

Services d'ambulance terrestre

Contexte

La prestation des services d'ambulances en Ontario est régie par la *Loi sur les ambulances* (la *Loi*). En vertu de cette loi, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée doit assurer « l'existence dans tout l'Ontario d'un réseau équilibré et intégré de services d'ambulance et de services de communication utilisés pour l'expédition d'ambulances ».

Le 1^{er} janvier 2001, la province a transféré la responsabilité des services d'ambulances terrestres aux 40 municipalités de palier supérieur et à 10 agents de prestation désignés dans des régions éloignées (municipalités). La *Loi* stipule que chaque municipalité doit « veiller à la fourniture satisfaisante des services d'ambulances terrestres dans la municipalité, conformément aux besoins des personnes qui s'y trouvent ». Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée (le ministre) finance 50 % des coûts admissibles approuvés des services municipaux d'ambulances terrestres, et 100 % des coûts approuvés des centres de répartition, des ambulances des Premières nations et des territoires non érigés en municipalités, et des services d'urgence connexes. Il doit également veiller au respect de normes minimales pour tous les aspects des services d'ambulances.

L'Ontario compte 22 centres de répartition des ambulances terrestres, dont 11 sont administrés par

la province, 7 par des hôpitaux, 3 par des municipalités et 1 par un exploitant du secteur privé. Par ailleurs, 21 bases hospitalières assurent la formation, l'agrément et la supervision médicale en cours d'emploi du personnel paramédical. Seuls les services d'ambulances agréés en vertu de la *Loi* sont autorisés à exercer leurs activités dans la province.

La Direction des services de santé d'urgence (la Direction), qui fait partie de la Division des services en matière de soins actifs, administre le rôle et les responsabilités du ministre en vertu de la *Loi*. En 2004-2005, le ministre a dépensé quelque 358 millions de dollars au titre des services d'ambulances terrestres, dont 241 millions ont été transférés aux municipalités pour les services d'ambulances terrestres, comme le montre la figure 1.

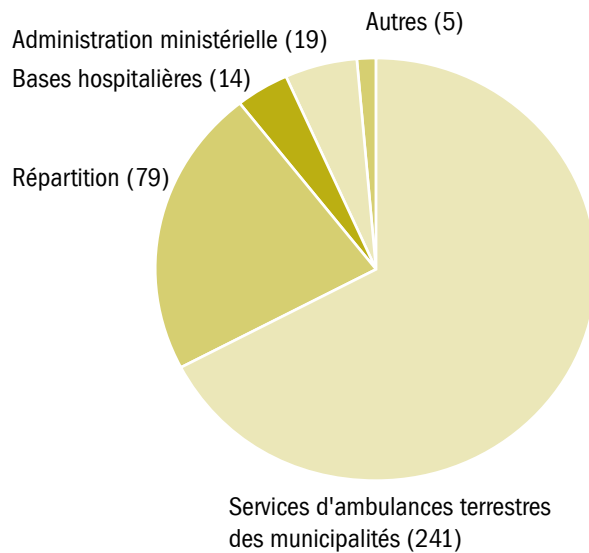
Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à déterminer si le ministre avait mis en place des procédures pour s'assurer :

- que les services d'ambulances terrestres étaient fournis de manière rentable et conformément à ses attentes, notamment en ce qui concerne la conformité aux lois et politiques applicables;
- que le rendement au chapitre de la prestation des services d'ambulances terrestres était

Figure 1 : Dépenses du ministère au titre des services d'ambulances terrestres, 2004-2005 (en millions de dollars)

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée



mesuré et qu'il en était fait rapport de façon appropriée.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait, en conséquence, les sondages et autres procédures que nous jugeons nécessaires dans les circonstances. Les critères utilisés pour établir l'objectif de la vérification ont fait l'objet de discussions avec la haute direction du ministère, qui les a acceptés.

Notre vérification portait principalement sur les activités au bureau principal et aux bureaux régionaux de la Direction, ainsi que dans un échantillon de centres de répartition et de bases hospitalières. Nous avons également rencontré des représentants de l'Association of Municipal Emergency Medical Services of Ontario. Nous n'avons pas compté sur le Service de vérification interne du ministère pour réduire la portée de notre vérification, car il n'avait pas effectué d'examen récent des services d'ambulances terrestres.

Résumé

Nous avons conclu que le ministère devait prendre des mesures additionnelles pour relever bon nombre des défis signalés lors de notre vérification de l'an 2000 des Services de santé d'urgence et donner suite aux recommandations connexes formulées par le Comité permanent des comptes publics. En particulier, le ministère ne s'est pas assuré que les municipalités responsables offraient des services d'ambulances terrestres équilibrés et intégrés à l'échelle de la province. En outre, les deux tiers des exploitants de services d'ambulances terrestres ne respectaient pas les délais d'intervention prescrits dans la loi, et le coût total du programme avait augmenté de 94 % en quatre ans. Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- Les limites municipales pouvaient avoir un impact sur la prestation des services de santé. Par exemple, dans le cadre de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux, les municipalités sont tenues de transférer les patients au centre pour accidents cérébro-vasculaires le plus proche. Au moment de notre vérification, toutefois, au moins deux municipalités ne participaient pas à la Stratégie et ne transféraient donc pas les patients au centre le plus proche à moins d'avoir reçu des fonds additionnels du ministère parce que le centre le plus proche était situé à l'extérieur de leurs limites.
- Le ministère ne cherchait pas à déterminer si les transferts interinstitutionnels des patients étaient effectués de la manière la plus appropriée et la plus rentable possible. Le manque de transport efficace en temps opportun peut se répercuter sur les soins au patient. Par exemple, un rendez-vous manqué pour un test diagnostique peut retarder le traitement et prolonger le séjour à l'hôpital.

