



Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Audit de l'optimisation
des ressources :
Services d'urgence



Décembre 2023

Services d'urgence

1.0 Résumé

Les services d'urgence constituent un élément crucial du réseau de soins de santé de l'Ontario, car ils offrent un traitement médical pour les maladies et blessures urgentes et majeures 24 heures sur 24, 365 jours par année. Les établissements, parfois appelés urgences, sont en grande partie supervisés et financés par le ministère de la Santé (le Ministère) et Santé Ontario, l'organisme de la Couronne chargé de coordonner les soins de santé entre les organismes.

Les patients peuvent obtenir des soins en tout temps à l'un des 163 services d'urgence de l'Ontario en s'y rendant par leurs propres moyens ou par ambulance. En raison de l'accessibilité pleine et entière des services d'urgence, il peut être difficile pour les hôpitaux d'anticiper avec certitude le roulement des patients. Et bien que les services d'urgence soient censés traiter les problèmes de santé urgents et majeurs, la gestion du roulement des patients et la planification des niveaux de dotation convenables sont compliquées parce que les patients peuvent également choisir d'y recourir lorsqu'ils ne peuvent pas obtenir rapidement des soins auprès d'un autre établissement, comme leur fournisseur de soins primaires ou une clinique sans rendez-vous. Outre ces défis inhérents et constants, les problèmes de financement et les pénuries de personnel aggravés par la pandémie de COVID-19 ont mis à rude épreuve le réseau des services d'urgence de l'Ontario.

Nous avons constaté que même si les patients ayant un besoin immédiat de soins vitaux peuvent accéder rapidement au réseau, les services d'urgence ont souvent eu de la difficulté à fournir rapidement des

soins de grande qualité, les patients devant attendre en moyenne deux heures pour être évalués par un médecin. Certains patients des services d'urgence qui ont besoin d'un lit d'hospitalisation ont dû attendre plus de 24 heures, et bon nombre d'entre eux continuent d'être traités dans les couloirs des services d'urgence lorsqu'aucune place n'est disponible. Les tensions dans le système et les longs temps d'attente ont entraîné des diagnostics retardés ou manqués, ce qui a donné lieu à des situations où des patients sont retournés aux services d'urgence dans un moins bon état de santé.

Voici un aperçu de nos principales constatations :

Fermetures de services d'urgence

- **Plus de 200 fermetures temporaires de services d'urgence ont été relevées au cours de la dernière année, notamment en raison de l'absence de stratégie globale à l'échelle de la province pour maintenir les niveaux de dotation en personnel.** Les fermetures imprévues des services d'urgence étaient très rares avant 2019-2020. Toutefois, entre juillet 2022 et juin 2023, il y a eu 203 fermetures temporaires de services d'urgence en Ontario, touchant 23 hôpitaux, principalement situés dans des régions rurales ou éloignées, surtout en raison d'une pénurie de personnel infirmier et d'autres problèmes de dotation en personnel. Nous avons constaté l'absence d'une stratégie globale et centralisée à l'échelle de la province pour aider les hôpitaux à maintenir les niveaux de dotation en personnel infirmier afin d'éviter les fermetures ou d'en réduire la durée.

Le Ministère et Santé Ontario comptaient plutôt sur les hôpitaux pour gérer ces situations de façon autonome, habituellement en fermant leurs services d'urgence ou, dans la mesure du possible, en faisant appel à du personnel d'agences plus coûteux. Pour la santé des patients, ces fermetures créent des risques qui augmentent proportionnellement selon le temps de déplacement vers le service d'urgence le plus proche.

- **Les hôpitaux situés en régions rurales et éloignées comptaient largement sur un programme de suppléance dans les services d'urgence pour éviter les fermetures, même si ce programme se voulait une solution temporaire.** En 2006, dans le but d'éviter les fermetures très perturbatrices des services d'urgence en raison de la non-disponibilité des médecins, le Ministère a créé le Programme de suppléance dans les services d'urgence (le Programme de suppléance), qui vise à offrir une couverture d'urgence comme mesure provisoire de dernier recours aux hôpitaux qui éprouvent beaucoup de difficulté à combler les postes de travail aux services d'urgence. Même si le Programme de suppléance a constitué une excellente ressource pour les hôpitaux aux prises avec une pénurie de médecins, de nombreux hôpitaux ont dû y recourir davantage pour maintenir le fonctionnement de leurs services d'urgence. En 2018-2019, le Programme de suppléance a fourni environ 27 400 heures de service; ce chiffre a plus que doublé pour dépasser 60 200 heures en 2022-2023. Au cours de la même période, le coût d'application du Programme de suppléance a augmenté d'environ 108 %, passant d'environ 5,7 millions de dollars en 2018-2019 à plus de 11,8 millions de dollars en 2022-2023. Santé Ontario estime que le Programme de suppléance a permis d'éviter plus de 400 fermetures de services d'urgence en 2022-2023.

Temps d'attente aux services d'urgence

- **Les temps d'attente pour voir un médecin ont monté en flèche et ils variaient considérablement d'une région à l'autre.**

Les temps d'attente pour consulter un médecin étaient relativement stables avant 2020, mais ils ont sensiblement augmenté à la suite de la pandémie de COVID-19. Les patients ont attendu en moyenne 118 minutes après le triage pour recevoir une évaluation initiale d'un médecin aux services d'urgence en 2022-2023, soit environ 30 minutes de plus que le temps d'attente en 2013-2014. Les patients du 90^e centile (le temps d'attente le plus long après la suppression de la tranche supérieure de 10 % des temps d'attente) ont attendu jusqu'à 257 minutes (soit près de quatre heures et demie) en 2022-2023, contre 183 minutes en 2013-2014. Nous avons également remarqué que le temps d'attente moyen pour une évaluation initiale par un médecin variait considérablement selon la région et l'hôpital. Par exemple, les patients de la région de Champlain ont attendu 169 minutes, soit plus de deux fois plus longtemps que ceux de la région du Centre, où les temps d'attente moyens s'élevaient à 79 minutes. En raison des longs temps d'attente pour une évaluation initiale par un médecin, nous avons constaté que des patients avaient décidé de quitter les services d'urgence sans avoir vu un médecin. En 2022-2023, le taux moyen de départ avant consultation s'est élevé à 5,3 %, et certains hôpitaux ont enregistré des taux plus élevés. Par exemple, environ 14 % des patients d'un hôpital ont quitté les services d'urgence sans avoir consulté. Le temps d'attente pour une évaluation initiale par un médecin à cet hôpital était d'environ 175 minutes (ou près de trois heures), soit l'un des temps d'attente les plus longs aux services d'urgence.

- **Les visites inutiles aux services d'urgence ont contribué aux longs temps d'attente et aux coûts élevés pour le système de santé.** Les patients ayant des affections mineures, en

particulier les cas moins urgents ou non urgents, ont représenté environ 23 % (ou 1,29 million) de toutes les visites aux services d'urgence en 2022-2023. Certains de ces patients, comme ceux aux prises avec un mal de gorge ou un rhume, n'avaient pas besoin de soins d'urgence, mais ils ont choisi de se rendre aux services d'urgence étant donné qu'il s'agissait de la seule option immédiate disponible ou parce qu'ils n'avaient pas accès à un fournisseur de soins primaires. Selon une étude menée en 2014 par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), organisme national indépendant sans but lucratif, une consultation sur cinq aux services d'urgence aurait pu être effectuée dans un cabinet de médecin ou une clinique. Toutefois, d'après un sondage sur l'expérience en matière de soins de santé effectué en 2019 par le Ministère, seulement 41 % des Ontariens ont pu obtenir un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain. Les soins aux services d'urgences coûtent cher à l'ensemble du réseau de la santé – le coût direct d'une visite aux services d'urgence en Ontario s'élevait à environ 165 \$, soit près de trois fois plus que le coût d'autres options comme les soins primaires, qui coûtent environ 56 \$ par visite.

- **Les directives médicales, qui aident à réduire le temps que les patients passent aux services d'urgence, n'étaient pas appliquées de façon uniforme d'un hôpital à l'autre.** Les directives médicales sont des ordonnances que les médecins des services d'urgence ont élaborées pour aider le personnel infirmier et d'autres cliniciens des hôpitaux à amorcer le processus d'évaluation des patients et à exécuter certaines tâches (comme la demande d'analyses sanguines) avant la première évaluation du médecin. Le fait d'habiliter le personnel infirmier et d'autres cliniciens des hôpitaux à poser des actes avant que les patients puissent être vus par un médecin permet d'effectuer plus rapidement et plus efficacement certains tests et certaines procédures de base aux services d'urgence, ce

qui se traduit par des soins plus sécuritaires et un meilleur roulement des patients. Nous avons toutefois constaté des variations importantes dans l'application des directives médicales dans les hôpitaux que nous avons visités. Il n'existait pas non plus de système officiel à l'échelle de la province permettant aux hôpitaux de partager leurs pratiques exemplaires sur l'application des directives médicales.

- **Les patients des services d'urgence devaient parfois attendre plus de 24 heures pour obtenir un lit d'hospitalisation.** En 2022-2023, les patients ont attendu en moyenne 13 heures pour un lit d'hospitalisation, une augmentation importante par rapport aux huit heures d'attente environ 10 ans plus tôt. Les patients du 90e centile ont attendu jusqu'à 35 heures pour un lit d'hospitalisation, ce qui représente une hausse par rapport à une moyenne d'environ 21 heures en 2013-2014. Nous avons également constaté des différences importantes entre les régions et les hôpitaux. En moyenne, les patients ont attendu de neuf à 19 heures aux services d'urgence pour obtenir un lit d'hospitalisation en 2022-2023 selon leur région de résidence, une augmentation importante par rapport à la période de cinq à 13 heures un an plus tôt. Les longs temps d'attente étaient en partie attribuables au manque de lits d'hospitalisation en général dans les hôpitaux de l'Ontario et à l'arriéré de patients qui n'avaient pas besoin de soins à l'hôpital, mais qui attendaient une chambre ailleurs dans le réseau de la santé. Les longs temps d'attente ont fait en sorte de maintenir un nombre élevé de patients dits de couloir, qui doivent être vus et traités dans les couloirs des services d'urgence jusqu'à ce que des lits soient disponibles.

Qualité des soins dans les services d'urgence

- **Les tensions dans le système et les longs temps d'attente aux services d'urgence ont entraîné des retards dans les diagnostics ou l'absence de diagnostic, ce qui a engendré des**

visites de retour de patients en moins bonne santé. Pour déterminer les points à améliorer au chapitre de la qualité, Santé Ontario a instauré en 2016 le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences (le Programme de qualité), aux termes duquel les hôpitaux participants doivent déclarer les raisons pour lesquelles les Ontariens retournent aux services d'urgence peu après leur première visite. Nous avons constaté qu'il y avait eu 274 visites répétitives avec un diagnostic sentinelle (grave et important) en 2022; de ce nombre, les hôpitaux ont relevé un problème de qualité ou un événement indésirable dans 104 cas. Les causes les plus courantes d'événements indésirables comprenaient la mauvaise gestion des patients (par exemple, l'absence de réévaluation des patients), un retard dans le diagnostic, l'absence de diagnostic ou une décision non sécuritaire de mise en congé. Nous avons également relevé de nombreux exemples de longs temps d'attente qui ont débouché sur de mauvais résultats, y compris un cas où un patient de retour aux services d'urgence a eu besoin d'une intervention chirurgicale urgente et un autre cas où un patient a dû être admis à l'unité de soins intensifs.

Pénuries de personnel

- **D'importantes pénuries de personnel ont réduit l'accès à des soins d'urgence adéquats.** Nous avons relevé plusieurs raisons expliquant le taux élevé de roulement du personnel aux services d'urgence, particulièrement chez le personnel infirmier. Les facteurs comprenaient la rémunération plus élevée et la souplesse offerte par les agences de dotation privées, ainsi que le dépôt en 2019 du projet de loi 124, qui limitait à 1 % les augmentations salariales annuelles de nombreux employés professionnels (y compris les infirmières et infirmiers) pendant trois ans. Étant donné que le Ministère et Santé

Ontario n'avaient jamais recueilli et suivi de renseignements sur les pénuries de personnel et les postes vacants dans les services d'urgence, nous avons demandé cette information à un certain nombre de services d'urgence et nous avons constaté qu'ils avaient tous connu une augmentation importante des taux de postes vacants de personnel infirmier entre 2019-2020 et 2022-2023. Par exemple, le taux de postes vacants d'infirmières et infirmiers autorisés à temps plein dans un service d'urgence est passé de 6 % à 26 % au cours de cette période, et le taux d'infirmières et infirmiers autorisés à temps partiel est passé de 23 % à 51 %.

- **L'aggravation des pénuries de personnel a forcé les hôpitaux à embaucher du personnel infirmier d'agences à des taux horaires beaucoup plus élevés que ceux du personnel permanent.** Aucune loi ne plafonne le montant que les agences de personnel à but lucratif peuvent facturer aux hôpitaux. Nous avons constaté que le personnel infirmier d'agences était beaucoup mieux rémunéré que le personnel infirmier permanent à temps plein des hôpitaux. Par exemple, le personnel infirmier d'agences qui occupe un poste d'infirmière ou d'infirmier autorisé affecté aux services d'urgence pouvait toucher une rémunération supérieure à 75 \$ l'heure, comparativement à environ 35 \$ à 50 \$ l'heure pour le personnel infirmier permanent à temps plein d'un hôpital. La plus grande souplesse d'emploi et la rémunération plus élevée du personnel infirmier d'agences ont fait en sorte que certaines infirmières et certains infirmiers permanents ont quitté les hôpitaux. De plus, les conventions collectives conclues avec le personnel infirmier limitent la capacité des hôpitaux de déplacer des membres d'une unité à l'autre, ce qui oblige les hôpitaux à compter encore davantage sur le personnel infirmier d'agences pour combler leur pénurie de personnel infirmier. Le Ministère et Santé Ontario n'ont pas fait le suivi des coûts du

personnel d'agences et s'en sont plutôt remis aux hôpitaux pour gérer leurs propres budgets et prendre des décisions relatives au recours au personnel d'agences. Nous avons examiné les données sur les dépenses relatives au personnel infirmier d'agences dans les hôpitaux que nous avons visités et nous avons constaté qu'en 2022-2023, un hôpital a consacré environ huit millions de dollars pour du personnel infirmier d'agences dans les services d'urgence, comparativement à 2,4 millions en 2021-2022 et à moins d'un million en 2019-2020.

- **Les incohérences et les lacunes dans la structure de rémunération des médecins pourraient avoir une incidence sur la rapidité et la supervision des soins dans les services d'urgence.** Les médecins des services d'urgence étaient majoritairement rémunérés dans le cadre d'une entente de diversification des modes de financement (EDMF), tandis que certains ont opté pour un modèle de rémunération à l'acte (RA) pour facturer directement le Régime d'assurance maladie de l'Ontario. L'EDMF prévoit habituellement un volet de rémunération de base, qui est essentiellement un salaire réparti entre les médecins. Nous avons constaté un manque de supervision de la rémunération et du rendement de chaque médecin visé par une EDMF, et le Ministère n'examine pas les renseignements sur les fonds consacrés à chaque médecin ni sur le nombre de patients vus par chaque médecin. Nous avons également remarqué que le modèle de rémunération à l'acte incitait intrinsèquement les médecins à voir plus de patients pour recevoir un paiement, ce qui réduisait les temps d'attente pour les patients. Par exemple, même si seulement 15 % des services d'urgence utilisaient le modèle de RA, trois des cinq principaux hôpitaux affichant les temps d'attente les plus courts pour l'évaluation initiale par des médecins utilisaient un modèle de RA, tandis que les cinq hôpitaux les moins performants appliquaient une EDMF. Nous avons

également remarqué qu'un hôpital enregistrait des temps d'attente relativement plus courts pour la consultation d'un médecin en raison de l'amélioration des processus, qui étaient plus faciles à mettre en oeuvre selon le modèle de rémunération à l'acte.

Supervision du rendement et du financement des services d'urgence

- **Les hôpitaux ont continué d'obtenir du financement pour un programme qui a enregistré des résultats mitigés sur le plan de l'amélioration du roulement des patients dans les services d'urgence.** En 2008, le Ministère a créé le programme de financement axé sur les résultats (P4R) pour inciter les hôpitaux à améliorer le roulement des patients dans les services d'urgence. Nous avons examiné les données historiques et nous avons constaté qu'au cours des premières années du programme P4R, certains indicateurs de rendement clés indiquaient une réduction des temps d'attente, ce qui a aidé à réduire le séjour des patients aux services d'urgence. Nous avons toutefois remarqué que le rendement s'était détérioré avant la période comprise entre décembre 2018 et novembre 2019, soit les résultats les plus récents pour l'ensemble de l'exercice ayant précédé la pandémie de COVID-19. Parmi les cinq indicateurs liés aux temps d'attente qui utilisent le rendement historique comme point de référence, de nombreux hôpitaux ont affiché en 2019 un rendement inférieur à celui de leur première adhésion au programme P4R. Par exemple, dans près de la moitié des 74 hôpitaux qui ont participé au programme en 2019, les patients admis ont passé davantage de temps aux services d'urgence et le temps d'attente pour obtenir un lit d'hospitalisation a été plus long. Malgré cela, les hôpitaux dont le rendement s'est détérioré ont continué de bénéficier de fonds dans le cadre du programme.

Pratiques de réacheminement des services d'urgence et soins d'urgence virtuels

- Dans bien des cas, les pratiques uniques de réacheminement qui ont aidé certains services d'urgence à gérer plus efficacement le roulement des patients n'étaient pas partagées avec d'autres hôpitaux.** Nous avons remarqué que certains hôpitaux avaient mis au point des pratiques pour aider à réacheminer les patients des services d'urgence vers un milieu de soins plus approprié. Ces pratiques – qui comprennent l'accès à une zone d'évaluation rapide pour les patients ayant des affections mineures – permettent d'accélérer et d'améliorer les soins prodigués aux patients visés tout en libérant de l'espace et des ressources pour les autres personnes aux services d'urgence. Bien que ces pratiques aient porté leurs fruits, nous avons remarqué que, dans bien des cas, les hôpitaux ne partageaient pas leurs pratiques exemplaires à l'échelle de la province. Qui plus est, le Ministère et Santé Ontario n'avaient pas non plus de cadre en place pour suivre, évaluer et encourager l'utilisation de ces stratégies efficaces.
- Un programme pilote de soins d'urgence virtuels a connu un certain succès au départ, mais les changements qui lui ont été apportés par la suite pourraient nuire à ses résultats s'il n'est pas géré de façon efficace.** En 2020, le Ministère a approuvé un financement ponctuel d'environ quatre millions de dollars pour appuyer un programme de soins d'urgence virtuels coordonné à l'échelle régionale, parfois désigné services d'urgence virtuels. Ce programme a été créé pour appuyer les patients qui craignaient de se rendre aux services d'urgence pendant la pandémie de COVID-19, et pour réacheminer les patients ayant des affections mineures. En 2022-2023, les patients ont effectué plus de 50 000 consultations virtuelles aux services d'urgence, comparativement à moins de 20 000 en 2021-2022. Santé Ontario nous a informés

qu'il prévoyait intégrer certaines des initiatives du programme pilote de soins d'urgence virtuels au service d'appel provincial Santé811, grâce auquel les patients peuvent communiquer avec une infirmière ou un infirmier autorisé 24 heures sur 24. Nous avons toutefois remarqué que certains hôpitaux craignaient que ce modèle centralisé ne soit pas aussi efficace que les programmes de soins d'urgence virtuels gérés directement par les hôpitaux. Par exemple, les soins d'urgence virtuels gérés par un hôpital permettraient d'aiguiller directement un patient vers des services d'analyses sanguines ou d'imagerie diagnostique dans l'un de ses établissements, tandis qu'un patient utilisant le modèle centralisé et à qui l'on conseille de consulter un urgentologue pourrait devoir recommencer le processus de triage à son arrivée aux services d'urgence.

Le présent rapport contient 14 recommandations préconisant 23 mesures à prendre pour donner suite aux constatations issues de notre audit.

Conclusion globale

Il est ressorti de notre audit que le ministère de la Santé et Santé Ontario, de concert avec les hôpitaux, ne disposent pas de systèmes et de processus entièrement efficaces pour superviser la prestation des soins dans les services d'urgence ou pour gérer les ressources de façon efficace afin d'assurer que les soins d'urgence sont prodigués sans tarder et satisfont aux besoins des patients. Bien que les patients les plus malades puissent accéder aux soins d'urgence et les recevoir sans tarder, il faut faire davantage pour atténuer les risques associés aux longs temps d'attente et à l'augmentation de la durée du séjour des patients. En outre, bien que le Ministère et Santé Ontario mesurent le rendement des services d'urgence, il convient de raffermir les volets supervision et évaluation pour faire en sorte que les hôpitaux atteignent les objectifs établis pour des initiatives comme celles financées dans le cadre du programme P4R. Nous avons également conclu

que même si des améliorations ont été apportées au triage des patients grâce à l'utilisation et à la mise en oeuvre des ÉTGe, les services d'urgence de certains hôpitaux surestiment constamment l'état des patients; les hôpitaux doivent faire davantage pour admettre, mettre en congé et/ou rediriger les patients vers d'autres milieux de soins appropriés et ce, sans tarder.

Bien que les temps d'attente pour une évaluation initiale par un médecin aient été relativement stables de 2013-2014 à 2019-2020, il y a eu un pic à la suite de la pandémie de COVID-19 et les patients doivent attendre de plus en plus longtemps, parfois plus de quatre heures. Cela a incité un plus grand nombre de patients à quitter les services d'urgence sans avoir obtenu une consultation, ce qui a peut-être entraîné de moins bons résultats pour leur santé. En outre, certains patients des services d'urgence doivent attendre dans les couloirs, parfois pendant plus de 24 heures, avant d'être hospitalisés en raison d'une pénurie de lits et de la présence de patients dits de niveau de soins alternatif, qui ne peuvent pas quitter leurs lits d'hospitalisation parce qu'il n'y a pas de places dans d'autres milieux de soins qui conviennent davantage à leur état de santé.

De plus, nous avons constaté que de nombreux petits hôpitaux et hôpitaux ruraux ont dû compter sur le Programme provincial de suppléance aux services d'urgence pour demeurer ouverts, ce qui a permis d'éviter la fermeture de plus de 400 services d'urgence en 2022-2023. Malgré ce programme, qui ne visait qu'à offrir un répit temporaire aux hôpitaux, il y a eu 203 fermetures temporaires de services d'urgence en raison de problèmes de dotation en personnel, principalement imputables à une pénurie de personnel infirmier. Nous avons également constaté que les hôpitaux dépensent des millions de dollars en personnel infirmier d'agences rémunéré à des taux horaires beaucoup plus élevés lorsqu'ils ne peuvent remédier à la pénurie de personnel à même leurs ressources internes.

Même si un patient sur cinq aux services d'urgence en Ontario aurait pu être traité ou redirigé vers le cabinet d'un médecin ou une clinique, nous avons constaté une insuffisance d'efforts déployés pour

tenter de rediriger ou de transférer des patients vers des milieux de soins plus appropriés. Et dans les cas où les hôpitaux ont cerné des pratiques exemplaires pour rediriger des patients, cette information n'était pas suivie efficacement par le Ministère et Santé Ontario ni communiquée à d'autres hôpitaux de la province.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) tient à remercier le Bureau du vérificateur général de l'Ontario pour son travail et la diffusion de son rapport sur l'audit de l'optimisation des ressources des services d'urgence. Les hôpitaux et les services d'urgence de l'Ontario étaient à l'avant-scène de l'intervention du secteur de la santé dans le cadre de la COVID et de la pandémie de COVID-19, et les défis sans précédent qui en ont découlé ont eu un effet de longue durée sur le réseau des soins de santé de la province. Tout au long des vagues de la pandémie, les services d'urgence des hôpitaux ont appuyé l'intervention pour contrer la COVID-19 en s'efforçant de répondre à des demandes nouvelles et changeantes dans un contexte historique de pénuries de ressources humaines en santé qui ont eu des répercussions sur l'ensemble du réseau des soins de santé.

Le Ministère reconnaît la situation difficile dans laquelle se trouvaient les hôpitaux et les services d'urgence et il apprécie le rôle qu'ils ont joué pour appuyer l'intervention du réseau des soins de santé, tant à l'échelle locale que provinciale. Les hôpitaux ont fourni des soins de grande qualité aux patients tout au long de l'intervention lors de la pandémie, et l'effet de la crise mondiale sans précédent continue de mettre à rude épreuve la prestation des soins dans les services d'urgence. Le gouvernement demeure fermement déterminé à protéger la santé et la sécurité de tous les Ontariens et il a travaillé en étroite collaboration avec Santé Ontario et les hôpitaux pour mettre en oeuvre de nouveaux programmes et améliorer les mesures de soutien existantes pour que la population de l'Ontario ait accès à des soins d'urgence de grande qualité,

au moment et à l'endroit où ils sont nécessaires. Des initiatives comme le Programme de soutien par les pairs des services d'urgence permettront aux fournisseurs de soins de santé de la province d'obtenir du soutien et de se sentir confiants dans la prestation de soins à certaines des populations les plus à risque des collectivités rurales, éloignées et nordiques de l'Ontario. Les améliorations apportées au programme de financement axé sur les résultats (P4R) feront en sorte que les services d'urgence les plus occupés soient poussés à améliorer continuellement leur rendement et que les établissements à faible volume aient accès à des mesures de soutien qui favorisent un meilleur rendement et la prestation continue de soins de grande qualité.

