

# Services de réadaptation dans les hôpitaux

Suivi des audits de l'optimisation des ressources, section 3.08, *Rapport annuel 2013*

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS					
	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées			
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre
Recommandation 1	3	1	2		
Recommandation 2	6	2 2/3	1	1 1/3	1*
Recommandation 3	5	2 2/3	1 1/3	1	
Recommandation 4	1		1		
Recommandation 5	3	2/3	1 2/3	2/3	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>17</b>	<b>5</b>

Remarque : Les fractions dans certaines cellules indiquent que les mesures concernées sont mises en oeuvre à différents degrés par les trois hôpitaux que nous avons visités.

\*Une recommandation n'était pas applicable en ce qui concerne un hôpital.

## Contexte

On s'attend à ce que la demande de services de réadaptation, comme la physiothérapie et l'ergothérapie, augmente substantiellement dans les années à venir, surtout après 2021, lorsque la première vague de baby-boomers atteindra l'âge de 75 ans. En 2014-2015, environ la moitié des patients hospitalisés admis pour des services de réadaptation intensive avaient plus de 75 ans.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) finance les services de réadaptation aux patients hospitalisés dans environ 60 hôpitaux par l'entremise de 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Il y a deux types de réadaptation avec hospitalisation : intensive (séances fréquentes pour une courte période) et lente (séances moins fréquentes sur une plus longue période). En 2014-2015, les quelque 60 hôpitaux comptaient plus de 2 500 places en réadaptation intensive (contre près de 2 500 places en 2013-2014), que plus de 31 000 patients ont

occupées (contre plus de 30 000 en 2012-2013). Les problèmes orthopédiques (y compris les arthroplasties de la hanche et du genou) et les accidents vasculaires cérébraux étaient à l'origine de la majorité des admissions aux programmes de réadaptation intensive pour patients hospitalisés.

Le Ministère finance les services de réadaptation offerts aux Ontariens admissibles, ce qui comprend les patients hospitalisés et les patients externes inscrits auprès d'un hôpital et ayant besoin de tels services. Il finance également les services communautaires aux personnes : qui ont 19 ans ou moins ou 65 ans ou plus; qui ont besoin de services de physiothérapie à domicile ou dans des établissements de soins de longue durée; qui sont admissibles à un programme ontarien d'aide sociale ou de soutien aux personnes handicapées.

Dans notre *Rapport annuel 2013*, nous avons constaté que le Ministère ne disposait pas de renseignements sur le montant total des fonds publics consacrés aux services de réadaptation ou le nombre de patients qui avaient fait appel aux programmes externes administrés par des hôpitaux.

Il n'existe pas de système coordonné de réadaptation en Ontario. En général, chaque hôpital – parfois avec les conseils de leur réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) – détermine les services de réadaptation à offrir aux patients hospitalisés ou externes, le cas échéant. En conséquence, chaque hôpital formule ses propres politiques et procédures pour déterminer l'admissibilité des patients aux services, établir l'ordre de priorité des patients et assurer la prestation des services. Il arrive donc qu'un patient jugé admissible à des services dans un hôpital puisse être considéré comme non admissible aux mêmes services dans un autre hôpital. De nombreuses associations concernées réclament une meilleure coordination des programmes de réadaptation à l'échelle provinciale, afin de faciliter la transition des patients des hôpitaux de soins actifs vers les services de réadaptation et de s'assurer qu'ils reçoivent rapidement les services dont ils ont besoin.

Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Il y avait des écarts importants dans l'offre de places en réadaptation intensive avec hospitalisation dans la province, ce qui pouvait obliger les patients à se déplacer en dehors de leur RLISS pour obtenir des services. Le nombre de places allait de 57 pour 100 000 personnes dans le RLISS du Centre-Toronto à seulement six pour 100 000 personnes dans le RLISS du Centre-Ouest. La moyenne provinciale s'établissait à 18 places pour 100 000 personnes.
- Étant donné le manque de données sur l'utilisation et les résultats des services de réadaptation lente, avec ou sans hospitalisation, le Ministère ignorait si ces services étaient efficaces.
- Dans les deux hôpitaux visités ayant un programme pour les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral, environ le tiers des personnes admises à un programme de réadaptation pour patients hospitalisés avaient été évaluées par un hôpital de soins actifs comme ayant une déficience fonctionnelle légère. Cette constatation permettait de penser que ces patients auraient été mieux servis par des programmes de soins externes, si ces services moins coûteux avaient été disponibles.
- Les patients n'ayant plus besoin de soins hospitaliers pourraient occuper des lits dont d'autres patients ont besoin. L'Association des hôpitaux de l'Ontario a souligné qu'en mars 2013, environ 2 300 patients en attente d'un autre niveau de soins qui étaient prêts à recevoir leur congé continuaient d'occuper des lits dans des hôpitaux de soins actifs en attendant que des dispositions soient prises. De ces patients, 25 % attendaient une place en réadaptation intensive ou en soins continus complexes (qui comprennent les services de réadaptation lente).
- Pour la plupart des problèmes de santé exigeant des services de réadaptation, sauf les accidents vasculaires cérébraux, il existait en Ontario peu de normes de pratiques

exemplaires sur des questions comme le moment où la thérapie doit commencer et la fréquence des traitements. Les pratiques variaient dans les hôpitaux visités.