- Malgré les 30 millions de dollars additionnels fournis par le ministère, les délais d'intervention des ambulances ont augmenté dans 44 % des municipalités entre 2000 et 2004. En outre, 32 des 50 municipalités, ou 64 %, n'ont pas respecté les délais d'intervention prescrits dans la loi en 2004, bien que les exigences aient été basées sur les délais d'intervention réels de 1996. Notre rapport de vérification de 2000 sur les Services de santé d'urgence contenait une observation semblable, à savoir qu'en 1998 et durant le premier semestre de 1999, de 50 % à 60 % des municipalités n'avaient pas respecté les délais d'intervention exigés par la loi.
- Quinze des 18 centres de répartition qui déclaraient des renseignements n'expédiaient pas les ambulances dans les délais prescrits par le ministère. Un autre centre de répartition administré par une municipalité n'avait pas signifié son intention de se conformer à ces délais. En fait, il avait été incapable de respecter les normes à cet égard.
- Le total des coûts engagés par la province et les municipalités pour fournir les services d'ambulance a augmenté de 94 % en quatre ans, passant de 352 millions de dollars en 1999-2000 à 683 millions en 2003-2004. En revanche, le nombre total d'appels d'ambulance pour le transport des patients est resté à peu près au même niveau.
- La répartition actuelle des responsabilités et le financement des services d'ambulances terrestres peuvent conduire à divers niveaux de service à l'échelle de la province pour les gens ayant des besoins semblables et vivant dans des régions semblables. Les variations dans le service peuvent notamment découler des différentes assiettes fiscales municipales.
- Dans le cadre de l'initiative d'analyse comparative des services municipaux de l'Ontario, on a calculé que le coût par ménage des services d'ambulances terrestres fournis en 2003 se situait entre 57 \$ et 150 \$ et s'établissait en

moyenne à 89 \$ pour les 12 municipalités qui déclaraient des renseignements. Nous avons remarqué que le ministère n'avait pas cherché à déterminer si les différents niveaux de financement s'étaient traduits par différents niveaux de service aux patients.

Le ministère doit également prendre des mesures pour régler les problèmes suivants, dont la plupart étaient déjà signalés dans notre rapport de vérification de l'an 2000 :

- Certaines municipalités ont connu d'importants retards dans l'acceptation, par les hôpitaux, des patients arrivant par ambulance. Par exemple, la Ville de Toronto a déclaré que ces retards avaient coûté entre 4,5 et 5 millions de dollars en 2004, dont une grande partie était attribuable à la hausse des coûts des heures supplémentaires. En outre, dans environ 40 % des cas urgents et immédiats à l'échelle de la province, après l'arrivée de l'ambulance, il a fallu plus de 40 minutes à l'hôpital pour accepter le patient.
- Bien que le ministère ait généralement examiné les services dans le délai prescrit de trois ans, il a découvert entre 2002 et 2004 que plus de 40 % des exploitants de services d'ambulance ne répondaient pas aux normes d'agrément, et ce, même après avoir été avisés de l'examen à l'avance. Au moins 50 % des exploitants qui ne répondaient pas aux normes d'agrément n'ont pas fait l'objet, dans les six mois suivants, d'une inspection ou d'un examen de suivi devant permettre au ministère de s'assurer que les lacunes graves avaient été corrigées.
- Le ministère n'a pas établi de processus opérationnels d'examen et d'assurance de la qualité visant tous les centres de répartition pour s'assurer que ceux-ci se conforment à ses normes. Bien que nous lui ayons recommandé dans notre rapport de vérification de l'an 2000 de soumettre l'ensemble des centres de répartition à un examen dans des délais raisonnables et que le ministère ait accepté notre recommandation, il n'y a pas eu d'examen périodiques des activi-

tés de ces centres. Nous avons été informés que de tels examens nuiraient au fonctionnement des centres de répartition, eux qui doivent déjà composer avec des problèmes de dotation (au cours d'une période de sept mois, les répartiteurs d'ambulances ont connu près d'un départ pour deux arrivées) ainsi qu'avec l'introduction de nouvelles technologies.

En ce qui concerne les rapports sur le rendement, nous avons noté que le ministère ne s'efforçait guère de soumettre la prestation des services d'ambulances terrestres à une évaluation annuelle et d'en rendre compte au public, mais que certaines municipalités prenaient des mesures en ce sens. Nous avons constaté que plusieurs autres administrations rendent compte au public des délais d'intervention et d'autres mesures du rendement des services d'ambulances terrestres.