Le Ministère maintient son engagement à collaborer avec Santé Ontario pour élaborer des stratégies visant à appuyer les services d'urgence de l'Ontario et veiller à ce que les hôpitaux de la province puissent garder leurs services d'urgence ouverts et servir toutes les personnes qui demandent des soins d'urgence. Le Ministère s'engage à continuer à collaborer étroitement avec Santé Ontario et les hôpitaux de l'Ontario pour examiner les constatations et les recommandations du rapport et, dans la mesure du possible, proposer des améliorations. Le Ministère s'engage également à appliquer les leçons apprises à plus grande échelle dans l'ensemble du réseau des soins de santé afin d'éclairer et de renforcer les lignes directrices des programmes et stratégies actuels et futurs à l'appui de la prestation de soins de grande qualité.

Le Ministère reconnaît que l'Ontario Medical Association (OMA) fait office de représentante exclusive des médecins exerçant en Ontario. En vertu de l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA, les négociations conjointes et le règlement des différends, le Ministère doit consulter l'OMA pour obtenir ses conseils au sujet des questions importantes qui traitent de la politique et du réseau

des soins de santé qui touchent les médecins. En outre, les changements liés à la rémunération des médecins, y compris les activités et responsabilités découlant d'ententes qui ne prévoient pas la rémunération à l'acte, sont assujettis au processus de négociation entre les parties qui est énoncé dans l'Entente-cadre d'arbitrage exécutoire.

RÉPONSE GLOBALE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario remercie le Bureau du vérificateur général de l'Ontario pour son travail et la diffusion de son rapport sur l'audit de l'optimisation des ressources des services d'urgence.

Santé Ontario reconnaît la pression énorme à laquelle sont soumis les services d'urgence, et constate les défis accrus que posent la complexité des patients et les répercussions multifactorielles des problèmes de capacité du système de santé qui ont une incidence sur le roulement des patients dans les services d'urgence. Des soins sûrs et de grande qualité prodigués aux patients constituent une priorité.

En partenariat avec le ministère de la Santé, Santé Ontario travaille avec diligence avec la collectivité des services d'urgence pour veiller à ce que les programmes visant à améliorer la qualité et la sécurité dans les services d'urgence soient mis en oeuvre et partagés à l'échelle du secteur. L'engagement de Santé Ontario à soutenir les soins aux patients, les besoins de nos équipes cliniques et de notre personnel et l'accès aux ressources constitue notre priorité.

Santé Ontario se réjouit des nouveaux programmes récemment annoncés par le Ministère pour appuyer les services d'urgence, comme l'expansion du Programme de financement axé sur les résultats (P4R), le programme de soutien par les pairs des services d'urgence, ainsi que l'accent mis sur la formation et le maintien en poste en soins infirmiers dans les services d'urgence. Ces programmes et ressources assurent la capacité de

Santé Ontario d'aller de l'avant avec la stratégie, la capacité et l'accès au réseau des services d'urgence.

Santé Ontario a également mis en oeuvre des stratégies novatrices pour appuyer les patients de l'Ontario au moyen d'initiatives comme Santé811, l'élargissement du programme P4R et le programme de soutien par les pairs pour fournir des mesures de soutien des systèmes. Santé Ontario demeure déterminé à veiller à ce que les hôpitaux et les régions reçoivent du soutien pour réduire le risque de fermetures et leurs répercussions sur les collectivités.

Santé Ontario s'engage à travailler en étroite collaboration avec le Ministère, les hôpitaux et les dirigeants des services d'urgence pour veiller à ce que les recommandations découlant de l'audit soient mises en oeuvre, dans la mesure du possible, afin de relever continuellement les défis auxquels sont confrontés les services d'urgence en Ontario.

2.0 Contexte

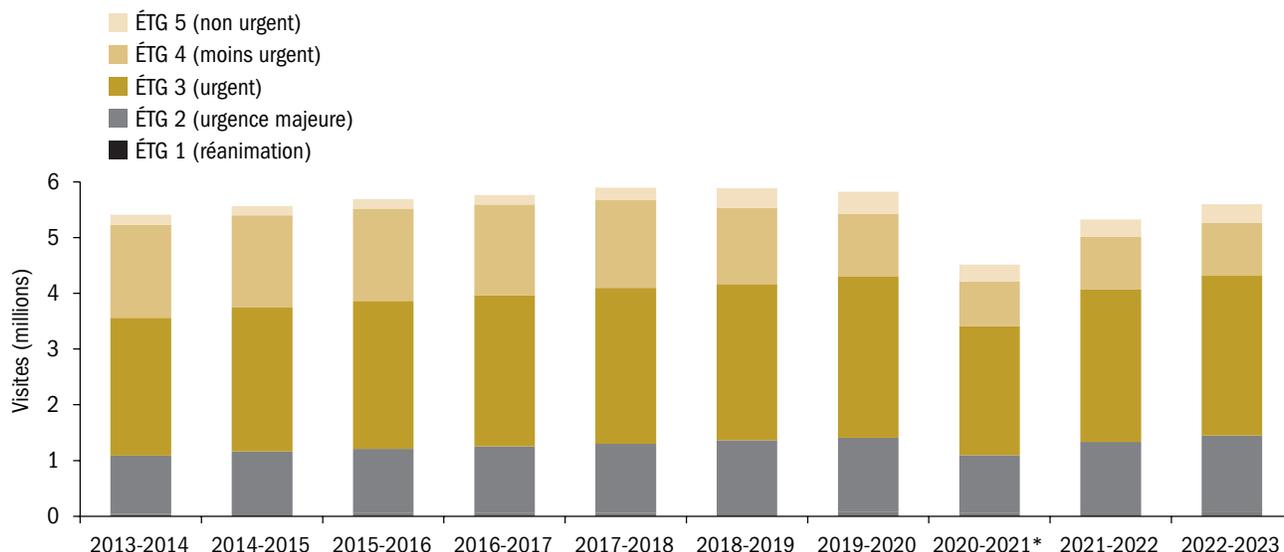
2.1 Aperçu

Les services d'urgence de la province offrent des traitements médicaux pour les maladies et les blessures 24 heures sur 24. Les patients peuvent obtenir des soins à l'un des 163 services d'urgence de l'Ontario – parfois appelés urgences – en s'y rendant par leurs propres moyens ou par ambulance. Bien que les services d'urgence soient censés traiter les problèmes de santé urgents, les gens peuvent également choisir de se rendre aux services d'urgence lorsqu'ils ne peuvent pas obtenir rapidement des soins dans un autre milieu de soins, comme un centre de soins primaires ou une clinique sans rendez-vous.

La **figure 1** montre que le nombre de visites aux services d'urgence en Ontario au cours des 10 dernières années a été relativement stable, soit environ cinq à six millions de visites par année. Étant donné que

Figure 1 : Nombre de visites aux services d'urgence selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), 2013-2014 à 2022-2023

Source des données : Santé Ontario



Note : Ce graphique repose sur les données des services d'urgence de l'Ontario qui ont transmis de l'information de façon centralisée, p. ex. au Système national d'information sur les soins ambulatoires.

* En 2020-2021, le nombre de visites aux services d'urgence a chuté temporairement pendant la pandémie de COVID-19 pour s'établir à environ 4,5 millions de visites, car un moins grand nombre de patients ayant des besoins moins urgents ont demandé des soins d'urgence. Le nombre de visites a rebondi pour atteindre environ 5,3 millions en 2021-2022.

la population croissante de l'Ontario devrait passer d'environ 15,1 millions de personnes en 2022 à plus de 17 millions d'ici 10 ans, le nombre de visites aux services d'urgence devrait continuer d'augmenter à l'avenir.

La **figure 2** présente les motifs les plus courants des visites aux services d'urgence ainsi que le nombre de visites pour les 10 principaux groupes de diagnostic. Des quelque 5,6 millions de visites aux services d'urgence en 2022-2023, ces 10 principaux groupes représentent 4,9 millions de visites (ou environ 88 %).

2.2 Roulement des patients aux services d'urgence

Le cheminement des patients aux services d'urgence comporte un certain nombre d'étapes. La **figure 3** montre le parcours type du patient lorsqu'il se rend aux services d'urgence; chaque étape du processus est abordée plus en détail ci-dessous.

2.2.1 Triage

À leur arrivée aux services d'urgence, les patients sont soumis au triage, c'est-à-dire le processus d'évaluation du niveau de gravité d'un patient en fonction de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) à cinq niveaux. Le niveau de triage attribué à un patient, habituellement par une infirmière ou un infirmier, détermine sa priorité de consultation et de traitement. La **figure 4** présente le pourcentage de visites aux services d'urgence selon le niveau de l'ÉTG en 2022-2023.

2.2.2 Évaluation initiale par un médecin

Après avoir passé le triage, tous les patients, sauf ceux évalués ÉTG 1 (nécessitant une réanimation immédiate), doivent attendre l'évaluation d'un médecin. Les patients dont le niveau de gravité est relativement élevé (niveau 2 ou 3 de l'ÉTG) attendent

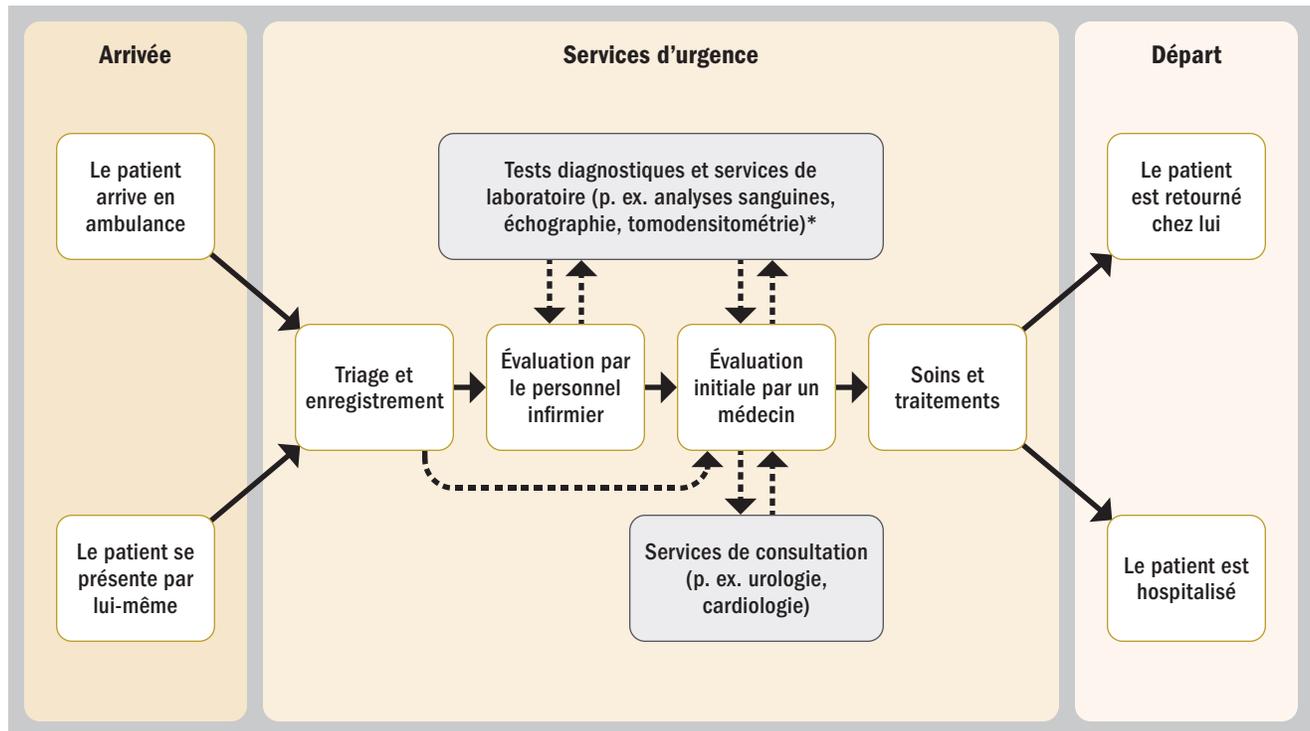
Figure 2 : Dix principaux groupes de diagnostics dans le cadre de visites aux services d'urgence en Ontario

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé

Groupe de diagnostics	Exemples	Nombre de visites aux services d'urgence, 2022-2023
1. Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	Douleurs abdominales et pelviennes, douleurs à la gorge et à la poitrine, maux de tête, nausées et vomissements	1 306 458
2. Blessures, empoisonnements et autres conséquences de facteurs externes	Plaies ouvertes, fractures, empoisonnement	1 200 126
3. Système respiratoire	Asthme, pneumonie, bronchite	532 338
4. Système musculo-squelettique et tissus conjonctifs	Troubles articulaires, goutte, arthrite	339 026
5. Système digestif	Troubles intestinaux, appendicite, hernie	315 110
6. Système génito-urinaire	Insuffisance rénale aiguë, troubles du système urinaire	284 829
7. Maladies infectieuses et parasitaires	Diarrhée, herpès, verrues	250 796
8. Troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux	Consommation d'alcool, trouble anxieux, consommation d'opioïdes	239 564
9. Facteurs influant sur l'état de santé et le contact avec les services de santé	Soins de suivi chirurgicaux et orthopédiques, counseling	221 316
10. Système circulatoire	Hypertension, crise cardiaque, arrêt cardiaque et accident vasculaire cérébral	211 063
Total		4 900 626

Figure 3 : Roulement des patients dans un service d'urgence

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

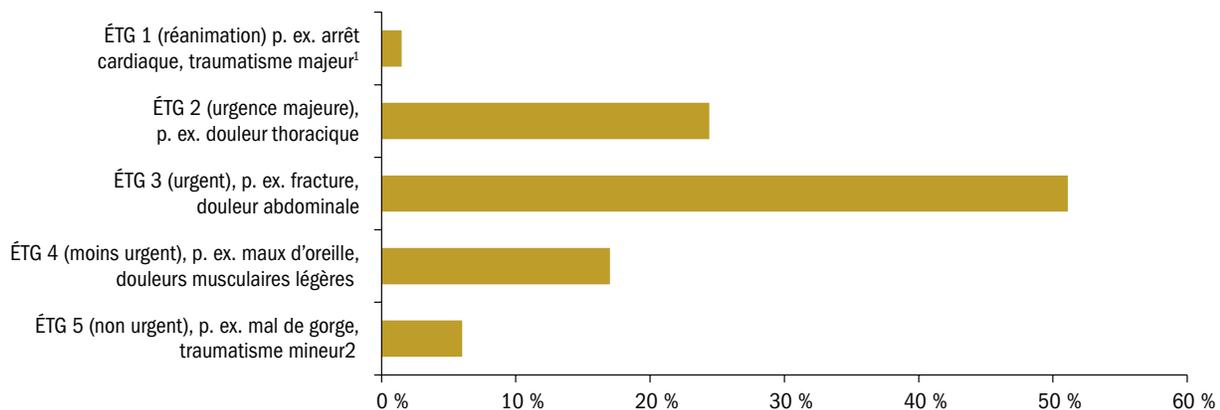


— Cheminement habituel - - - - - Cheminement occasionnel

* En attendant l'évaluation initiale d'un médecin, une infirmière ou un infirmier peut demander des tests précoces (comme des analyses sanguines) si l'hôpital applique des directives médicales, qui sont des ordres permanents qui permettent au personnel infirmier d'amorcer certaines tâches pour les patients présentant des symptômes particuliers, comme il est expliqué à la **section 4.2.3**.

Figure 4 : Pourcentage de visites aux services d'urgence selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), 2022-2023

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



1. Les chutes, les accidents de la route, les blessures à la tête ou à la colonne vertébrale et les coups de couteau sont des exemples de traumatismes majeurs.
2. Les lacérations cutanées, les entorses, les foulures musculaires, les égratignures et les abrasions sont des exemples de traumatismes mineurs.

généralement moins longtemps que ceux dont le niveau de gravité est de 4 ou 5. À l'échelle de l'Ontario, les patients ont attendu en moyenne environ deux heures pour une évaluation initiale par un médecin, mais les temps d'attente variaient considérablement entre les hôpitaux et les régions, comme il est expliqué plus en détail à la **section 4.2.1**.

Pendant que les patients attendent l'évaluation initiale par un médecin, le personnel infirmier peut amorcer le traitement, notamment prescrire une ordonnance et des tests diagnostiques (comme des analyses sanguines) si l'hôpital applique des directives médicales qui permettent au personnel infirmier d'effectuer certaines interventions avant l'évaluation par un médecin, comme il est expliqué à la **section 4.2.3**. Les temps d'attente peuvent être prolongés si les patients doivent subir d'autres examens (par exemple, une échographie ou un tomodensitogramme).

2.2.3 Hospitalisation

Après avoir été évalués et traités par un médecin aux services d'urgence, les patients peuvent être hospitalisés pour recevoir des soins continus ou être soumis à une surveillance de leur état de santé. En Ontario, ces patients doivent habituellement attendre aux services d'urgence de neuf à 19 heures en moyenne, jusqu'à ce qu'un lit d'hospitalisation soit disponible; pendant cette période, ils peuvent devenir des patients dits de couloir si les services d'urgence sont surpeuplés (voir la **section 4.2.4**).

2.3 Financement et dépenses des services d'urgence

Environ 60 % des fonds que le Ministère verse aux hôpitaux prennent la forme d'un montant global non ciblé à l'appui des programmes et services de base, y compris le fonctionnement des services d'urgence. Le financement global représente un montant de base (ou fixe) du financement annuel destiné aux hôpitaux pour qu'ils fournissent des soins de santé et couvrent leurs dépenses de fonctionnement. La direction de

chaque hôpital peut user de discrétion quant à la façon d'utiliser et d'affecter son financement global.

En plus du financement de base global, les hôpitaux peuvent également recevoir un financement ciblé en participant à des initiatives ou à des programmes axés sur le rendement et les activités des services d'urgence, par exemple le financement axé sur les résultats ou P4R (voir la **section 4.6**). Ce financement ciblé, qui s'élevait à environ 93 millions de dollars en 2022-2023, est minime par rapport aux coûts de fonctionnement d'un service d'urgence. En juillet 2023, 75 hôpitaux de taille moyenne et grande recevaient ce financement. Toujours en juillet 2023, le Ministère a annoncé des changements apportés au programme P4R en vue d'élargir l'admissibilité, comme il est expliqué plus en détail à la **section 4.6.1**.

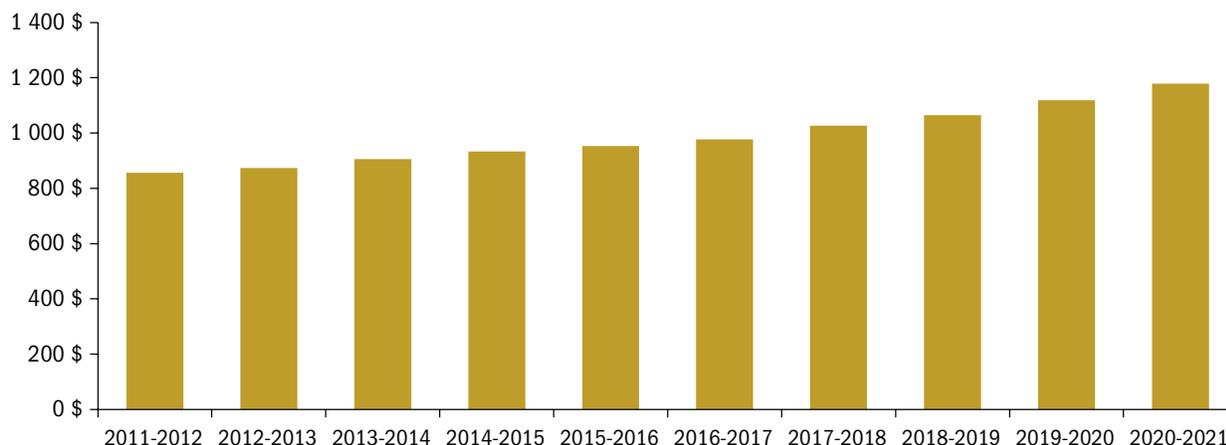
Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui recueille des renseignements directement auprès des hôpitaux qui fournissent des données au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), les dépenses des services d'urgence en Ontario augmentent constamment depuis 2011-2012, passant de 857 millions de dollars cette année-là à environ 1,18 milliard de dollars en 2020-2021 (année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles), comme on peut le voir à la **figure 5**.

Le coût direct d'une visite aux services d'urgence en Ontario s'élevait à environ 165 \$ par patient en 2019-2020, ce qui représente une augmentation importante par rapport aux 107 \$ déclarés en 2005-2006. Ce montant exclut la rémunération des médecins qui travaillent dans les services d'urgence, dont la plupart sont payés en vertu d'ententes de diversification des modes de financement ou selon la méthode de rémunération à l'acte.

- **Ententes de diversification des modes de financement** : Il s'agit de contrats conclus entre le Ministère et des groupes de médecins, qui varient d'un hôpital à l'autre et font souvent intervenir l'Ontario Medical Association. Ces contrats renferment des dispositions qui précisent le montant que les médecins recevront et les niveaux de service connexes (c.-à-d. le volume des services d'urgence) qui doivent être

Figure 5 : Dépenses des services d'urgence en Ontario, 2011-2012 à 2020-2021 (en millions de dollars)

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé



Note : Les données de 2020-2021 sont les plus récentes disponibles.

offerts. Dans certains cas, les contrats peuvent inclure des objectifs de rendement clés, comme l'amélioration de l'accès et de la satisfaction des patients. Nous discutons des ententes de diversification des modes de financement à la **section 4.5.4**.

- **Rémunération à l'acte (RA) :** En vertu du régime de la RA, les médecins ne touchent pas directement une rémunération de l'hôpital pour les services qu'ils prodiguent aux patients; ils facturent plutôt au Régime d'assurance maladie de l'Ontario (RASO) des honoraires fixes pour chaque service offert à un patient. Ces honoraires sont déterminés au moyen d'un barème de prestations établi dans la *Loi de 1990 sur l'assurance maladie*.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

L'audit visait à déterminer si le ministère de la Santé (le Ministère) et Santé Ontario, de concert avec les hôpitaux, ont mis en place des systèmes et des processus efficaces pour :

- veiller à ce que les soins d'urgence soient prodigués sans tarder et satisfassent aux besoins des patients;

- gérer efficacement les ressources des services d'urgence afin d'assurer une disponibilité continue des soins d'urgence;
- mesurer et évaluer régulièrement le rendement et l'efficacité des services d'urgence et en rendre compte publiquement;

Notre audit visait également à déterminer si les services d'urgence de certains hôpitaux ont mis en place des procédures et des systèmes efficaces pour :

- trier et évaluer correctement et rapidement les patients en fonction de leurs besoins, selon les normes et exigences applicables;
- accueillir, mettre en congé ou transférer promptement les patients en toute sécurité dans les unités de soins appropriées pour qu'ils reçoivent au besoin d'autres soins (par exemple, une clinique d'orthopédie et de soins de santé mentale).

En prévision de nos travaux, nous avons défini les critères (voir l'**Annexe 1**) à appliquer pour atteindre l'objectif de notre audit. Ces critères reposent sur un examen des lois, politiques et procédures applicables, sur des études internes et externes et sur des pratiques exemplaires. Les cadres supérieurs du Ministère et de Santé Ontario ont examiné nos objectifs et des critères connexes et ils ont reconnu leur pertinence.

Nous avons mené notre audit entre janvier et septembre 2023. La haute direction du Ministère et de

Santé Ontario nous a remis une déclaration écrite selon laquelle, au 20 novembre 2023, elle nous avait fourni toute l'information qui, à sa connaissance, pourrait avoir une incidence importante sur les constatations énoncées dans le présent rapport.

Pour arriver à la conclusion de l'audit, nous avons effectué les travaux suivants au Ministère et à Santé Ontario :

- nous avons rencontré en entrevue les membres de la haute direction et le personnel chargé de gérer et de superviser la prestation des services d'urgence en Ontario;
- nous avons examiné les politiques, lignes directrices, lois, notes d'information et rapports pertinents se rapportant aux services d'urgence;
- nous avons examiné les plans stratégiques ainsi que les cibles et résultats liés à la mesure du rendement qui s'y rapportent;
- nous avons examiné les structures et les méthodes de financement;
- nous avons obtenu et analysé diverses données des services d'urgence, y compris le nombre de visites, le nombre de patients au triage et les niveaux déterminés, les temps d'attente et le nombre de membres du personnel;
- nous avons examiné des initiatives et des programmes comme le Programme de suppléance dans les services d'urgence pour aider les hôpitaux à combler les pénuries de médecins, et le Programme de financement axé sur les résultats pour appuyer l'innovation et les pratiques qui améliorent le roulement des patients.

