

Fonctionnement des grands hôpitaux communautaires

Suivi de la section 3.08 du *Rapport annuel 2016*
par le Comité permanent des comptes publics

En avril 2017, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu une audience publique sur notre audit de 2016 qui portait sur le fonctionnement des grands hôpitaux communautaires. En février 2018, le Comité a déposé à l'Assemblée législative un rapport découlant de l'audience, dont la version intégrale est consultable à : <http://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/standingcommittee/standingcommittee-fr.html>.

Le Comité a formulé 16 recommandations et a demandé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et aux hôpitaux de lui soumettre leur réponse au plus tard le 22 juin 2018. Toutefois, au moment de notre suivi, l'Assemblée législative avait été dissoute en raison de l'élection provinciale tenue le 7 juin 2018. Par conséquent, le Comité ne disposait pas de membres pouvant recevoir les réponses du Ministère et des hôpitaux avant qu'il soit dûment reconstitué après la reprise des travaux à l'Assemblée législative. Le Ministère et les hôpitaux ont présenté leur réponse officielle au Comité le 29 juillet 2018. Le Comité a soulevé plusieurs questions qui s'apparentaient aux constatations de notre audit de 2016. La **figure 1** présente l'état de chacune des recommandations du Comité.

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre le 1^{er} avril et le 3 août 2018 et nous avons obtenu des déclarations écrites du Ministère et des hôpitaux selon lesquelles, au 31 octobre 2018, ils nous avaient fourni une mise à jour complète de l'état des recommandations formulées par le Comité.

Conclusion globale

Le 3 août 2018, 73 % des recommandations du Comité étaient pleinement mises en oeuvre, 21 % étaient en voie de mise en oeuvre, et peu ou pas de progrès avaient été accomplis dans la mise en oeuvre de la tranche restante de 7 %.

Événements importants survenus après notre audit de 2016

Fusion des hôpitaux

Notre audit de 2016 a porté sur trois grands hôpitaux communautaires : Trillium Health Partners (Trillium), l'Hôpital régional de Windsor (Windsor) et Rouge Valley Health System (Rouge).

À la suite de notre audit, deux établissements de santé de Rouge (l'établissement Centenary et l'établissement d'Ajax-Pickering) ont fusionné avec deux hôpitaux afin de donner suite aux recommandations du Comité d'experts de Scarborough et Durham Ouest. Le Comité d'experts s'était penché sur la façon d'améliorer l'intégration des services de soins actifs et leur accès et avait fait rapport au Ministère à ce sujet. Le 1^{er} décembre 2016, l'établissement Centenary de Rouge a fusionné avec l'Hôpital de Scarborough pour créer l'Hôpital de Scarborough-Rouge. De plus, l'établissement d'Ajax-Pickering de Rouge a été fusionné avec le Centre de santé de Lakeridge.

Afin d'assurer l'exhaustivité de notre travail de suivi, nous avons évalué l'état des mesures prises

par Rouge selon les renseignements communiqués par l'Hôpital de Scarborough-Rouge (l'ancien établissement Centenary de Rouge) et le Centre de santé de Lakeridge (l'ancien établissement d'Ajax-Pickering de Rouge).

État détaillé des recommandations

La **figure 2** présente les recommandations et l'état détaillé des mesures prises, qui est fondé sur les réponses du Ministère et des hôpitaux, de même que sur notre examen des renseignements fournis.

Figure 1 : Résumé de l'état des mesures recommandées dans le rapport de février 2018 du Comité

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

	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	1	1				
Recommandation 10	2	2				
Recommandation 11	3	2 1/3	2/3			
Recommandation 12	1			1		
Recommandation 13	1			1		
Recommandation 14	2	2				
Recommandation 15	5	3 2/3	1	1/3		
Recommandation 16	3	3				
Total	34	24 2/3	7	2 1/3	0	0
%	100	72	21	7	0	0

Figure 2 : Recommandations du Comité et état détaillé des mesures prises

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

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<p>Recommandation 1</p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée effectue une planification adéquate pour assurer aux hôpitaux un financement qui vient à point nommé et leur permet ainsi de fonctionner de façon rentable et efficiente, et d'effectuer les interventions chirurgicales en temps voulu.</p> <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait procédé à l'affectation des fonds aux hôpitaux au début de l'exercice. Le Ministère avait aussi mis en place des processus que devaient suivre les hôpitaux et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour examiner leur financement existant et corriger les problèmes liés à la qualité des données avant que des investissements soient faits. De plus, le Ministère avait mis à jour les instructions pour la gestion du volume des actes médicaux axée sur la qualité, qui précisent les politiques ministérielles de la réforme du financement du système de santé. Les instructions ont fourni une orientation concernant les réaffectations en cours d'exercice ainsi que les rapprochements et les processus pour la fin de l'exercice 2017-2018, de sorte que les RLISS aient une latitude pour répondre aux besoins des patients lorsqu'ils gèrent la prestation des services dans leurs collectivités.</p>
<p>Recommandation 2</p> <p>Que les hôpitaux ontariens assurent le transfert rapide des patients de la salle d'urgence à un lit en soins actifs, s'il y a lieu, en prenant les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> surveiller chaque jour le temps d'attente pour un lit dans chaque unité de soins actifs à intervalles réguliers (p. ex. toutes les heures); <p>État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.</p>	<p>Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux ont pris les mesures suivantes :</p> <p>Trillium : Il a mis en place un tableau de bord pour la gestion de la capacité afin de suivre en temps réel la durée du séjour de tous les patients dans les services des urgences.</p> <p>Windsor : En octobre 2017, il a adopté un nouveau modèle d'attribution des lits pour le programme de médecine afin de transférer rapidement les patients des urgences à l'unité de soins pertinente. Le nouveau modèle repose sur un logiciel qui affiche des renseignements tels que le nombre de patients dans les urgences qui attendent un lit, leur temps d'attente et un code de l'état de préparation du lit, soit vert (moins de 30 minutes), jaune (de 31 à 60 minutes) ou rouge (plus de 60 minutes).</p> <p>Rouge : Il a mis en service un outil de rapport de l'accès quotidien qui fournit des données sur les temps d'attente. Il a également formé une équipe chargée du cheminement des patients afin de surveiller les temps d'attente pour les lits et de voir au transfert des patients des urgences aux lits d'hôpitaux dans les meilleurs délais.</p>

Recommandation du Comité

Détails de l'état

- enquêter sur les retards importants.
État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Trillium : Il a affecté des coordonnateurs de l'admission ou des soins des patients qui sont chargés d'examiner régulièrement tous les patients admis, dont le séjour aux urgences était supérieur au temps d'attente cible. Il a aussi surveillé les délais d'attribution de lits et de transfert des patients à un lit, et il a contacté des unités particulières lorsque des retards importants ont été constatés.