Constatations détaillées de la vérification

RESPONSABILITÉ DES SERVICES D'AMBULANCES TERRESTRES

Au 1^{er} janvier 2001, la province avait transféré la responsabilité de la prestation des services d'ambulances terrestres aux municipalités dans le cadre du remaniement des services locaux de l'Ontario (remaniement). Dans notre vérification des Services de santé d'urgence publiée dans notre *Rapport spécial sur l'obligation de rendre compte et l'optimisation des ressources (2000)*, nous exprimions notre inquiétude que le remaniement ne réponde pas à ses objectifs : améliorer la responsabilité, réduire le gaspillage et les doubles emplois, et offrir des services gouvernementaux améliorés et moins coûteux aux contribuables de l'Ontario.

Nous craignons notamment que le réseau de services d'ambulances remanié ne soit pas équilibré et

intégré, comme l'exige la *Loi sur les ambulances*, et qu'il ne coûte plus cher aux contribuables de l'Ontario. Divers groupes d'intervenants, dont le ministère, le Groupe consultatif provincial des bases hospitalières, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et le Comité chargé de déterminer qui fait quoi, ont exprimé des préoccupations connexes. Par exemple, des experts-conseils du ministère ont indiqué en 1999 que les municipalités s'efforceraient probablement de réaliser des économies de coût qui ne sont peut-être pas dans le meilleur intérêt des services d'ambulances à l'échelle de la province. Dans la même veine, en 1999, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a souligné que les segments séparés avaient tendance à s'occuper de leurs propres exigences sans tenir compte des besoins du réseau d'ambulances dans son ensemble.

Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous recommandions au ministère de s'assurer, une fois le remaniement terminé, que les services d'ambulances terrestres sont fournis conformément aux cinq principes fondamentaux adoptés :

- La continuité : l'ambulance disponible la plus proche et convenant le mieux au cas devrait intervenir auprès d'un patient, en tout temps et dans n'importe quel territoire de compétence, sans égard aux limites municipales.
- L'accessibilité : les municipalités devraient assurer un accès raisonnable aux services d'ambulances et veiller à ce que ceux-ci répondent à une demande d'où qu'elle provienne.
- La responsabilité : les services d'ambulances devraient être tenus de rendre des comptes aux municipalités et au ministère sur le plan médical, opérationnel et financier.
- L'intégration : les services d'urgence et de transfert devraient être intégrés aux autres services de santé.
- La sensibilité : les services d'ambulances devraient être sensibles aux fluctuations de la demande sur le plan des soins de santé de même que sur le plan démographique, socio-économique et médical.

En 2001, le Comité permanent des comptes publics a recommandé que, dans son évaluation du remaniement des services d'ambulances terrestres, le ministère se penche sur des questions telles que la mise à jour des normes, notamment en ce qui concerne les délais d'intervention ainsi que l'impact financier sur les municipalités et la province, et qu'il détermine si la prestation des services est conforme aux cinq principes fondamentaux susmentionnés.

Le ministère et l'Association des municipalités de l'Ontario (AMO) ont créé le Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres pour faciliter, surveiller et évaluer le transfert des services. En juin 2003, quatre ans après l'établissement du Comité, l'AMO a informé le ministère qu'elle était préoccupée par le peu de progrès réalisé dans les grands dossiers liés aux services d'ambulances et le rôle du Comité, et que les municipalités cesseraient de participer au processus jusqu'à ce qu'il y ait une possibilité et une volonté réelles de régler ces problèmes critiques en temps plus opportun. Le ministère a convenu que le Comité n'avait plus sa raison d'être, parce qu'à son avis une grande partie des problèmes préoccupant les municipalités, comme les délais d'intervention, les normes opérationnelles et le financement, avait été réglée. Mais, comme il est expliqué ci-après, bon nombre de ces problèmes n'ont pas été résolus de façon satisfaisante.

Réseau équilibré et intégré de services

Au moment de notre vérification de l'an 2000, le ministère a affirmé qu'avant le remaniement, les services d'ambulances de l'Ontario constituaient un réseau continu ignorant les limites municipales et expédiaient l'ambulance la plus proche, quelle que soit la municipalité d'origine. En 2001, le Comité permanent des comptes publics a recommandé au ministère d'établir des normes provinciales régissant les pratiques et procédures en matière d'expédition des ambulances afin de maintenir la continuité du système.

Les documents ministériels publiés depuis le remaniement font état d'un nombre croissant de cas non urgents dans lesquels les centres de répartition n'ont pas expédié l'ambulance disponible la plus proche et signalent qu'à la demande des municipalités, les limites des centres de répartition ont généralement été harmonisées avec les limites municipales. Dans son rapport de mai 2004, le groupe de travail sur les transferts, par ambulance terrestre, des patients souffrant d'une affection aiguë — qui se composait principalement de représentants du ministère et des bases hospitalières — faisait remarquer que, pour améliorer la prestation des services locaux d'ambulance en cas d'urgence, les municipalités refusaient les demandes non urgentes de transfert interinstitutionnel et les appels d'ambulance qui obligeaient leurs véhicules à franchir les limites municipales. Bien que les centres de répartition déterminent *quelle* ambulance répond à un appel donné, ce sont les municipalités qui décident où leurs ambulances attendent le prochain appel. Ainsi, pour réduire au minimum le nombre d'ambulances expédiées dans les municipalités voisines, les municipalités peuvent positionner celles-ci au centre-ville, de manière à les éloigner le plus possible de ses limites.