Nous avons également effectué des visites aux services d'urgence des hôpitaux suivants, où nous avons fait une tournée des services, rencontré les membres de la haute direction et le personnel de première ligne responsable de la prestation des soins aux services d'urgence, y compris des médecins et du personnel infirmier, et nous avons examiné l'information et les dossiers liés à la sécurité des patients et aux événements critiques, à la satisfaction

des patients, aux ressources humaines en santé et aux mesures du rendement :

- Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO);
- Hôpital Mount Sinai;
- Hospital for Sick Children (SickKids);
- Réseau de la santé William-Osler (Hôpital de Brampton et Hôpital Général d'Etobicoke);
- Hôpital régional de Windsor (campus métropolitain et campus Ouellette).

De plus, nous avons rencontré des membres du personnel des hôpitaux suivants pour discuter d'initiatives particulières ou des défis auxquels ils ont été confrontés dans le cadre de la prestation des soins offerts par les services d'urgence :

- Haliburton Highlands Health Services concernant ses problèmes de dotation en personnel, l'utilisation du programme de suppléance aux services d'urgence et la fermeture permanente de ses services d'urgence de l'hôpital Minden le 1^{er} juin 2023;
- le Réseau universitaire de santé et le Centre Sunnybrook des sciences de la santé au sujet de leur initiative de services d'urgence virtuels;
- le Réseau de la santé William-Osler au sujet de son initiative de centre de soins d'urgence et de services d'urgence virtuels;
- l'Anson General Hospital concernant son recours au Programme de suppléance dans les services d'urgence pour combler les pénuries continues de médecins.

Nous avons également rencontré des membres du personnel des groupes paramédicaux suivants pour discuter des problèmes de triage des patients et de prise en charge par les services d'urgence des patients transportés par ambulance :

- Services paramédicaux de la région de Peel;
- Services paramédicaux de Toronto;
- Services médicaux d'urgence d'Essex-Windsor;
- Service paramédical d'Ottawa.

Tout au long de notre audit, nous avons rencontré divers intervenants et examiné l'information qu'ils nous

ont fournie afin de mieux comprendre les défis liés à la prestation rapide de soins d'urgence de grande qualité :

- l'Institut de recherche en services de santé, une communauté d'experts en recherche, en données et en services cliniques qui effectuent des recherches dans divers domaines du réseau de la santé de l'Ontario, y compris les soins prodigués par les services d'urgence;
- l'Association canadienne des médecins d'urgence, un défenseur national des médecins d'urgence;
- l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, un syndicat qui représente environ 68 000 infirmières et infirmiers et professionnels de la santé qui travaillent dans divers milieux, y compris les services d'urgence des hôpitaux.

Nous avons exécuté nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe applicables, publiées par le Conseil des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Nous avons également obtenu un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau du vérificateur général de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité. De ce fait, il maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des procédures documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des exigences législatives et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie de l'Institut des comptables professionnels agréés de l'Ontario, qui repose sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Aucune stratégie provinciale globale n'est en place pour prévenir les fermetures de services d'urgence

4.1.1 Il y a eu 203 fermetures temporaires de services d'urgence au cours de la dernière année en partie en raison de l'absence d'une stratégie globale pour maintenir les niveaux de dotation en personnel

Avant 2019-2020, les fermetures imprévues des services d'urgence étaient rares. Toutefois, entre juillet 2022 et juin 2023, 203 services d'urgence de l'Ontario, répartis dans 23 hôpitaux, ont fermé temporairement, la plupart dans les régions rurales ou éloignées. L'**annexe 2** dresse la liste des hôpitaux qui ont fermé temporairement leurs services d'urgence et le nombre total d'heures pendant lesquelles les services ont été fermés.

Nous avons constaté que la plupart des fermetures ont duré 14 heures ou moins, habituellement du soir au lendemain matin. La plupart des hôpitaux ont indiqué qu'ils ont fermé leurs services d'urgence en raison de problèmes de dotation en personnel, en particulier une pénurie d'infirmières et d'infirmiers (voir la **section 4.5**), et que certaines de ces fermetures auraient pu être évitées si des ressources humaines supplémentaires avaient été disponibles.

Bien que de nombreuses fermetures aient été de courte durée, nous avons remarqué que certains hôpitaux ont dû fermer leurs services d'urgence à répétition. Certaines fermetures ont duré plus longtemps. Par exemple, en 2022, le campus Chesley du Centre de santé South Bruce-Grey a fermé ses services d'urgence pendant 57 jours, et l'hôpital Glengarry Memorial a fermé les siens tous les jours de 18 h à 8 h pendant 15 jours.

Selon les protocoles et les politiques de la province, lorsqu'un hôpital détermine une fermeture anticipée ou imprévue de ses services d'urgence, il est tenu d'en informer Santé Ontario, qui en avise le Ministère.

De plus, les hôpitaux doivent élaborer un plan de gestion des patients afin d'atténuer les risques pour les soins aux patients pendant la fermeture des services d'urgence, par exemple en collaborant avec des groupes paramédicaux pour transférer des patients dans un hôpital à proximité et en mettant en place des politiques de réacheminement pour diriger les patients vers d'autres établissements de soins de santé. Toutefois, avant juin 2023, même lorsque le Ministère et Santé Ontario ont appris qu'une fermeture des services d'urgence était imminente, nous avons constaté qu'il n'existait pas de mécanisme ou de stratégie centralisé et complet à l'échelle de la province pour fournir du soutien afin d'éviter la fermeture ou d'en réduire la durée. (Une seule exception est possible : lorsque la fermeture peut être annulée par l'entremise du Programme de suppléance dans les services d'urgence, dont il est question plus en détail à la **section 4.1.2.**) Le Ministère et Santé Ontario s'en sont plutôt remis aux hôpitaux pour gérer ces situations de façon indépendante, habituellement en fermant leurs services d'urgence ou en faisant appel à du personnel d'agences, si possible (ce dont il est question plus en détail à la **section 4.5.3.**). En juin 2023, Santé Ontario a appliqué une politique de fermeture des services d'urgence mise à jour pour commencer à cerner et à atténuer de façon proactive les risques continus de fermetures supplémentaires et à collaborer avec les hôpitaux pour déterminer s'il existe des moyens de prévenir ou de réduire les fermetures.

La plupart des fermetures de services d'urgence ont eu lieu dans des collectivités plus petites ou éloignées, où les services d'urgence représentent la seule possibilité viable de soins d'urgence pour les patients locaux. Les fermetures dans les régions rurales ou éloignées créent des risques pour la santé des patients; ces risques augmentent proportionnellement au temps de déplacement vers les services d'urgence les plus proches. Nous avons constaté que dans le cas des hôpitaux qui ont dû fermer temporairement leurs services d'urgence de juillet 2022 à juin 2023 (voir l'**annexe 2**), l'hôpital le plus proche était habituellement situé à une distance de 30 à 45 minutes et que, dans un cas, l'hôpital McCausland du North of Superior

Healthcare Group, les services d'urgence les plus proches se trouvaient à plus d'une heure de route.

RECOMMANDATION 1

Pour aider à garantir la stabilité et la continuité des services d'urgence partout en Ontario, particulièrement dans les collectivités petites ou éloignées, nous recommandons au ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario et les hôpitaux, d'élaborer et de mettre à jour régulièrement une stratégie ou un plan d'action pour prévenir les fermetures de services d'urgence au moyen de mécanismes et d'initiatives, notamment en aidant les collectivités locales à former et à maintenir en poste leurs effectifs en soins de santé, et en renforçant la capacité des services primaires et communautaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) accepte la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario en vue de faire évoluer et de mettre à jour périodiquement une stratégie ou un plan d'action dans le but d'éviter les fermetures de services d'urgence au moyen de mécanismes et d'initiatives. Le 2 février 2023, le gouvernement de l'Ontario a annoncé sa stratégie intitulée *Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes*, sa stratégie pour fournir une meilleure expérience dans le milieu des soins de santé. Dans le cadre de la vaste Stratégie de ressources humaines en santé, le Ministère a collaboré avec Santé Ontario pour élaborer une orientation stratégique afin d'appuyer la prestation de services dans les services d'urgence.

De plus, cette annonce comprenait un investissement pour créer jusqu'à 18 équipes interprofessionnelles de soins primaires. Cela aidera à combler l'écart dans l'accès aux soins primaires interprofessionnels pour les patients vulnérables, marginalisés et non inscrits, afin qu'ils puissent accéder aux soins où et quand ils en ont besoin. Cet investissement de 60 millions de dollars

sur deux ans, à compter de 2023-2024, permettra également de maintenir la prestation directe des services dans les équipes interprofessionnelles de soins primaires qui doivent composer avec des coûts de fonctionnement accrus.

Le Ministère reconnaît que l'Ontario Medical Association (OMA) fait office de représentante exclusive des médecins exerçant en Ontario. En vertu de l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA, les négociations conjointes et le règlement des différends, le Ministère doit consulter l'OMA pour obtenir ses conseils au sujet des questions importantes qui traitent de la politique et du réseau des soins de santé qui touchent les médecins. En outre, les changements liés à la rémunération des médecins, y compris les activités et responsabilités découlant d'ententes qui ne prévoient pas la rémunération à l'acte, sont assujettis au processus de négociation entre les parties énoncé dans l'Entente-cadre d'arbitrage exécutoire.

4.1.2 Les hôpitaux des régions rurales et éloignées ont largement compté sur le Programme de suppléance dans les services d'urgence pour éviter les fermetures, même si celui-ci se voulait une solution temporaire

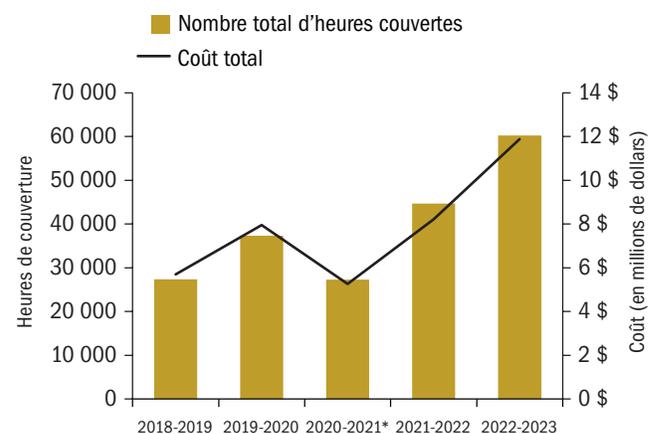
Pour demeurer ouvert, chaque service d'urgence doit compter sur au moins un médecin disponible. En 2006, afin d'éviter les fermetures de services d'urgence en raison de la non-disponibilité des médecins, le Ministère a créé le Programme de suppléance dans les services d'urgence (le Programme de suppléance). Ce programme avait pour objectif d'offrir provisoirement des services de suppléance urgents aux hôpitaux qui éprouvaient d'importantes difficultés à couvrir les postes de travail aux services d'urgence. Depuis l'instauration du Programme de suppléance en 2006, seulement quatre fermetures imprévues des services d'urgence ont été imputables à l'indisponibilité des médecins, tandis que la majorité des 203 fermetures mentionnées à la **section 4.1.1** ont été causées par une pénurie de personnel infirmier.

En août 2023, le Programme de suppléance comptait environ 274 médecins qui voyageaient pour se rendre au travail aux services d'urgence et qui peinaient à maintenir les niveaux de dotation en personnel. Pour être admissibles au programme, les médecins des services d'urgence doivent travailler activement dans un service d'urgence en Ontario et ils ne peuvent pas accepter des postes de travail dans le cadre du Programme de suppléance qui chevauchent leurs engagements professionnels réguliers. Ces médecins sont rémunérés à un taux horaire majoré qui provient directement du Programme de suppléance (en plus de ce que paie l'hôpital demandeur pour les services des médecins) et ils peuvent également être dédommagés pour le temps passé à se rendre dans les régions rurales et éloignées et en revenir.

La **figure 6** montre les heures de service et les coûts du programme de suppléance au cours des cinq dernières années. En 2018-2019, le Programme de suppléance a fourni environ 27 400 heures de service; ce chiffre a plus que doublé pour dépasser 60 200 heures en 2022-2023. Au cours de la même période, le coût de fonctionnement du Programme de suppléance a augmenté d'environ 125 % pour s'établir à plus de 9,1 millions de dollars.

Figure 6 : Programme de suppléance dans les services d'urgence—Heures de couverture et coût, 2018-2019 à 2022-2023

Source des données : Santé Ontario



* En 2020-2021, les heures de service et les coûts ont diminué parce que le nombre de visites aux services d'urgence a temporairement chuté en raison de la pandémie de COVID-19.

Les hôpitaux qui ont demandé du soutien par l'entremise du Programme de suppléance sont généralement de petits hôpitaux ruraux et éloignés. Lors de discussions avec les administrateurs de ces hôpitaux, nous avons constaté que l'une des principales raisons de leur recours accru au Programme de suppléance est le taux plus élevé de médecins locaux qui ont pris leur retraite ou qui ont quitté la confrérie au cours des deux dernières années. Cette situation a obligé les hôpitaux à s'en remettre au Programme de suppléance pour pourvoir à plus long terme les postes vacants de médecins, même si le programme devait servir de mesure temporaire.

Nous avons remarqué que certains hôpitaux sont devenus particulièrement dépendants du Programme de suppléance pour gérer leurs services d'urgence. Par exemple, 12 hôpitaux ont demandé et reçu au moins 500 heures de service dans le cadre du programme au cours de chacune des cinq dernières années, et deux d'entre eux avaient accumulé plus de 1 000 heures de service au cours de chacune de ces années. De plus, en 2022-2023, les 10 principaux hôpitaux qui ont eu recours au Programme de suppléance ont tous demandé et reçu au moins 2 500 heures de service par des médecins, comme le montre la **figure 7**.

Nous avons communiqué avec des hôpitaux qui étaient des utilisateurs réguliers et importants du Programme de suppléance, comme l'Anson General Hospital, un petit hôpital du nord de l'Ontario situé à Iroquois Falls, qui a reçu près de 5 000 heures de service dans le cadre du programme en 2022-2023. Les administrateurs de l'hôpital nous ont informés que, sans ces services, ils auraient dû fermer fréquemment leurs services d'urgence parce qu'autrement, ils n'auraient pas eu de médecin disponible.

Comme le montre la **figure 8**, Santé Ontario estime que le Programme de suppléance a permis d'éviter plus de 800 fermetures de services d'urgence au cours des cinq dernières années, dont plus de 400 en 2022-2023.

Bien que le Programme de suppléance ait été une ressource précieuse pour aider les hôpitaux à éviter la fermeture des services d'urgence, le recours à ce programme temporaire n'est pas nécessairement une option viable pour gérer un service d'urgence. Par exemple, comme l'indique la **figure 7**, les Haliburton Highlands Health Services (HHHS) dépendent largement du Programme de suppléance pour exploiter leurs services d'urgence à leurs deux campus (Haliburton et Minden). Au cours des cinq dernières années, le Programme de suppléance a fourni aux

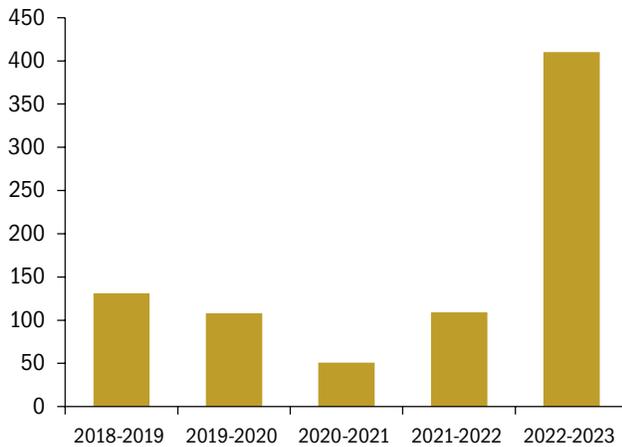
Figure 7 : Dix principaux utilisateurs du programme de suppléance aux services d'urgence dans les hôpitaux, 2022-2023

Source des données : Santé Ontario

Région	Hôpital	Heures demandées	Heures de service	% des heures de travail demandées couvertes
Nord-est	1. Anson General Hospital	4 981	4 873	98 %
Est	2. Hôpital de Deep River et du district	6 124	4 504	74 %
Est	3. Haliburton Highlands Health Services (campus Haliburton et Minden)	5 476	3 936	72 %
Est	4. Hôpital St. Francis Memorial	6 286	3 841	61 %
Nord-est	5. Hôpital Notre-Dame	4 120	3 562	89 %
Ouest	6. Hôpital Memorial du district de Tillsonburg	4 426	3 058	69 %
Nord-ouest	7. Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout	4 929	2 892	59 %
Est	8. Hôpital de North Hastings	4 211	2 855	68 %
Nord-est	9. Hôpital Sensenbrenner	3 349	2 681	80 %
Ouest	10. Services de santé de Grey-Bruce (campus de Lion's Head)	3 185	2 633	83 %

Figure 8 : Nombre de fermetures de services d'urgence évitées grâce au programme de suppléance, 2018-2019 à 2022-2023*

Source des données : Santé Ontario



* Selon le nombre de fois où le Programme de suppléance dans les services d'urgence a pu combler un poste de travail de médecin pour garder un service d'urgence ouvert.

HHHS environ 11 500 heures de service de médecins, dont près de 4 000 heures en 2019-2020 et en 2022-2023. Malgré leur dépendance au Programme de suppléance, les HHHS ont tout de même dû fermer définitivement les services d'urgence de Minden le 1^{er} juin 2023 en raison des difficultés continues en matière d'embauche et de maintien en poste de médecins et de personnel infirmier, pour ensuite regrouper les ressources en personnel à leur campus principal d'Haliburton. Nous avons rencontré les administrateurs des HHHS et nous avons constaté que même si les deux services d'urgence ont été groupés, les HHHS s'attendent à continuer de recourir au Programme de suppléance pour couvrir les postes de travail non comblés.

4.1.3 Le Programme de suppléance ne peut suivre le rythme de la demande dans les hôpitaux

En plus de passer en revue les heures de service fournies dans le cadre du Programme de suppléance, nous avons examiné dans quelle mesure ce programme a été en mesure de répondre aux demandes des hôpitaux au cours des cinq dernières années. Comme le montre la **figure 9**, les hôpitaux ont demandé plus

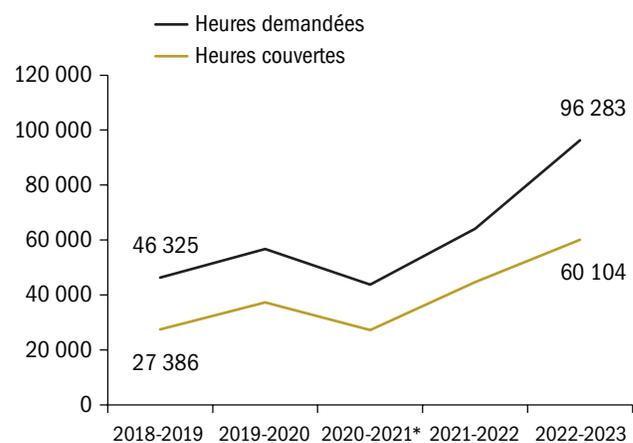
de 96 000 heures de service en vertu du Programme de suppléance en 2022-2023, mais le programme n'a pu couvrir qu'environ 60 000 heures.

Santé Ontario nous a informés qu'en raison de la pénurie globale de médecins dans les services d'urgence, le Programme de suppléance accorde la priorité aux hôpitaux ayant les besoins les plus urgents, et les demandes des hôpitaux des collectivités du Nord sont examinées avant celles des collectivités du Sud. Dans tous les cas, le Programme de suppléance ne peut servir qu'à pourvoir les postes vacants aux services d'urgence, et non à augmenter le nombre global de postes de médecins.

Dans la mesure où le Programme de suppléance ne pouvait suivre le rythme des demandes, les hôpitaux devaient souvent communiquer avec ProfessionsSantéOntario (anciennement l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario), qui fait partie de Santé Ontario, ou avec les hôpitaux et les cliniques à proximité pour combler les postes de travail aux services d'urgence et éviter des fermetures. Toutefois, à l'instar du Programme de suppléance, cette couverture ne fournit que de l'aide temporaire et elle n'est pas

Figure 9 : Heures demandées et heures de service en vertu du Programme de suppléance dans les services d'urgence, 2018-2019 à 2022-2023

Source des données : Santé Ontario



* Le nombre d'heures demandées et de service a diminué en 2020-2021 parce que le nombre de visites aux services d'urgence a temporairement chuté pendant la pandémie de COVID-19, car moins de patients ayant des besoins moins urgents ont demandé des soins d'urgence.

viaible. Les représentants d'hôpitaux nous ont déclaré qu'il y aura d'importants risques de fermeture si les médecins ne commencent pas à pourvoir des postes permanents dans les collectivités rurales et éloignées.

RECOMMANDATION 2

Pour permettre un accès uniforme et fiable aux soins prodigués par les médecins des services d'urgence partout en Ontario et prévenir la fermeture de services d'urgence imputable à la dotation en personnel médical, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario et les hôpitaux, doit :

- examiner en profondeur l'utilisation du Programme de suppléance dans les services d'urgence pour cerner les problèmes systémiques liés à la dotation en personnel médical à l'échelle de la province et élaborer une stratégie pour l'avenir;
- mettre en oeuvre des mécanismes pour inciter les médecins à jouer un rôle permanent dans les services d'urgence en régions rurales et éloignées.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, c'est-à-dire examiner le Programme de suppléance dans les services d'urgence

Le Ministère reconnaît que l'Ontario Medical Association (OMA) fait office de représentante exclusive des médecins exerçant en Ontario. En vertu de l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA, les négociations conjointes et le règlement des différends, le Ministère doit consulter l'OMA pour obtenir ses conseils au sujet des questions importantes qui traitent de la politique et du réseau des soins de santé qui touchent les médecins. En outre, les changements liés à la rémunération des médecins, y compris les activités et responsabilités découlant d'ententes qui ne prévoient pas la rémunération à l'acte, sont assujettis au processus

de négociation entre les parties énoncé dans l'Entente-cadre d'arbitrage exécutoire.

4.2 Les temps d'attente pour obtenir des soins d'urgence se sont allongés

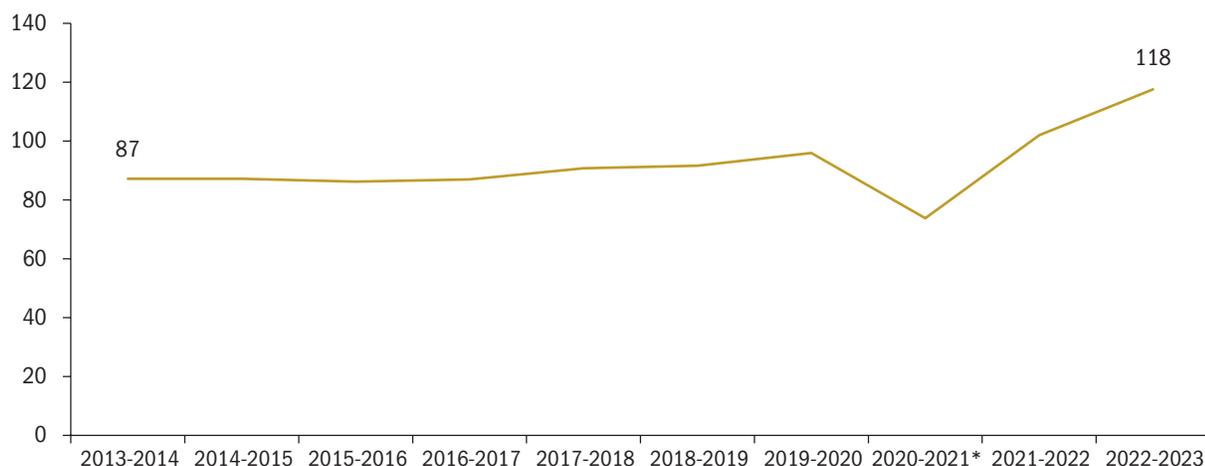
4.2.1 De façon générale, les temps d'attente pour consulter un médecin ont augmenté, mais ils varient considérablement à l'échelle de l'Ontario

L'accès rapide à une évaluation médicale est essentiel à la prestation de soins de grande qualité aux patients. La première évaluation complète d'un patient par un médecin aide à déterminer les prochaines étapes, comme d'autres tests, la prescription de médicaments ou des soins. Selon une étude ontarienne de l'Institut de recherche en services de santé, les patients qui attendent plus longtemps pour une évaluation initiale effectuée par un médecin sont plus susceptibles de devoir être hospitalisés. L'étude a également révélé un risque légèrement plus élevé de décès pour chaque heure d'attente aux services d'urgence.