Windsor : Lorsque des retards importants se sont produits, le directeur des programmes et le directeur du centre de contrôle de l'hôpital ont passé en revue les dossiers des patients et ont communiqué une rétroaction aux unités concernées. Les enquêtes et les recommandations visaient à pallier les retards et ont été discutées avec l'équipe chargée du cheminement des patients durant ses réunions hebdomadaires.

Rouge : Il a affecté un superviseur des opérations et a formé une équipe d'attribution des lits afin de superviser le cheminement des patients en temps réel et d'enquêter sur les problèmes et les retards. L'hôpital a également mis à jour son système pour prioriser les processus de transport des patients et de désinfection afin d'éviter des retards importants.

- mettre au point un système d'intervention en cas de crise pour mieux gérer les cas difficiles et les périodes de fort achalandage.
État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

Trillium : Il a achevé le cadre des processus et des pratiques de gestion de la capacité, qui offre des directives pour répondre aux différents niveaux de capacité, sensibilise aux pratiques de cheminement des patients à l'échelle de l'hôpital, et clarifie les attentes relatives à la résolution des problèmes liés à leur cheminement. Il a aussi mis sur pied une équipe de gestion de la capacité excédentaire qui est chargée d'améliorer le cheminement des patients. En outre, il a mis en oeuvre une politique et une procédure de gestion de la capacité, qui sont entrées en vigueur le 31 mars 2017, afin de préciser les rôles, les responsabilités et la réponse de la direction à la capacité excédentaire.

Windsor : Il a établi un plan de gestion de l'afflux des patients pour composer avec le dépassement de la capacité, notamment en ouvrant des lits à chaque emplacement pour lesquels il ne reçoit pas de fonds du Ministère.

Rouge : Il a mis en oeuvre une politique de gestion de l'afflux de patients, qui est appliquée lorsque plus de 10 patients admis attendent aux urgences pour un lit d'hôpital. Il a aussi installé un système centralisé de dotation afin de faciliter l'accès au bassin de ressources infirmières pour atténuer les problèmes de personnel liés à la capacité d'appoint.

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<ul style="list-style-type: none"> prendre les mesures correctives nécessaires. <p>État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.</p>	<p>Trillium : Il a établi un centre des opérations d'urgence afin de gérer les fortes pressions et les problèmes de capacité continus. Il a aussi commencé à distribuer un rapport d'étape bimensuel sur la gestion de la capacité et du personnel à tous les vice-présidents de cliniques et aux membres de son groupe de travail sur la gestion de la capacité et de la planification de l'effectif. Le rapport fait état des problèmes liés à la capacité excédentaire et présente des recommandations pour améliorer le cheminement des patients en utilisant le cadre des processus et des pratiques de gestion de la capacité. De plus, il a formé un groupe de travail sur la planification de la capacité d'appoint, qui est chargé de dresser un plan pour gérer les pressions et les problèmes durant la période des Fêtes.</p> <p>Windsor : Il a commencé à tenir des réunions quotidiennes dans chaque unité médicale et chirurgicale avec les travailleurs sociaux, le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins afin de cerner les problèmes à signaler aux services concernés ou à la haute direction. Il met aussi à jour quotidiennement les plans de soins et de continuité des soins afin d'améliorer le cheminement des patients.</p> <p>Rouge : Il a mis sur pied une équipe de cheminement des patients afin d'assurer leur transfert rapide des urgences à un lit d'hôpital en accordant la priorité aux patients de l'unité des soins intensifs et à ceux nécessitant une chirurgie urgente. En avril 2017, il a aussi établi une unité de soins médicaux de courte durée pour les patients recevant leur congé dans un délai de 48 heures. En outre, il a dirigé le plus possible des patients vers les consultations externes (p. ex. les cliniques de traitement des fractures).</p>
<p>Recommandation 3</p> <p>Que les hôpitaux garantissent le traitement équitable et rapide des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale urgente, en prenant les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> surveiller, évaluer et communiquer régulièrement les délais de pratique des interventions chirurgicales urgentes. <p>État :</p> <p>Trillium Health Partners : Pleinement mise en oeuvre.</p> <p>Hôpital régional de Windsor : En voie de mise en oeuvre d'ici avril 2020.</p> <p>Rouge Valley Health System : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>Durant notre suivi, nous avons constaté que les hôpitaux ont pris les mesures suivantes :</p> <p>Trillium : En mai 2017, il a mis en oeuvre un outil de suivi et des directives connexes afin de faciliter une approche normalisée pour documenter les chirurgies urgentes. Il a également formé un comité de soins périopératoires (soins prodigués avant et après une chirurgie) qui est chargé de suivre les renseignements recueillis à l'aide de l'outil et de faire rapport à ce sujet.</p> <p>Windsor : Depuis octobre 2017, il examine chaque jour la liste des interventions chirurgicales imprévues afin de les prioriser et de dresser un plan d'action connexe. En avril 2018, il a poursuivi le travail afin de confirmer les critères pour inscrire les patients sur la liste des interventions chirurgicales imprévues et il a mis au point un système électronique pour suivre et évaluer la rapidité des chirurgies urgentes. L'hôpital prévoit avoir terminé ce travail d'ici avril 2020.</p> <p>Rouge : En mars 2017, il a effectué un audit visant à suivre et à évaluer l'opportunité des interventions chirurgicales urgentes. L'audit a révélé que toutes les chirurgies orthopédiques, gynécologiques, plastiques et reconstructives avaient été exécutées dans le délai cible.</p>

Recommandation du Comité

Détails de l'état

- consigner, analyser et communiquer les causes des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes.

État :

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

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

Rouge Valley Health System : Pleinement mise en oeuvre.

- déterminer s'il y a lieu de réserver des plages horaires pour les interventions chirurgicales urgentes dans les salles d'opération ou de prendre d'autres mesures (comme veiller à ce que les chirurgiens pratiquent seulement des interventions chirurgicales urgentes quand ils sont de garde, dans le cadre de leurs activités normales prévues) afin de réduire le risque que des retards dans la pratique de ces interventions compromettent la santé des patients.

État :

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

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

Rouge Valley Health System : Pleinement mise en oeuvre.

Trillium : En 2017-2018, il a lancé un projet pour élaborer un processus d'audit et d'analyse des retards dans la réalisation des interventions chirurgicales urgentes. Le projet devrait être terminé d'ici la fin de décembre 2018.

Windsor : Il procédait à une analyse des retards, conjointement avec le chef du service d'anesthésie et l'équipe du bloc opératoire. En avril 2018, il a commencé à mettre au point un système électronique pour documenter les raisons des retards dans l'exécution des chirurgies urgentes. L'hôpital prévoit avoir terminé ce travail d'ici avril 2020.