La réticence croissante des municipalités à permettre à leurs ambulances de franchir les limites municipales a également eu un impact sur l'intégration d'un certain nombre d'initiatives spécialisées en matière de santé, dont la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux. Instituée en 2003, la Stratégie a abouti à la création de centres régionaux et de district pour le traitement de ces accidents afin d'offrir aux patients un accès continu à un équipement spécialisé et à des neurologues. Elle avait pour but de réduire au minimum l'impact des accidents vasculaires cérébraux en évaluant, en diagnostiquant et en traitant les patients dans le délai critique de trois heures. Lorsqu'on demande une ambulance, le personnel paramédical utilise un protocole pour déterminer si le patient devrait être transporté au centre pour accidents

vasculaires cérébraux le plus proche. Or, le centre le plus proche se trouve parfois à l'extérieur des limites municipales.

Le ministère nous a informés qu'en mai 2005, au moins deux municipalités ne participaient pas à la Stratégie et ne transféraient donc pas les patients au centre pour accidents vasculaires cérébraux le plus proche parce que celui-ci se trouvait à l'extérieur de leurs limites. Elles refusaient de le faire à moins de recevoir des fonds additionnels du ministère. Une de ces municipalités a ensuite décidé de participer à la Stratégie après l'ouverture d'un centre pour accidents vasculaires cérébraux à l'intérieur de ses limites municipales. Nous avons également appris que certaines municipalités craignaient que le fait de transporter des patients à l'extérieur de leurs limites ne nuise à leur capacité à répondre aux urgences susceptibles de survenir à l'intérieur de leurs frontières.

RECOMMANDATION

Pour que le public reçoive les meilleurs soins possibles en cas d'urgence, le ministère doit déterminer les mesures à prendre pour assurer la continuité, l'accessibilité et l'intégration des services d'ambulances terrestres, sans égard aux limites municipales.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère et les municipalités se sont engagés à respecter le principe d'un réseau continu, accessible et intégré de services d'ambulances terrestres dans le protocole d'entente qu'ils ont signé au moment de la transition de ces services. En cas d'urgence, les répartiteurs envoient toujours l'ambulance la plus proche qui convient le mieux à la situation. Cela est conforme à la loi, selon laquelle les municipalités sont tenues d'offrir des services répondant aux besoins de leurs habitants. Dans les cas non urgents, le facteur temps est moins important, et il n'est pas essentiel d'utiliser l'ambulance la plus proche.

Jusqu'ici, une fois qu'un centre pour accidents vasculaires cérébraux a été établi dans une municipalité et que les protocoles connexes ont été mis en œuvre, les patients de cette municipalité sont amenés au centre en question. Le ministère continue de travailler avec les centres pour accidents vasculaires cérébraux, les municipalités et les centres de répartition afin d'assurer la continuité de ce programme.

Le ministre a récemment annoncé que des représentants des municipalités et de la province se réuniraient pour discuter de certains enjeux liés aux services d'ambulances terrestres. Plusieurs des enjeux soulevés dans cette recommandation devraient être examinés lors de ces réunions.

Transferts entre établissements de cas non urgents

La plupart des appels prévus non urgents concernent le transfert de patients entre établissements de soins de santé — par exemple, entre deux hôpitaux ou entre un hôpital et une maison de soins infirmiers. Comme le groupe de travail sur les transferts, par ambulance terrestre, des patients souffrant d'une affection aiguë le faisait remarquer dans son rapport de mai 2004, les demandes non urgentes de transfert ont beaucoup augmenté, notamment en raison de la spécialisation accrue des hôpitaux dans certains secteurs de traitement. Le manque de transport efficace en temps opportun peut se répercuter sur les soins au patient. Par exemple, un rendez-vous manqué pour un test diagnostique peut retarder le traitement et prolonger le séjour à l'hôpital. Les données du ministère révèlent qu'en 2004, plus de 40 % des transferts prévus accusaient plus de 20 minutes de retard par rapport à l'heure promise.

En 1997, le ministère a remis aux hôpitaux un guide précisant quels patients devaient être transportés par ambulance, à savoir ceux dont l'état

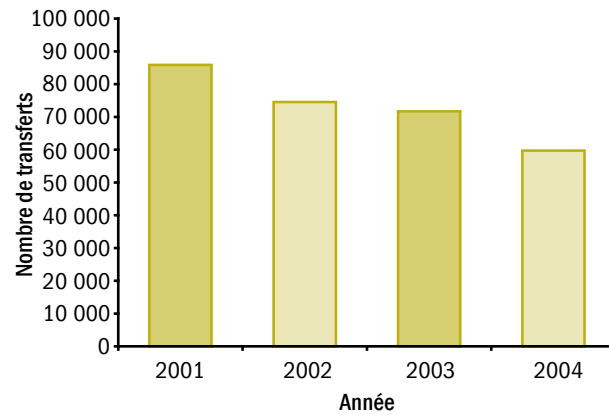
était jugé instable par le médecin, qui devaient être accompagnés par du personnel des soins de santé et qui avaient besoin d'une civière. Le guide n'interdisait pas l'utilisation d'ambulances dans d'autres circonstances, mais il recommandait d'envisager des moyens de transport moins coûteux comme les taxis, les services de transport médical privés dotés de civières et les organismes bénévoles.