Lors de notre examen des données sur les temps d'attente, nous avons constaté que les temps d'attente moyens pour consulter un médecin étaient relativement stables avant la pandémie de COVID-19, mais qu'ils avaient sensiblement augmenté depuis. Nous avons remarqué que les patients ayant des affections complexes (niveau 1 de l'ÉTG, comme il est mentionné à la **section 2.2**) pouvaient généralement consulter un médecin en moins de 30 minutes. Toutefois, en 2022-2023, les patients ont attendu en moyenne 118 minutes (ou près de deux heures) après le triage pour recevoir l'évaluation initiale d'un médecin, comme le montre la **figure 10**. Ces données se comparent à environ 87 minutes en 2013-2014, soit environ 30 minutes de plus que 10 ans auparavant. Nous avons également examiné le temps d'attente du 90^e centile (le temps d'attente le plus long après l'élimination de la tranche supérieure de 10 % des temps d'attente) et nous avons constaté que les patients attendaient jusqu'à 257 minutes (soit près de quatre heures et demie) pour être vus par un médecin en

Figure 10 : Temps d'attente moyen pour une évaluation initiale par un médecin, de 2013-2014 à 2022-2023 (minutes)

Source des données : Santé Ontario



Note : Ce graphique montre le temps d'attente moyen pour une évaluation initiale par un médecin pour tous les patients, à différents niveaux de gravité (ÉTG 1 à ÉTG 5).

* Le temps d'attente moyen pour une évaluation initiale par un médecin a diminué en 2020-2021, la pandémie de COVID-19 ayant découragé les patients présentant des symptômes moins urgents de se rendre aux services d'urgence.

2022-2023, contre 183 minutes (ou environ trois heures) en 2013-2014.

En outre, le temps d'attente moyen pour une évaluation initiale par un médecin variait selon la région et l'hôpital (voir la **figure 11**). Par exemple, les patients de la région de Champlain ont attendu plus de deux fois plus longtemps avant de recevoir l'évaluation initiale d'un médecin que ceux des régions du Centre et du Centre-Ouest.

La **figure 12** montre le temps d'attente moyen pour l'évaluation initiale d'un médecin dans les hôpitaux que nous avons visités dans le cadre de notre audit, tandis que l'**annexe 3** présente le temps d'attente dans tous les services d'urgence de l'Ontario. Encore une fois, nous avons constaté d'importantes variations dans l'accès aux soins d'urgence par hôpital; les patients qui se sont rendus au campus métropolitain de l'Hôpital régional de Windsor ont attendu en moyenne 247 minutes (soit plus de quatre heures) pour être évalués par un médecin, ce qui correspond à plus de cinq fois l'attente moyenne de 45 minutes aux services d'urgence de l'Hôpital général d'Etobicoke du Réseau de la santé William-Osler.

En discutant avec les administrateurs de l'Hôpital régional de Windsor, nous avons constaté que l'une

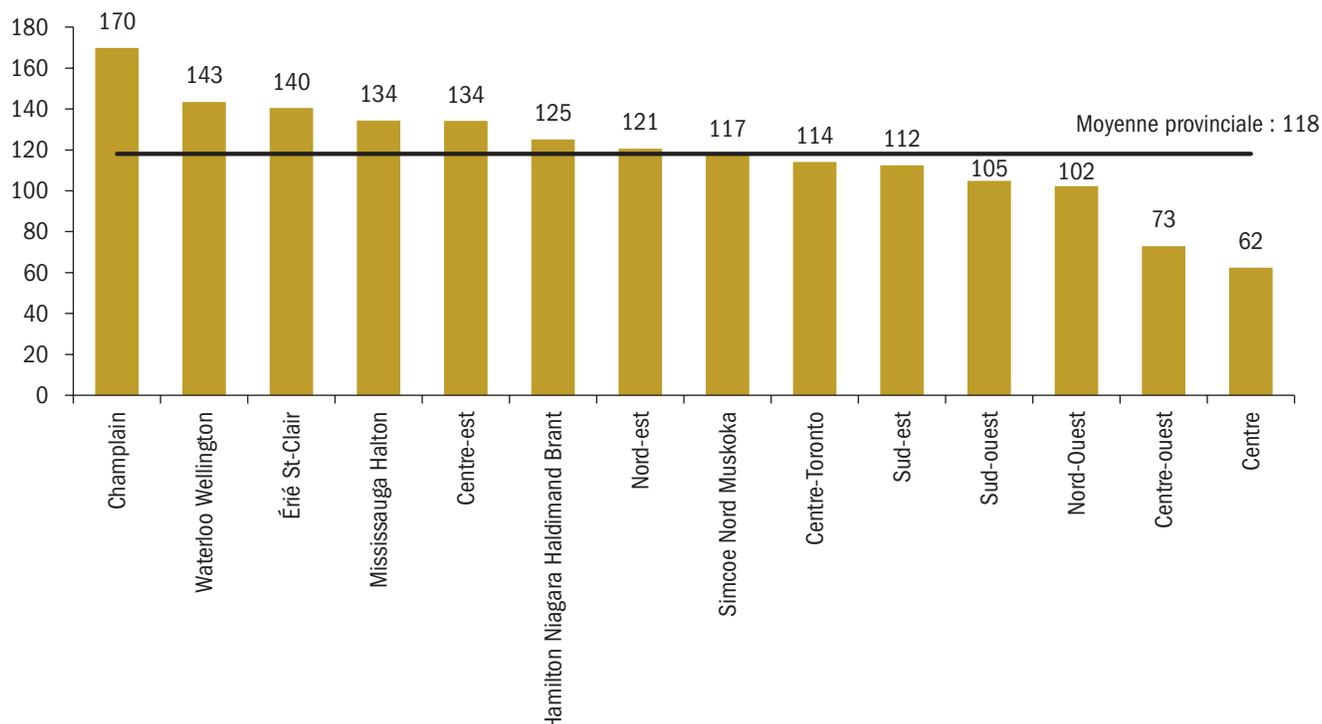
des principales raisons qui expliquent les longs temps d'attente pour voir un médecin était le manque de soins primaires disponibles dans la région, particulièrement le soir et la fin de semaine. Les patients ont donc eu recours aux services d'urgence pour des symptômes qui seraient habituellement traités dans un établissement de soins primaires ou pour l'accès à des services d'imagerie diagnostique. En outre, nous avons constaté que les structures de rétribution des médecins peuvent également avoir une incidence sur la capacité des patients de recevoir rapidement une évaluation médicale, comme il est expliqué plus en détail à la **section 4.5.4**.

En raison de l'allongement des temps d'attente, nous avons remarqué une augmentation du taux de départ avant consultation. Comme en témoigne la **figure 13**:

- Le taux moyen de départ avant consultation est passé de 3,5 % en 2018-2019 à 5,3 % en 2022-2023.
- Les temps d'attente sensiblement longs avant la consultation d'un médecin ont représenté le principal facteur contribuant à des taux plus élevés de départ avant consultation. Par exemple, en 2022-2023, 14,3 % des patients

Figure 11 : Temps d'attente moyen pour une évaluation initiale par un médecin par région, 2022-2023 (minutes)

Source des données : Santé Ontario



Note : Les régions correspondent aux limites des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province. Bien que le gouvernement de l'Ontario ait fusionné les RLISS en cinq régions de Santé Ontario en décembre 2019, Santé Ontario a continué de déclarer des données régionales sur les temps d'attente par RLISS.

Figure 12 : Temps d'attente moyen pour une évaluation initiale par un médecin dans certains hôpitaux, 2022-2023 (minutes)

Source des données : Santé Ontario

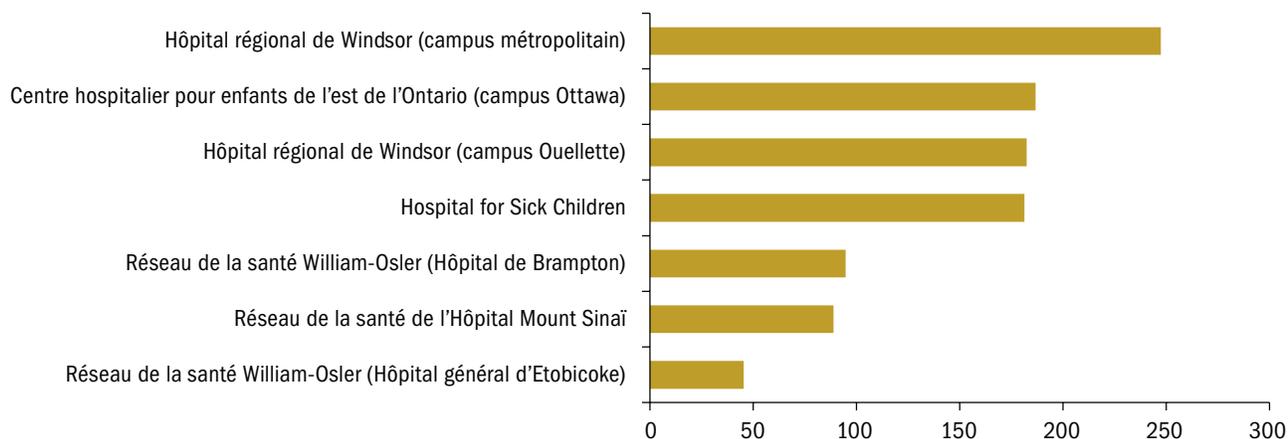
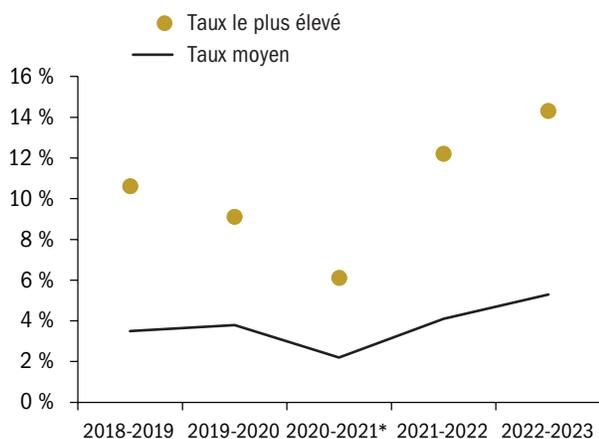


Figure 13 : Pourcentage de personnes qui ont quitté le service d'urgence sans consultation, 2018-2019 à 2022-2023

Source des données : Santé Ontario



Note : « Taux le plus élevé » désigne le service d'urgence de l'Ontario affichant le pourcentage le plus élevé de personnes qui ont quitté sans consultation.

* En 2020-2021, les taux moyens et les taux les plus élevés de personnes qui ont quitté les services d'urgence sans consultation ont fléchi, car les visites de patients ont chuté en raison de la pandémie de COVID-19.

ont quitté les services d'urgence sans avoir été évalués, ce qui correspond à près de trois fois le taux moyen à l'échelle de la province. Le temps d'attente pour une évaluation initiale par un médecin à cet hôpital était d'environ 175 minutes (ou près de trois heures), ce qui constitue l'un des temps d'attente les plus longs parmi les hôpitaux.

Certains de ces patients ont choisi de partir parce qu'ils n'avaient plus besoin de soins d'urgence ou qu'ils avaient décidé d'obtenir des soins ailleurs (par exemple, chez leur fournisseur de soins primaires), mais certains patients qui avaient besoin de soins d'urgence ont décidé de partir en raison de longs temps d'attente et sont retournés aux services d'urgence dans un plus piètre état de santé (voir la [section 4.3.1](#)).

4.2.2 Les visites inutiles aux services d'urgence ont contribué aux longs temps d'attente et aux coûts élevés des soins

Les services d'urgence représentent habituellement la seule option pour les patients ayant des affections complexes qui ont besoin de soins urgents et complets.

Les patients présentant des affections mineures peuvent également choisir de se rendre aux services d'urgence s'ils n'ont pas rapidement accès à d'autres options et s'ils veulent quand même être vus dès que possible. Les services d'urgence retardent souvent en toute sécurité les soins à ces patients jusqu'à ce que les patients ayant des affections plus graves aient été vus.

Nous avons constaté que les patients ayant des affections mineures, en particulier ceux auxquels un membre du personnel infirmier au triage a attribué un niveau ÉTG 4 (moins urgent) ou ÉTG 5 (non urgent), intervenaient pour environ 23 % (ou 1,29 million) de toutes les visites aux services d'urgence en 2022-2023, comme le montre la [figure 1](#). Certains de ces patients, comme ceux aux prises avec un mal de gorge ou un rhume, ont choisi de se rendre aux services d'urgence parce que c'était la seule option qui s'offrait à eux à ce moment. De plus, les services d'urgence n'aiguillent habituellement les patients vers des milieux de soins plus appropriés qu'après leur évaluation et leur traitement, même si nous avons constaté que certains hôpitaux avaient mis en place des pratiques de réacheminement pour certains groupes de patients (voir la [section 4.7.1](#)).

Nous avons également remarqué que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), organisme sans but lucratif et indépendant, avait mené une étude en 2014, selon laquelle dans les cas où des patients des services d'urgence avaient été traités et avaient obtenu leur congé, un patient sur cinq aurait pu être traité dans un cabinet de médecin ou une clinique. Certains affections communes chez ces patients concernaient des rhumes, des maux de gorge et des infections d'oreille. Ces visites inutiles aux services d'urgence ont continué de nuire à la capacité des hôpitaux de fournir rapidement des soins à d'autres patients.

Le personnel hospitalier et les médecins des services d'urgence auxquels nous nous sommes adressés ont indiqué que certains patients ayant des affections mineures choisissent de se rendre aux services d'urgence pour obtenir des soins médicaux parce que leur propre fournisseur de soins primaires n'est peut-être pas disponible le soir ou la fin de semaine ou qu'ils ne peuvent obtenir rapidement un rendez-vous.

Par exemple, l'Hôpital régional de Windsor nous a informés qu'il comptait de nombreux patients qui choisissaient de se rendre aux services d'urgence plutôt que d'attendre un rendez-vous avec leur médecin de famille ou pour éviter de s'absenter du travail. Selon la plus récente enquête sur les soins de santé menée par le Ministère en 2019, seulement 41 % des Ontariens ont pu obtenir un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain.

Bien que les patients doivent avoir un accès illimité aux services d'urgence lorsqu'ils estiment en avoir besoin, il serait prudent que le Ministère et Santé Ontario déterminent les raisons sous-jacentes pour lesquelles les patients ayant des affections mineures se rendent aux services d'urgence plutôt qu'à d'autres milieux de soins (par exemple, les cliniques de soins primaires ou les cliniques sans rendez-vous), pour trouver des moyens de rediriger ces patients vers d'autres options de soins. Cette solution aidera les services d'urgence à se concentrer sur l'évaluation et le traitement des patients plus malades et à réduire les coûts dans l'ensemble du système de santé puisque les soins aux services d'urgence coûtent cher. Selon des données récentes de l'ICIS, le coût direct d'une visite aux services d'urgence en Ontario s'élevait à environ 165 \$ (comme il est indiqué à la **section 2.3**), soit près de trois fois plus que celui d'autres options comme les soins primaires, qui coûtent environ 56 \$ par visite.

RECOMMANDATION 3

Afin d'offrir aux patients qui en ont besoin un accès équitable et rapide aux soins d'urgence, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, doit collaborer avec les hôpitaux pour cerner les problèmes, comme le manque d'accès rapide aux soins primaires et la méconnaissance des autres options de soins de santé, et pour faire en sorte que les patients ayant des affections moins graves reçoivent des soins dans le milieu de soins le plus approprié.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) accepte la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario de collaborer avec les hôpitaux afin de cerner et de corriger les problèmes pour que les patients ayant des affections moins graves reçoivent des soins dans le milieu de soins le plus approprié. Le 2 février 2023, le gouvernement de l'Ontario a annoncé sa stratégie intitulée *Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes*, sa stratégie pour fournir une meilleure expérience dans le milieu des soins de santé. Le 2 février 2023, le gouvernement de l'Ontario a annoncé sa stratégie intitulée *Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes*, sa stratégie pour fournir une meilleure expérience dans le milieu des soins de santé. Dans le cadre de cette présentation, le gouvernement a annoncé un investissement visant à créer jusqu'à 18 équipes interprofessionnelles de soins primaires. Le Ministère utilisera cet investissement pour donner suite à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario en comblant l'écart dans l'accès aux soins primaires interprofessionnels pour les patients vulnérables, marginalisés et non inscrits pour leur permettre d'obtenir des soins où et quand ils en ont besoin. Cet investissement de 60 millions de dollars sur deux ans, à compter de 2023-2024, appuiera également la prestation directe des services par les équipes interprofessionnelles de soins primaires existantes qui doivent composer avec des coûts de fonctionnement accrus.

Le Ministère reconnaît que l'Ontario Medical Association (OMA) fait office de représentante exclusive des médecins exerçant en Ontario. En vertu de l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA, les négociations conjointes et le règlement des différends, le Ministère doit consulter l'OMA pour obtenir ses conseils au sujet des questions importantes qui traitent de la politique et du réseau des soins de santé qui touchent les médecins.

4.2.3 Les directives médicales, qui aident à réduire le temps que les patients passent aux services d'urgence, n'étaient pas appliquées de façon uniforme d'un hôpital à l'autre

Les patients, qu'ils doivent être hospitalisés ou qu'ils puissent obtenir leur congé après leur visite aux services d'urgence, ont dû passer beaucoup plus de temps aux services d'urgence qu'avant la pandémie de COVID-19. La **figure 14** indique le temps moyen qu'un patient a passé aux services d'urgence pour chaque visite au cours des 10 dernières années (de 2013-2014 à 2022-2023), entre le moment du triage par le personnel infirmier et son départ des services d'urgence. Voici ce que nous avons constaté :

- Les patients qui n'avaient pas besoin d'hospitalisation ont passé en moyenne 4,2 heures aux services d'urgence en 2022-2023, au-delà de 30 % de plus que la moyenne de 3,2 heures en 2013-2014.
- Les patients devant être hospitalisés ont passé en moyenne près de 21 heures aux services d'urgence en 2022-2023, soit 50 % de plus que la moyenne de 14 heures en 2013-2014. (Les temps d'attente pour l'hospitalisation sont abordés plus en détail à la **section 4.2.4.**)

Bien qu'une partie du temps passé à attendre dans un service d'urgence soit inévitable (par exemple,

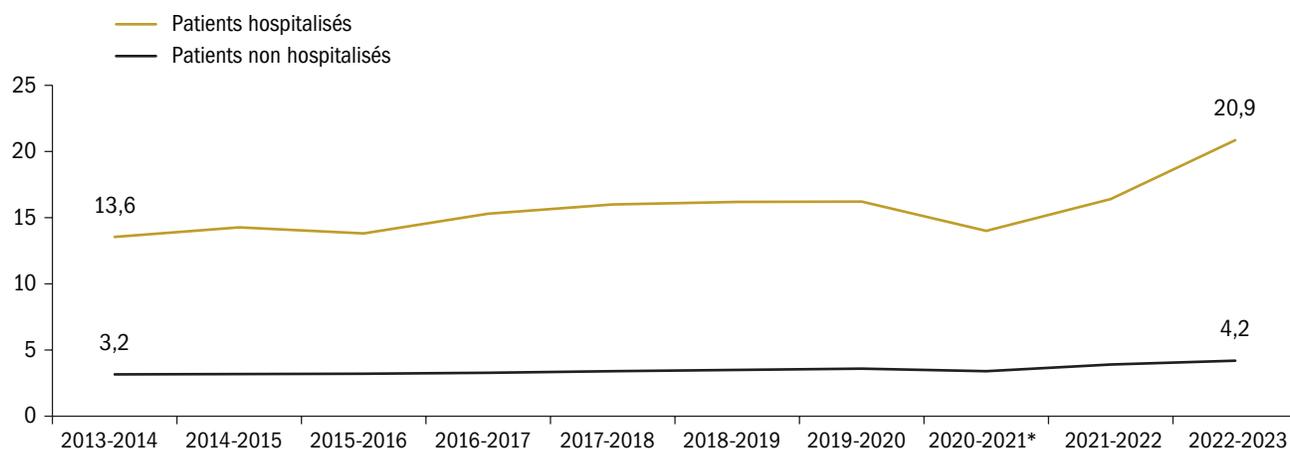
en attente des résultats d'analyses sanguines ou d'imagerie diagnostique), nous avons constaté que les hôpitaux n'ont pas de directives médicales ou ne les appliquent pas de façon uniforme pour accélérer les soins aux patients.

Les directives médicales sont des règlements que les médecins des services d'urgence d'un hôpital ont élaborés pour autoriser le personnel infirmier et d'autres cliniciens des hôpitaux (comme les adjoints au médecin) à entreprendre le processus d'évaluation des patients et à exécuter certaines interventions avant l'évaluation initiale. Parmi les exemples courants, mentionnons la demande d'analyses sanguines ou de services d'imagerie et l'administration de médicaments antidouleur. Par exemple, un hôpital peut avoir une directive médicale indiquant que les patients qui présentent des douleurs thoraciques devraient recevoir un médicament précis et subir des analyses sanguines en laboratoire, tandis que les patients victime d'une blessure aiguë, comme une chute, dans les 48 heures précédentes devraient subir une radiographie au moment du triage.

Le fait d'habiliter le personnel infirmier et d'autres cliniciens hospitaliers à intervenir avant l'évaluation initiale du médecin permet d'effectuer plus rapidement et plus efficacement certains tests et certaines tâches de base aux services d'urgence, ce qui accélère le

Figure 14 : Temps moyen passé aux services d'urgence, 2013-2014 à 2022-2023 (heures)

Source des données : Santé Ontario



* Le temps moyen que les patients devaient passer aux services d'urgence a diminué temporairement en 2020-2021, car le nombre de visites a chuté pendant la pandémie de COVID-19.

roulement des patients et améliore les soins prodigués aux patients parce que les médecins peuvent appliquer plus rapidement les traitements.

Notre examen des directives médicales aux services d'urgence que nous avons visités a révélé des variations importantes dans leur application. Par exemple :

- Bien que tous les services d'urgence aient reçu des directives médicales, le nombre de directives en vigueur variait de neuf à 37 selon l'hôpital, et certains services utilisaient les directives pour traiter des affections plus précises comme l'hypoglycémie.
- Même si les données sur l'application des directives médicales ne font pas l'objet d'un suivi centralisé dans les hôpitaux, nous avons constaté que certains de ceux-ci appliquent peut-être les directives plus fréquemment pour amorcer les soins. Par exemple, un hôpital a indiqué que des directives médicales étaient appliquées pour commencer à prodiguer des soins aux patients pendant environ 50 % des visites aux services d'urgence.

Bien que les directives médicales ne soient pas toujours applicables (par exemple dans les cas où une évaluation médicale est nécessaire pour un patient présentant plusieurs symptômes), il n'existe pas de système provincial officiel de partage des pratiques exemplaires sur l'application des directives médicales entre les hôpitaux afin de réduire le temps que les patients passent aux services d'urgence.

RECOMMANDATION 4

Pour réduire le temps que les patients passent aux services d'urgence, Santé Ontario, en collaboration avec les hôpitaux et les médecins d'urgence, doit :

- examiner les pratiques existantes et l'application des directives médicales dans l'ensemble des hôpitaux;
- élaborer et mettre à jour périodiquement, dans la mesure du possible, un ensemble de directives médicales normalisées dont l'application en milieu hospitalier s'est révélée fructueuse.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, c'est-à-dire collaborer avec les hôpitaux et les services d'urgence pour passer en revue les pratiques et l'application des directives en vigueur et mettre au point des directives médicales standard qui se sont avérées efficaces. Santé Ontario continuera d'appuyer les établissements qui souhaitent mettre en oeuvre des directives médicales lorsque cette ressource est désignée comme une stratégie efficace pour les activités des services d'urgence et le rendement en matière de roulement des patients.

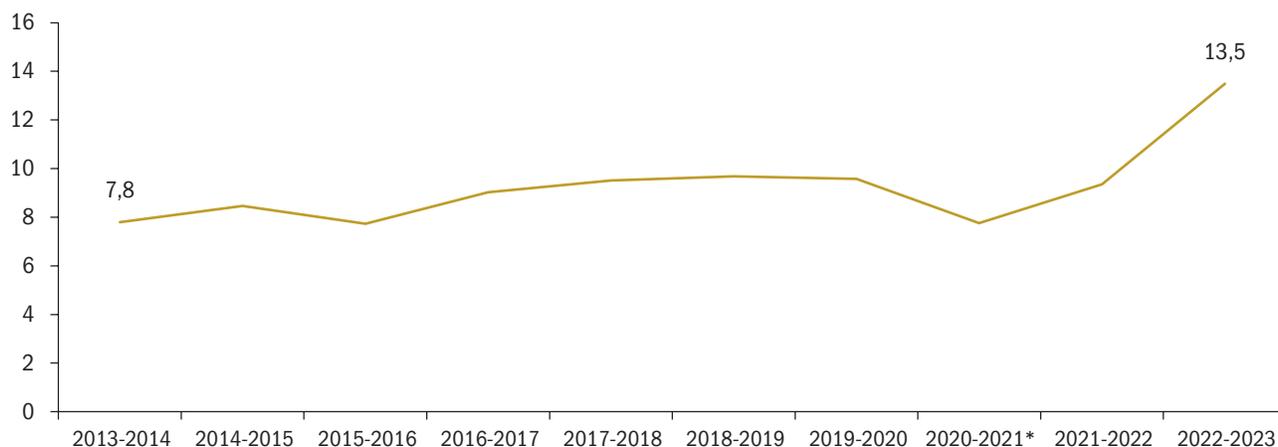
4.2.4 Les patients des services d'urgence devaient parfois attendre plus de 24 heures pour une hospitalisation

La plupart des patients qui se rendent aux services d'urgence reçoivent leur congé le jour même. Toutefois, certains sont admis et transférés des services d'urgence à une unité d'hospitalisation de l'hôpital pour surveillance continue ou traitement à plus long terme. Environ 650 000 patients, ce qui représente 12 % de toutes les visites aux services d'urgence, ont nécessité une hospitalisation en 2022-2023 (comparativement à environ 568 000 patients admis en 2013-2014).