Nous avons recommandé certaines améliorations, et le Ministère et les trois hôpitaux s'étaient engagés à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

## État des mesures prises en réponse aux recommandations

Au printemps et à l'été 2015, le Ministère et les hôpitaux nous ont fourni de l'information sur l'état des recommandations formulées dans notre *Rapport annuel 2013* et indiqué qu'ils avaient fait des progrès en ce qui concerne la mise en oeuvre de plusieurs d'entre elles. Le Ministère et les hôpitaux ont pleinement mis en oeuvre près de 40 % des recommandations. Par exemple, tous les hôpitaux que nous avons audités en 2013 établissent dorénavant l'ordre de priorité des patients en fonction de leurs besoins et font le suivi de la durée des services de thérapie offerts aux patients. Par ailleurs, le Ministère et les hôpitaux sont en train de mettre en oeuvre une autre tranche d'environ 40 % des recommandations, tandis qu'ils attendent l'achèvement des travaux dirigés par la Rehabilitative Care Alliance (l'Alliance) de la province concernant un système normalisé de collecte de données et de production de rapports. Le Ministère s'emploie également à mettre au point un système coordonné à l'échelle de la province pour les services de réadaptation en établissant un Cadre des définitions et des critères normalisés d'admissibilité. En ce qui concerne les autres recommandations, soit il y a eu peu de progrès, voire aucun, soit elles ne seront pas mises en oeuvre, ce qui comprend une recommandation qui n'est pas applicable à un hôpital. Par exemple, au moment de notre examen de suivi,

aucun des hôpitaux n'avait effectué d'évaluation officielle pour déterminer la nécessité ainsi que les coûts de la prestation de services le soir et la fin de semaine.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé dans les sections qui suivent.

## Coordination et capacité du système

### Recommandation 1

*Pour mieux s'assurer que les Ontariens qui ont besoin de réadaptation aient un accès équitable aux services, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit collaborer avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour :*

- *établir un système coordonné à l'échelle provinciale pour les services de réadaptation intensive (de court terme) et lente (de long terme) à l'intention des patients hospitalisés, ainsi que tous les services offerts dans la collectivité aux patients externes;*

**État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici mars 2017.**

### Détails

Au moment de notre audit de 2013, nous avons constaté qu'en général, chaque hôpital établissait ses propres politiques et procédures pour admettre les patients en réadaptation, déterminer leur admissibilité, établir leur ordre de priorité, gérer les listes d'attente et fournir les soins aux patients. Cette approche a entraîné des écarts entre les types et les niveaux des services offerts aux patients hospitalisés et aux patients externes dans les hôpitaux de la province.

La Rehabilitative Care Alliance (l'Alliance), mise en place par les 14 RLISS de l'Ontario, réunit des représentants du Ministère, des fournisseurs de services de santé dans les hôpitaux et des secteurs communautaires, ainsi que des experts cliniques. L'Alliance a élaboré, validé et communiqué un Cadre des définitions provincial pour les services de réadaptation aux patients hospitalisés et les

services communautaires de réadaptation. Le Cadre des définitions a pour objectif d'établir des normes provinciales concernant les niveaux de soins de réadaptation ainsi que de fournir des éclaircissements aux patients, aux familles et aux professionnels traitants. Il vise également à établir un fondement pour ce qui est de déterminer le nombre de places et de services de réadaptation dans la province, ainsi que les endroits où ils sont offerts. Le Cadre définit les soins de réadaptation et normalise les critères d'admissibilité ainsi que l'intensité de la thérapie pour chaque niveau de soins (p. ex. court terme, long terme, etc.). Au cours des deux prochaines années, l'Alliance prévoit aider les RLISS à mettre en oeuvre les outils, les cadres et les processus qui ont été élaborés en vue d'établir un système coordonné à l'échelle de la province en matière de réadaptation.

- *fournir au public des renseignements détaillés sur les programmes offerts, les critères d'admissibilité et la marche à suivre pour présenter une demande, par exemple dans un site Web public.*

**État : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

En 2013, nous avons constaté qu'il n'existait pas de liste, par exemple sur un site Web, que les patients et les membres de leur famille pouvaient consulter pour connaître tous les services de réadaptation publics offerts dans la province, par un RLISS ou un autre établissement.

Chacun des trois hôpitaux examinés avait son propre site Web, et chacun des 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de la province maintenait également un site Web, par l'entremise de **lignesante.ca**, qui donne aux patients et à leur famille des indications sur la façon d'obtenir les services de réadaptation requis. Les exigences en matière d'admissibilité et les renseignements concernant la marche à suivre pour présenter une demande sont affichés sur **lignesante.ca**, ou font l'objet de renvois vers le site Web respectif de chaque hôpital.

Depuis notre dernier audit, le Ministère a créé un site Web centralisé du gouvernement de l'Ontario, **Ontario.ca**, qui contient des listes énumérant plus de 10 000 lieux où sont offerts des programmes de réadaptation et plus de 60 autres types de services.

*Afin de disposer de renseignements pertinents pour la prise de décisions actuelles et futures, le Ministère doit déterminer, avec l'aide de ses intervenants, les renseignements à recueillir sur les services de réadaptation lente à l'intention des patients hospitalisés et sur les services aux patients externes, ainsi que la meilleure façon de recueillir ces données.*

**État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici mars 2017.**

#### Détails

Dans notre audit de 2013, nous avons constaté que le Ministère ne disposait pas de renseignements détaillés sur les patients recevant des services de réadaptation lente, comme le nombre d'admissions et les places connexes réservées à la réadaptation, le nombre de visites en réadaptation auprès des physiothérapeutes et des ergothérapeutes en milieu hospitalier, ainsi que le nombre de patients et les types de services de réadaptation externes offerts en milieu hospitalier et ailleurs. En l'absence d'une information complète, il est difficile pour le Ministère ou les RLISS de déterminer la capacité du système et la manière dont il est utilisé.

En collaboration avec l'Alliance, les RLISS auront recours aux groupes de travail sur le cadre des définitions, la planification intégrée et l'évaluation des systèmes pour gérer la planification des soins de réadaptation destinés aux patients recevant des services de réadaptation lente et élaborer un système de production de rapports permettant de recueillir des renseignements comme le nombre de patients traités à chacun des niveaux de soins de réadaptation, l'intensité des services fournis, les taux d'occupation, les taux de patients qui se sont vu refuser des services et les motifs des refus, et les résultats obtenus par les patients.