Rouge : Il a déterminé et analysé les deux principales raisons des retards dans les chirurgies urgentes, c'est-à-dire la plage horaire réservée limitée dans les salles d'opération et les facteurs liés aux patients (p. ex. un patient qui doit recevoir un médicament avant la chirurgie afin de stabiliser son état médical ou un patient qui prend des anticoagulants et qui doit cesser d'en prendre quelques heures avant la chirurgie).

Trillium : Ses divisions de chirurgie orthopédique et de chirurgie générale ont des plages hebdomadaires réservées en salle d'opération pour les chirurgies urgentes et les cas de traumatisme et de soins actifs. Il a aussi engagé un expert-conseil pour effectuer un examen afin d'optimiser la plateforme chirurgicale, ce qui comprend l'analyse des possibilités relatives aux soins d'urgence. L'examen devrait être terminé en novembre 2018.

Windsor : Une plage quotidienne de 90 minutes est réservée dans son service d'orthopédie pour les chirurgies urgentes imprévues. Il a cependant précisé que des mesures plus vigoureuses devaient être prises pour donner suite à cette recommandation, car il venait d'amorcer son examen des temps d'attente pour les patients nécessitant une intervention chirurgicale urgente. Il nous a informés que l'équipe de direction chirurgicale, y compris les chefs et les chirurgiens responsables du programme de chirurgie, examine les données des deux à quatre dernières années pour déterminer le nombre de lits chirurgicaux et de salles d'opération nécessaires pour les chirurgies urgentes prévues et imprévues. Il prévoit de réserver des plages horaires dans les salles d'opération pour les chirurgies urgentes ou de prendre d'autres mesures d'ici la fin de mars 2019.

Rouge : En mai 2017, il a commencé à réserver des plages dans les salles d'opération pour les chirurgies urgentes. Il a aussi mis en oeuvre des politiques pour établir l'horaire des interventions chirurgicales urgentes et réserver des salles d'opération, qui reposent sur un processus détaillé visant les cas urgents qui doivent être traités durant et après les heures ouvrables et les fins de semaine. Ces politiques autorisent la supplantation dans la première salle d'opération disponible selon le degré d'urgence de l'intervention chirurgicale.

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<p>Recommandation 4</p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les patients subissent les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes dans les délais prévus, en prenant les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> examiner le lien entre le niveau de financement des interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes, les temps d'attente cibles pour ces interventions et la difficulté qu'ont les hôpitaux à atteindre ces cibles avec le financement actuel. État : Pleinement mise en oeuvre. utiliser les résultats de cet examen pour déterminer les besoins de financement futurs pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes de manière à atténuer le risque couru par les patients et à permettre aux hôpitaux d'atteindre les cibles ministérielles pour ces interventions. État : Pleinement mise en oeuvre. 	<p>Le Ministère a mis en place des processus pour que les RLISS participent à l'examen des données sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales principales. Par exemple, il a créé en 2017 la fiche d'évaluation de la qualité des chirurgies orthopédiques afin de suivre et de surveiller sur une base trimestrielle les résultats du rendement des arthroplasties de la hanche et du genou. La fiche comprend des indicateurs, tels que la durée moyenne (jours) du séjour en lits de soins actifs et les temps d'attente (jours) pour les arthroplasties, et elle fournit des renseignements au Ministère et aux RLISS pour qu'ils examinent le lien entre les niveaux de financement et les temps d'attente pour ce type de chirurgie non urgente. Dans le même ordre d'idées, la fiche de rendement des opérations du pied et de la cheville, aussi adoptée en 2017, fait le suivi des paramètres de rendement pour ces interventions chirurgicales.</p> <p>Le Ministère a aussi passé en revue le plan de planification des chirurgies de la cataracte soumis par le groupe de travail sur une stratégie provinciale pour la vision en novembre 2017 afin d'examiner les facteurs, comme le niveau de financement, qui ont une incidence sur la prestation des services de chirurgie de la cataracte et leurs liens avec les temps d'attente. Afin de respecter les temps d'attente cibles, le Ministère compte utiliser les recommandations du plan relatif à la capacité des services de chirurgie des cataractes de ce groupe de travail pour les décisions de financement futures.</p> <p>Le Ministère a utilisé les renseignements dans les rapports mentionnés ci-dessus, c.-à-d. la fiche d'évaluation de la qualité des chirurgies orthopédiques et le plan de planification des chirurgies de la cataracte, pour déterminer les besoins de financement et respecter les délais cibles. Par exemple, en décembre 2017, le Ministère a fait des investissements supplémentaires pour financer plus de 160 arthroplasties de la hanche et du genou dans les RLISS qui ont le plus de difficulté à respecter les délais cibles. Comme mentionné ci-haut, le Ministère entend à l'avenir prendre des décisions de financement des chirurgies de la cataracte en se fondant sur les recommandations du plan connexe et cibler les régions de la province éprouvant les plus grands besoins. Le Ministère poursuivra sa collaboration avec les RLISS pour déterminer les hôpitaux qui excèdent les délais cibles et trouver des solutions possibles.</p>

Recommandation du Comité

Détails de l'état

Recommandation 5

Que les hôpitaux consultent au besoin le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) afin de garantir que les patients subissent les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes dans les délais cibles, et collaborent avec les chirurgiens pour trouver des moyens de diminuer l'engorgement.

État :

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

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

Rouge Valley Health System : Pleinement mise en oeuvre.

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

Trillium : Il a mis en oeuvre le modèle de soins chirurgicaux aigus à l'un de ses établissements en 2017-2018 vu le succès de sa mise en place à un autre emplacement en 2012 pour aider à atténuer la concurrence pour les salles d'opération en dehors des heures en faisant effectuer les interventions générales imprévues pendant la journée plutôt qu'en soirée. Il compte aussi examiner d'autres possibilités dans une analyse générale de l'efficacité des salles d'opération, qui devrait être achevée d'ici la fin de mars 2021.

Windsor : Il a fait savoir qu'il compte prendre de nombreuses autres mesures pour répondre à la recommandation, car il vient d'amorcer un examen des temps d'attente pour les patients ayant besoin d'une chirurgie. Comme mentionné à la recommandation 3, il prévoit mettre au point d'ici avril 2020 un système électronique pour documenter les raisons des retards, après quoi il déterminera des moyens de réduire l'arriéré ou les retards dans la réalisation des interventions chirurgicales.

Rouge : Il a pris des mesures pour réduire les temps d'attente et réduire l'arriéré des chirurgies non urgentes. Par exemple, il a mis en place trois unités d'évaluation des diagnostics (prostate, glande thyroïde et sein) pour réduire les temps d'attente entre l'aiguillage, le diagnostic et la chirurgie. Il a aussi désigné des salles tournantes pour les chirurgies orthopédiques (deux salles d'opération dont les horaires et les heures de début sont variés, que les chirurgiens peuvent utiliser lorsque leurs patients sont prêts). Ces salles tournantes réduisent le temps de rotation des salles d'opération et permettent aux chirurgiens de pratiquer deux interventions supplémentaires. Il a en outre affecté un auxiliaire médical pour aider à gérer les soins pré- et postopératoires afin de libérer les chirurgiens orthopédiques pour qu'ils puissent pratiquer des chirurgies.