Comme le montre la **figure 15**, en 2022-2023, les patients ont attendu en moyenne 13 heures pour une hospitalisation, une augmentation importante par rapport aux quelque huit à 10 heures d'attente avant la pandémie de COVID-19. En ce qui concerne le temps d'attente du 90^e centile (le temps d'attente le plus long après l'élimination de la tranche supérieure de 10 %), les patients ont attendu jusqu'à 35 heures pour une hospitalisation, comparativement à environ 21 heures en 2013-2014. Outre la pression supplémentaire que ces longs temps d'attente exercent sur les patients et leurs accompagnateurs, la présence de personnes en attente d'une hospitalisation nuit à la capacité du personnel des services d'urgence de se concentrer sur les patients admis.

Figure 15 : Temps d'attente moyen pour un lit d'hospitalisation en Ontario, de 2013-2014 à 2022-2023 (heures)

Source des données : Santé Ontario



* Les temps d'attente pour un lit d'hospitalisation ont chuté en 2020-2021, car moins de patients se sont rendus aux services d'urgence pendant la pandémie de COVID-19.

Nous avons également constaté d'importants écarts dans les temps d'attente entre les régions et les hôpitaux pour une hospitalisation. Comme en témoigne la **figure 16** :

- Le temps passé par les patients aux services d'urgence en attente d'une hospitalisation variaient de neuf à 21 heures en moyenne en 2022-2023, selon le lieu de résidence dans la province. Il s'agit d'une augmentation importante, de cinq à 13 heures en 2021-2022. Pendant ce temps d'attente, les patients pouvaient être transférés dans une salle d'évaluation d'urgence ou attendre sur une civière dans un couloir.
- Les temps d'attente variaient de façon considérable. Par exemple, alors que le temps d'attente moyen pour une hospitalisation dans la région de Hamilton Niagara Haldimand Brant était de 15,8 heures en 2022-2023, certains patients des services d'urgence de la région ont dû attendre près de 44 heures.

Comme le montre la **figure 17**, le temps d'attente pour une hospitalisation dans les hôpitaux que nous avons visités variait de 10 à 21 heures pour les hôpitaux généraux et de 3,7 à 9,2 heures pour les hôpitaux pédiatriques.

Manque de lits d'hospitalisation et patients dans les couloirs

Les longs temps d'attente pour une hospitalisation s'expliquent en partie par le manque de lits d'hospitalisation disponibles au Canada par rapport à la population. En 2021, le Canada comptait 2,55 lits d'hospitalisation par tranche de 1 000 habitants, ce qui le place au huitième rang des 38 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). À titre de comparaison, la France, l'Allemagne et la Pologne affichaient plus du double du taux canadien avec 5,5 lits pour 1 000 personnes. L'OCDE ne communique pas de renseignements à l'échelle provinciale, mais on estime que la moyenne de l'Ontario est égale ou inférieure à la moyenne canadienne.

Le long temps d'attente pour une hospitalisation représente un problème de longue date en Ontario. Le Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir, créé par la province en 2018, a déclaré dans son rapport de janvier 2019 que les soins de santé de couloir constituaient un problème important en Ontario. Selon le rapport, chaque jour, au moins 1 000 patients recevaient des soins de santé dans les couloirs des hôpitaux, y compris aux services d'urgence.

Figure 16 : Temps d'attente moyen pour un lit d'hospitalisation en Ontario par sous-région, 2021-2022-2022-2023 (heures)

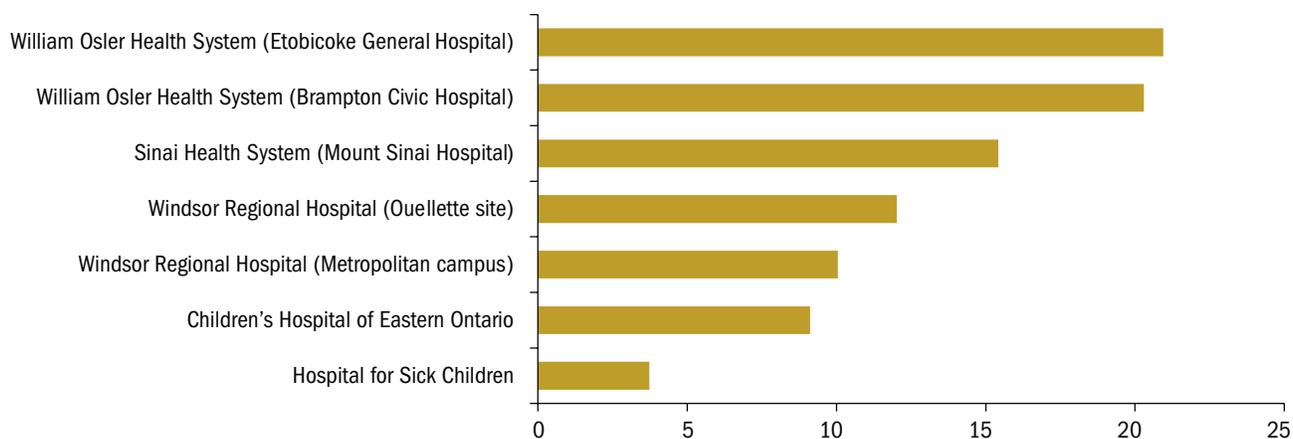
Source des données : Santé Ontario

Région	Temps d'attente moyen			Temps d'attente le plus long
	2021-2022	2022-2023	Variation	2022-2023
Centre-ouest	13,0	18,8	5,8	20,8
Centre-est	12,4	18,9	6,5	24,4
Hamilton Niagara Haldimand Brant	12,0	15,8	3,8	44,4
Centre	10,9	15,1	4,2	20,4
Mississauga Halton	10,8	21,3	10,6	28,1
Centre-Toronto	9,3	12,7	3,4	23,3
Champlain	9,1	10,9	1,9	32,5
Nord-ouest	8,9	10,3	1,3	11,4
Simcoe Nord Muskoka	8,6	11,7	3,1	14,5
Nord-est	7,8	9,9	2,1	13,8
Waterloo Wellington	7,1	12,3	5,3	15,4
Sud-est	6,7	9,3	2,6	13,9
Sud-ouest	5,8	8,8	2,9	25,1
Érié St-Clair	4,9	9,1	4,2	12,0

Note : Les régions figurant dans ce tableau correspondent aux limites des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Bien que le gouvernement de l'Ontario ait fusionné les 14 RLISS en cinq régions de Santé Ontario en décembre 2019, les RLISS continuent de déclarer des données régionales sur les temps d'attente.

Figure 17 : Temps d'attente moyen pour un lit d'hospitalisation dans certains hôpitaux en Ontario, 2022-2023 (heures)

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario



D'après notre analyse des données et des observations actuelles à certains des services d'urgence que nous avons visités, la question des « patients dans les couloirs » continue de poser problème, ce

qui crée un risque important pour le grand public parce que cette occupation réduit l'espace dans lequel le personnel des services d'urgence peut traiter de nouveaux patients. Le surpeuplement crée également

un stress supplémentaire tant pour les patients que pour leurs familles. Un examen de l'engorgement des services d'urgence publié en 2018 dans *PLOS ONE*, revue de recherche internationale, a révélé que le surpeuplement est généralement associé à de moins bons résultats pour les patients.

Lors de nos visites aux services d'urgence, nous avons constaté que le personnel devait garder les patients sur des civières à roues pendant qu'ils attendaient qu'un lit d'hospitalisation se libère. Par exemple, lors de notre visite à l'Hôpital de Brampton du Réseau de la santé William-Osler, nous avons remarqué qu'un nombre important de patients âgés étaient traités dans des couloirs serrés alors que les ambulanciers paramédicaux peinaient à faire entrer d'autres patients. Le jour de notre visite, nous avons constaté que 46 patients étaient coincés aux services d'urgence, recevant des soins dans des couloirs ou des salles d'évaluation, faute de lits d'hospitalisation disponibles. Comme le personnel des services d'urgence demeurait responsable de ces patients, sa capacité de traiter les nouveaux patients en temps opportun en a souffert.

Patients ayant besoin d'un autre niveau de soins

Le nombre relativement élevé de patients classés comme ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS) constitue un autre facteur qui contribue aux longs temps d'attente pour les hospitalisations. Ces patients occupent un lit d'hospitalisation, mais n'ont pas besoin de soins au niveau de l'hôpital; ils pourraient être vus et traités ailleurs s'il y avait de l'espace dans un établissement plus approprié, par exemple un foyer de soins de longue durée. Dans notre audit de 2010 sur la mise en congé des patients hospitalisés, nous avons constaté que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins représentaient environ 16 % du nombre total de jours d'hospitalisation des patients en Ontario. À titre de comparaison, le taux des patients classés comme ayant besoin d'un autre niveau de soins en Ontario s'élevait à environ 15 % en 2022-2023, ce qui indique une très légère amélioration au chapitre de la réduction des répercussions des patients ayant besoin d'un autre niveau de soins sur les hospitalisations au cours des 13 dernières années.

RECOMMANDATION 5

Afin d'améliorer le roulement des patients dans les services d'urgence et de réduire le temps d'attente pour l'obtention d'un lit d'hospitalisation, nous recommandons que le ministère de la Santé collabore avec Santé Ontario et les hôpitaux pour augmenter la capacité en matière de lits d'hospitalisation et améliorer la disponibilité des ressources communautaires afin de réduire la nécessité de traiter les patients dans les couloirs et d'accélérer le transfert des patients hospitalisés vers des établissements plus appropriés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, c'est-à-dire augmenter la capacité en matière de lits d'hospitalisation et améliorer la disponibilité des ressources communautaires afin de réduire la nécessité de traiter les patients dans les couloirs et d'accélérer le transfert des patients hospitalisés vers des établissements plus appropriés.

Le Ministère s'engage à collaborer avec Santé Ontario pour appuyer le secteur hospitalier et améliorer l'accès aux niveau souhaité de soins aux patients. En 2023-2024, l'Ontario a investi 1,5 milliard de dollars pour appuyer le maintien de plus de 3 500 lits de soins post-actifs et intensifs. Le Ministère a travaillé en étroite collaboration avec Santé Ontario pour appuyer la planification de la capacité liée à cet investissement en lits de soins actifs et post-actifs afin de s'assurer que la bonne combinaison de lits de soins post-actifs et intensifs soit maintenue là où elle est la plus requise et qu'elle réponde aux besoins de soins des patients. Cette capacité favorise le roulement des patients, donne accès au bon niveau de soins dans un milieu de soins approprié et renforce la capacité des secteurs hospitaliers à répondre aux pressions émergentes ou à la demande croissante de services,

ce qui contribuera à réduire la nécessité de traiter les patients dans des couloirs.

En 2022-2023, le Ministère a commencé à financer Santé Ontario pour mettre en oeuvre diverses initiatives liées à d'autres niveaux de soins (ANS) et initiatives liées au roulement des patients dans le but de réduire le taux d'ANS. Les initiatives couvrent cinq catégories : la maximisation de la capacité, l'évitement des admissions, le soutien au congé, l'élaboration de stratégies locales et les soins à domicile et dans le milieu communautaire. Le Ministère a accordé à Santé Ontario, à titre d'administrateurs de système, la souplesse de ces initiatives pour diriger le financement là où il a le plus d'incidence et qui répond aux besoins changeants du réseau de la santé dans son ensemble. Les initiatives liées à l'ANS visent à fournir le bon niveau de soins dans le bon milieu et à aider les différents secteurs du réseau de la santé à travailler en collaboration au profit du patient.

Le gouvernement s'est également engagé à mettre fin aux soins de santé de couloir et a fait un investissement ciblé dans les régions particulièrement aux prises avec ce problème. Cet investissement exclusif a débuté en 2020-2021 par un investissement ponctuel pour appuyer la création de 129 lits d'hospitalisation supplémentaires afin d'accroître la capacité des hôpitaux dans les régions de Durham-Scarborough et de London afin de cibler les soins de santé de couloir. En 2023-2024, cet investissement a été rendu permanent.

Enfin, l'accroissement de la capacité d'hospitalisation représente un élément clé du plan d'investissement de 10 ans du Ministère. Dans le cadre de ce plan, le Ministère investit dans 50 grands projets de développement hospitalier qui se traduiront par l'ajout de 3 000 nouveaux lits d'hospitalisation en Ontario. Les investissements en immobilisation dans le secteur de la santé en Ontario au cours des 10 prochaines années donneront lieu à des investissements de

40 milliards de dollars dans l'infrastructure de la santé dans l'ensemble de la province.

4.3 Les longs temps d'attente ont influé sur la qualité des soins dans les services d'urgence, ce qui s'est traduit par de piètres résultats pour la santé des patients

4.3.1 Certains patients sont retournés aux services d'urgence dans un délai d'une semaine et en moins bonne santé

En 2016, Santé Ontario a lancé le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences (le Programme de qualité), qui a été conçu pour instaurer une culture d'amélioration continue de la qualité dans les services d'urgence de la province.

Pour déterminer les points à améliorer, le Programme de qualité exige que les hôpitaux participants signalent à Santé Ontario les raisons pour lesquelles les patients retournent aux services d'urgence peu après leur première visite. Les deux types de visites de retour définies dans le programme sont les suivants :

- Une visite aux services d'urgence dans les 72 heures suivant la mise en congé à l'issue de la visite initiale, et cette visite entraîne une hospitalisation.
- Une visite aux services d'urgence dans les sept jours suivant la mise en congé à l'issue de la visite initiale, et cette visite donne lieu à une hospitalisation et à un diagnostic sentinelle qui se rapporte au diagnostic documenté lors de la visite initiale. Un diagnostic sentinelle est grave et important, comme une crise cardiaque ou une sepsie pédiatrique (une réponse corporelle à une infection grave considérée comme potentiellement mortelle).

Chaque année, les hôpitaux participants sont tenus de soumettre à un audit, dans un délai de sept jours,

toutes les visites de retour pour lesquelles un diagnostic sentinelle a été posé, ainsi qu'une sélection aléatoire de visites de retour dans un délai de 72 heures. Au moins 50 visites de retour doivent être auditées dans chaque hôpital, et un résumé doit être envoyé à Santé Ontario. Ces visites de retour peuvent découler du fait que des patients ont quitté les services d'urgence sans avoir été vus par un médecin en raison des longs temps d'attente lors de leur visite initiale (voir la **section 4.2.1**).

Nous avons constaté qu'en 2022, 1 135 des 5 198 audits des visites de retour, soit environ 20 %, ont mis en lumière un problème de qualité des soins ou un événement défavorable comme une mauvaise gestion des patients (par exemple, l'absence de réévaluation des patients), un diagnostic retardé ou manqué ou une décision de mise en congé non sécuritaire. Ces audits ont porté sur 274 visites de retour effectuées à la suite d'un diagnostic sentinelle, dont 104 ont révélé un problème de qualité des soins ou un événement défavorable.

Nous avons examiné les détails des audits effectués par les hôpitaux au cours des cinq dernières années et nous avons relevé de nombreux exemples où les longs temps d'attente pour voir un médecin, le manque d'accès à des tests rapides et le manque de lits d'hospitalisation se sont traduits par de piètres résultats pour la santé des patients. Nous avons également relevé d'autres exemples de mauvais résultats pour les patients pendant nos travaux auprès des hôpitaux (voir la **figure 18**). Dans certains cas, les patients ont quitté les services d'urgence en raison des longs temps d'attente, mais sont revenus peu après leurs visite initiale et ont dû subir une intervention chirurgicale urgente et être hospitalisés.

4.3.2 Les hôpitaux n'ont pas tous fait systématiquement le suivi et la déclaration de leurs visites de retour aux services d'urgence et de leurs problèmes connexes au chapitre de la qualité des soins

La participation au Programme de qualité n'est pas obligatoire pour tous les hôpitaux dotés de services d'urgence. Seuls les services d'urgence qui participent

au programme de financement axé sur les résultats (P4R) (voir la **section 4.6**) sont tenus de prendre part à ce programme. Lors de notre audit, 75 services d'urgence participaient au Programme de qualité, de sorte qu'environ la moitié des services d'urgence de l'Ontario n'étaient pas tenus de déclarer à Santé Ontario leurs données sur les visites de retour. Ainsi, Santé Ontario ne savait pas si ces hôpitaux avaient audité à l'interne leurs visites de retour au service d'urgence pour cerner les problèmes liés à la qualité des soins ou à des événements défavorables.

En outre, bien que le Programme de qualité ait pour but d'instaurer une culture d'amélioration continue de la qualité, nous avons constaté que les hôpitaux ne communiquaient pas de façon uniforme les résultats de leurs audits des visites de retour, ce qui compliquait la tâche de tirer des conclusions sur le rendement global de la province. Même si les hôpitaux sont tenus d'indiquer si une visite de retour était attribuable à un problème de qualité des soins (c'est-à-dire un mauvais diagnostic ou une mise en congé non sécuritaire), la façon dont les hôpitaux définissent et classent ces problèmes variait de façon considérable. Par exemple, nous avons constaté que dans deux cas très semblables dans des services d'urgence différents, l'un des hôpitaux avait qualifié l'événement de problème de qualité des soins, tandis que l'autre ne l'avait pas fait. Cette situation peut avoir contribué à la grande variation des taux des visites de retour d'un hôpital à l'autre. Par exemple, un hôpital a indiqué que près de 35 % de ses visites de retour étaient attribuables à un problème de qualité des soins, comparativement à 4 % dans un autre hôpital.

À partir de l'examen des données sur les visites de retour entre 2018 et 2022, nous avons constaté que le taux de visites de retour nécessitant une hospitalisation demeurait constant même si le nombre de visites aux services d'urgence avait diminué au cours de cette période.

En raison de la décision du Ministère d'élargir l'admissibilité à la participation au programme P4R, comme il est mentionné à la **section 4.6**, un plus grand nombre d'hôpitaux seront probablement tenus de participer au Programme de qualité.

Figure 18 : Exemples de piètres résultats pour les patients

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Histoire de patients	Résultats pour le patient
Un patient qui a signalé des épisodes récurrents de douleur abdominale a obtenu son congé des services d'urgence après qu'un membre du personnel infirmier ait déterminé que les analyses sanguines, les signes vitaux et un examen physique n'ont révélé aucun problème. Un médecin n'a examiné le patient que dans la salle d'attente et n'a pas fourni de plan de suivi ni demandé de radiographie en consultation externe.	Le patient est revenu deux jours plus tard avec une rupture de l'appendice qui a nécessité une intervention chirurgicale urgente.
Un patient est arrivé aux services d'urgence se plaignant de difficultés à avaler. Il a attendu plus de cinq heures et, en raison du long temps d'attente, il a décidé de se rendre à un autre hôpital en taxi.	Le personnel du deuxième hôpital a déterminé que le patient avait besoin d'un tube respiratoire et l'a admis à l'unité de soins intensifs.
Une clinique a réacheminé aux services d'urgence un patient souffrant d'une possible fracture de la hanche. Le patient a reçu une radiographie environ une heure après le triage, mais il n'a été vu par un médecin que neuf heures plus tard. Le médecin a ensuite ordonné un tomodensitogramme, mais en raison du temps déjà passé à l'urgence, le patient avait décidé de quitter l'hôpital.	Le patient a passé un tomodensitogramme en consultation externe et a finalement été admis pour une chirurgie le lendemain.
Un patient aux services d'urgence présentait des douleurs abdominales aiguës et chroniques. Un tomodensitogramme a été ordonné, mais en raison d'un long temps d'attente, le patient a décidé de partir et de revenir le lendemain.	Après être retourné aux services d'urgence pour un tomodensitogramme le lendemain, le patient a reçu un diagnostic de hernie étranglée et a dû être hospitalisé.
Un patient s'est présenté aux services d'urgence avec une réaction cutanée à la suite d'un traitement de chimiothérapie. Même si le patient a obtenu son congé après son traitement, aucune directive de mise en congé ne figurait au dossier. Le patient est retourné au même service d'urgence le lendemain avec les mêmes symptômes. Toutefois, probablement en raison d'un long temps d'attente prévu, il a quitté avant de recevoir un traitement.	Le patient s'est rendu aux services d'urgence d'un autre hôpital le même jour et il a été hospitalisé.
Le personnel des services d'urgence a déterminé qu'un patient avait un calcul rénal causant une distension, mais il lui a donné son congé et a planifié un suivi parce qu'il n'y avait pas de lit d'hospitalisation disponible.	Le patient est retourné aux services d'urgence le lendemain avec une douleur accrue et a été hospitalisé.

Note : Ces exemples sont fondés sur un examen de la documentation relative au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences, et sur des discussions avec le personnel de certains hôpitaux que nous avons visités.

RECOMMANDATION 6

Pour que les services d'urgence fournissent des soins de grande qualité, Santé Ontario doit élargir et surveiller le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux services d'urgence en exigeant que tous les hôpitaux ayant des services d'urgence y participent et qu'ils déclarent rapidement et de façon uniforme leurs données sur les visites de retour et les résultats pour les patients ou les problèmes liés à des événements défavorables.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, et à titre de composante clé de l'expansion du Programme de financement axé sur les résultats (P4R) annoncé par le ministère de la Santé en 2023-2024, il collaborera avec les établissements hospitaliers pour amorcer la planification de la mise en oeuvre du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences (le

Programme de la qualité) au cours des prochains exercices.

Santé Ontario vise à maintenir les objectifs du Programme de la qualité pour tous les services d'urgence participants, tout en concevant des exigences de programme appropriées dans le cadre de son expansion pour inclure les sites à faible volume.

4.3.3 Les délais de prise en charge des patients transportés par ambulance ont contribué à des temps d'attente encore plus longs pour les patients et à des risques pour les collectivités

Les ambulances constituent un élément essentiel du système de soins de santé. Alors que 80 % des patients qui ont eu recours aux services d'urgence de l'Ontario en 2022-2023 s'y sont rendus par leurs propres moyens, 20 % y ont été conduits par ambulance. Malgré l'importance du réseau d'ambulances, nous avons constaté que certains groupes paramédicaux ont eu de la difficulté à maintenir un service rapide au cours des dernières années parce que les ambulances étaient souvent coincées aux services d'urgence en attendant la prise en charge d'un patient par l'hôpital. Comme tous les patients qui se présentent aux services d'urgence sont évalués de la même façon, ceux qui arrivent par ambulance n'ont pas priorité sur ceux qui se présentent par leurs propres moyens.

Nous avons rencontré des cadres supérieurs de divers groupes paramédicaux de la province afin de mieux comprendre le processus de prise en charge des patients transportés par ambulance dans les hôpitaux et les défis auxquels sont confrontés les groupes paramédicaux lors de cet exercice. Bien qu'il n'existe pas d'objectif officiel à l'échelle provinciale en matière de délais de déchargement des ambulances, les groupes paramédicaux nous ont informés qu'en moyenne 30 minutes ou moins sont considérées comme une pratique exemplaire dans l'industrie. Nous avons toutefois constaté que cet objectif n'avait pas été atteint de façon constante et que, dans certains cas, les retards de prise en charge étaient beaucoup plus longs que l'objectif de 30 minutes. Par exemple :

- Le Service paramédical d'Ottawa a enregistré des retards de prise en charge pouvant aller jusqu'à trois heures et il a été confronté à des retards de déchargement totalisant environ 98 000 heures en 2022-2023.
- Les Services paramédicaux de Toronto ont connu des retards pouvant atteindre 52 minutes et ont indiqué qu'ils avaient dû faire face à des retards de prise en charge totalisant près de 62 000 heures en 2022-2023.

L'arrimage des ambulances pose un risque important pour les collectivités, et il s'agit d'un défi permanent. Par exemple, à plusieurs reprises en 2023, les services médicaux d'urgence d'Essex-Windsor ont dû déclencher le « code noir », une désignation qui signifie qu'aucune ambulance n'est disponible dans la collectivité.