## Services aux patients hospitalisés

### Recommandation 2

*Pour mieux s'assurer que les services de réadaptation aux patients hospitalisés répondent aux besoins de la façon la plus efficiente et la plus équitable possible, les hôpitaux doivent :*

- *mettre en place des systèmes permettant de recevoir les renvois de patients électroniquement;*

**État : Hôpital 1 : Pleinement mise en oeuvre.**

**Hôpital 2 : Peu ou pas de progrès.**

**Hôpital 3 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici juin 2017.**

### Détails

Dans les hôpitaux que nous avons visités, l'aiguillage des patients à des fins d'hospitalisation variait d'un établissement à l'autre. Par exemple, un des hôpitaux recevait la plupart des renvois de patients par le truchement d'un système électronique. Un autre hôpital recevait uniquement les renvois internes par voie électronique, tandis que le troisième ne pouvait recevoir les renvois que par téléphone ou par télécopieur. Par ailleurs, deux des trois hôpitaux pouvaient déjà accéder par voie électronique à l'information interne sur les patients, mais l'information externe devait être saisie manuellement.

Un formulaire provincial normalisé d'aiguillage a été instauré par le RLISS du Centre-Toronto et était en place au moment de notre audit de 2013. Le Ministère s'attend à ce que tous les fournisseurs de soins de santé de la province mettent le formulaire en oeuvre d'ici la fin de 2015-2016. Le Ministère nous a dit qu'en mars 2015, plus de 70 % des fournisseurs de soins de santé avaient commencé à mettre en oeuvre le formulaire. Cependant, il revient aux fournisseurs d'intégrer l'utilisation du formulaire normalisé à leurs systèmes électroniques. Nous avons constaté que les processus d'aiguillage employés par chacun des trois hôpitaux variaient toujours.

L'hôpital 1 a mis en oeuvre un système électronique d'harmonisation des ressources et

d'aiguillage, qui était déjà en place lors de notre audit de 2013. Cet hôpital reçoit les renvois du RLISS de sa région et des RLISS d'autres régions par voie électronique.

L'hôpital 2 a modifié le formulaire provincial d'aiguillage et a élaboré un algorithme de décision ainsi qu'un nouveau processus pour accepter les clients relativement à ses unités de soins actifs pour les patients hospitalisés. Cet hôpital prévoit élargir l'utilisation du formulaire modifié pour y inclure l'acceptation des renvois de tous les autres hôpitaux relevant du même RLISS d'ici mars 2017, et ce modèle sera également utilisé par les deux autres hôpitaux les plus importants du RLISS. Bien que l'hôpital 2 utilise un formulaire normalisé d'aiguillage, le processus relatif aux renvois provenant de l'extérieur de l'établissement est toujours exécuté manuellement. L'hôpital 2 ne pourra accepter les renvois de patients par voie électronique tant que le RLISS n'aura pas mis au point un système électronique. Le RLISS de cet établissement met actuellement à l'essai un formulaire électronique auprès de quelques-uns des petits hôpitaux de la région qu'il dessert.

L'hôpital 3 accepte les renvois internes de patients par voie électronique; toutefois, les renvois provenant de l'extérieur de l'établissement se font toujours manuellement. Depuis notre dernier audit, l'hôpital a travaillé avec la province et son réseau régional de réadaptation pour mettre au point un formulaire normalisé d'aiguillage contenant tous les éléments de données nécessaires, et il l'a adopté pour l'ensemble des renvois internes et externes. L'hôpital 3 a indiqué qu'il est prêt à mettre en oeuvre un système électronique d'aiguillage dès que celui-ci aura été élaboré par le RLISS. La date prévue de mise en oeuvre est juin 2017.

- *mettre en place des systèmes permettant de charger électroniquement les données connexes sur les patients;*

**État : Hôpitaux 1 et 2 : Peu ou pas de progrès.**

**Hôpital 3 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici juin 2017.**

#### Détails

Bien que l'hôpital 1 reçoive les renvois par voie électronique, il doit tout de même saisir de nouveau tous les renseignements sur les patients dans son propre système informatique – un processus inefficace qui accroît le risque d'erreur à la saisie des données. L'hôpital a examiné la possibilité de charger électroniquement les données des dossiers de santé et a décidé, en raison du coût élevé et des frais permanents de maintenance, d'attendre que le RLISS prenne des mesures concernant l'interfaçage du système électronique d'aiguillage et du système d'information.

En ce qui concerne l'hôpital 2, l'information sur les patients est accessible électroniquement sur les systèmes de l'établissement, de sorte que les données des dossiers de santé aux fins des renvois internes n'ont pas à être saisies de nouveau. Cette façon de faire était en vigueur au moment de notre dernier audit. Cependant, pour les renvois qui proviennent de l'extérieur de l'hôpital, le personnel doit toujours saisir manuellement l'information sur les patients. Dans les prochaines années, cet hôpital prévoit mettre en place un nouveau système de dossiers de santé électroniques qui chargera électroniquement les renvois de patients, mais il n'a pas encore fixé de date concernant sa mise en oeuvre.

L'hôpital 3 dispose d'un système électronique pour suivre l'information sur la santé provenant de son site de soins actifs, qui était en place au moment de notre audit. Toutefois, comme les renvois externes à cet établissement se font toujours manuellement, chaque renvoi doit être saisi à la main dans le système. Cet hôpital a indiqué qu'une fois que le système électronique d'aiguillage au niveau du RLISS aura été mis en oeuvre en 2015-2016, son système de dossiers de santé électroniques sera intégré au système du RLISS.