Recommandation 6

Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec les hôpitaux pour que les patients et les fournisseurs de soins de santé prennent des décisions éclairées et que les patients subissent leur intervention chirurgicale non urgente dans un délai raisonnable, en prenant les mesures suivantes :

- 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 et entre les régions;
- État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de mars 2019.

Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère a pris les mesures suivantes :

En décembre 2017, le Ministère a annoncé un investissement de 37 millions de dollars sur trois ans pour offrir à l'échelle de la province le système centralisé d'aiguillage et d'évaluation des patients, appelé les cliniques d'accès rapide (CAR), pour les soins musculosquelettiques en commençant par les arthroplasties de la hanche et du genou et la gestion de la lombalgie en 2017-2018 et 2018-2019.

Certains RLISS ont commencé à mettre en place des CAR pour les arthroplasties de la hanche et du genou et la gestion de la lombalgie. Le Ministère s'attend à ce que tous les RLISS aient mis en place des CAR d'ici la fin de mars 2019. À l'avenir, des fonds seront octroyés pour mettre à l'essai et évaluer les CAR afin d'intégrer d'autres types de chirurgie ou d'acte médical.

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<ul style="list-style-type: none"> ventiler les données sur les 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. publier en temps utile (p. ex. mensuellement) tous les temps d'attente pour chaque type d'intervention chirurgicale, y compris le temps entre la date de l'aiguillage par le fournisseur de soins primaires et celle du rendez-vous avec un spécialiste. État : Pleinement mise en oeuvre. 	<p>Le Ministère a lancé un nouvel outil en ligne pour faciliter la consultation des données de rendement sur les temps d'attente pour les chirurgies ou les actes médicaux en fonction du degré d'urgence ou de priorité dans l'ensemble de la province. En août 2017, les renseignements sur les temps d'attente étaient disponibles sur les sites Web de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et du Ministère.</p> <p>Les données sur les temps d'attente publiées sur les sites Web sont ventilées par niveau de priorité, qui est attribué à chaque patient suivant l'évaluation effectuée par les cliniciens afin de déterminer l'urgence des soins requis. Il y a quatre niveaux de priorité : priorité 1 (immédiat ou urgent), priorité 2 (urgent), priorité 3 (semi-urgent) et priorité 4 (non urgent). Puisque les patients dont l'état de santé est urgent (priorité 1) sont vus immédiatement, leur temps d'attente n'est pas inclus dans les données à ce sujet. Chaque niveau de priorité d'un acte médical ou d'une chirurgie (p. ex. cataracte, cancer et orthopédie) comporte un temps d'attente cible. Les sites Web montrent le pourcentage des chirurgies de chaque niveau de priorité qui sont exécutées dans le délai cible associé.</p> <p>Comme mentionné ci-dessus, en août 2017, le Ministère a publié sur son site Web et sur celui de QSSO les données de rendement sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales. Ces données montrent le temps d'attente complet selon deux composantes : 1) le délai entre l'aiguillage effectué par le médecin de famille ou l'infirmière praticienne et le premier rendez-vous du patient avec un spécialiste chirurgical; et 2) le temps écoulé entre la décision de pratiquer une chirurgie ou un acte médical et la date d'exécution.</p>
<p>Recommandation 7</p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fasse en sorte que les patients peuvent consulter rapidement un spécialiste pour une intervention chirurgicale non urgente en déterminant les causes des longs temps d'attente pour la consultation de certains spécialistes, et en collaborant 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.</p>	<p>Comme 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, ou les CAR, pour ceux qui ont besoin d'une arthroplastie de la hanche et du genou ou de services de gestion de la lombalgie. 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 il sera décidé à ce moment-là si une évaluation chirurgicale est nécessaire. Les patients qui ne doivent pas subir de chirurgie recevront des recommandations non chirurgicales. Le Ministère s'attend à ce que tous les RLISS aient mis en place des CAR d'ici la fin de mars 2019.</p> <p>De plus, le Ministère a fait savoir que les CAR seront mis en place sur la base des modèles existants fondés sur des données probantes et dont les avantages pour les patients ont été démontrés. À titre d'exemple, citons le modèle de centre d'admission et d'évaluation centralisées (CAEC) et celui des cliniques interprofessionnelles d'évaluation et d'éducation en matière de lombalgie (CIEEL). Ces modèles aident les patients qui doivent subir une chirurgie à recevoir plus rapidement une consultation et à dresser un plan d'autogestion des soins pour ceux qui n'ont pas besoin de chirurgie. Le modèle des CAEC, par exemple, a permis de réduire de 90 % les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou dans le RLISS de Champlain en répartissant les patients entre toutes les listes d'attente des chirurgiens.</p>

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<p>Recommandation 8</p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée transmette le rapport « Association of delay of urgent or emergency surgery with mortality and use of health care resources: a propensity score-matched observational cohort study » (<i>Journal de l'Association médicale canadienne</i>, 10 juillet 2017) aux hôpitaux pour étude.</p> <p>État : En voie de mise en oeuvre d'ici septembre 2018.</p>	<p>Le Ministère nous a informés qu'il estime préférable de transmettre les communications de cette nature par l'entremise de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA). Il a aussi précisé que sa Division de l'amélioration de la qualité et du financement du système de santé travaillera avec l'OHA pour diffuser cet article aux hôpitaux membres en septembre 2018.</p>
<p>Recommandation 9</p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée garantisse la sécurité des patients opérés en collaborant avec les hôpitaux pour s'assurer qu'ils font régulièrement un suivi et un compte rendu des incidents survenus et prennent les mesures correctives nécessaires.</p> <p>État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>Le Ministère a travaillé avec les hôpitaux pour s'assurer qu'ils effectuent un suivi régulier des incidents liés à la sécurité des patients et qu'ils prennent les mesures correctives nécessaires. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Ministère a commencé à financer le Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario, qui réunit les équipes chirurgicales des hôpitaux pour évaluer les données cliniques, déterminer les secteurs prioritaires pour la sécurité des chirurgies et les résultats des patients ainsi que pour échanger des idées et des pratiques. Le 1^{er} juin 2018, 46 hôpitaux de l'Ontario avaient participé au Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux, qui a suivi et évalué 14 indicateurs entre la période préchirurgicale d'un patient et 30 jours suivant l'intervention, en rajustant les données en fonction de l'âge et des maladies préexistantes afin d'assurer la comparabilité des conclusions. Les indicateurs comprennent, par exemple, les intubations imprévues, les infections des voies urinaires et des plaies opératoires, les taux de sepsie et les thrombo-embolies veineuses. • La <i>Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins</i>, promulguée en 2004, a été modifiée et remplacée par la version de 2016, qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2017. Cette version accroît la transparence en affirmant le droit d'accès des patients à leurs renseignements en matière de soins de santé et précise qu'il est interdit de refuser l'accès à ces renseignements aux patients et à leur famille. • Le Ministère continue d'exiger que tous les hôpitaux de l'Ontario signalent les incidents critiques liés aux médicaments et aux solutions intraveineuses par l'entremise du Système national de déclaration des accidents et incidents, un outil en ligne avec lequel les utilisateurs peuvent signaler, analyser et échanger des renseignements sur les incidents liés à la sécurité des patients.