Il existe deux causes principales pour les retards liés à la prise en charge : l'indisponibilité du personnel infirmier pour trier immédiatement les patients et les amener dans une salle d'évaluation, et l'espace limité dans la salle d'évaluation. L'ambulancier doit donc demeurer avec le patient pour lui offrir du soutien jusqu'à ce que le personnel des services d'urgence prenne la relève.

Pour régler le problème que posent les longs délais de prise en charge au personnel ambulancier, le Ministère a mis en œuvre, en 2008, le Programme des infirmières et infirmiers spécialisés dans la prise en charge. Ce programme fournit des fonds à certaines municipalités, qui, à leur tour, transfèrent des fonds aux hôpitaux locaux pour qu'ils embauchent du personnel infirmier ou d'autres professionnels de la santé (c.-à-d. des ambulanciers paramédicaux) afin d'améliorer la rapidité et l'efficacité du processus de déchargement des ambulances pour que les ambulanciers paramédicaux puissent retourner rapidement dans la collectivité. Les groupes paramédicaux nous ont informés que ce programme a permis de raccourcir les délais de prise en charge, mais qu'il ne règle pas tous les principaux problèmes. Compte tenu des problèmes continus de dotation en personnel hospitalier et de l'indisponibilité de salles ou de lits d'évaluation, les temps de prise en charge sont

demeurés longs, même dans les hôpitaux comptant sur un membre du personnel infirmier désigné qui est affecté au déchargement des ambulances.

Certains groupes paramédicaux ont travaillé de concert avec les hôpitaux locaux pour remédier aux retards de longue date liés au déchargement des ambulances ou pour les raccourcir, surtout pour les patients ayant des affections moins graves. Par exemple :

- En octobre 2020, les Services paramédicaux de la région de Peel ont collaboré avec le Réseau de la santé William-Osler pour mettre en oeuvre le programme Fit2Sit. Ce programme permet aux ambulanciers paramédicaux de donner congé plus rapidement aux patients ayant des affections mineures s'ils sont en mesure de s'asseoir dans la salle d'attente. Les patients sont accompagnés par du personnel paramédical au triage, tandis que l'hôpital assume la responsabilité de leur surveillance. Nous avons constaté que ce programme a donné lieu à des délais de déchargement d'environ neuf minutes pour les patients qui satisfont aux critères de Fit2Sit, ce qui est nettement inférieur à la norme de 30 minutes dans l'industrie.
- L'Hôpital régional de Windsor a directement embauché deux employés paramédicaux dans l'un de ses services d'urgence pour aider à gérer et à surveiller les patients qui arrivent en ambulance jusqu'à ce qu'ils puissent être triés et évalués afin que les ambulanciers puissent regagner plus rapidement la collectivité.

Malgré leur succès, ces pratiques et processus n'ont pas été adoptés de façon uniforme dans tous les hôpitaux, même dans les régions ou les hôpitaux qui ont enregistré de longs délais de déchargement des ambulances.

RECOMMANDATION 7

Pour assurer la prise en charge efficace des patients qui se présentent aux urgences par ambulance et libérer plus rapidement les ambulanciers pour leur

permettre de répondre à d'autres appels d'urgence, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, doit :

- continuer d'examiner et d'améliorer le Programme des infirmières et infirmiers spécialisés dans la prise en charge pour veiller à ce qu'il appuie l'amélioration des temps de déchargement;
- collaborer avec les hôpitaux et les groupes paramédicaux régionaux pour déterminer d'autres initiatives, comme le programme Fit2Sit dans la région de Peel, qui ont amélioré le processus de déchargement, et partager ces pratiques à l'échelle de la province pour aider à réduire les longs délais de déchargement des ambulances.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) souscrit à cette recommandation et lui accorde son appui. Le Ministère demeure déterminé à continuer d'examiner et d'améliorer le Programme de soins infirmiers spécialisés en déchargement et à cerner et à partager les pratiques exemplaires auprès des services paramédicaux et des hôpitaux afin de réduire les temps de déchargement des ambulances.

Le Ministère a fait les progrès suivants dans la mise en oeuvre de cette recommandation :

- Dans le budget de 2023, le gouvernement de l'Ontario a annoncé l'investissement d'une somme supplémentaire de 51 millions de dollars sur trois ans pour raffermir le Programme de soins infirmiers spécialisés en déchargement.
- En 2023-2024, les fonds investis dans le cadre de ce programme aideront 30 municipalités à fournir 650 000 heures de soutien au déchargement, à transférer les patients transportés par ambulance vers les soins hospitaliers et à permettre aux ambulanciers paramédicaux de retourner plus rapidement dans la collectivité pour répondre aux appels 911.

- L'élargissement de l'admissibilité au Programme de soins infirmiers spécialisés en déchargement pour permettre aux hôpitaux d'embaucher d'autres types de fournisseurs de soins de santé (ambulanciers paramédicaux, inhalothérapeutes et adjoints au médecin) dans des postes de déchargement, ce qui offrira plus de souplesse pour mieux gérer les temps de déchargement des ambulances.
- Continuer de partager les pratiques exemplaires des hôpitaux très performants en matière de temps de déchargement des ambulances (par exemple, l'Hôpital général de North York) avec les services paramédicaux et d'autres hôpitaux de la province pour les aider à accélérer le déchargement des ambulances. Parmi les ressources qui ont été partagées, mentionnons une trousse d'outils pour promouvoir le déchargement des ambulances, créée par les Services paramédicaux de Toronto, de concert avec tous les services paramédicaux de la province.

4.4 Le processus de triage a été amélioré, mais une supervision accrue et d'autres changements sont nécessaires

4.4.1 Un nouveau système de triage était en place, mais certains hôpitaux ne l'utilisaient pas

Comme il est mentionné à la **section 2.2.1**, le triage est le processus qui consiste à établir l'ordre de priorité des patients en fonction de l'urgence de leurs symptômes ou de leurs blessures afin de s'assurer que les ressources sont affectées efficacement pour traiter en priorité les patients les plus malades.

Lorsqu'un patient se rend aux services d'urgence, sa première interaction clinique se fait habituellement avec une infirmière ou un infirmier de triage. Les infirmières et infirmiers de triage évaluent l'urgence de l'état d'un patient en fonction de renseignements subjectifs et objectifs, y compris les symptômes, l'apparence générale et les antécédents médicaux du

patient. L'infirmière ou l'infirmier de triage effectue également des tests généraux qui comprennent habituellement une vérification de la tension artérielle et des signes vitaux du patient. Cette information est ensuite utilisée pour attribuer un niveau de priorité à l'aide de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG).

Lors de notre audit de 2010 sur les services d'urgence des hôpitaux, ceux-ci effectuaient le triage à la main. À l'époque, nous avons constaté que la documentation des dossiers comportait parfois des lacunes et que le triage n'était pas effectué de façon uniforme. En réponse à nos constatations et recommandations, le Ministère et Santé Ontario ont commencé, en 2016, à mettre en oeuvre dans tous les hôpitaux le système électronique de l'Échelle canadienne de triage et de gravité, appelé ÉTGe, afin d'assurer l'uniformité et la supervision du triage à l'échelle de la province. Le système ÉTGe permet au personnel infirmier de triage de saisir des renseignements pertinents sur les patients afin de déterminer un niveau de priorité pour chaque patient accueilli.

D'après notre examen de l'ÉTGe et nos discussions avec le personnel hospitalier, nous avons constaté que l'utilisation du système par le personnel infirmier a généralement rendu le processus de triage plus uniforme et plus efficace. En outre, nous avons relevé de nombreuses études portant sur l'utilisation du système ÉTGe et ses avantages. Par exemple, une étude publiée dans le *Journal of American College of Emergency Physicians* en 2020 a porté sur le processus de triage avant et après la mise en oeuvre de l'ÉTGe en Ontario et elle a révélé que ce processus améliorerait la cohérence du triage des patients, particulièrement ceux ayant de multiples affections comme des douleurs thoraciques, de la fièvre et de l'essoufflement. Une autre étude publiée la même année dans la revue médicale *Annals of Emergency Medicine* a porté sur l'utilisation de l'ÉTGe dans sept services d'urgence de l'Ontario avant et après sa mise en oeuvre et elle a indiqué que le système avait accru l'exactitude des niveaux de triage attribués par rapport à l'évaluation du niveau de l'ÉTGe par un auditeur.

Malgré ces améliorations, et même si Santé Ontario et le Ministère ont encouragé les hôpitaux à mettre en oeuvre le système ÉTGe, 44 services d'urgence n'utilisent pas ce système à l'heure actuelle. Santé Ontario nous a informés qu'il en était à l'intégration de 11 autres services d'urgence dans le cadre d'un projet d'expansion de l'ÉTG électronique qui devrait avoir lieu en 2023-2024, mais que 33 services d'urgence seraient quand même exclus du système.

4.4.2 Certains hôpitaux ont constamment outrepassé le niveau de triage attribué par le système, ce qui indique qu'une formation plus poussée pourrait être nécessaire

Dans certains cas, l'infirmière ou l'infirmier peut décider que le niveau de triage attribué par l'ÉTGe n'est pas suffisamment élevé—c'est-à-dire que l'observation et l'évaluation du patient par l'infirmière ou l'infirmier de triage peuvent l'amener à croire que le patient est plus malade que ce qu'indique le système. Dans ces cas, il est possible que l'infirmière ou l'infirmier de triage remplace manuellement le système ÉTGe et attribue un niveau de triage plus élevé. Par exemple, si le système ÉTGe attribue un niveau 4 à un patient, mais que l'infirmière ou l'infirmier croit que le patient doit être vu de façon plus urgente, cette personne pourrait lui attribuer manuellement un niveau ÉTG 2. Dans ce cas, le système fait le suivi de la dérogation et de son motif à partir d'un menu déroulant. La fonction de dérogation au triage permet seulement à une infirmière ou un infirmier de rehausser la priorité d'un patient, et non de la réduire.

Santé Ontario, qui supervise centralement le système ÉTGe, surveille les situations où le personnel infirmier de triage d'un hôpital particulier remplace le système plus de 10 % du temps. Lorsqu'un hôpital procède ainsi, Santé Ontario envoie aux hôpitaux des renseignements sur les dérogations et demande aux administrateurs d'expliquer le nombre élevé de dérogations.

Nous avons constaté qu'au cours des cinq dernières années, le taux moyen de dérogation à l'échelle provinciale a constamment dépassé 10 %, atteignant

même 14 % à 16 %. Au cours de cette période, plus de 70 hôpitaux ont dépassé la recommandation de l'ÉTGe dans plus de 10 % des cas. En 2022-2023, environ 13 hôpitaux ont dépassé les niveaux de l'ÉTGe dans plus de 25 % des cas, soit 2,5 fois le seuil prévu fixé par Santé Ontario.

En outre, nous avons remarqué que, dans certains cas, les taux de dérogation étaient attribuables à des infirmières et infirmiers au triage, certains ayant dépassé les niveaux de triage plus souvent que d'autres, ce qui indique qu'ils n'avaient peut-être pas reçu une formation adéquate sur l'utilisation du système ÉTGe et sa fonction de dérogation. Par exemple, l'un des hôpitaux pédiatriques que nous avons visités dépassait l'ÉTGe dans près de 29 % des cas, et les taux de dérogation étaient encore plus élevés au cours des années précédentes. Nous avons également remarqué que les hôpitaux avaient mis en place une formation supplémentaire pour s'assurer que le personnel infirmier chargé du triage comprend comment utiliser correctement le système. Toutefois, l'hôpital a également mentionné que l'ÉTGe n'était pas aussi bien intégré au triage pédiatrique. Par conséquent, il a indiqué qu'il serait avantageux de mettre à jour le système ÉTGe en ajoutant plus de symptômes correspondant aux soins pédiatriques qui ont une incidence sur les niveaux de triage.

Dans certaines situations, l'augmentation du niveau de triage est valable. Par exemple, les patients présentant des symptômes non urgents peuvent également subir une détresse mentale importante qui doit être traitée, mais qui ne peut pas être facilement saisie dans le système ÉTGe. Toutefois, comme la mise en oeuvre de l'ÉTGe visait à assurer l'uniformité et la supervision du triage, les dérogations peuvent accroître le risque que les patients ne fassent pas l'objet d'un triage équitable en fonction de leurs besoins. Santé Ontario nous a informés que le système ÉTGe pourrait ne pas être en mesure de saisir toutes les préoccupations des patients à leur arrivée aux services d'urgence et que, par conséquent, certaines dérogations sont inévitables, mais elles devraient être limitées dans l'ensemble.

RECOMMANDATION 8

Pour assurer un triage sécuritaire, efficace et équitable des patients, Santé Ontario doit :

- collaborer avec tous les hôpitaux de la province à la mise en oeuvre du système électronique de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTGe);
- effectuer une analyse approfondie des raisons pour lesquelles certains hôpitaux, comme les hôpitaux pédiatriques, affichent constamment des taux élevés de dérogation au triage et déterminer s'il est nécessaire d'apporter des changements au système;
- veiller à ce que les infirmières et infirmiers de triage reçoivent une formation adéquate sur l'utilisation du système ÉTGe, de même qu'une formation continue au besoin.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario et, en tant qu'élément clé de l'élargissement du Programme de financement axé sur les résultats (P4R) annoncé par le ministère de la Santé en 2023-2024, profitera de l'occasion pour collaborer davantage avec les établissements hospitaliers afin de commencer à planifier la mise en oeuvre de l'ÉTGe au cours des prochains exercices et d'analyser pourquoi certains hôpitaux affichent constamment des taux élevés de dérogation au triage.

Santé Ontario utilise un système de formation des formateurs pour former un responsable clinique dans chacun des sites au moyen de l'application ÉTGe (complexe et de base) de Santé Ontario. Les responsables cliniques sont chargés de former le personnel de leur établissement sur la façon d'utiliser l'ÉTGe. Les sites de certification et de services Web ont choisi l'option d'utiliser leurs propres processus et documents dans leurs outils d'ÉTGe.

4.5 Les pénuries de ressources humaines et les structures de paiement présentent des risques pour l'accessibilité des services d'urgence

4.5.1 Les pénuries importantes de personnel ont réduit l'accès à des soins d'urgence de grande qualité

Les pénuries de personnel et les postes vacants, particulièrement en soins infirmiers, ont mis de la pression sur de nombreux services d'urgence et entraîné des fermetures temporaires au cours des dernières années (voir la **section 4.1.1**).

Lors de nos discussions avec Santé Ontario et les hôpitaux, nous avons constaté que le roulement élevé du personnel et la difficulté d'embaucher et de maintenir en poste du personnel infirmier étaient principalement attribuables aux facteurs suivants :

- le dépôt du projet de loi 124, qui limitait les augmentations salariales de nombreux employés professionnels (y compris les infirmières et infirmiers) à 1 % chaque année pendant trois ans, irritant ainsi les infirmières et infirmiers, en particulier celles et ceux qui travaillent dans les grands hôpitaux urbains, là où le coût de la vie est plus élevé, ce qui a entraîné des contestations judiciaires;
- un salaire plus élevé et une souplesse accrue offerte par les agences (voir la **section 4.5.3**);
- la faible satisfaction du personnel dans les hôpitaux;
- une augmentation de la violence au travail dans les services d'urgence;
- les infirmières et infirmiers qui partent à la retraite ou qui prennent une retraite anticipée.

Étant donné que le Ministère et Santé Ontario n'ont jamais recueilli ni suivi de renseignements sur les pénuries de personnel et les postes vacants dans l'ensemble des services d'urgence, nous avons demandé aux services d'urgence que nous avons visités de procéder au dénombrement des effectifs et aux postes vacants et nous avons comparé l'information en

2019-2020 (avant la COVID-19) et en 2022-2023 (voir la **figure 19**). Nous avons constaté ce qui suit :

- La plupart des services d'urgence ont connu une augmentation importante des taux de postes vacants entre 2019-2020 et 2022-2023. Par exemple, le taux de postes vacants d'infirmières et infirmiers autorisés à temps plein dans un service d'urgence est passé de 6 % à 26 % au cours de cette période, et le taux d'infirmières et infirmiers autorisés à temps partiel est passé de 23 % à 51 %.
- La plupart des services d'urgence affichaient des taux élevés de postes vacants d'infirmières et infirmiers autorisés à temps plein et à temps partiel en 2022-2023, allant de 11 % à 51 %.

À l'été 2022, Santé Ontario a commencé à sonder les hôpitaux pour le compte du Ministère afin de cerner les pressions globales en matière de dotation dans les services d'urgence. Nous avons examiné les résultats de ce sondage au 1^{er} mai 2023 et nous avons constaté que sur les 71 hôpitaux qui ont répondu, 83 % (ou 59 hôpitaux) ont déclaré avoir connu une pénurie de personnel à divers degrés aux services d'urgence. Dans le sondage, 69 % (ou 49 hôpitaux) ont qualifié la pénurie de personnel de modérée, tandis que 14 % (ou 10 hôpitaux) ont dit que leur situation de

dotation était grave ou critique. Malgré cela, lors de notre audit, ni le Ministère ni Santé Ontario n'avaient élaboré de stratégie à long terme ni donné suite à cette information pour prendre des mesures particulières dans les hôpitaux aux prises avec d'importantes pénuries de personnel.

4.5.2 Les hôpitaux disposaient d'une marge de manoeuvre limitée pour remédier aux pénuries de personnel dans les services d'urgence au moyen des ressources internes

Une organisation peut souvent remédier aux pénuries de personnel dans un service en particulier en réorganisant temporairement ses ressources internes. Nous avons demandé aux administrateurs des hôpitaux que nous avons visités s'ils étaient en mesure d'obtenir du personnel infirmier d'autres unités pour fournir un soutien temporaire en cas de pénurie de personnel infirmier aux services d'urgence. Ils nous ont informés que les conventions collectives des hôpitaux avec le personnel infirmier leur accordaient une marge de manoeuvre limitée pour déplacer des infirmières et infirmiers d'une unité à l'autre.

Nous avons constaté que le personnel infirmier doit satisfaire à des exigences précises en matière de

Figure 19 : Postes vacants d'infirmières et infirmiers autorisés aux services d'urgence dans certains hôpitaux de l'Ontario, avant et après la COVID-19

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Hôpital	Poste	Taux de postes vacants ¹	
		2019-2020	2022-2023
Réseau de la santé William-Osler(Hôpital d'Etobicoke) Réseau de la santé William-Osler(Hôpital de Brampton et Hôpital général d'Etobicoke)	IA à plein temps	6	26
	IA à temps partiel	23	51
Réseau de la santé de l'Hôpital Mount Sinai (Hôpital Mount Sinai)	IA à plein temps	3	19
	IA à temps partiel	12	19
Hôpital régional de Windsor (campus Metropolitan) Hôpital régional de Windsor(campus Metropolitan et campus Ouellette)	IA à plein temps	6	17
	IA à temps partiel	15	25
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario	IA à plein temps	10	11
	IA à temps partiel	12	20
Hospital for Sick Children²	IA à plein temps	8	22

1. À la fin de l'exercice le 31 mars.

2. L'Hospital for Sick Children n'avait pas de postes vacants à temps partiel à déclarer.

formation pour pouvoir travailler efficacement dans un service d'urgence. Ces exigences comprennent les éléments suivants :

- une formation pratique d'au moins un à deux ans en plus d'autres certifications;
- les nouveaux membres du personnel infirmier doivent être supervisés par une infirmière ou un infirmier possédant la formation et l'expérience nécessaires.

Bien qu'il soit compréhensible que les infirmières et infirmiers ayant une formation et une expérience particulières travaillent dans des domaines où ils possèdent une expertise, le redéploiement d'infirmières et d'infirmiers d'autres unités pour combler les lacunes temporaires en matière de dotation en personnel dans les services d'urgence constitue une solution pratique et réalisable. Nous avons constaté que certains hôpitaux que nous avons visités avaient eu recours à la pratique de redéploiement du personnel infirmier, qui était en place pendant la pandémie de COVID-19 après l'émission d'une ordonnance spéciale du gouvernement de l'Ontario. Plus particulièrement :

- Le gouvernement a émis une ordonnance spéciale pendant la pandémie en vertu de la déclaration d'état d'urgence du 17 mars 2020 qui permettait aux hôpitaux de réaffecter temporairement du personnel en fonction des besoins. Cela comprenait le redéploiement du personnel (y compris du personnel infirmier en vertu des conventions collectives) dans un hôpital ou entre des établissements hospitaliers. Par exemple, un hôpital que nous avons visité a indiqué qu'en raison de cette ordonnance, il était en mesure de transférer temporairement du personnel infirmier des unités d'hospitalisation aux services d'urgence afin de combler les pénuries importantes en matière de postes vacants et de congés de maladie. L'hôpital a indiqué qu'il serait avantageux de continuer de disposer de cette flexibilité. Toutefois, cette ordonnance spéciale ne s'applique plus.
- L'un des hôpitaux que nous avons visités, où le personnel infirmier ne faisait pas partie des

conventions collectives, avait mis en place des initiatives qui lui permettaient de combler efficacement le manque de personnel dans les services d'urgence sans créer de risque pour les soins aux patients. Voici quelques exemples de telles pratiques :

- faire appel au personnel infirmier d'autres unités de l'hôpital pour combler les besoins en personnel aux services d'urgence;
- faire appel à un membre du personnel infirmier des services d'urgence formé et expérimenté pour superviser et appuyer le personnel infirmier redéployé aux services d'urgence depuis d'autres unités.

4.5.3 Les hôpitaux ont corrigé le manque de personnel infirmier en recourant à des agences de placement à des taux horaires beaucoup plus élevés

Lorsqu'un hôpital fait face à une pénurie de personnel infirmier qui ne peut être comblée par le redéploiement de son propre personnel, il doit souvent compter sur des agences de placement pour combler les lacunes et pourvoir les postes vacants. Cela a exercé des pressions financières sur les hôpitaux qui combler les postes vacants des services d'urgence avec des infirmières et infirmiers d'agences, notamment parce qu'ils sont habituellement rémunérés à des taux plus élevés que ceux du personnel permanent.

Bien que de nombreuses agences de placement de l'Ontario fournissent du personnel infirmier pour pourvoir des postes, on ne connaît pas exactement la fréquence à laquelle les hôpitaux font appel à ces agences pour pourvoir les postes vacants à leurs services d'urgence parce que le Ministère et Santé Ontario ne recueillent pas cette information. Par ailleurs, aucune loi ne plafonne le montant que ces entreprises privées à but lucratif peuvent facturer aux hôpitaux. Le Ministère et Santé Ontario ne font pas expressément le suivi des coûts liés au personnel d'agences et s'en remettent aux hôpitaux pour gérer

leurs propres budgets et prendre des décisions relatives à la dotation en personnel d'agences.

Nous avons examiné les données liées aux dépenses des agences de placement infirmier dans les hôpitaux que nous avons visités et nous avons constaté qu'en 2022-2023, un hôpital a affecté environ huit millions de dollars aux services d'urgence pour du personnel infirmier d'agences, soit plus de trois fois plus qu'en 2021-2022 et plus de huit fois ses dépenses en 2019-2020. Un autre hôpital que nous avons visité a consacré 2,7 millions de dollars au personnel infirmier d'agences affecté à ses services d'urgence en 2022-2023, soit 4,5 fois plus que les quelque 600 000 \$ dépensés en 2021-2022.

Dans le cadre de notre examen des finances des hôpitaux, nous avons constaté que le recours au personnel d'agences coûtait cher parce que les hôpitaux rémunèrent le personnel infirmier d'agences à des taux sensiblement plus élevés que leur propre personnel infirmier à plein temps. Par exemple, les membres du personnel infirmier d'agences qui occupent le poste d'infirmière et infirmier autorisé travaillant aux services d'urgence pourraient toucher plus de 75 \$ l'heure, comparativement à environ 35 \$ à 50 \$ l'heure pour les infirmières et infirmiers permanents à temps plein employés par un hôpital. Un hôpital payait des agences de 99 \$ à 106 \$ l'heure pour une infirmière ou un infirmier autorisé pour ses services d'urgence.

Dans le cadre de notre audit des hôpitaux du Nord de l'Ontario en 2023 au sujet de la prestation rapide de soins axés sur le patient, nous avons constaté que le recours important au personnel infirmier d'agences dépasse les services d'urgence. Par exemple, l'audit a révélé que parmi les 34 hôpitaux du Nord de l'Ontario qui ont répondu à un questionnaire, 30 ont eu recours à du personnel infirmier d'agences en 2022-2023 et y ont consacré plus de 73 millions de dollars. De plus, cet audit a révélé que les agences facturaient aux hôpitaux jusqu'à 160 \$ l'heure pour un membre du personnel infirmier autorisé.

À moins d'une intervention du Ministère, les coûts rattachés au personnel infirmier d'agences pourraient poursuivre leur hausse. En raison de la rémunération

plus élevée et des horaires souples du personnel infirmier d'agences, des infirmières et infirmiers permanents ont quitté les hôpitaux et des taux de postes vacants élevés ont été enregistrés (comme il est mentionné à la **section 4.5.1**), ce qui a obligé les hôpitaux à compter encore plus sur le personnel infirmier d'agences pour combler leur pénurie de personnel infirmier.