- *en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), mettre au point des pratiques uniformisées concernant l'admissibilité des patients à des programmes similaires, l'établissement de l'ordre de priorité des patients en fonction de leurs besoins ainsi que la fréquence et la durée des séances de thérapie;*

**État : Hôpital 1 : Pleinement mise en oeuvre.**

**Hôpital 2 : Peu ou pas de progrès.**

**Hôpital 3 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici juin 2016.**

#### Détails

Dans notre audit de 2013, nous avons constaté que les hôpitaux visités n'employaient pas tous la même méthode pour déterminer l'admissibilité d'un patient à des programmes similaires. En outre, ni le gouvernement provincial ni les RLISS n'avaient mis en place une politique normalisée d'établissement des priorités à l'intention des hôpitaux; par conséquent, chaque hôpital décidait de la façon dont il établit l'ordre de priorité de chacun de ses cas. Nous avons remarqué que, sauf pour les accidents vasculaires cérébraux, il y avait peu de normes en matière de pratiques exemplaires en Ontario en ce qui concerne le nombre, le type et la fréquence des séances de thérapie dont les patients hospitalisés devraient bénéficier en fonction de leur problème de santé spécifique. Aux hôpitaux que nous avons visités, le nombre et le type de séances de thérapie que chaque patient recevait étaient fondés sur le jugement professionnel de ses thérapeutes et dépendaient des ressources disponibles.

En 2013-2014, l'hôpital 1 a travaillé avec le groupe de travail du RLISS à l'élaboration de normes concernant la fréquence et la durée des séances de thérapie pour les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou. Cet hôpital nous a dit qu'il avait suivi ces normes en matière de pratiques exemplaires pour les admissions aux services de réadaptation, ce qui comprend l'admissibilité et l'établissement de l'ordre de priorité des

patients relativement aux cas d'arthroplastie totale et de fracture de la hanche.

L'hôpital 2 utilise ses propres critères d'admissibilité et d'établissement de l'ordre de priorité aux fins de l'admission de patients à ses programmes, car il n'existe pas de critères normalisés dans sa région. En outre, il n'y a pas de pratiques normalisées à l'échelle de la région en ce qui concerne la fréquence et la durée des séances de thérapie. L'hôpital 2 a indiqué que le type de thérapie et la durée de celle-ci sont fondés sur une évaluation effectuée par un physiatre et une équipe interprofessionnelle spécialisée en réadaptation. Cet hôpital tient compte des niveaux de fonctionnement précédent et actuel du patient ainsi que de son rétablissement prévu lorsqu'il établit les objectifs en matière de résultats. L'hôpital 2 s'attend à ce qu'un patient admis à son programme de réadaptation destiné aux patients hospitalisés reçoive chaque jour, en moyenne, au moins trois heures de thérapie prodiguée par l'équipe interprofessionnelle.

L'hôpital 3 nous a informés qu'il est en train d'examiner les critères (tels que ceux relatifs à l'admissibilité des patients, à l'établissement de l'ordre de priorité des patients ainsi qu'à la fréquence et à la durée des séances de thérapie) établis par l'Alliance au printemps 2015, et qu'il les adopterait d'ici juin 2016, en collaboration avec son réseau régional de réadaptation, qui englobe tous les hôpitaux de la région ainsi que le CASC et le RLISS desservant la région.

- *assurer le suivi et la surveillance de l'information sur l'étendue de la thérapie réellement offerte aux patients, du nombre de patients refusés et des motifs de refus;*

**État : Hôpitaux 1, 2 et 3 : Pleinement mise en oeuvre.**

#### Détails

Dans notre audit de 2013, nous avons constaté que les hôpitaux ne faisaient pas le suivi de tous les renseignements clés. Par exemple, aucun

des hôpitaux ne consignait tous les services de réadaptation offerts à chaque patient, et il était donc difficile de déterminer l'étendue des services de thérapie réellement offerts. En outre, un seul des hôpitaux visités faisait le suivi du nombre de patients refusés et des motifs de refus.

L'hôpital 1 fait dorénavant le suivi de l'étendue des services de thérapie fournis par chaque thérapeute aux différents patients recevant des services de réadaptation. L'hôpital examine les rapports sommaires tous les mois afin de s'assurer que l'étendue des services de thérapie offerts est équitable pour chaque patient. Il fait aussi maintenant le suivi des taux et des motifs de refus.

L'hôpital 2 dispose d'un système électronique permettant de suivre et de déclarer les heures de thérapie pour chaque patient. Le rapport indique la date à laquelle la séance de thérapie a été fournie, qui est le thérapeute qui l'a fournie, ainsi que la durée de la séance de thérapie. Cet hôpital surveille le nombre de patients acceptés et le nombre de patients refusés, ainsi que le temps que les patients ont attendu entre le moment de leur admission et celui où ils ont eu accès à une place en réadaptation. Le personnel infirmier chargé du triage consigne également dans un registre électronique les motifs pour lesquels des patients se sont vu refuser des services de thérapie.

L'hôpital 3 a un système électronique de la charge de travail qui mesure l'étendue des services de thérapie offerts à chaque patient par tous les membres de l'équipe des soins de santé. Cet hôpital fait le suivi des temps d'attente ainsi que des taux et des motifs de refus depuis notre audit en 2013.

- *assurer le suivi et la surveillance du délai avant qu'un patient puisse occuper une place qui vient de se libérer;*

**État : Hôpitaux 1 et 2 : Ne sera pas mise en oeuvre.**

**Cela nous semble approprié compte tenu des courts délais.**

**Hôpital 3 : Pleinement mise en oeuvre.**

### Détails

Au moment de notre audit, aucun des hôpitaux ne faisait le suivi du délai qui s'écoulait entre le moment où une place en réadaptation se libérait et celui où elle était occupée par un autre patient. Cette information pourrait aider à prévenir les longs temps d'attente pour les patients occupant un lit de soins actifs qui ont besoin d'une place de réadaptation.