D'après les renseignements sur le nombre de transferts entre établissements, auxquels le ministère a accès depuis juin 2003, il y aurait eu quelque 350 000 transferts durant l'exercice 2004-2005. Cependant, le ministère n'a ni suivi ni analysé le nombre total de transferts interinstitutionnels prévus assurés par des services de transport médical du secteur privé, le nombre de transferts par ambulance qui auraient pu être assurés par des services de transport médical, ou le nombre de transferts effectués par des services de transport médical pour lesquels il aurait fallu faire appel à des ambulances. Sans cette information, le ministère est incapable de déterminer si les transferts répondent aux besoins des patients de la manière la plus économique possible. Le ministère est d'avis que l'utilisation des services de transport médical a augmenté depuis le transfert des services d'ambulances aux municipalités, ce qui est compatible avec l'importante diminution du nombre de transferts interinstitutionnels prévus par ambulance depuis 2001, comme l'illustre la figure 2.

Les appels non urgents auraient peut-être diminué davantage si les hôpitaux avaient dû payer les services d'ambulances comme elles doivent le faire pour les services de transport médical privés. De nombreux hôpitaux continuent d'appeler des ambulances pour les transferts non urgents. En outre, comme les ambulances doivent répondre aux exigences réglementaires en matière de véhicules et de dotation, tandis que les services de transport médical ne sont pas assujettis à ces normes, nous admettons que les hôpitaux puissent opter pour les ambulances par égard pour la sécurité des patients.

Figure 2 : Nombre de transferts interinstitutionnels prévus, par ambulance

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée



Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous recommandions au ministère et aux municipalités d'élaborer et d'instaurer ensemble des normes visant à assurer la sécurité des passagers, et de préciser le recours aux moyens de transport les plus économiques pour le transfert des patients dont le cas ne constitue pas une urgence. Les transferts entre établissements étaient également l'une des principales priorités du Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres. Un rapport d'expert-conseil, commandé par le ministère au nom du Comité en 2002, recommandait de réglementer les services de transport médical et d'utiliser les ambulances principalement en cas d'urgence. L'expert-conseil concluait que la plupart, mais non la totalité, des professionnels des soins de santé comprenaient que les services de transport médical ne devaient être utilisés que pour les patients médicalement stables dont le cas n'est pas urgent. Il ajoutait que certains fournisseurs de soins de santé croyaient, à tort, que les services privés de transport médical étaient réglementés au même titre que les exploitants de services d'ambulances.

Dans son rapport de mai 2004, le groupe de travail sur les transferts, par ambulance terrestre, des patients souffrant d'une affection aiguë indiquait que la réglementation des services de transport

médical constituait le minimum requis pour assurer la sécurité des patients. Il ajoutait que, pour améliorer la prestation locale des services d'ambulance en cas d'urgence, les municipalités refusaient les demandes non urgentes de transfert interinstitutionnel et les appels d'ambulance obligeant leurs véhicules à franchir les limites municipales. Le rapport observait que le réseau actuel de services d'ambulances ne répondait pas à tous les besoins; que les municipalités mettaient l'accent sur la conformité aux normes en matière de délais d'intervention en cas d'urgence, tandis que les hôpitaux s'efforçaient d'assurer les transferts interinstitutionnels en temps opportun afin de faire la meilleure utilisation possible des lits disponibles, des services diagnostiques et des autres ressources. Il recommandait d'élaborer de nouveaux règlements provinciaux sur les services de transport médical afin d'assurer la sécurité des patients et de responsabiliser les exploitants. Au moment de notre vérification, aucune mesure n'avait été prise pour donner suite aux recommandations du rapport. Le ministère nous a toutefois informés qu'il examinerait les points soulevés par le groupe de travail dans le cadre de son plan d'action élargi pour la transformation des services de santé.

RECOMMANDATION

Comme nous le recommandions dans notre vérification antérieure des Services de santé d'urgence, publiée dans notre *Rapport spécial sur l'obligation de rendre compte et l'optimisation des ressources (2000)*, le ministère doit s'employer avec les municipalités et les hôpitaux à :

- élaborer et instaurer des normes pour les services de transport médical non ambulancier afin d'assurer la sécurité des passagers;
- prendre des mesures qui encourageront le recours aux ressources les plus économiques pour le transfert prévu des patients dont le cas n'est pas urgent.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Au printemps 2005, le ministère a désigné un responsable pour la transformation des services de transport médical dans la province. Un groupe de travail a été mis sur pied pour présenter des recommandations au ministère sur la gouvernance et la prestation futures des services de transport médical non ambulancier et le recours à des services de transport appropriés pour les transferts entre établissements.

DÉLAIS D'INTERVENTION

Délais d'intervention des services d'ambulances

Comme le montre la figure 3, les appels d'ambulance pour le transport des patients sont généralement classés par ordre de priorité par les centres de répartition.

