l'hôpital, y compris les appareils portatifs comme les téléphones mobiles, les ordinateurs portatifs et les clés USB.

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

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.*

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que certains instruments médicaux d'un hôpital ne faisaient pas partie du programme d'entretien préventif et que sa base de données sur l'entretien préventif était désuète.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a effectué une mise à jour de l'inventaire en inspectant chaque chambre de patient et chaque service pour s'assurer que tous les instruments médicaux ont été entrés dans la base de données. Il a instauré une nouvelle politique et de nouvelles procédures pour l'inspection et la saisie des nouveaux instruments médicaux dans la base de données, et pour le retrait des instruments médicaux de la base de données lorsqu'ils ne sont plus à l'hôpital. Pour maintenir l'exactitude de la base de données, le service de génie biomédical a envoyé une note de service pour rappeler au personnel de l'informer des appareils achetés ou déplacés.
- **Windsor** : Cet hôpital a procédé à un inventaire complet lors de l'examen annuel de l'équipement effectué dans le cadre de la planification des immobilisations. Lors de cet examen, le gestionnaire du service de génie biomédical rencontre le gestionnaire de chaque secteur de soins aux patients et examine les articles en stock. Les données d'inventaire sont ensuite mises à jour dans la base de données BioMed.

- **Rouge** : Cet hôpital tient un inventaire complet de l'équipement. Cette information est stockée dans la base de données du système informatisé de gestion de l'entretien du service de génie biomédical. Il a également examiné le plan de gestion de l'entretien de l'équipement pour s'assurer que l'information sur tout l'équipement est exacte et à jour.

- *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.*
- État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.**

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que certains instruments médicaux à risque élevé ne faisaient pas l'objet de l'entretien régulier prévu dans les manuels d'entretien ou dans la politique de l'hôpital.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Cet hôpital a mis en place un programme d'entretien préventif pour tous les instruments médicaux critiques, qui se fonde sur les recommandations du fabricant et les pratiques exemplaires. Il continue d'effectuer des audits annuels pour s'assurer que l'entretien préventif a été effectué à temps. Le dernier audit a été achevé en novembre 2017.
- **Windsor** : Le calendrier d'entretien préventif d'un appareil médical est établi dès la réception de celui-ci. Une liste de vérification incluant tous les tests décrits dans le manuel d'entretien est créée. Ces tests sont ensuite effectués durant chaque visite d'entretien préventif prévue. En cas de défaillance durant l'entretien préventif, des mesures correctives sont prises, et un autre test d'entretien préventif est effectué

pour s'assurer que l'instrument médical fonctionne correctement. Le gestionnaire du service de génie biomédical tient des réunions quotidiennes avec le responsable concerné pour déterminer la conformité aux exigences ainsi que les lacunes ou les défis liés à l'entretien préventif. Un rapport hebdomadaire de conformité aux exigences d'entretien préventif est généré automatiquement et examiné par le gestionnaire du service de génie biomédical pour que celui-ci puisse s'assurer que les délais sont respectés.

- **Rouge** : Pour le Centre de santé Centenary (aujourd'hui l'Hôpital Scarborough and Rouge), une stratégie et un calendrier d'entretien préventif ont été attribués à chaque classe d'appareils, et le calendrier a été consigné dans une base de données afin de permettre le suivi des progrès des inspections. La fréquence des inspections dépend des recommandations des fabricants et d'autres facteurs, comme les niveaux de risque, les normes de l'industrie, l'utilisation, les antécédents et les expériences antérieures. Les ordres de travail d'entretien préventif sont générés automatiquement par la base de données au début du mois, et les résultats des inspections sont enregistrés dans la base de données. Le service de génie clinique a effectué l'entretien préventif de tout l'équipement médical de l'Hôpital Rouge Valley d'Ajax et de Pickering (aujourd'hui l'Hôpital Lakeridge). Un audit de tout l'équipement médical a été réalisé lors de la fusion avec l'Hôpital Lakeridge : des numéros d'inventaire ont été attribués et des calendriers d'entretien préventif ont été établis en fonction des recommandations des fabricants (tous les 6 ou 12 mois) afin de créer une nouvelle base de données pour l'entretien préventif courant et planifié.

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

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Détails

Notre audit de 2016 a révélé que les trois hôpitaux visités n'avaient pas effectué l'entretien préventif planifié 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; le rendement du personnel responsable de l'entretien préventif n'était pas surveillé.

Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux avaient pris les mesures suivantes :

- **Trillium** : Concernant l'équipement biomédical, cet hôpital présente un rapport trimestriel sur le taux d'achèvement de l'entretien préventif selon la classification des risques connexes. Concernant les biens des installations, il présente un rapport mensuel sur le taux d'achèvement de l'entretien préventif.
- **Windsor** : Cet hôpital réalise des audits semestriels et des examens annuels du rendement pour surveiller les techniciens en génie biomédical qui effectuent des travaux d'entretien préventif. Il effectue des examens mensuels des ordres de travail exécutés pour s'assurer que chaque technicien a suivi les directives du fabricant et effectué l'entretien préventif conformément aux dispositions du manuel d'entretien. Comme il est mentionné plus haut, le gestionnaire du service de génie biomédical tient des réunions quotidiennes avec le responsable concerné pour déterminer la conformité aux exigences ainsi que les lacunes ou les défis liés à l'entretien préventif. Le gestionnaire du service de génie biomédical examine un rapport automatisé hebdomadaire de conformité aux exigences

d'entretien préventif pour s'assurer que les délais sont respectés. De plus, le gestionnaire produit un rapport mensuel indiquant les pourcentages de conformité aux exigences d'entretien préventif et à d'autres indicateurs de rendement clés, et il l'envoie aux directeurs pour vérifier l'état de la conformité aux exigences et surmonter les difficultés.

- **Rouge** : Le Centre de santé Centenary du système de santé Rouge Valley (aujourd'hui l'Hôpital Scarborough and Rouge) consigne les calendriers et les résultats d'inspection dans une base de données afin de surveiller les progrès et le rendement du personnel d'inspection. Il appose également un

autocollant jaune sur tout l'équipement médical pour indiquer qu'il a fait l'objet d'une inspection prévue et pour indiquer la date de la prochaine inspection. Les articles introuvables sont signalés au personnel clinique pour que celui-ci aide à les localiser. L'Hôpital Rouge Valley d'Ajax et de Pickering (aujourd'hui l'Hôpital Lakeridge) a mis en place un nouveau système d'entretien préventif pour surveiller le calendrier d'entretien et le rendement du personnel. Il a également confié à un gestionnaire la tâche d'auditer chaque mois les travaux d'entretien en attente.