Services d'urgence

Audit de l'optimisation des ressources 2023

Pourquoi avons-nous effectué cet audit?

- 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. Il est important de cerner les goulots d'étranglement et les façons d'améliorer le roulement des patients aux urgences.
- Depuis notre audit des services d'urgence de 2010, nous avons constaté des changements importants dans la façon dont les services sont fournis, suivis et déclarés.

Pourquoi cet audit est-il important?

- La gestion du roulement des patients et des niveaux de dotation en personnel aux services d'urgence dépend des choix des patients quant à la manière d'accéder aux soins, y compris en passant par une clinique sans rendez-vous ou par un médecin de famille.
- Les problèmes de financement et les pénuries de personnel aggravés par la pandémie de COVID19 ont mis à rude épreuve le réseau des services d'urgence de l'Ontario.
- Lorsque les services d'urgence sont incapables de fonctionner de façon efficiente et efficace, il se peut que les patients ne reçoivent pas rapidement des soins de grande qualité, ce qui peut nuire à leur état de santé, voire causer leur décès.

Nos constatations

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

- 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, impliquant 23 hôpitaux de régions rurales ou éloignées, principalement en raison de pénuries de personnel infirmier.
- 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 signifie que les hôpitaux doivent gérer ces situations de façon indépendante.

RECOMMANDATION 1

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

- En 2006, le Ministère a créé le Programme de suppléance dans les services des urgences afin d'offrir une couverture d'urgence aux hôpitaux qui ont de la difficulté à combler les quarts de travail des médecins. En 2022-2023, les hôpitaux ont demandé plus de 96 000 heures de soutien dans le cadre de ce programme, qui n'a pu couvrir qu'environ 60 000 heures.
- Sans le programme de suppléance, selon les estimations, il aurait pu y avoir 400 fermetures de services d'urgence au cours de l'exercice 2022-2023.

RECOMMANDATION 2

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

- Depuis la pandémie de COVID-19, il y a eu une hausse importante des temps d'attente pour voir les médecins dans les salles d'urgence. En 20222023, les patients ont attendu en moyenne environ deux heures après le triage, soit environ 30 minutes de plus qu'en 2013-2014. Les patients du 90e percentile ont attendu près de quatre heures et demie en 2022-2023, contre environ trois heures en 2013-2014.
- En raison des temps d'attente plus longs, de nombreux patients ont choisi de quitter les urgences sans avoir vu un médecin. Par exemple, en 2022-2023, environ 14 % des patients d'un hôpital ont quitté les services d'urgence sans avoir été évalués.

.../4

- Les patients ayant des affections mineures ont représenté environ 23 % (ou 1,29 million) de toutes les visites aux services d'urgence en 2022-2023. Certains de ces patients n'avaient pas besoin de soins d'urgence, mais ils ont choisi de se rendre aux services d'urgence étant donné qu'ils n'avaient pas d'autres options immédiates, y compris l'accès à un médecin de famille.

RECOMMANDATIONS 3

Les directives médicales ne sont pas utilisées de façon uniforme dans tous les hôpitaux

- Les directives médicales sont des ordonnances élaborées par des médecins 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 demander des analyses sanguines) avant la première évaluation du médecin.
- Nous avons toutefois constaté d'importantes variations dans leur utilisation. Dans les hôpitaux que nous avons visités, le nombre de directives médicales utilisées variait de 9 à 37. En outre, il y avait des variations dans leur utilisation pour certaines conditions particulières.

RECOMMANDATION 4

Les patients des services d'urgence devaient parfois attendre plus de 24 heures pour une 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 constatées 10 ans plus tôt. Les patients du 90e centile ont attendu 35 heures pour un lit d'hospitalisation, ce qui représente une hausse par rapport à une moyenne d'environ 21 heures en 2013-2014.
- Les longs temps d'attente sont en partie attribuables au manque de lits d'hospitalisation et aux « patients de couloir » qui n'avaient pas besoin de soins à l'hôpital, mais qui attendent une chambre ailleurs dans le système de santé.

RECOMMANDATION 5

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

- En 2022, il y a eu 274 retours à l'urgence, peu après leur visite initiale, de patients ayant reçu un diagnostic grave ou important; 104 de ces visites étaient attribuables à un problème de qualité ou à un événement indésirable comme un manque de suivi, un diagnostic retardé ou manqué ou un congé non sécuritaire.
- Notre examen des retours à l'urgence a également permis de relever au cours des cinq années de nombreux exemples de longs temps d'attente qui ont débouché sur de mauvais résultats, comme la nécessité d'une chirurgie et l'admission à l'unité de soins intensifs.

RECOMMANDATION 6

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

- En 2022-2023, 20 % des patients ont été amenés aux urgences en ambulance. Un temps d'attente de 30 minutes ou moins pour la prise en charge des patients est considéré comme une pratique exemplaire dans l'industrie, mais cette cible n'a pas été atteinte de manière systématique.
- Les délais de prise en charge sont principalement attribuables au manque de personnel infirmier disponible pour effectuer un tri rapide et à la disponibilité limitée de salles d'évaluation. Ces problèmes retardent le retour des ambulanciers dans les communautés pour répondre à d'autres appels d'urgence.

RECOMMANDATION 7

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

- En réponse aux recommandations de notre audit de 2010, l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) a été mise en œuvre pour aider le personnel infirmier à évaluer le niveau de soins dont les patients ont besoin. À l'heure actuelle, 44 services d'urgence n'utilisent pas l'ÉTG. Bien que Santé Ontario en soit à l'intégration de 11 autres services en 2023-2024, 33 services d'urgence demeurent exclus du système.
- Le personnel infirmier chargé du triage peut contourner le système en augmentant le niveau de l'ÉTG afin de prioriser les soins pour tout patient. Au cours des cinq dernières années, le taux moyen de contournement du système a constamment dépassé le seuil de 10 %. En 2022-2023, environ 13 hôpitaux affichaient un taux de contournement supérieur à 25 %. Certains cas étaient possiblement attribuables au manque de formation adéquate du personnel infirmier.