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<p>Recommandation 10 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée assure une utilisation optimale des ressources pour les patients qui ont besoin de soins hospitaliers ou de soins de longue durée, en prenant les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'assurer que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui attendent à l'hôpital sont en sécurité et reçoivent entre-temps les soins de rétablissement et de transition nécessaires. État : Pleinement mise en oeuvre. • planifier 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. 	<p>Durant notre suivi, nous avons constaté que le Ministère a pris les mesures suivantes :</p> <p>Le Ministère a alloué près de 40 millions de dollars aux RLISS à l'appui de plus de 40 projets pilotes et initiatives rattachés aux interventions d'évaluation et de réadaptation, qui sont des services et des soins de réadaptation et de rétablissement offerts dans les collectivités aux personnes qui ont subi une perte réversible de leurs capacités fonctionnelles. Au moment de notre suivi, environ 28 000 personnes âgées avaient reçu des services et plus de 2 000 cliniciens avaient suivi une formation. Les hôpitaux et les RLISS ont déclaré une amélioration de l'accès et du cheminement des patients en ce qui concerne les lits de soins actifs, de soins pour affections subaiguës et de soins de réadaptation; la diminution de la durée des séjours à l'hôpital; et des mises en congé hâtives à la suite de l'amélioration des services de rétablissement à domicile.</p> <p>Le Ministère a effectué une planification de la capacité pour les soins aux aînés et a remédié à la pénurie de lits. En octobre 2017, il a annoncé un investissement pour créer plus de 2 000 lits d'hôpitaux afin de réduire les temps d'attente. Il a aussi travaillé avec les RLISS et les fournisseurs de services de santé afin d'améliorer et d'augmenter les soutiens accessibles dans les collectivités. Ce travail en partenariat a permis de créer près de 600 places de soins transitoires et 200 logements avec services de soutien en 2017-2018 pour aider les patients à faire la transition entre l'hôpital et leur domicile ou un établissement dans la collectivité. Afin d'accroître encore plus la capacité en soins communautaires, le Ministère compte investir des fonds supplémentaires de 187 millions de dollars en 2018-2019.</p>

Recommandation du Comité

Détails de l'état

Recommandation 11

Que les hôpitaux réduisent le temps entre l'admission du patient et l'obtention d'un lit, en prenant les mesures suivantes :

- effectuer une analyse coûts-avantages de l'adoption d'un système de gestion des lits plus efficace qui fournit de l'information en temps réel sur les lits de l'hôpital, notamment les lits occupés, les lits en attente de désinfection ou prêts à accueillir un nouveau patient et le nombre de patients en attente pour chaque type de lit dans chaque unité de soins actifs.

État :

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 : Pleinement mise en oeuvre.

- examiner les heures et les jours de la semaine où les patients attendent trop longtemps au moment de l'admission et de la mise en congé, et apporter les changements qui s'imposent pour que le personnel ait suffisamment de temps pour préparer les lits à l'arrivée de nouveaux patients, surtout en période de pointe.

État :

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 : Pleinement mise en oeuvre.

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

Trillium : En 2017-2018, son affectation de fonds comprenait jusqu'à deux millions de dollars pour un système de gestion des lits afin d'améliorer le cheminement 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-conseil pour examiner la gestion actuelle des lits, effectuer une analyse de rentabilité et recommander des améliorations. L'analyse de rentabilité a été rédigée et sera publiée à la fin de mars 2019.

Windsor : Comme mentionné sous la **recommandation 2**, en octobre 2017, il a mis en place un nouveau modèle d'attribution de lits pour le programme de médecine, afin de transférer rapidement les patients des urgences à l'unité de soins pertinente après leur admission. Le nouveau modèle repose sur un logiciel qui affiche des renseignements, tels que le nombre de patients dans les urgences qui attendent un lit, leur temps d'attente et un code de l'état de préparation du lit, soit vert (moins de 30 minutes), jaune (de 31 à 60 minutes) ou rouge (plus de 60 minutes).

Rouge : L'établissement Centenary de Rouge (actuellement l'Hôpital de Scarborough-Rouge) n'a pas effectué d'analyse de rentabilité du système de gestion des lits, car la fusion avec l'Hôpital de Scarborough a offert l'occasion d'optimiser les systèmes en place dans les deux hôpitaux. Il a donc formé un comité de la demande et de la capacité afin d'appuyer le système existant de gestion des lits et d'améliorer le rendement et l'exactitude du portail Web servant à suivre le cheminement des patients. L'établissement d'Ajaj-Pickering de Rouge (actuellement le Centre de santé de Lakeridge) a mis au point un outil de gestion des lits, système d'information automatisé qui suit le cheminement des patients en temps réel.

Trillium : Ses services de gestion ont dressé un plan visant à optimiser les activités d'entretien ménager afin d'améliorer le cheminement des patients et d'accorder suffisamment de temps pour préparer les lits pour les nouvelles admissions. L'établissement a aussi donné suite à cette recommandation par le biais d'autres initiatives, comme le cadre des processus et des pratiques de gestion de la capacité et l'équipe de direction de la capacité excédentaire (comme mentionné à la **recommandation 2**), et d'une analyse de rentabilité des solutions possibles pour la gestion des lits, comme mentionné ci-haut. L'analyse de rentabilité a été rédigée et sera publiée d'ici la fin de mars 2019.

Windsor : Comme indiqué à la **recommandation 2** et ci-dessus, en octobre 2017, il a mis en place un nouveau modèle d'attribution des lits pour le programme de médecine pour transférer rapidement les patients des urgences à l'unité de soins pertinente. Le nouveau modèle prévoit l'utilisation de cellules d'évaluation (où les médecins peuvent accélérer les tests diagnostiques des patients, confirmer leur diagnostic et fixer les dates de congé prévues).

Rouge : Il a formé un groupe de travail sur le cheminement efficace des patients, qui a lancé les initiatives suivantes : la révision de la politique de gestion des lits et de la capacité d'appoint; la simplification des réunions quotidiennes portant sur la gestion des lits; et la production d'un rapport quotidien sur les dates de congé prévues afin d'améliorer le cheminement des patients.