L'hôpital 1 nous a informés qu'étant donné que le délai est de moins de deux heures, en raison de la planification préalable des admissions et des mises en congé qui ont lieu le même jour, il n'était pas nécessaire de faire le suivi du délai qui s'écoule entre le moment où une place se libère et celui où elle est occupée par un nouveau patient.

L'hôpital 2 a indiqué qu'il planifie à l'avance le moment auquel les patients sont admis et mis en congé, et que le délai est donc de moins d'une journée. Par conséquent, il nous a dit qu'il ne mettrait pas en oeuvre cette recommandation.

L'hôpital 3 fait actuellement le suivi et la surveillance, au moyen d'un système électronique, du délai qui s'écoule avant qu'une personne occupe un lit pour patient hospitalisé. Il effectue un suivi mensuel des temps d'attente pour des lits, et si le taux d'occupation chute sous la cible de 95 %, il examine alors le délai qui s'écoule avant que des lits soient occupés. L'hôpital a indiqué que les places libres sont généralement occupées le jour même ou le jour suivant.

- conformément à la Loi sur l'assurance-santé, facturer une quote-part uniquement aux patients en réadaptation lente qui ne devraient pas être en mesure de rentrer chez eux.

**État : Hôpital 1 : Pleinement mise en oeuvre.**

**Hôpital 2 : Ne sera pas mise en oeuvre. Cela nous semble approprié étant donné que cette recommandation n'est pas applicable à cet hôpital.**

**Hôpital 3 : Pleinement mise en oeuvre.**

### Détails

En 2013, un des deux hôpitaux visités ayant des lits de soins continus complexes (SCC) facturait une quote-part à tous ses patients en SCC, y compris les patients en réadaptation lente, quel que soit le pronostic quant à leur retour à la maison, et ce, en contravention de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Durant notre audit de 2013, l'hôpital 1 se conformait déjà à la *Loi sur l'assurance-santé* en ne facturant une quote-part qu'aux patients en réadaptation lente pour lesquels un retour à la maison n'était pas envisagé.

L'hôpital 2 n'a pas de lits de réadaptation lente pour patients hospitalisés, et il n'est donc pas visé par cette recommandation.

L'hôpital 3 a indiqué qu'il s'était conformé à la *Loi sur l'assurance-santé* à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 en cessant de facturer une quote-part aux patients en réadaptation lente pour lesquels un retour à la maison est envisagé.

## Services aux patients externes

### Recommandation 3

*Pour mieux s'assurer que les patients ont accès rapidement aux services aux patients externes dont ils ont besoin, les hôpitaux doivent :*

- établir l'ordre de priorité des patients en fonction de leurs besoins et non en fonction d'autres facteurs, par exemple s'ils proviennent d'un programme interne destiné aux patients hospitalisés de l'établissement ou de l'extérieur;
- État : Hôpitaux 1, 2 et 3 : Pleinement mise en oeuvre.**

### Détails

Notre audit de 2013 a révélé qu'il n'existait pas de politique à l'échelle de la province ou des RLISS pour déterminer l'ordre de priorité des patients figurant dans les listes d'attente; chaque hôpital avait ses propres méthodes. Dans deux des hôpitaux visités, la politique était d'accorder la priorité aux patients qui attendaient depuis plus longtemps. Le troisième hôpital a expliqué



qu'il tenait également compte de facteurs comme la nature des problèmes de santé du patient et le risque de chute.

En 2014, l'hôpital 1 a embauché un coordonnateur du roulement des patients, qui est ergothérapeute, expressément chargé de s'assurer que l'ordre de priorité est établi comme il se doit en fonction des besoins des clients et du caractère urgent de ces besoins. Cet hôpital nous a dit que depuis 2013-2014, seulement cinq renvois ont été refusés, et ce, parce que l'établissement n'offrait pas les services dont avaient besoin les patients.

L'hôpital 2 nous a dit qu'en ce qui concerne tous les renvois à ses programmes de réadaptation pour patients externes, l'ordre de priorité est fondé sur les besoins, comme les risques pour la sécurité du patient, le délai écoulé depuis la blessure et l'amélioration possible de l'état de santé du patient. En outre, cet hôpital a une clinique de réadaptation orthopédique qui traite exclusivement les patients qui ont subi une chirurgie à l'établissement. Tous les autres hôpitaux relevant de ce RLISS qui pratiquent des chirurgies et offrent des services de réadaptation pour patients externes fonctionnent de la même façon. Dans le cadre de ce système d'aiguillage fermé, l'ordre de priorité des patients est aussi établi en fonction des besoins.

L'hôpital 3 nous a dit qu'il établissait l'ordre de priorité des patients en fonction des besoins cliniques, et qu'il aiguillait ceux-ci vers le programme qui correspondait le mieux à leurs besoins. En outre, cet hôpital a indiqué que, pour être admis aux services de réadaptation, un patient doit avoir des objectifs fonctionnels et l'on doit pouvoir raisonnablement s'attendre à ce qu'il les atteigne.

- *évaluer la nécessité ainsi que les coûts et les avantages de la prestation de services le soir et la fin de semaine;*

**État : Hôpitaux 1, 2 et 3 : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

En 2013, nous avons constaté que l'une des raisons pour lesquelles il peut être difficile d'obtenir des services pour patients externes est l'absence ou le nombre réduit de services offerts le soir et la fin de semaine pour les patients qui ne peuvent pas se présenter durant le jour en semaine.