Un règlement pris en application de la *Loi* exige des exploitants qu'ils répondent aux critères énoncés dans les normes ministérielles d'agrément des ambulances terrestres. Ces normes stipulent que les services d'ambulances doivent répondre à 90 % des appels urgents (code 4) dans les délais réellement respectés dans 90 % des cas en 1996. Le délai d'intervention est le temps écoulé entre la prise de contact du répartiteur avec l'équipage de l'ambulance et l'arrivée de l'ambulance sur les lieux.

Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous faisons remarquer qu'entre 50 % et 60 % des municipalités n'avaient pas respecté leurs délais d'intervention de 1996 en 1998 et durant le premier semestre de 1999, période précédant le remaniement. Nous avons également recommandé au ministère de prendre, de concert avec les municipalités, des mesures correctives dans les cas où les délais d'intervention n'avaient pas été respectés. En 2001, le Comité permanent des comptes publics a lui aussi recommandé au ministère

Figure 3 : Ordre de priorité des appels d'ambulance

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

code 4	appel urgent	danger de mort ou risque de perte d'un membre
code 3	appel immédiat	sérieux, mais stable ou suivi par un professionnel
code 2	appel planifié	transfert prévu entre institutions
code 1	appel non urgent	retard ne menaçant pas la sécurité du patient

[traduction] « d'assurer la conformité aux normes municipales en matière de délais d'intervention pour toutes les administrations de la province. Les résultats de cette surveillance doivent faire l'objet d'évaluations et de rapports périodiques [...] Des mesures correctives doivent être prises immédiatement en cas de non-conformité. »

Comme nous le mentionnions dans notre rapport de vérification de l'an 2000, le ministère estimait qu'il faudrait environ 52 millions de dollars pour assurer le respect des délais d'intervention de 1996, y compris un financement annuel permanent de 40 millions. En 2001, le ministère a demandé aux municipalités d'élaborer des stratégies visant à réduire les délais d'intervention. Les municipalités ont répondu que la mise en œuvre de ces stratégies coûterait 156 millions de dollars. En 2001-2002, pour aider à réduire les délais d'intervention, le ministère a distribué un financement fédéral ponctuel de 10 millions de dollars pour l'acquisition de nouvelles ambulances et le remplacement d'autres équipements médicaux. En 2002-2003, il a commencé à offrir 30 millions de dollars additionnels aux municipalités qui fournissaient un montant égal à la somme fournie par la province et qui s'engageaient à réduire les délais d'intervention des services d'ambulances de 10 % en moyenne. Cependant, la mise à jour ministérielle de juillet 2004 sur le transfert des services d'ambulances terrestres dans le cadre du remaniement des services locaux indiquait que le problème de l'allongement des délais d'intervention n'avait pas encore été réglé. Bien que 36 municipalités aient amélioré leurs

délais d'intervention entre 2003 et 2004, 32 des 50 municipalités n'avaient toujours pas réussi à respecter leurs délais d'intervention de 1996 en 2004, et 22 d'entre elles affichaient des délais plus longs qu'en 2000. Le ministère a reconnu en 2005 que les initiatives prises jusqu'ici pour améliorer les délais n'avaient connu qu'un succès mitigé.

Délais d'intervention fondés sur des données probantes

Les normes en matière de délais d'intervention en cas d'urgence en Ontario varient beaucoup selon les régions. Elles sont basées sur le temps réellement écoulé entre l'expédition de l'ambulance et son arrivée sur les lieux, mesuré à l'échelle de la province en 1996. Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous avons constaté que les délais d'intervention exigés pour les appels de code 4 variaient considérablement, même lorsque les municipalités étaient comparables sur le plan géographique. Nous avons recommandé au ministère d'examiner, de concert avec les municipalités, les exigences en matière de délais d'intervention du point de vue du caractère raisonnable et de l'uniformité, et d'apporter des ajustements, au besoin. Le ministère a répondu qu'il examinerait les normes, y compris les délais d'intervention, en collaboration avec les municipalités. En 2000, il a informé le Comité permanent des comptes publics que les municipalités lui avaient demandé d'envisager l'élaboration de normes fondées sur des données probantes par l'entremise du Sous-comité des normes du Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres (CDMOTSAT). Or, comme il est indiqué plus haut, le CDMOTSAT a été démantelé à l'automne 2003 et aucun changement n'a été apporté aux normes en matière de délais d'intervention.

Dans d'autres provinces, bien que les normes ou lignes directrices en matière de délais d'intervention ne soient généralement pas prescrites par la loi, elles sont souvent basées sur des facteurs tels

que la densité de population et la géographie. Pour les appels urgents par exemple, la Colombie-Britannique propose, comme délai entre la réception de l'appel et l'arrivée de l'ambulance sur les lieux, un objectif de moins de 9 minutes dans 90 % des cas en milieu urbain et de moins de 15 minutes dans 90 % des cas en milieu rural. La Nouvelle-Écosse s'est fixé des objectifs semblables pour les appels urgents, soit moins de 9 minutes en milieu urbain, moins de 15 minutes en banlieue, et moins de 30 minutes en milieu rural, et ce, dans 90 % des cas tous lieux confondus. Comme nous l'avons déjà mentionné, le ministère mesure généralement le temps écoulé entre l'appel du répartiteur à l'équipage de l'ambulance et l'arrivée du véhicule sur les lieux (contrairement aux provinces précitées, qui mesurent le temps écoulé entre la réception de l'appel au centre de répartition et l'arrivée de l'ambulance sur les lieux). Le ministère a toutefois accédé à notre demande et produit des rapports sur les délais entre la réception de l'appel et l'arrivée de l'ambulance sur les lieux, ventilés selon les catégories établies par le ministère (zones urbaines, suburbaines, rurales et du Nord), comme l'illustre la figure 4.