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<ul style="list-style-type: none"> veiller à ce qu'il y ait assez de personnel d'entretien ménager en service pour désinfecter rapidement les chambres et les lits récemment libérés, et établir l'ordre de priorité des travaux de désinfection selon les types de lits les plus demandés. <p>État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.</p>	<p>Trillium : En septembre 2017, il a achevé une analyse du personnel et a établi de nouveaux horaires de travail afin de retarder l'heure de début des préposés à l'entretien pour couvrir les périodes où les besoins d'entretien ménager sont plus élevés. Il a ajouté deux quarts de cinq heures (prenant fin à 23 h) et trois quarts de nuit (prenant fin à 7 h) pour répondre aux besoins en entretien ménager plus tard en soirée. Il a aussi fixé une cible d'achèvement des travaux ménagers en 45 minutes, qui fait l'objet d'un suivi quotidien. Il continuera de surveiller les données sur les congés et les horaires de travail du personnel afin d'assurer un personnel suffisant pour accomplir la charge de travail ménager.</p> <p>Windsor : Il a restructuré son personnel d'entretien et a accru sa disponibilité entre 12 h et 20 h et de 23 h à 7 h pour effectuer les travaux de nettoyage après les mises en congé en après-midi et de nuit. Il a aussi modifié le processus de nettoyage, de sorte qu'un superviseur affecte simultanément un aide-ménager à la désinfection d'un lit et un préposé au transport au transfert du patient hors du lit. Cette mesure a permis d'écourter de 20 minutes le processus de nettoyage et d'améliorer l'efficacité des services d'entretien ménager.</p> <p>Rouge : Il a mis en place un système des tâches prioritaires qui sert à déterminer les lits à désinfecter en fonction du niveau de priorité des patients. Il a aussi adopté un modèle axé sur le cheminement qui prévoit l'exécution des tâches routinières (p. ex. le nettoyage) en fin de journée, afin de réduire le dédoublement des efforts et de mieux équilibrer le personnel disponible et la demande. De plus, il a mis en oeuvre un plan d'augmentation de la capacité pour prévoir du personnel suffisant durant les périodes prévues de forte demande.</p>
<p>Recommandation 12</p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les hôpitaux, de concert avec les médecins, puissent prendre les meilleures décisions en fonction de l'évolution des besoins des patients, en revoyant le processus de nomination des médecins et la procédure d'appel que doivent observer les hôpitaux et les médecins selon la <i>Loi sur les hôpitaux publics</i>.</p> <p>État : Peu ou pas de progrès.</p>	<p>Le Ministère a signalé son engagement à mettre en place un processus pour répondre à cet enjeu. Il entend se pencher sur ce dossier après qu'auront pris fin les négociations entre le gouvernement provincial et l'Ontario Medical Association pour parvenir à une entente sur les services de médecin.</p>
<p>Recommandation 13</p> <p>Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les hôpitaux puissent prendre les meilleures décisions en fonction de l'évolution des besoins des patients, en déterminant si, à long terme, les hôpitaux auraient intérêt à embaucher des médecins au sein de leur effectif, et à ce qu'ils rendent compte de leurs progrès à cet égard.</p> <p>État : Peu ou pas de progrès.</p>	<p>Le Ministère a signalé son engagement à mettre en place un processus pour répondre à cet enjeu. Il entend se pencher sur ce dossier après qu'auront pris fin les négociations entre le gouvernement provincial et l'Ontario Medical Association pour parvenir à une entente sur les services de médecin.</p>

Recommandation du Comité

Détails de l'état

Recommandation 14

Que les hôpitaux assurent une meilleure utilisation des ressources hospitalières affectées aux soins infirmiers, en prenant les mesures suivantes :

- déterminer s'il y a lieu d'adopter un système de planification des horaires plus efficace, comme un système d'information à l'échelle de l'hôpital qui centralise la planification des horaires du personnel infirmier selon les besoins des patients.
État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

- consigner et analyser plus rigoureusement les heures supplémentaires et les congés de maladie du personnel infirmier, effectuer des études coûts-avantages approfondies pour orienter les décisions sur l'utilisation de différents types d'effectifs infirmiers sans trop recourir au personnel d'agences pour combler le manque de main-d'œuvre, et rendre compte de leurs constatations.
État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

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

Trillium : Il a évalué le besoin de mettre en service un système plus efficace d'établissement des horaires et compte améliorer son système d'information sur les ressources humaines à l'aide d'un système offrant des fonctionnalités plus perfectionnées, afin d'appuyer l'établissement des horaires et la planification ou la surveillance proactive de l'effectif. Il a élaboré les exigences du nouveau système, mais n'a toujours pas fixé la date de sa mise en service.

Windsor : Il a évalué le besoin d'un système plus efficace de planification des horaires et a mis en place un programme d'établissement des horaires de même qu'un mécanisme de suivi de l'acuité quart par quart qui gère les niveaux de soins infirmiers en fonction des besoins du patient.

Rouge : Il a évalué le besoin d'un système plus efficace d'établissement des horaires et a mis en service un système électronique. Il a aussi amélioré les fonctions de communication du système en ajoutant une composante de notification d'informations sur les quarts, avec laquelle le personnel peut envoyer des messages texte aux services ou aux unités. De plus, il a adopté un modèle de bureau de dotation centralisée qui permet à tous les services de s'informer des ressources disponibles dans différents secteurs afin de répondre aux besoins en établissement des horaires.

Trillium : Il a mis en oeuvre des exigences supplémentaires en matière de diligence raisonnable en ce qui concerne le recours aux heures supplémentaires et au personnel infirmier d'agences en exigeant l'approbation officielle d'un directeur. Il a aussi commencé à envoyer des rapports hebdomadaires aux gestionnaires sur les heures supplémentaires, les congés de maladie et le recours au personnel infirmier d'agences. En outre, il a examiné les ratios en personnel infirmier et effectif pour tous les secteurs cliniques; ces ratios correspondent à ceux d'hôpitaux comparables.

Windsor : Il a engagé un expert-conseil pour examiner la composition de l'effectif dans tous les secteurs de soins aux patients. Il a aussi comparé le rendement par rapport aux coûts avec celui des hôpitaux comparables et compte effectuer cet examen chaque année. Dans le cadre de l'exercice de comparaison, il a examiné et analysé la composition de son effectif, les congés de maladie et les heures supplémentaires. Il n'a pas recours à du personnel infirmier d'agences.

Rouge : Il a élaboré une fiche de rendement trimestriel ayant trait aux heures supplémentaires, aux congés de maladie et au recours au personnel infirmier d'agences, qui est soumise à l'examen de l'équipe des cadres supérieurs. Il exige aussi l'approbation des heures supplémentaires ou du recours au personnel infirmier d'agences par un directeur ou vice-président. Il s'est également servi de la trousse d'outils du recours aux infirmières autorisées et aux infirmières auxiliaires et de l'outil d'évaluation des besoins en soins des patients pour analyser ces besoins dans une unité de soins ambulatoires.