L'hôpital 1 nous a dit que ses cliniques de réadaptation pour patients externes répondent à la demande avec leurs « heures d'ouverture » du lundi au vendredi, et que les temps d'attente sont courts à ces cliniques. Cependant, l'hôpital n'avait procédé à aucune analyse officielle, et il a indiqué qu'il ajouterait une question à son sondage auprès des patients externes pour déterminer si les patients souhaitent que les heures de service soient prolongées. Il n'a pas fourni d'échéancier précis pour la pleine mise en oeuvre de cette recommandation.

L'hôpital 2 a dit qu'il procéderait d'ici le 31 mars 2016 à une évaluation des coûts et des avantages de l'offre de services le soir et la fin de semaine, en tenant compte notamment des indicateurs de qualité et des ressources disponibles. Au moment de notre audit de 2013, le service d'orthopédie postopératoire pour les patients externes offrait des services le soir à cet hôpital.

L'hôpital 3 a indiqué qu'il mettrait au point une méthode pour déterminer le coût de l'offre d'un accès prolongé aux services pour les patients externes en 2015-2016. L'hôpital a mentionné que la mise en oeuvre de cette recommandation nécessiterait un financement tenant compte du coût additionnel associé à la prolongation des heures de service, ou qu'il devrait réduire ses heures de service durant la journée du lundi au vendredi.

- *en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), élaborer des pratiques uniformisées pour des problèmes de santé courants, par exemple les arthroplasties totales, en ce qui concerne le moment où il convient*

*de commencer la thérapie pour les patients externes, ainsi que le type et la durée de la thérapie.*

**État : Hôpital 1 : Pleinement mise en oeuvre.**

**Hôpital 2 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici mars 2017.**

**Hôpital 3 : Pleinement mise en oeuvre.**

### Détails

Dans notre audit de 2013, nous avons mentionné que, sauf pour les programmes à l'intention des victimes d'un accident vasculaire cérébral, il existait peu de pratiques exemplaires en Ontario concernant la thérapie pour les patients externes, comme le moment où la thérapie doit commencer, l'étendue de la thérapie, le type de traitement qui devrait être offert, la durée des séances et le nombre de semaines de thérapie.

L'hôpital 1 nous a informés qu'il suivait les pratiques exemplaires figurant dans les actes médicaux fondés sur la qualité du Ministère pour les services de réadaptation destinés aux patients externes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, ce qui comprend des pratiques normalisées concernant le moment auquel il convient de commencer la thérapie pour les patients externes, ainsi que le type et la durée de la thérapie. Cet hôpital participe également à plusieurs groupes de travail en vue d'élaborer des normes de pratiques exemplaires pour les services de réadaptation à la suite d'une fracture ou d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou.

L'hôpital 2 nous a dit qu'il fait partie d'un réseau régional de réadaptation qui se réunit tous les mois afin de normaliser les pratiques en matière de réadaptation pour les interventions orthopédiques courantes. Cet hôpital a mentionné qu'il suit depuis septembre 2014 les protocoles normalisés figurant dans les actes médicaux fondés sur la qualité du Ministère pour les cas d'arthroplastie totale de la hanche ou du genou et les cas de fracture de la hanche, qui prévoient des échéanciers précis concernant le début des services de réadaptation, le nombre de séances devant être offertes, ainsi que

la durée et les modalités des services. Cependant, il compte également d'autres populations de patients, comme des personnes ayant une lésion cérébrale acquise ou un traumatisme médullaire, pour lesquelles il n'existe pas de pratiques régionales ou provinciales normalisées. L'hôpital 2 a indiqué que cette recommandation sera probablement mise en oeuvre intégralement en mars 2017, car il attend des recommandations additionnelles de la part du sous-groupe de l'Alliance responsable des actes médicaux fondés sur la qualité pour les patients externes.

L'hôpital 3 a dit qu'il avait adopté les pratiques exemplaires figurant dans les actes médicaux fondés sur la qualité du Ministère pour les problèmes de santé courants de patients externes, comme les arthroplasties totales de la hanche ou du genou.

*De plus, les hôpitaux devraient recueillir de l'information afin de mieux s'assurer que les ressources offertes aux patients externes sont utilisées de façon efficiente et efficace, par exemple de l'information sur le nombre de rendez-vous annulés et les absences des patients;*

**État : Hôpitaux 1, 2 et 3 : Pleinement mise en oeuvre.**

### Détails

En 2013, un seul hôpital faisait le suivi, dans l'une de ses deux cliniques, de l'optimisation de l'emploi du temps des thérapeutes, du nombre de rendez-vous annulés par les patients et du nombre d'absences des patients. Les deux autres hôpitaux ne faisaient pas le suivi de ces données. L'hôpital 1 a mis au point un rapport pour surveiller les cibles relatives aux patients externes, notamment les volumes de patients, les temps d'attente, les admissions et les mises en congé. Ce rapport est examiné tous les jours par le personnel hospitalier et toutes les semaines par la haute direction. L'information sur les annulations et les absences de patients est recueillie manuellement à l'heure actuelle. L'hôpital s'emploie à normaliser ces définitions, afin qu'on puisse procéder à des comparaisons entre toutes les

unités. L'hôpital 1 nous a informés qu'il est en voie d'acquiescer et de mettre en oeuvre d'ici mars 2016 un nouveau système d'établissement des horaires.

L'hôpital 2 consigne le nombre de rendez-vous chaque jour, ainsi que le nombre d'annulations et le nombre d'absences de patients dans tous les secteurs relatifs aux patients externes.

L'hôpital 3 recueille des données sur l'utilisation des services par les patients externes, notamment les nouvelles visites, les suivis, les annulations et les absences de patients. Durant notre dernier audit en 2013, cet hôpital surveillait les temps d'attente et la durée des séjours dans les programmes destinés aux patients externes au moyen de son système électronique de gestion des listes d'attente. L'hôpital 3 nous a dit qu'il a depuis perfectionné son système, et qu'il utilise celui-ci activement pour déclarer les temps d'attente.