RECOMMANDATION 9

Pour fournir des soins d'urgence de façon efficace et économique, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, doit :

- recueillir régulièrement des données sur les postes vacants dans les services d'urgence pour cerner plus tôt les problèmes de dotation en personnel et déterminer si des mesures doivent être prises à l'échelle de la province;
- commencer à recueillir de façon généralisée des données et à surveiller les dépenses des hôpitaux au titre de la dotation en personnel d'agences afin de déterminer le caractère raisonnable des paiements aux agences de placement et la nécessité de négocier ou de légiférer ces paiements pour assurer l'équité et la transparence.
- collaborer avec les unités de négociation collective pour mettre en oeuvre des mécanismes permanents qui favorisent une plus grande souplesse dans les mouvements du personnel à l'intérieur de chaque hôpital dans des situations urgentes et temporaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario qui consiste à élargir la collecte actuelle de données pour inclure des données sur les postes vacants dans les services d'urgence. Le Ministère reconnaît l'importance de la collecte et de l'analyse efficaces de données pour appuyer la

saine planification de l'effectif dans le secteur de la santé. Le Ministère examinera les aspects liés aux données de la recommandation afin de déterminer la meilleure façon de peaufiner ses pratiques de collecte de données à l'appui des travaux actuels et futurs qui se rapportent à la prestation des services dans les urgences. À l'heure actuelle, le Ministère recueille déjà des données sur les pressions exercées sur le personnel des hôpitaux, les postes à pourvoir, les postes vacants et l'absentéisme du personnel. Les données relatives aux dépenses de rémunération du personnel d'agences qui fournit des soins et des services directs sont recueillies tous les trimestres dans le Système financier et statistique des soins de santé de l'Ontario. Ces renseignements peuvent servir à surveiller le recours à du personnel d'agences pour des unités de service particulières.

En ce qui concerne l'élément de la recommandation concernant la dotation à l'aide du personnel d'agences, le gouvernement de l'Ontario reconnaît le rôle que jouent les agences de dotation dans le soutien d'un effectif souple. Le gouvernement reconnaît également que les taux des agences en Ontario ont sensiblement augmenté, ce qui crée de l'instabilité pour les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les services d'urgence. Nous travaillons à évaluer la question de la dépendance et des coûts croissants des agences. Cela comprend, comme il est mentionné dans le Plan pour rester ouvert : Stabilité et relance pour le système de santé, la collaboration avec des partenaires de première ligne pour mieux comprendre comment nous pouvons apporter de la stabilité aux hôpitaux, aux établissements de soins de longue durée et aux services d'urgence, tout en protégeant la qualité des soins. Le Ministère examinera également les mécanismes qui permettent une plus grande souplesse au chapitre des mouvements du personnel dans chaque hôpital dans des situations urgentes et temporaires.

4.5.4 Les incohérences et les lacunes de la structure de rémunération des médecins pourraient avoir une incidence sur la rapidité et la supervision des soins aux services d'urgence

Comme il est mentionné à la **section 2.3**, la majorité des médecins des services d'urgence sont rémunérés dans le cadre d'une entente de diversification des modes de financement (EDMF), tandis que certains médecins ont recours à un modèle de rémunération à l'acte (RA) et facturent directement le Régime d'assurance maladie de l'Ontario. Dans les cas où un service d'urgence est régi par le modèle de l'EDMF, tous les médecins des services d'urgence qui travaillent pour cet hôpital sont assujettis à la même EDMF. Pour les médecins rémunérés selon une EDMF, il existe habituellement une rémunération de base, qui correspond essentiellement à un salaire réparti entre les médecins qui travaillent dans le cadre de l'entente.

Nous avons constaté que les EDMF désuètes peuvent contribuer aux problèmes d'embauche et de maintien en poste dans certaines collectivités, particulièrement dans le Nord de l'Ontario. Par exemple, un hôpital du Nord a indiqué que son recours important aux médecins dans le cadre du Programme de suppléance (décrit à la **section 4.1.2**) pouvait être attribué aux modalités désuètes de l'EDMF, qui ne tenaient pas dûment compte du nombre de patients que les urgentologues devaient traiter, et à la complexité des cas. Comme de nombreux patients n'ont pas accès aux soins primaires, les services d'urgence peuvent représenter le seul fournisseur de soins dans une collectivité du Nord. Cette situation peut ensuite faire en sorte que d'autres postes de médecins deviennent vacants et engendrer un recours accru au Programme de suppléance.

Nous avons également constaté qu'il peut exister un manque de supervision de la rémunération et du rendement de certains médecins assujettis à une EDMF. Plus précisément, nous avons remarqué que le Ministère tient compte du nombre total d'heures de travail des médecins dans chaque hôpital,

conformément aux exigences des EDMF, mais qu'il n'examine pas l'information sur les sommes versées à chaque médecin ni sur le nombre de patients vus par chaque médecin. Par exemple, il n'existe aucun mécanisme de supervision permettant d'identifier et de passer en revue les médecins qui reçoivent un nombre relativement faible de patients par poste de travail ou qui consacrent davantage de temps aux évaluations que leurs pairs.

Nous avons également constaté que la question de savoir si les médecins sont rémunérés selon le modèle de l'EDMF ou de la RA pourrait avoir une incidence directe sur l'accès des patients à un médecin. Bien que seulement 15 % de tous les services d'urgence soient soumis à un modèle de RA, parmi les cinq hôpitaux dont les temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin sont les plus courts (**annexe 3**), trois utilisaient un modèle de RA, tandis que les cinq hôpitaux les moins performants étaient tous régis par une EDMF.

Par exemple, les médecins des services d'urgence du Réseau de la santé William-Osler sont assujettis à un modèle de RA. Malgré le nombre élevé de patients aux services d'urgence du Réseau, les temps d'attente pour une évaluation initiale par un médecin étaient relativement courts comparativement à ceux de tous les autres hôpitaux visités, comme le montre la **figure 12**. Un médecin des services d'urgence de l'hôpital nous a informés que les temps d'attente plus courts pour consulter un médecin découlaient d'améliorations apportées aux processus, qui sont plus faciles à mettre en oeuvre selon le modèle de la RA.

Le Ministère et l'Ontario Medical Association ont convenu d'effectuer une étude pour évaluer le modèle de l'EDMF, la charge de travail des médecins des services d'urgence et le temps qu'ils consacrent à traiter les patients. Cette étude, qui pourrait avoir une incidence sur la rémunération de base versée à ces médecins, devait débuter en janvier 2024 et se

terminer au début de 2025. Nous avons toutefois constaté qu'il n'était pas prévu d'évaluer l'efficacité des modèles de l'EDMF et de la RA et de déterminer lequel satisfait le mieux les besoins des patients.

RECOMMANDATION 10

Pour que la rémunération des médecins des services d'urgence soit efficace et efficiente, le ministère de la Santé doit collaborer avec Santé Ontario et les hôpitaux pour examiner de façon exhaustive toutes les structures de rémunération actuelles et apporter des changements pour qu'elles soient axées sur les patients et qu'elles encouragent la prestation rapide de soins aux patients.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, soit de collaborer avec Santé Ontario et les hôpitaux pour examiner les structures de rémunération actuelles et leur apporter les changements nécessaires pour qu'elles soient axées sur les patients et qu'elles encouragent la prestation rapide de soins aux patients.

Le Ministère reconnaît que l'Ontario Medical Association (OMA) fait office de représentante exclusive des médecins exerçant en Ontario. En vertu de l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA, les négociations conjointes et le règlement des différends, le Ministère doit consulter l'OMA pour obtenir ses conseils au sujet des questions importantes qui traitent de la politique et du réseau des soins de santé qui touchent les médecins. En outre, les changements liés à la rémunération des médecins, y compris les activités et responsabilités découlant d'ententes qui ne prévoient pas la rémunération à l'acte, sont assujettis au processus de négociation entre les parties énoncé dans l'Entente-cadre d'arbitrage exécutoire.

4.6 La supervision du rendement des services d'urgence présentait des lacunes et les initiatives d'amélioration du rendement n'étaient pas évaluées

Afin d'encourager l'amélioration du roulement des patients dans les services d'urgence, le Ministère a créé le programme de financement axé sur les résultats (P4R) en 2008. Géré et supervisé par Santé Ontario, ce programme offre des incitatifs financiers pour aider les hôpitaux à améliorer le rendement de leurs services d'urgence. Ce programme a pour objectif de soutenir l'innovation et les pratiques hospitalières qui réduisent les temps d'attente et la durée des séjours des patients.

Le programme P4R est axé sur les grands hôpitaux où le nombre de visites aux services d'urgence est élevé. Pour être admissible à participer à ce programme, un service d'urgence doit avoir fait l'objet d'au moins 30 000 visites par année au cours des deux dernières années consécutives. Lors de notre audit, 75 établissements hospitaliers participaient au programme P4R. Le 20 juillet 2023, le gouvernement a annoncé qu'il investirait 44 millions de dollars supplémentaires dans le programme P4R et qu'il assouplirait les critères d'admissibilité pour permettre la participation de petits hôpitaux, même si le financement était toujours en cours au moment de notre audit.

Le programme évalue le rendement des services d'urgence de chaque hôpital participant à l'aide de six indicateurs de rendement clés :

- La durée du séjour à l'urgence des patients hospitalisés
- La durée du séjour des patients non hospitalisés ayant des affections complexes
- La durée du séjour des patients non hospitalisés ayant des affections mineures
- Le temps d'attente avant l'évaluation initiale par un médecin
- Le temps d'attente jusqu'à l'hospitalisation
- Le temps d'attente pour le déchargement des ambulances

Chaque année, les hôpitaux qui participent au programme sont classés en fonction de leur rendement par rapport aux autres hôpitaux. Pour les cinq premiers indicateurs de rendement susmentionnés, le classement tient compte du rendement annuel le plus récent et du rendement historique de chaque hôpital participant depuis son adhésion au programme P4R. Pour l'indicateur relatif aux temps d'attente pour le déchargement des ambulances, le classement ne tient compte que du rendement annuel le plus récent. Une fois tous les hôpitaux classés, ils reçoivent une partie du budget du programme P4R, qui s'élevait à environ 93 millions de dollars en 2022-2023.

4.6.1 Le programme P4R a connu du succès au départ, mais il est devenu moins efficace pour ce qui est d'améliorer le roulement des patients aux services d'urgence

Malgré un certain succès au fil des ans, le programme P4R n'a pas eu d'incidence importante sur l'amélioration du roulement des patients et la réduction du temps passé aux services d'urgence au cours des dernières années. Nous avons examiné les données historiques du programme P4R et nous avons constaté qu'aux premières années du programme, certains indicateurs de rendement clés indiquaient une réduction du temps d'attente dans les hôpitaux participants.

Nous avons toutefois noté que le rendement annuel moyen des hôpitaux s'était détérioré entre décembre 2018 et novembre 2019, les résultats les plus récents pour l'année complète ayant précédé la pandémie de COVID-19, et que leur rendement annuel moyen avait encore diminué pendant la pandémie. Comme le montre la **figure 20**, selon les cinq indicateurs qui utilisent le rendement historique comme point de référence, un nombre important d'hôpitaux ont vu leur rendement se détériorer entre leur adhésion au programme P4R et 2019. Par exemple, en 2019, près de la moitié des 74 hôpitaux participant au programme P4R affichaient un temps d'attente

Figure 20 : Nombre d'hôpitaux où le rendement s'est détérioré après l'adhésion au Programme de financement axé sur les résultats (P4R), par indicateur, avant la COVID-19

Source des données : Santé Ontario

Indicateur de rendement	Hôpitaux où le rendement s'est détérioré après l'adhésion au programme P4R	
	Nbre	%*
1. Durée du séjour aux services d'urgence pour les patients admis	36	49
2. Durée du séjour des patients non admis ayant des affections complexes	18	24
3. Durée du séjour des patients non admis ayant des affections mineures	32	43
4. Temps avant l'évaluation initiale par le médecin	28	38
5. Temps jusqu'au lit d'hospitalisation	35	47

Note : Le Ministère a créé le programme P4R en 2008, et les hôpitaux y ont adhéré au cours de différentes années. Ce tableau repose sur les données de rendement de chaque hôpital participant pour la période comprise entre décembre 2018 et novembre 2019, soit les plus récents résultats de l'exercice complet précédant la pandémie de COVID-19. Il exclut le sixième indicateur de rendement qui mesure les délais de déchargement des ambulances, car cet indicateur ne tient pas compte du rendement historique.

* Le pourcentage est calculé en fonction des données des 74 hôpitaux qui participaient au programme P4R en 2019.

Figure 21 : Durée du séjour des patients ayant des affections complexes non admis dans certains hôpitaux en Ontario (heures)

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Hôpital	Année d'adhésion au programme P4R	Heures passées aux services d'urgence*		
		Avant l'adhésion au programme P4R	2019	2022
Réseau de santé de l'Hôpital Mount Sinai	2008-2009	10,5	7,9	8,2
Hospital for Sick Children	2010-2011	9,2	6,6	10,4
Réseau de la santé William-Osler (Hôpital de Brampton)	2008-2009	9,4	6,7	7,8
Réseau de la santé William-Osler (Hôpital d'Etobicoke)	2009-2010	8,0	6,4	7,0
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (campus Ottawa)	2010-2011	6,8	6,9	9,5
Hôpital régional de Windsor (campus métropolitain)	2008-2009	7,9	9,6	13,8
Hôpital régional de Windsor (campus Ouellette)	2010-2011	6,6	9,8	11,6

* Calculé à l'aide du 90e centile, ce qui signifie que les temps d'attente sont calculés après suppression de la tranche de 10 % des patients dont les temps d'attente sont les plus longs.

global plus long à la fois pour les patients admis aux services d'urgence et pour une hospitalisation par rapport au temps d'attente enregistré au moment de l'adhésion au programme.

Nous avons examiné ces indicateurs dans les hôpitaux que nous avons visités et nous avons constaté des tendances semblables (voir la **figure 21**). Par exemple, certains hôpitaux avaient affiché une amélioration en ce qui concerne la durée du séjour des patients non admis en 2019, tandis que d'autres

présentaient une détérioration, mais ils avaient tous régressé entre 2019 et 2022.

En outre, bien que les fonds du programme P4R soient attribués aux hôpitaux en fonction du rendement de leurs services d'urgence, nous avons constaté que les hôpitaux participants ont continué de recevoir ces fonds même lorsque leur rendement a diminué de 2019 à 2022.

Santé Ontario et certains hôpitaux nous ont informés que les profils démographiques des

collectivités et des régions ont considérablement changé depuis que les hôpitaux ont commencé à adhérer au programme P4R il y a près de 15 ans. Par exemple, la croissance démographique ou le recours accru aux services d'urgence fait en sorte qu'il est plus difficile pour les hôpitaux de maintenir ou d'améliorer leur rendement.

Une autre raison pour laquelle le programme P4R a perdu de son efficacité est liée à la façon dont certains hôpitaux utilisent les fonds. Lors de l'examen de la documentation et des pratiques relatives au programme P4R dans l'ensemble des hôpitaux que nous avons visités, nous avons constaté que plutôt que de tester et de mettre à l'essai de nouvelles méthodes pour réduire les temps d'attente et la durée globale du séjour aux services d'urgence, certains hôpitaux utilisaient les fonds du programme pour créer ou pourvoir des postes de personnel infirmier ou de clinicien pour soutenir le volume de patients et répondre aux besoins en soins. Cette approche aide à gérer le roulement des patients à court terme, mais elle serait peu efficace pour réduire les temps d'attente et la durée du séjour des patients à long terme.

4.6.2 Certaines initiatives liées au rendement semblaient bénéfiques, mais des évaluations n'étaient pas effectuées pour confirmer leur viabilité à des fins d'expansion

Dans le cadre de notre examen des initiatives financées par le programme P4R dans les hôpitaux que nous avons visités, nous avons constaté que certaines d'entre elles semblaient utiles pour améliorer le roulement des patients et réduire le temps que les patients passent aux services d'urgence. Par exemple :

- SickKids a utilisé une partie des fonds qui lui ont été attribués dans le cadre du programme P4R pour mettre sur pied un centre de services d'urgence pour traiter les patients ambulatoires présentant des affections mineures (niveaux 3 à 5 de l'ÉTG) et qui sont susceptibles d'être retournés chez eux. Ces patients représentent 76 % des visites aux services d'urgence de SickKids.

- L'Hôpital régional de Windsor a utilisé une partie des fonds du programme P4R pour créer un poste de travail sept jours sur sept pour un psychiatre aux services d'urgence et aider les patients à faire la transition entre les services d'urgence et l'unité d'évaluation de la santé mentale.
- Quatre des cinq hôpitaux que nous avons visités ont utilisé une partie des fonds du programme P4R pour embaucher des adjoints au médecin, ce qui leur permet de libérer du temps pour que les médecins des services d'urgence puissent voir un plus grand nombre de patients.

Le financement du programme P4R se veut souple et il est utilisé par les hôpitaux pour élaborer des initiatives qui améliorent le rendement de leurs services d'urgence, mais nous avons constaté que le Ministère et Santé Ontario n'avaient pas effectué d'évaluation approfondie d'éventuelles pratiques exemplaires pour déterminer la possibilité de mettre en oeuvre ces initiatives de façon permanente et de les appliquer à un plus grand nombre d'hôpitaux. Si cette évaluation avait été effectuée, les hôpitaux auraient été en mesure de cerner plus efficacement les pratiques qui améliorent le roulement des patients.

RECOMMANDATION 11

Pour améliorer plus efficacement le roulement des patients dans les services d'urgence de l'Ontario, Santé Ontario, en collaboration avec le ministère de la Santé et les hôpitaux, doit :

- évaluer l'efficacité du programme de financement axé sur les résultats (P4R) afin de déterminer les changements nécessaires pour atteindre les objectifs visés, comme l'établissement de cibles de rendement;
- examiner l'utilisation du financement lié au rendement par les hôpitaux pour s'assurer que ces pratiques correspondent aux objectifs du programme P4R et que des pratiques efficaces sont adoptées par un plus grand nombre d'hôpitaux.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario qui consiste à évaluer l'efficacité du Programme de financement axé sur les résultats (P4R) et d'examiner l'utilisation des fonds liés au rendement par les hôpitaux. En 2023-2024, le Ministère a annoncé d'importants changements au programme P4R. Santé Ontario collaborera étroitement avec le Ministère et les établissements hospitaliers au sujet de la mise en oeuvre de l'élargissement du programme P4R et il en profitera pour poursuivre les travaux en vue de donner suite à la recommandation. Santé Ontario surveille de près le rendement de tous les établissements hospitaliers qui participent au programme P4R.

4.7 La province ne dispose pas d'un cadre pour évaluer et encourager le recours à des pratiques efficaces ou nouvelles

4.7.1 Les pratiques efficaces de réacheminement en vigueur dans les services d'urgence n'étaient pas communiquées à d'autres hôpitaux pour être mises en oeuvre à l'échelle de la province

Lors de nos visites sur place, nous avons constaté que certains hôpitaux appliquent leurs propres pratiques pour réacheminer certains patients des services d'urgence vers une unité ou un espace particulier de l'hôpital pour des traitements. De telles pratiques peuvent non seulement accélérer les soins prodigués aux patients dans un milieu plus approprié, mais aussi libérer de l'espace et des ressources dans les services d'urgence. Voici quelques exemples de ces pratiques :

- En septembre 2022, SickKids a ouvert la zone d'évaluation rapide des patients pédiatriques (zone RAPP) pour fournir des soins aux patients qui se sont présentés aux services d'urgence, mais qui n'avaient pas besoin de soins d'urgence

et qui pourraient être consultés et traités par un médecin de soins primaires. Plus précisément, les parents de patients ayant des affections mineures qui se présenteraient à l'urgence seraient invités à enregistrer les symptômes de leur enfant et les renseignements généraux sur sa santé au moyen d'une application en ligne en utilisant un code QR sur leur téléphone intelligent. S'ils répondent à certains critères fondés sur les symptômes et l'âge, les patients seraient dirigés vers un autre secteur de l'hôpital où ils seraient évalués par un médecin de soins primaires (sans que les services d'urgence aient besoin d'effectuer le triage). Bien que ce service ne soit offert qu'à des moments précis, SickKids estimait qu'environ 20 % de ses patients présentant des affections mineures étaient réacheminés à partir des services d'urgence dans le cadre de cette initiative. SickKids a indiqué que les coûts de prestation des soins dans la zone RAPP sont inférieurs à ceux des services d'urgence, car ces patients n'ont besoin que d'une médication limitée et d'une surveillance ou intervention de la part du personnel infirmier. Bien que nous ayons constaté que d'autres hôpitaux visités avaient adopté des pratiques semblables d'évaluation rapide, les patients de ces établissements continuaient d'être traités aux services d'urgence, ce qui pouvait entraîner le détournement des ressources affectées à des cas plus urgents.

- Depuis plus de 10 ans, le campus métropolitain de l'Hôpital régional de Windsor mise sur une initiative pour réacheminer toutes les patientes enceintes qui arrivent aux services d'urgence et présentent des symptômes spécifiques liés à la grossesse (comme des crampes et des saignements vaginaux). Plutôt que de passer au triage et d'attendre aux services d'urgence pour être évaluées par un médecin, ces patientes sont dirigées directement à l'unité d'obstétrique et de gynécologie aux fins de triage et de traitement. Cette initiative a aidé l'Hôpital régional de Windsor à réacheminer chaque année environ

6 000 patientes qui se présentaient aux services d'urgence.

Nous avons également constaté que d'autres hôpitaux avaient mis en place des pratiques pour traiter plus rapidement et de façon plus appropriée certaines affections aux services d'urgence. Lors de notre visite à l'Hôpital de Brampton, nous avons remarqué que les patients qui se présentaient avec des affections mineures, comme une fracture potentielle ou des problèmes orthopédiques, pouvaient être triés et redirigés vers une zone distincte des services d'urgence s'ils satisfaisaient à des critères médicaux précis. Cette zone comptait sur les services d'un technicien en orthopédie pendant certaines heures de la journée, et si le patient avait besoin de radiologie, la radiographie pouvait être rapidement examinée et interprétée pour les prochaines étapes.

Bien que ces pratiques aient connu du succès, nous avons constaté que les hôpitaux ne partageaient pas systématiquement et efficacement leurs pratiques exemplaires à la grandeur de la province. Le Ministère et Santé Ontario ne disposaient pas non plus d'un cadre pour évaluer, encourager ou recommander le recours à des pratiques efficaces qui ont connu du succès auprès des hôpitaux de la province.

RECOMMANDATION 12

Pour que les patients aient rapidement accès aux soins dont ils ont besoin, nous recommandons à Santé Ontario de collaborer avec les hôpitaux pour recenser les initiatives qui ont permis de réacheminer avec succès et en toute sécurité les patients ayant des affections mineures ou ceux qui présentent des symptômes particuliers à partir des services d'urgence, et de partager ces pratiques en vue de leur mise en oeuvre à l'échelle de la province.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Santé Ontario collaborera avec les hôpitaux et ses partenaires communautaires pour cerner des

initiatives et des pratiques exemplaires visant à assurer des réussites à l'échelle du réseau afin que les patients aient accès aux bons soins, au bon moment et au bon endroit.

4.7.2 Les centres de soins d'urgence peuvent être agrandis pour prodiguer des soins aux patients présentant des affections mineures

Les centres de soins d'urgence (CSU) sont des établissements de soins de santé spécialement conçus, équipés et dotés en personnel pour fournir sans rendez-vous des soins aux patients qui souhaitent recevoir un traitement rapide ou immédiat pour des affections et des blessures qui ne mettent pas leur vie en danger. Lors de notre audit, l'Ontario comptait 11 CSU, quoique sept d'entre eux devaient communiquer à Santé Ontario des données tels les temps d'attente. L'un des hôpitaux que nous avons visités (l'Hôpital régional de Windsor) en était aux premières étapes de la planification de la mise sur pied d'un CSU pour traiter spécifiquement les patients présentant des affections moins graves, en raison du manque d'accès rapide aux soins primaires dans la collectivité.

Considérés comme un moyen d'atténuer une certaine pression exercée sur les services d'urgence, les CSU traitent habituellement les patients qui présentent des affections dont le niveau de gravité se situe entre ÉTG 3 et ÉTG 5, même s'ils ont encore besoin de personnel et d'équipement pour répondre à des situations mettant la vie en danger. L'objectif d'un CSU, qui ne dispose habituellement pas de lits de courte durée, consiste à traiter les patients et à les retourner chez eux ou dans leur collectivité. Les patients qui doivent être hospitalisés ou admis dans un établissement de soins de longue durée seraient transférés aux services d'urgence. Chaque CSU doit conclure une entente avec un hôpital affilié pour transférer les patients nécessitant des soins complets aux services d'urgence ou les patients qui ne sont pas en assez bonne santé pour être retournés chez eux après avoir reçu des soins au CSU.