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<p>Recommandation 15</p> <p>Que les hôpitaux assurent la sécurité des patients et protègent leurs renseignements médicaux personnels en établissant des processus efficaces pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • effectuer des vérifications de casier judiciaire avant l'embauche des nouveaux employés et mettre à jour périodiquement les vérifications concernant le personnel en place, en particulier les employés qui travaillent auprès d'enfants et de patients vulnérables. <p>État : Trillium Health Partners: En voie d'être mise en œuvre d'ici décembre 2019. Hôpital régional de Windsor : Pleinement mise en œuvre. Rouge Valley Health System : Pleinement mise en œuvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • désactiver l'accès à tous les systèmes d'information de l'hôpital pour quiconque n'y travaille plus, et ce, immédiatement après le départ de la personne. <p>État : Pleinement mise en œuvre dans les trois hôpitaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • au besoin, ajouter des fonctions de déconnexion automatique adéquates aux ordinateurs et aux systèmes d'information qui contiennent des renseignements concernant les patients. <p>État : Trillium Health Partners : Pleinement mise en œuvre. Hôpital régional de Windsor : En voie de mise en œuvre d'ici décembre 2018. Rouge Valley Health System : Pleinement mise en œuvre.</p>	<p>Durant notre suivi, nous avons pris connaissance d'un document produit par l'OHA en juillet 2017 dans le but d'orienter les hôpitaux lorsqu'ils élaborent un programme de vérification du casier judiciaire ou renforcent un programme existant. Nous avons constaté que les hôpitaux ont pris les mesures suivantes :</p> <p>Trillium : Il a mis en place un plan pour mener un projet de vérification du casier judiciaire pour les recrues et les employés permanents. Au moment de notre suivi, l'élaboration de la politique interne se poursuivait dans le but d'appuyer la mise en œuvre progressive de la vérification du casier judiciaire d'ici la fin de décembre 2019.</p> <p>Windsor : Il a mis en œuvre la vérification du casier judiciaire de tous les nouveaux employés, bénévoles et professionnels. Il oblige également tout employé existant à fournir des renseignements à jour s'il a été accusé ou déclaré coupable d'une infraction criminelle après la vérification initiale de leur casier judiciaire lors de leur embauche.</p> <p>Rouge : Il a mis en œuvre une politique de vérification du casier judiciaire, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, selon laquelle tous les membres du conseil d'administration, les employés et les bénévoles doivent obtenir des résultats satisfaisants à la vérification des antécédents. La politique exige également que tous les membres du personnel actuels et entrepreneurs remplissent et soumettent un formulaire de déclaration volontaire deux semaines après avoir été officiellement accusés d'une infraction criminelle dans n'importe quelle juridiction ou avoir été reconnus coupables.</p> <p>Trillium : Il a effectué un audit mensuel afin de rapprocher les comptes dans le système et les personnes qui ont obtenu leur congé de l'hôpital pour s'assurer que ces comptes étaient fermés. Son personnel des Ressources humaines et de la TI a aussi travaillé avec les gestionnaires pour réduire le temps entre la cessation d'emploi d'un employé et la notification aux RH.</p> <p>Windsor : Il a adopté un nouveau processus, appelé l'automatisation active du répertoire, au moyen duquel l'enregistrement des cessations d'emploi du personnel par les RH créera automatiquement un billet pour aviser les gestionnaires du système. Il a en outre effectué des audits trimestriels pour valider l'achèvement du processus lié aux cessations d'emploi.</p> <p>Rouge : Il a élaboré un formulaire de demande d'accès aux services, qui est utilisé pour traiter toutes les cessations d'emploi et pour interdire l'accès du personnel mis à pied à l'ensemble des renseignements de l'hôpital. Par mesure de précaution, son service de RH transmet également une liste bimensuelle des cessations d'emploi à l'équipe des TI pour qu'elle mette à jour tous les systèmes.</p> <p>Trillium : Il a mis en œuvre la déconnexion automatique après 30 minutes d'inactivité.</p> <p>Windsor : Il procède à la mise en place d'un processus d'inactivation après un délai de quatre heures et celle-ci devrait être terminée d'ici décembre 2018.</p> <p>Rouge : Il a mis en service des fonctions de déconnexion automatique à deux niveaux : 1) le système d'exploitation après 30 minutes d'inactivité dans la majorité des postes de travail; et 2) les applications, le délai variant selon les fonctionnalités offertes par chaque fournisseur.</p>

Recommandation du Comité

Détails de l'état

- chiffrer tous les appareils mobiles, tels que les ordinateurs portatifs et les clés USB, utilisées par le personnel de l'hôpital pour accéder aux renseignements concernant les patients.

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

- voir s'il est possible et utile de remplacer les appareils mobiles de stockage d'information, comme les clés USB et les périphériques de stockage mobiles, par des technologies telles que l'infonuagique et ses équivalents afin d'accroître la sécurité de l'information.

État :

Trillium Health Partners : Pleinement mise en oeuvre.

Hôpital régional de Windsor : Pleinement mise en oeuvre.

Rouge Valley Health System : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2018.

Trillium : Il avait déjà chiffré tous ses dispositifs portables, y compris les clés USB, au moment de notre audit de 2016, et il continue de le faire.

Windsor : Il a finalisé ses politiques de chiffrement en mai 2018 et il a chiffré tous ses appareils portables, y compris les clés USB.

Rouge : Il applique le chiffrement à tous les dispositifs fournis par l'hôpital, y compris les appareils portables comme les téléphones mobiles, les ordinateurs portables, les blocs-notes et les clés USB.

Trillium : Il a évalué la faisabilité de remplacer les appareils portables par l'infonuagique et a décidé d'utiliser uniquement des clés USB chiffrées et des dispositifs de stockage portatifs chiffrés, car ces méthodes sont plus sécurisées que les services infonuagiques.

Windsor : L'établissement a évalué le caractère réalisable et pratique du remplacement des appareils mobiles par l'infonuagique afin d'accroître la sécurité de l'information. Il a par exemple utilisé le service infonuagique SharePoint pour partager et conserver de l'information de façon sécuritaire.

Rouge : L'établissement Centenary de Rouge (actuellement l'Hôpital de Scarborough-Rouge) a obtenu l'accès à OneDrive, une technologie de stockage sécurisé de fichiers sur réseau. La mise en service à l'échelle de l'établissement devrait être terminée d'ici décembre 2018. L'établissement d'Ajax-Pickering de Rouge (actuellement le Centre de santé de Lakeridge) planifiait une stratégie infonuagique pour l'échange de fichiers et la collaboration, qui devrait être mise en oeuvre en décembre 2018.