L'Angleterre possède une norme nationale en matière de délais d'intervention, depuis la communication des renseignements critiques par la personne qui appelle jusqu'à l'arrivée du véhicule d'intervention d'urgence, de huit minutes ou moins, dans 75 % des cas, pour les appels concernant une menace immédiate à la vie. Nous avons noté qu'en Ontario, le délai d'intervention comparable réel pour les appels urgents en 2004 était de 10 minutes et 32 secondes, dans 75 % des cas, soit à peu près deux minutes et demie de plus qu'en Angleterre.

Une intervention rapide est essentielle à la survie et au bien-être des patients ayant certains types de blessures ou de maladies, particulièrement les victimes d'arrêt cardiaque. En 1994, le ministère a financé l'Étude ontarienne sur les soins préhospitaliers avancés de maintien des fonctions vitales (EOSPAMFV) pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes dans la plani-

Figure 4 : Délais d'intervention¹ de l'Ontario, selon le type de région, 2004²

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Type de région	Plus court (minutes ³)	Plus long (minutes ³)
Urbaine	14	17
Suburbaine	13	18
Rurale	15	30
Nord	11	28

¹ Les délais d'intervention sont calculés à partir du moment de la réception de l'appel jusqu'à l'arrivée de l'ambulance sur les lieux, dans 90 % des cas.

² Les résultats excluent cinq municipalités sur lesquelles le ministère n'avait pas d'information.

³ Les résultats sont arrondis à la minute la plus proche.

fication des services médicaux d'urgence. Cette étude, d'une durée de huit ans, a porté sur 21 collectivités et quelque 10 000 victimes d'arrêt cardiaque. Elle examinait la valeur relative d'un accès rapide aux soins d'urgence, d'une réanimation cardio-respiratoire (RCR) précoce, d'une défibrillation rapide et de l'intervention d'ambulanciers paramédicaux de niveau avancé, pour la survie des personnes ayant subi un arrêt cardiaque en milieu extra-hospitalier.

En 2003, les chercheurs de l'EOSPAMFV ont conclu qu'un délai d'intervention de six minutes entre la réception de l'appel et l'arrivée sur les lieux aurait pu améliorer les taux de survie de 3,6 %, soit 51 vies de plus par an, dans les collectivités examinées. Ils ajoutaient que, d'après une étude sur l'utilisation de défibrillateurs externes automatiques d'accès public dans les casinos, le taux de survie atteignait 74 % lorsque la défibrillation commençait dans les trois minutes suivant l'arrêt cardiaque.

En 2004, les chercheurs de l'EOSPAMFV faisaient état de vies sauvées grâce à des interventions de RCR par des personnes présentes sur les lieux, combinées à une défibrillation rapide. Dans de nombreuses collectivités de l'Ontario, les services d'incendie et de police coopéraient avec les services d'ambulances au traitement des victimes d'arrêt cardiaque et à d'autres interventions en cas d'urgence, car ils arrivent souvent avant l'ambu-

lance. Ces arrangements sont volontaires et varient selon la municipalité. Les chercheurs ont également noté que le placement stratégique de défibrillateurs externes automatiques dans des lieux publics tels que les centres commerciaux pourrait aider à sauver un plus grand nombre de vies. Par ailleurs, le *New England Journal of Medicine* signalait en 2004 qu'on pouvait accroître le nombre de survivants d'arrêts cardiaques dans les lieux publics en montrant à des volontaires comment effectuer une défibrillation précoce dans le cadre d'un système d'intervention structuré et en leur fournissant l'équipement nécessaire, concluant que des non-professionnels ayant reçu une formation adéquate pouvaient utiliser des défibrillateurs externes automatiques de manière sécuritaire et efficace. Les chercheurs de l'EOSPAMFV ayant constaté que seulement 15 % des arrêts cardiaques survenaient dans des lieux publics, il ne serait guère raisonnable de placer des défibrillateurs dans tous les lieux fréquentés par le public. Les chercheurs recommandaient néanmoins d'en placer dans des lieux stratégiques tels que les casinos.

RECOMMANDATION

Pour faire en sorte que les délais d'intervention en cas d'urgence, y compris dans le cas des arrêts cardiaques, répondent aux besoins des patients dans l'ensemble de la province, le ministère doit :

- de concert avec les municipalités, examiner les exigences actuelles en matière de délais d'intervention du point de vue du caractère raisonnable et de l'uniformité, et apporter des ajustements, au besoin;
- travailler en étroite collaboration avec les municipalités pour les aider à répondre aux exigences en matière de délais d'intervention;
- évaluer les coûts et avantages d'un système d'intervention en cas d'urgence pleinement coordonné qui comprend des défibrillateurs

externes automatiques d'accès public placés dans des lieux stratégiques.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministre a récemment annoncé que des représentants des municipalités et de la province se réuniraient pour discuter de certains enjeux liés aux services d'ambulances terrestres. Les normes et le rendement en matière de délais d'intervention devraient être examinés à ce moment-là.