RECOMMANDATION 8

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

- Les services d'urgence que nous avons visités ont connu une augmentation importante des taux de postes de personnel infirmier 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 a grimpé de 6 % à 26 % au cours de cette période, et le taux de postes vacants d'infirmières et infirmiers autorisés à temps partiel, de 23 % à 51 %.
- L'aggravation des pénuries de personnel force les hôpitaux à embaucher du personnel infirmier d'agences à des taux horaires beaucoup plus élevés que ceux du personnel permanent. Notre examen des dépenses relatives au personnel infirmier d'agences a permis de relever qu'en 2022-2023, un hôpital a consacré environ 8 millions de dollars pour du personnel infirmier d'agences dans les services d'urgence, comparativement à 2,4 millions un an plus tôt.
- Les conventions collectives conclues avec le personnel infirmier limitent la capacité des hôpitaux de déplacer des membres du personnel infirmier d'une unité à l'autre, ce qui oblige les hôpitaux à compter encore davantage sur le personnel infirmier d'agences.

RECOMMANDATION 9

Les incohérences dans la structure de rémunération des médecins peuvent avoir une incidence sur la rapidité et la surveillance des soins aux urgences

- La majorité des médecins des services d'urgence sont rémunérés dans le cadre d'une entente de diversification des modes de financement (EDMF), qui prévoit un volet de rémunération de base, qui est essentiellement un salaire réparti entre les médecins. D'autres ont opté pour un modèle de rémunération à l'acte (RA) pour facturer directement le Régime d'assurance-santé de l'Ontario.
- Il existe un manque de supervision de la rémunération et du rendement de certains médecins assujettis à une EDMF. Les hôpitaux ne fournissent pas au Ministère des données sur le financement que reçoivent les médecins ni sur le nombre de patients dont ils s'occupent.
- Le modèle de rémunération à l'acte incite intrinsèquement les médecins à voir plus de patients pour recevoir un paiement, ce qui peut les temps d'attente pour les patients.

RECOMMANDATION 10

Le PAR a connu du succès au départ, mais il est devenu moins efficace

- En 2008, le Ministère a créé le programme de financement axé sur les résultats (PAR) pour inciter les hôpitaux à améliorer le roulement des patients aux services d'urgence.
- Au départ, certains indicateurs de rendement clés indiquaient une réduction des temps d'attente. Toutefois, le rendement de nombreux hôpitaux à ce chapitre a baissé au cours des dernières années.

RECOMMANDATIONS 11 et 12

Les pratiques efficaces de réacheminement en vigueur dans les services d'urgence ne sont pas communiquées aux autres hôpitaux à l'échelle de la province

- Pour réduire la pression exercée sur les services d'urgence, certains hôpitaux ont réacheminé des patients des services d'urgence vers un milieu de soins plus approprié. Par exemple, l'utilisation d'une zone d'évaluation rapide pour les patients ayant des affections mineures peut accélérer et améliorer les soins prodigués.
- Bien que ces pratiques exemplaires aient connu du succès, il arrive souvent que les hôpitaux ne les partagent pas à l'échelle de la province. Qui plus est, le Ministère et Santé Ontario ne font aucun suivi ni aucune évaluation de l'utilisation de ces pratiques efficaces.

RECOMMANDATION 13

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 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. Au moment de notre audit, l'Ontario comptait sept CSU. En 2022-2023, sept CSU de la province qui déclarent des données ont enregistré environ 230 000 visites de patients.
- Les patients reçoivent des soins beaucoup plus rapidement dans les CSU qu'aux services d'urgence. En 2022-2023, les patients ont passé en moyenne 2,3 heures dans les CSU, soit plus de trois fois moins que ceux qui se sont rendus aux services d'urgence.

RECOMMANDATION 14

Le programme pilote de soins d'urgence virtuels a connu du succès, mais les changements qui lui ont été apportés pourraient nuire à ses résultats

- En 2020, le Ministère a approuvé un financement ponctuel d'environ 4 millions de dollars à l'appui d'un programme pilote de soins virtuels urgents. En 2022-2023, les patients ont effectué plus de 50 000 consultations virtuelles de soins urgents, soit plus du double de l'année précédente.
- Santé Ontario prévoit intégrer des éléments du programme pilote de soins virtuels d'urgence au service d'appel provincial Santé811, grâce auquel les patients peuvent communiquer avec une infirmière ou un infirmier autorisé 24 heures sur 24. Toutefois, ce modèle centralisé pourrait ne pas être aussi efficace que les programmes gérés directement par les hôpitaux.

RECOMMANDATION 15

Conclusions

- Le ministère de la Santé, Santé Ontario et les hôpitaux ne disposent ni de systèmes ni de processus entièrement efficaces pour superviser la prestation des soins ou pour gérer efficacement les ressources afin d'assurer l'accès continu à des soins d'urgence centrés sur les patients et prodigués rapidement.
- De plus, le Ministère et Santé Ontario ne mesurent pas et n'évaluent pas tous les domaines de rendement des services d'urgence.
- Certains services d'urgence ne procèdent pas toujours au triage et à l'évaluation des patients de façon appropriée en fonction de leurs besoins. Les hôpitaux doivent faire davantage pour admettre, mettre en congé et (ou) rediriger les patients rapidement vers d'autres milieux de soins appropriés.

Consultez le site **www.auditor.on.ca** pour lire le rapport.