Recommandation 16

Que les hôpitaux veillent à ce que l'équipement médical demeure prêt à l'emploi et à ce que les patients et les travailleurs de la santé soient en sécurité pendant son utilisation, en prenant les mesures suivantes :

- tenir une liste complète de l'équipement médical, contenant de l'information exacte et à jour sur tout l'équipement qui nécessite un entretien préventif périodique.

État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.

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

Trillium : Il a terminé un inventaire en parcourant chaque chambre d'hôpital et service pour s'assurer que chaque pièce d'équipement médical était enregistrée dans la base de données. Il a aussi adopté une nouvelle politique et de nouvelles procédures relatives à l'inspection et à la saisie des équipements médicaux dans la base de données et à leur suppression de la base de données après qu'ils ont été retirés de l'hôpital.

Windsor : Il a tenu à jour un inventaire complet des équipements médicaux en effectuant un examen annuel des stocks durant la planification des immobilisations. Dans le cadre de l'examen annuel, le gestionnaire, Génie biomédical, rencontre le gestionnaire de chaque secteur de soins aux patients et passe en revue les articles en stock. Les données d'inventaire sont ensuite mises à jour dans le système de la base de données biomédicales.

Rouge : Il a maintenu un inventaire complet de l'équipement médical et a saisi les renseignements à ce sujet dans la base de données du système informatisé de gestion de l'entretien de l'équipement du Service de génie biomédical. Il a également effectué un examen du plan de gestion de l'entretien de l'équipement afin d'assurer l'exactitude et l'actualité des renseignements sur toutes les pièces d'équipement.

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<ul style="list-style-type: none"> effectuer l'entretien préventif et fonctionnel selon les instructions des fabricants ou d'autres instructions établies et surveiller le travail d'entretien pour s'assurer qu'il est effectué correctement et en temps voulu. <p>État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux.</p>	<p>Trillium : Il a mis en place un programme d'entretien préventif pour l'ensemble des appareils médicaux essentiels, qui est fondé sur les recommandations des fabricants et les pratiques exemplaires. Il a effectué des audits annuels pour vérifier si l'entretien préventif était terminé dans les délais fixés. Les derniers travaux d'audit ont pris fin en novembre 2017.</p> <p>Windsor : Le calendrier d'entretien préventif d'un appareil médical est établi une fois que celui-ci a été reçu. Une liste de vérification a été créée qui comprend tous les tests figurant dans le guide d'entretien. Ces tests doivent être cochés durant chaque entretien préventif. Si une panne survient durant l'entretien préventif, des travaux de réparation sont effectués et un autre entretien préventif a lieu pour vérifier si l'appareil médical passe le test. Le gestionnaire, Génie biomédical, a des réunions quotidiennes avec le responsable du programme biomédical pour déterminer la conformité de l'entretien préventif ainsi que les lacunes ou les problèmes. Un rapport hebdomadaire automatisé de la conformité de l'entretien préventif est généré et examiné par le gestionnaire, Génie biomédical, afin de s'assurer du respect de l'échéancier.</p> <p>Rouge : Il a adopté une stratégie et un calendrier d'entretien préventif pour chaque catégorie d'appareil à l'établissement Centenary de Rouge (actuellement l'Hôpital de Scarborough-Rouge) et il a intégré le calendrier dans une base de données afin de suivre la progression des inspections. La fréquence des inspections est déterminée en fonction des recommandations des fabricants et d'autres facteurs, tels que le niveau de risque, les normes industrielles, l'utilisation, l'historique et l'expérience antérieure. Les ordres d'exécution de l'entretien préventif sont générés automatiquement au début du mois par la base de données et les résultats des inspections y sont consignés. Le service de génie clinique de l'établissement d'Ajax-Pickering de Rouge (actuellement le Centre de santé de Lakeridge) a exécuté l'entretien préventif de tous les équipements médicaux. Lors de la fusion avec le Centre de santé de Lakeridge, l'ensemble de l'équipement médical a fait l'objet d'un audit, au cours duquel un numéro a été attribué à chaque pièce d'équipement et des calendriers d'entretien préventif ont été établis en fonction des recommandations des fabricants (tous les 6 ou 12 mois); cet exercice a été effectué pour créer une base de données sur l'entretien préventif périodique et prévu.</p>

Recommandation du Comité	Détails de l'état
<ul style="list-style-type: none"> surveiller le travail du personnel responsable de l'entretien préventif pour s'assurer que l'équipement est entretenu dans les délais prévus. <p>État : Pleinement mise en oeuvre dans les trois hôpitaux</p>	<p>Trillium : Il a déclaré sur une base trimestrielle le taux d'achèvement de l'entretien préventif de l'équipement biomédical selon la catégorie de risque de l'équipement. En outre, il a déclaré sur une base mensuelle le taux d'achèvement de l'entretien préventif des actifs immobiliers.</p> <p>Windsor : Il a effectué des audits semestriels périodiques et des examens annuels du rendement afin de surveiller les techniciens en génie biomédical qui exécutent l'entretien préventif. Il a également examiné chaque mois les ordres d'exécution achevés pour vérifier si chaque technicien avait respecté les spécifications des fabricants et exécuté l'entretien préventif comme décrit dans le guide d'entretien. Comme mentionné ci-dessus, le gestionnaire, Génie biomédical, rencontre chaque jour le responsable du programme biomédical pour déterminer la conformité de l'entretien préventif, les lacunes ou les problèmes. Le gestionnaire, Génie biomédical, génère et passe en revue un rapport hebdomadaire automatisé sur la conformité de l'entretien préventif afin de vérifier si l'échéancier est respecté. En outre, il produit un rapport mensuel sur les paramètres de rendement, qui expose les pourcentages de la conformité de l'entretien préventif et d'autres indicateurs de rendement clés. Il présente le rapport aux directeurs afin de vérifier l'état de la conformité de l'entretien préventif et de résoudre les problèmes.</p> <p>Rouge : L'établissement Centenary de Rouge (actuellement l'Hôpital de Scarborough-Rouge) a saisi les calendriers et les résultats des inspections dans une base de données afin de suivre les progrès et le rendement du personnel d'inspection. Des étiquettes jaunes sont posées sur toutes les pièces d'équipement médical pour signaler qu'elles ont subi l'inspection prévue et la prochaine date d'inspection. Lorsque des articles ne peuvent être repérés, on fait appel au personnel clinicien pour aider à les retrouver. L'établissement d'Ajax-Pickering de Rouge (actuellement le Centre de santé de Lakeridge) a mis en service un nouveau système d'entretien préventif afin de surveiller le calendrier d'entretien et le rendement du personnel. Il a aussi désigné un gestionnaire pour réaliser un examen mensuel des travaux d'entretien en cours.</p>