*Les hôpitaux devraient recueillir de l'information afin de mieux s'assurer que les ressources offertes aux patients externes sont utilisées de façon efficiente et efficace, par exemple sur l'évolution des capacités fonctionnelles des patients externes entre le début et la fin du programme de réadaptation.*

**État : Hôpital 1 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici mars 2017.**

**Hôpital 2 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici janvier 2018.**

**Hôpital 3 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici juin 2017.**

### Détails

Notre audit de 2013 a révélé que les patients externes recevant des services de réadaptation n'étaient pas évalués au moyen d'un outil uniformisé en vue de déterminer l'amélioration de leurs capacités fonctionnelles; par conséquent, il y avait peu d'information permettant de savoir si les programmes destinés aux patients externes sont efficaces.

Les trois hôpitaux attendent que l'Alliance achève l'établissement d'indicateurs particuliers

des résultats devant être inclus dans un système normalisé de production de rapports pour tous les hôpitaux de la province. Les trois hôpitaux prévoient mettre en oeuvre les recommandations de l'Alliance, qui devraient être formulées en mars 2017.

L'hôpital 1 collabore avec l'Alliance et le groupe de travail de son réseau régional de réadaptation responsable des patients externes en vue de déterminer l'outil le plus approprié pour mesurer l'amélioration des capacités fonctionnelles.

L'un des sites de l'hôpital 2 utilise des indicateurs des résultats au début et à la fin des traitements de réadaptation pour tous les patients. Cet hôpital ne dispose pas à l'heure actuelle d'une fonction centrale de production de rapports concernant l'évolution des capacités fonctionnelles des patients, sauf pour sa clinique de physiothérapie.

Bien que l'hôpital 3 mesure les capacités fonctionnelles de chacun des patients, aucun outil normalisé ni aucune fonction centrale de production de rapports ne sont utilisés à l'échelle de tous les centres de réadaptation pour les patients externes afin de déterminer si la thérapie offerte aux patients externes est efficace.

## Problèmes de santé courants exigeant une réadaptation

### Recommandation 4

*Pour mieux s'assurer que les patients ayant subi un AVC reçoivent les services de réadaptation qui répondent à leurs besoins et que les ressources en réadaptation sont utilisées efficacement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit collaborer avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour mettre en oeuvre, au moins à titre d'essai, les pratiques exemplaires en matière de réadaptation après un AVC et de roulement des patients qui sont acceptées par le Groupe d'experts sur la réadaptation et les soins continus complexes du Ministère, y compris celles qui concernent l'accès rapide et l'étendue de la thérapie.*

**État : En voie d'être mise en oeuvre d'ici mars 2017.**

### Détails

Lors de notre audit de 2013, aucun des hôpitaux que nous avons visités ayant un programme de réadaptation après un AVC ne faisait le suivi de l'étendue de la thérapie reçue par chacun des patients. Le nombre et le type de séances de thérapie après un AVC que chaque patient recevait étaient fondés sur le jugement professionnel de ses thérapeutes.

Après notre audit de 2013, le Ministère, en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario, a élaboré un manuel clinique concernant les actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ). Le manuel clinique concernant les AMFQ contient des recommandations en matière de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour certains types de maladies ou d'interventions. En mars 2015, le manuel clinique concernant les AMFQ relatifs aux AVC a été mis à jour de manière à y inclure les soins postactifs, et des travaux étaient en cours pour élaborer des AMFQ posthospitaliers. Le Ministère n'a pas imposé d'échéance pour l'instauration des AMFQ dans les hôpitaux, mais il a indiqué qu'il collaborerait avec les RLISS et les hôpitaux pour favoriser la mise en oeuvre rapide des recommandations en matière de pratiques exemplaires. Le manuel clinique concernant les AMFQ prévoit l'accès à des services de réadaptation dans un délai de cinq à sept jours, et ce paramètre, de concert avec l'intensité des services de réadaptation et la durée de la thérapie, a été inclus dans la fiche annuelle de rendement de l'Ontario Stroke Network. Cela permettra au Ministère de déterminer si les patients ayant subi un AVC ont accès en temps opportun à des services de réadaptation.

En outre, chaque RLISS associé aux hôpitaux que nous avons visités a instauré des pratiques exemplaires en matière de réadaptation après un AVC :

- Le RLISS du Centre-Toronto a mis en oeuvre un programme d'amélioration des services cliniques relatifs aux AVC pour s'assurer que les patients ayant subi un AVC reçoivent des services de réadaptation qui répondent à leurs besoins et que les services de réadaptation

sont utilisés efficacement. Le Stroke Implementation Group du RLISS du Centre-Toronto a mis au point des approches normalisées pour la planification du programme, et il a défini des indicateurs de rendement ainsi que des processus relatifs aux services de réadaptation pour les patients externes afin de surveiller et de mesurer le rendement du programme.

- Dans le RLISS de Champlain, le Réseau régional des AVC Champlain dispose d'un comité sur la réadaptation après un AVC qui met l'accent sur l'amélioration du roulement des patients et du rendement des services de réadaptation pour les patients ayant subi un AVC à l'échelle de la région. Un système pilote de réadaptation dans la collectivité après un AVC est en cours d'élaboration. Ce groupe de travail multisectoriel est en train de mettre au point un modèle concernant la réadaptation dans la collectivité pour les patients ayant subi un AVC.
- Le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) collabore avec le Central South Regional Stroke Network et le centre régional/de district de traitement pour les victimes d'AVC en vue d'établir un système intégré de rétablissement après un AVC aigu qui prévoit la prestation de soins normalisés et fondés sur des données probantes, permet l'obtention de meilleurs résultats pour les clients, favorise la viabilité du système et améliore la coordination des soins prodigués aux victimes d'AVC. Il est prévu de développer un système intégré de rétablissement après un AVC pour le Système de santé de Niagara.