En 2022-2023, les sept CSU de la province ont enregistré environ 230 000 visites de patients. En

moyenne, les patients qui se rendent dans ces CSU ont été vus par un médecin beaucoup plus rapidement qu'ils ne l'auraient été aux services d'urgence et, par conséquent, le temps total pour obtenir les soins dont ils avaient besoin était beaucoup plus court. En 2022-2023, les patients ont attendu en moyenne 1,2 heure dans un CSU pour l'évaluation initiale par un médecin, comparativement à une moyenne de deux heures aux services d'urgence. Les patients ont également passé en moyenne 2,3 heures en CSU, soit plus de trois fois moins que ceux qui se sont rendus aux services d'urgence. La **figure 22** présente la liste des sept CSU ainsi que le temps moyen avant l'évaluation par un médecin et la durée du séjour.

Lors de nos visites à un CSU et à des services d'urgence situés dans la même région, nous avons constaté que les médecins du CSU du Centre commémoratif de Peel du Réseau de la santé William-Osler ont pu voir les patients beaucoup plus rapidement que ceux des services d'urgence de l'Hôpital de Brampton. Étant donné que le CSU et les services d'urgence sont situés relativement près l'un de l'autre (à environ 15 minutes en voiture), nous avons demandé si le Réseau de la santé William-Osler avait une stratégie pour diriger certains patients des services

d'urgence présentant des affections moins graves vers le CSU afin d'atténuer les pressions exercées sur ses services d'urgence et de permettre au personnel de se concentrer sur les patients ayant des affections plus graves. Bien que le Réseau de la santé William-Osler ait tenté de sensibiliser les patients et de les éduquer quant au recours approprié au CSU, nous avons remarqué qu'il n'existait aucune stratégie ou procédure pour diriger les patients ayant des affections moins graves vers son CSU.

RECOMMANDATION 13

Pour améliorer l'accès aux soins d'urgence destinés aux patients ayant des affections mineures, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, doit :

- évaluer la possibilité d'examiner le modèle des centres de soins d'urgence (CSU) et déterminer les secteurs où l'expansion de ce modèle conviendrait le mieux;
- collaborer avec les hôpitaux pour sensibiliser le public aux autres milieux de soins, comme les CSU, qui pourraient convenir davantage aux patients ayant des affections mineures.

Figure 22 : Temps requis pour consulter un médecin et durée du séjour dans les centres de soins d'urgence (CSU) en Ontario, 2022-2023 (heures)

Source des données : Santé Ontario

Centres de soins d'urgence	Temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin	Durée du séjour
1. Hôpital général St-Joseph	1,4	2,4
2. Réseau de santé de Niagara (campus de l'Hôpital Douglas Memorial)	1,1	2,0
3. Réseau de santé de Niagara (campus général de Port Colborne)	1,3	2,0
4. Réseau de la santé William-Osler (Centre commémoratif de Peel)	0,8	2,2
5. Trillium Health Partners (campus Queensway Health)	0,9*	2,5*
6. Santé Mackenzie (campus de Vaughan)	1,2	1,6
7. Centre des sciences de la santé de Kingston (Hôpital Hôtel-Dieu)	1,4	2,9
Moyenne provinciale pour les centres de services d'urgence (CSU)	1,2	2,3
Moyenne provinciale des services d'urgence	2,0	6,2

* Trillium Health Partners a fermé temporairement son CSU en avril 2020 et ne l'a pas rouvert depuis. Résultats de 2019-2020, les plus récentes données disponibles.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (le Ministère) souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, c'est-à-dire améliorer l'accès des patients ayant des affections mineures aux services d'urgence. Le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour déterminer si un examen du modèle des centres de soins d'urgence est nécessaire. Le Ministère collaborera également avec les hôpitaux pour déterminer les prochaines étapes qui conviendraient pour continuer de sensibiliser le public à d'autres milieux de soins pour les patients ayant des affections mineures.

En ce qui concerne les contrats actuels ou nouveaux avec les médecins des centres de soins d'urgence, le Ministère reconnaît que l'Ontario Medical Association (OMA) fait office de représentante exclusive des médecins exerçant en Ontario. En vertu de l'Accord sur les droits de représentation de l'OMA, les négociations conjointes et le règlement des différends, le Ministère doit consulter l'OMA pour obtenir ses conseils au sujet des questions importantes qui traitent de la politique et du réseau des soins de santé qui touchent les médecins. En outre, les changements liés à la rémunération des médecins, y compris les activités et responsabilités découlant d'ententes qui ne prévoient pas la rémunération à l'acte, sont assujettis au processus de négociation entre les parties énoncé dans l'Entente-cadre d'arbitrage exécutoire.

4.7.3 Le programme pilote de soins d'urgence virtuels a connu du succès, mais les changements qui lui ont été apportés pourraient se traduire par les pires résultats s'ils ne sont pas gérés de façon efficace

En 2020, pendant la pandémie de COVID-19, le Ministère a approuvé des fonds ponctuels d'environ quatre millions de dollars à l'appui d'un programme de soins d'urgence virtuels. Le programme pilote a été créé pour aider les patients qui craignaient de se rendre en personne aux services d'urgence et

pour réacheminer les patients ayant des affections mineures. Le programme de soins d'urgence virtuels offre aux patients un moyen pratique d'obtenir des conseils médicaux ou des soins à distance à l'aide d'un ordinateur ou d'un téléphone intelligent plutôt que de se rendre aux services d'urgence. Selon les besoins du patient, les médecins qui travaillent dans le domaine des soins d'urgence virtuels peuvent fournir une ordonnance et conseiller les patients à savoir s'ils doivent consulter leur médecin de soins primaires ou se rendre aux services d'urgence les plus proches pour une évaluation en personne. En 2022-2023, les patients ont effectué plus de 50.000 consultations virtuelles aux services d'urgence, comparativement à moins de 20.000 en 2021-2022.

Dans un cas, deux établissements médicaux de Toronto (Réseau universitaire de santé et Centre Sunnybrook des sciences de la santé) ont mis sur pied un programme de soins d'urgence virtuels en 2020. Nous avons rencontré le personnel chargé d'appliquer le programme et nous avons constaté que celui-ci était conçu pour offrir des rendez-vous le jour même aux patients, sept jours sur sept, de 9 h à 21 h du lundi au vendredi et de 9 h à 13 h le samedi et le dimanche. La consultation d'urgence virtuelle est destinée aux patients qui ne peuvent pas prendre un rendez-vous urgent avec leur fournisseur de soins primaires, mais qui ont besoin de soins d'urgence pour des problèmes médicaux qui ne mettent pas leur vie en danger. Les symptômes pris en charge par les soins d'urgence virtuels comprennent la fièvre, les douleurs corporelles, les maux de gorge, ou la toux et la fièvre.

Santé Ontario a retenu les services du Schwartz-Reisman Emergency Medicine Institute – un institut sans but lucratif de recherche, d'éducation et de politiques en matière de santé en vertu d'un partenariat entre le Réseau de la santé Sinai et l'Hôpital général de North York – pour mener une étude globale sur le programme pilote de soins d'urgence virtuels. L'étude, publiée en juin 2022, a mis en lumière un certain nombre de résultats clés :

- Plus de 75 % des affections concernaient des problèmes peu graves : les éruptions cutanées, la fièvre et les douleurs abdominales et des

demandes de renseignements sur le vaccin contre la COVID-19 représentaient environ 30 % des sujets abordés.

- Parmi les quelque 83 % des patients qui ont indiqué avoir un fournisseur de soins primaires, environ 31 % ont précisé qu'ils s'étaient adressés à un centre de soins d'urgence virtuels parce qu'ils ne pouvaient pas obtenir rapidement un rendez-vous avec leur médecin de famille.
- Environ 16 % des patients ont été avisés de se rendre aux services d'urgence les plus proches, tandis qu'environ 66 % ont obtenu leur congé après avoir reçu un traitement ou des conseils médicaux concernant les prochaines étapes. Les autres ont été dirigés vers des établissements de soins primaires ou d'autres établissements de soins communautaires.
- Dans l'ensemble, 94 % des patients ont évalué leur expérience virtuelle globale à huit sur 10 ou plus.

Bien que l'étude ait révélé des résultats positifs, elle a également soulevé la préoccupation selon laquelle le programme devait être évalué pour en déterminer la viabilité. Plus particulièrement, l'étude a indiqué que les patients qui, pour la plupart, comptaient sur un fournisseur de soins primaires utilisaient le réseau en place plutôt que de consulter un fournisseur de soins primaires pour obtenir rapidement des conseils médicaux. Il ne s'agissait pas de l'objectif du programme et la situation pourrait exercer une pression supplémentaire sur le personnel des services d'urgence, qui est chargé d'offrir des soins d'urgence virtuels.

L'étude a également souligné qu'un certain nombre de facteurs doivent être pris en compte avant de décider d'aller de l'avant avec le programme de soins d'urgence virtuels. Il s'agit notamment de déterminer si l'on peut recourir à du personnel infirmier praticien, à des adjoints au médecin et à des médecins de soins primaires dans le cadre du programme de soins virtuels pour appuyer les médecins des services d'urgence, et si les services virtuels peuvent être fusionnés dans un seul système provincial, ou dans un réseau de systèmes

régionaux, afin de mieux partager les ressources entre les hôpitaux.

Nous avons également remarqué qu'une autre étude, publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* en novembre 2023, remettait en question l'incidence globale du programme pilote de soins d'urgence virtuels sur les visites subséquentes à l'urgence et les admissions à l'hôpital. Celles-ci indiquent la nécessité de mieux comprendre les limites inhérentes aux soins virtuels et de veiller à ce que les futurs fournisseurs de soins virtuels aient accès en temps opportun aux ressources en consultation externe en personne, afin d'éviter les visites subséquentes à l'urgence.

Santé Ontario nous a informés qu'il intégrait le programme pilote de soins d'urgence virtuels au service d'appel provincial Santé811, qui permet déjà de communiquer par téléphone avec une infirmière ou un infirmier autorisé et ce, jour et nuit, pour obtenir certains types de conseils médicaux. Les patients qui utilisent le service téléphonique 811 pourront être mis en contact avec une infirmière ou un infirmier praticien travaillant pour le programme de soins d'urgence virtuels. L'infirmière ou l'infirmier autorisé peut évaluer les besoins du patient, prescrire des traitements et déterminer les prochaines étapes, par exemple si une visite aux services d'urgence est nécessaire. Cette décision était fondée sur les conclusions de l'étude du programme pilote de soins d'urgence virtuels selon lesquelles la plupart des patients qui ont eu accès au programme avaient déjà accès à un médecin de soins primaires et que des infirmières et infirmiers autorisés ou d'autres personnes ayant reçu une formation semblable pouvaient fournir le même niveau de soins dans un contexte virtuel.

Toutefois, il est possible qu'un modèle centralisé ne soit pas aussi efficace que les programmes de soins d'urgence virtuels gérés directement par les hôpitaux; d'autres changements pourraient être nécessaires pour aller de l'avant avec ce modèle centralisé. Par exemple :

- En discutant avec les représentants d'un des hôpitaux que nous avons visités, nous avons constaté que la clinique de soins d'urgence virtuels exploitée auparavant par l'hôpital

pouvait mettre en contact ou aiguiller au besoin les patients vers une évaluation et un traitement plus approfondis à l'hôpital. Par exemple, la clinique de soins d'urgence virtuels serait en mesure d'aiguiller directement un patient vers des services d'imagerie diagnostique et également fournir une ordonnance, le cas échéant. Par contre, pour le patient qui a eu recours au système Santé811, le parcours pourrait ne pas être aussi fluide. Par exemple, si le membre du personnel infirmier praticien indique qu'une visite en personne est nécessaire, le patient devra répéter le processus de triage à son arrivée aux services d'urgence.

- Comme il a été mentionné précédemment, les deux établissements médicaux de Toronto qui ont lancé le programme conjoint de soins d'urgence virtuels ont soulevé des préoccupations semblables concernant le modèle centralisé proposé par Santé Ontario. Ils ont indiqué que Santé Ontario et le Ministère doivent mieux intégrer les hôpitaux locaux à tout programme futur de soins virtuels pour que les patients puissent être aiguillés plus facilement pour obtenir d'autres évaluations et traitements (par exemple, prendre rendez-vous pour des analyses sanguines et obtenir une ordonnance) en s'adressant à Santé811 plutôt que de devoir se rendre physiquement aux services d'urgence et reprendre tout le parcours.

RECOMMANDATION 14

Afin de réduire le nombre de visites inutiles aux services d'urgence et d'améliorer l'accès aux soins d'urgence, nous recommandons que Santé Ontario collabore avec les hôpitaux et les médecins qui offrent des soins d'urgence virtuels pour déterminer les changements à apporter au programme provincial Santé811 afin de mieux combler les lacunes du système de soins de santé et de répondre aux besoins des patients.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, c'est-à-dire collaborer avec les hôpitaux et les médecins qui offrent des soins d'urgence virtuels pour déterminer les changements à apporter au programme provincial Santé811. Santé Ontario collaborera avec le Women's College Hospital Institute for Health Systems Solutions and Virtual Care pour évaluer les modèles actuels de soins d'urgence virtuels et veiller à ce que le potentiel du service Santé811 soit mis à contribution pour combler les écarts au chapitre des soins aux patients.

Annexe 1 : Critères d'audit

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

1. Des processus et des pratiques efficaces de triage, de mise en congé et de transfert sont en place aux services d'urgence pour veiller à ce que les patients aient rapidement accès à des services et à des soins de grande qualité qui répondent à leurs besoins.
2. Les responsabilités et les obligations redditionnelles des parties prenant part à la prestation des services et des soins aux services d'urgence sont bien définies pour s'assurer qu'une surveillance adéquate est en place et que les patients sont en sécurité et reçoivent des services et des soins de grande qualité qui répondent à leurs besoins.
3. Des programmes ou des initiatives adéquats et efficaces sont en place pour veiller à ce que les services d'urgence disposent de niveaux stables et adéquats de personnel et de ressources pour fournir aux patients des services et des soins rapides et de grande qualité.
4. Le financement des services d'urgence est réparti, utilisé et surveillé de façon appropriée pour tenir compte des différences dans les besoins d'un hôpital à l'autre, et il tient rapidement compte de l'évolution des besoins.
5. Des processus de communication efficaces sont en place pour sensibiliser le public aux options disponibles en matière de soins en fonction des besoins, et pour les faire comprendre.
6. Des renseignements suffisants, exacts et à jour sur les services d'urgence, comme les volumes de services, les temps d'attente et les niveaux de triage, sont recueillis, évalués et utilisés régulièrement pour orienter la prise de décisions.
7. Des mesures et des cibles de rendement appropriées sont établies pour veiller à ce que les services et les soins offerts par les services d'urgence fassent l'objet d'une surveillance continue par rapport aux objectifs visés. Les résultats sont publiés et des mesures correctives sont appliquées rapidement lorsque des problèmes sont décelés.

Annexe 2 : Fermetures de services d'urgence en Ontario, de juillet 2022 à juin 2023

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Hôpital	Nombre approximatif d'heures de fermeture
1. South Bruce-Grey Health Centre (Chesley)	1 884
2. Hôpital Glengarry Memorial	573
3. Hôpital du district de Perth et de Smiths Falls (campus Great War Memorial)	529
4. Alliance des hôpitaux de Listowel Wingham (Hôpital de Wingham et du district)	502
5. Huron Perth Healthcare Alliance (Hôpital communautaire de Seaforth)	352
6. Huron Perth Healthcare Alliance (Hôpital Memorial de St. Mary's)	175
7. South Bruce-Grey Health Centre (Durham)	150
8. South Bruce Grey Health Centre (Walkerton)	123
9. Hôpital Memorial de Carleton Place et du district	116
10. Hôpital Memorial de Campbellford	109
11. Huron Perth Healthcare Alliance (Hôpital public de Clinton)	93
12. Hôpital général de Hawkesbury et district	86
13. Hôpital du district de Kemptville	75
14. Réseau Santé Rive Nord (campus Thessalon)	72
15. Alliance des hôpitaux de Listowel Wingham (Hôpital Memorial de Listowel)	64
16. Hôpital général d'Almonte	54
17. Hôpital Louise-Marshall (North Wellington Health Care)	28
18. Hôpital général de Norfolk	24
19. Hôpital Memorial d'Arnprior et district	23
20. Hôpital Montfort	23
21. South Bruce-Grey Health Centre (Kincardine)	14
22. Centre de soins de santé Headwaters (campus Orangeville)	12
23. Groupe de soins de santé North of Superior (Hôpital McCausland)	10
Nombre total d'heures	5 092

Annexe 3 : Délai d'évaluation initiale par un médecin, par hôpital, 2022-2023 (heures)

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Hôpital	Temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin
South Bruce-Grey Health Centre (Durham)	0,6
Centre régional de santé Southlake	0,7
Réseau de la santé William-Osler (Hôpital général d'Etobicoke)	0,8
Réseau de la santé William-Osler (Centre commémoratif de Peel)	0,8
South Bruce-Grey Health Centre (Chesley)	0,8
Grey-Bruce Health Services (Hôpital de Markdale)	0,8
Centre de santé Mackenzie	0,8
Huron Perth Healthcare Alliance (Hôpital public de Clinton)	0,9
Bluewater Health (Hôpital Charlotte-Eleanor-Englehart)	0,9
Grey-Bruce Health Services (Hôpital Lions Head)	0,9
Soins de santé de Quinte (Hôpital Memorial du comté de Prince Edward)	0,9
Huron Perth Healthcare Alliance (Hôpital communautaire de Seaforth)	1,0
Hôpital Sensenbrenner	1,0
Centre de santé Mackenzie (Hôpital Cortellucci Vaughan)	1,0
Grey-Bruce Health Services (Hôpital Meaford)	1,1
Centre régional de santé de Dryden	1,1
South Bruce Grey Health Centre (Walkerton)	1,1
Réseau de santé de Niagara (campus de l'Hôpital Douglas Memorial)	1,1
Hôpital de Markham Stouffville (campus Markham)	1,2
Unity Health Toronto (Centre de santé St. Joseph's)	1,2
St. Joseph's Hamilton (campus de Charlton)	1,2
Santé Mackenzie (campus de Vaughan)	1,2
Hôpital de Timmins et du district	1,2
Hôpital général de North York	1,2
Réseau de santé de Niagara (campus général de Port Colborne)	1,3
Grey-Bruce Health Services (Hôpital de Wiarton)	1,3
Hôpital Victoria de Renfrew	1,3
Hôpital du district de Perth et de Smiths Falls (campus Great War Memorial)	1,3
Hôpital Scarborough and Rouge (campus Birchmount)	1,3
Hôpital de Hanover et du district	1,3
Hôpital War Memorial de Haldimand	1,3
Hôpital Notre-Dame	1,3
Centre des sciences de la santé de Kingston (Hôpital Hôtel-Dieu)	1,4
Hôpital Scarborough and Rouge (campus Centenary)	1,4
Hôpital Joseph Brant	1,4
Huron Perth Healthcare Alliance (Hôpital Memorial de St. Mary's)	1,4

Hôpital	Temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin
Hôpital St-Joseph (London)	1,4
Hôpital de Scarborough and Rouge (campus général de Scarborough)	1,4
South Bruce-Grey Health Centre (Kincardine)	1,4
Campus général Bluewater-Sarnia	1,4
Hôpital général de St. Thomas-Elgin	1,5
Halton Healthcare Services (Hôpital du district de Milton)	1,5
Réseau de santé de l'Hôpital Mount Sinai	1,5
Hôpital du district du lac des Bois	1,5
Huron Perth Healthcare Alliance (Hôpital général de Stratford)	1,5
Hôpital général Strathroy-Middlesex (Alliance de l'hôpital Middlesex)	1,5
Alliance Chatham-Kent pour la santé (Wallaceburgh)	1,6
Muskoka Algonquin Healthcare (Hôpital Memorial du district de Huntsville)	1,6
Hôpital de Woodstock	1,6
Réseau de la santé William-Osler (Hôpital de Brampton)	1,6
Association des soins de santé de Quinte (Hôpital North Hastings)	1,6
Hôpital du district de Perth et de Smiths Falls (campus Smiths Falls)	1,6
Hôpital Memorial de Campbellford	1,7
Hôpital général de Nipissing Ouest	1,7
Hôpital General and Marine de Collingwood	1,7
Hôpital Alexandra	1,8
Réseau universitaire de santé (Toronto Western Hospital)	1,8
Niagara Health System (campus général de la région métropolitaine de Niagara)	1,8
Hôpital Temiskaming	1,8
Centre de santé de l'Ouest de Parry Sound	1,8
Trillium Health Partners (campus de Mississauga)	1,8
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	1,8
Grey-Bruce Health Services (Hôpital Southampton)	1,8
Hôpital Markham Stouffville (campus d'Uxbridge)	1,8
Hôpital général de la baie Georgienne (campus de Midland)	1,9
Centre de santé Muskoka Algonquin (Hôpital Memorial South Muskoka)	1,9
Hôpital général de Brockville (campus de la rue Charles)	1,9
Unity Health Toronto (Hôpital St. Michael's)	1,9
Centre de santé de Lakeridge (hôpital de Port Perry)	1,9
Réseau de la santé de Toronto-est (Hôpital Michael Garron)	1,9
Hôpital Soldiers' Memorial	1,9
Hôpital général St. Mary	1,9
Centre de santé Lakeridge (Hôpital de Bowmanville)	2,0
Hamilton Health Sciences (Hôpital West Lincoln Memorial)	2,0
Association des soins de santé de Quinte (Hôpital Memorial de Trenton)	2,0
Centre des sciences de la santé de Kingston (Hôpital général de Kingston)	2,0

Hôpital	Temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin
Centre de santé Lakeridge (Hôpital d'Oshawa)	2,0
Hôpital Montfort	2,0
Horizon Santé-Nord (Centre de santé du lac Ramsey)	2,1
Hôpital général de Norfolk	2,1
Hôpital Ross Memorial	2,1
Hôpital Glengarry Memorial	2,1
Réseau de santé de Niagara (hôpital de Welland)	2,1
Centre de soins de santé Headwaters (campus Orangeville)	2,1
Alliance Chatham-Kent pour la santé (Chatham)	2,2
Hôpital Northumberland Hills	2,2
Hôpital Stevenson Memorial	2,2
Centre régional de santé Royal Victoria	2,3
Centre des sciences de la santé de London (Hôpital Victoria)	2,3
Centre de soins de santé Erie Shores	2,3
Grey-Bruce Health Services (Hôpital d'Owen Sound)	2,3
Trillium Health Partners (Hôpital Credit Valley)	2,3
Réseau universitaire de santé - Hôpital général de Toronto	2,3
Hôpital Memorial du district de Tillsonburg	2,3
Hôpital Grand River (campus de Kitchener-Waterloo)	2,3
Hôpital général de Guelph	2,3
Hôpital régional de Pembroke	2,4
Hôpital général du comté de Lennox et Addington	2,4
Halton Healthcare Services (Hôpital de Georgetown)	2,5
Centre de santé de Lakeridge (Hôpital de d'Ajax-Pickering)	2,5
Centre de santé d'Humber River (campus Wilson)	2,5
Hôpital d'Ottawa (campus Civic)	2,6
Hamilton Health Sciences (Hôpital général de Hamilton)	2,6
Hamilton Health Sciences (Hôpital pour enfants McMaster)	2,6
Hôpital de Sault-Sainte-Marie	2,6
Hôpital général de Brantford	2,7
Hôpital communautaire de Cornwall	2,7
Centre régional de santé de North Bay	2,8
Centre régional de santé de Peterborough	2,8
Hôpital communautaire Groves Memorial	2,8
Réseau de santé de Niagara (campus général de St. Catharines)	2,8
Hôpital Queensway-Carleton	2,8
Association des soins de santé de Quinte (Hôpital général de Belleville)	2,9
Centre des sciences de la santé de London - Hôpital universitaire	2,9
Hôpital Memorial de Cambridge	3,0
Hamilton Health Sciences (Hôpital Juravinski)	3,0
Hospital for Sick Children	3,0
Hôpital régional de Windsor (campus Ouellette)	3,0

Hôpital	Temps d'attente pour l'évaluation initiale par un médecin
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (campus Ottawa)	3,1
Halton Healthcare Services (Hôpital Memorial d'Oakville-Trafalgar)	3,3
Hôpital Memorial du district de Winchester	3,5
Hôpital d'Ottawa (campus Général)	3,5
Centre Sunnybrook des sciences de la santé	3,7
Hôpital général de Hawkesbury et district	3,8
Hôpital régional de Windsor (campus métropolitain)	4,1

Note : Ce tableau est fondé sur les services d'urgence qui déclarent des renseignements sur les temps d'attente à Santé Ontario; à l'heure actuelle, certains petits hôpitaux ne sont pas tenus de communiquer cette information.



Bureau du vérificateur général de l'Ontario

20, rue Dundas Ouest, bureau 1530
Toronto (Ontario)
M5G 2C2
www.auditor.on.ca