## Surveillance du rendement

### Recommandation 5

*Pour améliorer le rendement des services de réadaptation, les hôpitaux doivent :*

- *en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère),*

*élaborer des mesures du rendement normalisées qui donneront aux hôpitaux des renseignements utiles et permettant l'analyse comparative, afin de situer leur rendement par rapport à celui des autres hôpitaux et, le cas échéant, de mieux cerner les points à améliorer;*

**État : Hôpital 1 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici mars 2017.**

**Hôpital 2 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici janvier 2018.**

**Hôpital 3 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici juin 2017.**

### Détails

Notre audit de 2013 a révélé que les mesures du rendement faisant l'objet d'un suivi variaient d'un hôpital à l'autre, ce qui limite la capacité des hôpitaux, des RLISS et du Ministère de comparer le rendement et donc de déterminer quelles sont les meilleures pratiques en matière de réadaptation.

L'Alliance s'emploie à mettre au point des indicateurs de rendement et des indicateurs des résultats normalisés. On s'attend à ce que les cibles et les rapports sur le rendement soient établis d'ici mars 2017, et les trois hôpitaux se sont engagés à faire en sorte que les recommandations soient mises en oeuvre à ce moment-là.

Durant le suivi, l'hôpital 1 nous a informés qu'il soumet des données, notamment l'information sur les patients externes et les cas de fracture de la hanche, à son réseau régional de réadaptation, et qu'à compter de 2015-2016, il transmettra à son RLISS les renseignements sur les volumes d'admissions et de mises en congé, le nombre de visites et la fréquentation.

L'unité spécialisée de réadaptation de l'hôpital 2 fait l'objet d'une analyse comparative par rapport à un organisme de réadaptation particulier qui prodigue des soins de réadaptation à une population de patients semblables au moyen du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR). Le SNIR, exploité par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), recueille des données sur les caractéristiques et l'efficacité des services

de réadaptation dans plus de 2 000 établissements de réadaptation pour adultes dans 6 provinces. L'hôpital 2 soumet les données au SNIR, et le personnel hospitalier extrait l'information de la base de données du SNIR pour surveiller les activités et le rendement de cet hôpital tous les trois mois. L'hôpital 2 utilise déjà tous les indicateurs des résultats pour la réadaptation orthopédique; cependant, il ne dispose d'aucune plateforme ni d'aucun forum pour faire rapport sur ceux-ci.

Le réseau régional de réadaptation de l'hôpital 3 compare, à l'échelle du RLISS, les données sur les places en réadaptation pour les patients hospitalisés dans les domaines des AVC, de l'orthopédie et des personnes âgées fragiles. Des bases de référence en matière de rendement sont établies pour l'orthopédie par Qualité des services de santé Ontario et dans le manuel clinique concernant les actes médicaux fondés sur la qualité, et pour les AVC dans la fiche de rendement de l'Ontario Stroke Network.

- mener des sondages auprès des fournisseurs de soins aux patients, comme le prévoit la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous (la Loi);

**État : Hôpital 1 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici mars 2016.**

**Hôpital 2 : Peu ou pas de progrès.**

**Hôpital 3 : Peu ou pas de progrès.**

### Détails

Dans notre audit de 2013, nous avons mentionné qu'aux termes de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, tous les organismes de soins de santé doivent mener des sondages auprès des patients et des fournisseurs de soins au moins une fois par exercice. Notre audit a révélé qu'aucun des hôpitaux visités n'avait mené de sondages auprès des fournisseurs de soins, et que seulement deux hôpitaux avaient mené des sondages auprès des patients externes.

En mars 2015, l'hôpital 1 a amorcé un sondage pilote auprès de fournisseurs de soins dans une unité de patients hospitalisés. Le sondage a été

achevé et mis en oeuvre dans toutes les unités de patients hospitalisés, sauf celle des soins palliatifs. Cet hôpital s'emploie actuellement à concevoir un sondage destiné aux fournisseurs de soins palliatifs.

L'hôpital 2 a dit qu'il ne mène pas de sondages auprès des fournisseurs de soins, parce que la plupart des patients en réadaptation sont autonomes et en mesure de prendre leurs propres décisions. Il a mentionné qu'en ce qui concerne la tranche de patients qui ne sont pas autonomes, les fournisseurs de soins peuvent remplir le sondage au nom des patients. Le sondage permet aussi aux patients de formuler des commentaires sur le fardeau imposé aux fournisseurs de soins, et l'hôpital 2 encourage les fournisseurs de soins à répondre au sondage avec les patients. L'hôpital 2 nous a informés qu'il examinerait la possibilité de créer un sondage à l'intention des fournisseurs de soins au printemps 2016.

L'hôpital 3 a réalisé peu de progrès dans la mise en oeuvre de notre recommandation, mais il a mentionné qu'il examinerait la possibilité de mener des sondages auprès des fournisseurs de soins d'ici juin 2016.

- mener des enquêtes visant à déterminer le degré de satisfaction des patients externes.

**État : Hôpitaux 1 et 3 : Pleinement mise en oeuvre.  
Hôpital 2 : En voie d'être mise en oeuvre d'ici mars 2017.**

#### Détails

L'hôpital 1 a déjà mis en oeuvre des sondages sur la satisfaction des patients externes, et il s'agit d'un processus permanent.

L'hôpital 2 a mené des sondages sur la satisfaction des patients dans certains de ses secteurs liés aux patients externes. Il nous a dit qu'il lui restait à concevoir des sondages auprès des patients externes recevant des services de réadaptation spécialisés, et que ces sondages seraient probablement mis en oeuvre d'ici 2016-2017.

L'hôpital 3 a mené des sondages sur la satisfaction des patients externes depuis notre audit de 2013.