Le 11 août 2005, le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS) a demandé au Secrétariat des services consultatifs médicaux du ministère d'évaluer les technologies de la santé et d'analyser la politique des divers volets d'un système coordonné de première intervention en cas d'urgence. Cette évaluation englobe les délais d'intervention et l'utilisation de défibrillateurs externes automatiques (DEA) pour améliorer les chances de survie en cas d'arrêt cardiaque. Les résultats seront communiqués au CCOTS d'ici la mi-décembre. Après cet examen, le CCOTS présentera des recommandations au sous-ministre et au système de soins de santé sur les milieux dans lesquels les DEA sont rentables. Ces recommandations devraient aider à planifier la répartition des DEA en Ontario à l'avenir.

Délais d'expédition des ambulances

Les normes en matière de délais d'expédition des ambulances en cas d'urgence (appels de code 4) sont énoncées dans le guide des centres de répartition pour les centres gérés par le ministère et dans les marchés passés avec les exploitants pour les centres administrés par des hôpitaux, des municipalités et un exploitant du secteur privé. Selon ces documents, le préposé aux appels doit obtenir l'information nécessaire sur le patient pour détermi-

ner la priorité de l'appel et l'acheminer à un répartiteur dans un délai de 45 secondes, dans 90 % des cas. Le répartiteur, quant à lui, doit choisir et aviser l'équipe d'ambulanciers dans un délai de 75 secondes, dans 90 % des cas. Le centre de répartition dispose donc d'un total de deux minutes pour choisir et aviser l'équipe d'ambulanciers après avoir reçu l'appel. Aucune norme n'a été établie pour les appels de code 3 ou autres.

Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous avons constaté que la plupart des centres de répartition ne se conformaient pas aux normes en matière de délais d'expédition. Nous avons recommandé au ministère de surveiller la conformité aux normes afin de pouvoir prendre des mesures correctives en temps opportun, au besoin. Comme nous en discutons plus en détail dans la section Examens des centres de répartition, ces centres utilisaient divers processus d'assurance de la qualité, bien que le ministère nous ait informés qu'il avait mis à l'essai un processus normalisé. Le ministère n'avait toutefois pas examiné les services fournis par les centres de répartition depuis notre dernière vérification. Nous avons également remarqué que 15 des 18 centres de répartition qui surveillaient les délais d'intervention en 2004 n'avaient pas avisé l'équipe d'ambulanciers dans les deux minutes suivant la réception de l'appel. Quatre centres dépassaient de plus de 30 secondes la norme de deux minutes. Durant la présente vérification, nous avons remarqué que le ministère n'avait pas signé d'entente de rendement avec le plus grand centre de répartition de l'Ontario pour officialiser son engagement à respecter les normes en matière de délais d'intervention et que ce centre de répartition avait même dépassé la norme en matière de délais d'expédition d'environ 110 secondes en 2004.

La technologie de localisation automatique des véhicules (LAV) fait appel à des satellites de positionnement mondial et à des transmetteurs terrestres pour repérer l'emplacement géographique des véhicules en temps réel sur une carte. Le ministère des Transports utilise cette technologie pour locali-

ser tous ses véhicules de déneigement et d'entretien (les siens et ceux des entrepreneurs) pour pouvoir répondre aux appels et dégager les routes de la façon la plus économique possible. En cas d'urgence médicale, la technologie LAV peut aider les répartiteurs à localiser l'ambulance la plus proche du patient.

Le ministère nous a informés que la technologie LAV ne serait pas intégrée au nouveau système d'expédition assisté par ordinateur, qu'il a commencé à mettre en œuvre dans les centres de répartition en 2002, parce qu'il la considérait alors comme une technologie émergente. Cependant, pour réduire les délais d'expédition, le ministère a dépensé environ 3,4 millions de dollars, à compter de l'exercice 2003-2004, afin d'acquérir la technologie LAV. Un centre de répartition administré par une municipalité qui avait mis en œuvre la technologie LAV avant les initiatives actuelles du ministère dispose d'ailleurs d'un système incompatible avec les autres systèmes de la province. Ses ambulances ne sont donc pas visibles dans le système des autres centres. À la fin de nos travaux sur place, le ministère avait lancé un projet visant à intégrer la technologie LAV aux systèmes d'expédition assistés par ordinateur. Nous verrons où en est cette intégration durant notre prochaine vérification des Services de santé d'urgence.

RECOMMANDATION

Pour s'assurer que les centres de répartition répondent aux exigences en matière de délais d'expédition des ambulances, le ministère doit surveiller le rendement de tous les centres de la province et prendre des mesures correctives en temps opportun, au besoin.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le rendement des centres de répartition en ce qui concerne les délais de traitement des appels fait actuellement l'objet d'une surveillance trimestrielle à l'échelle de la province. En cas de non-conformité à la norme, une évaluation

est entreprise pour déterminer la cause de la lacune. Une fois la lacune cernée, des mesures sont prises (par exemple, formation du personnel et demandes de ressources additionnelles) afin d'améliorer le rendement.

Temps passé par les ambulances dans les hôpitaux

Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous notions que certaines ambulances connaissaient des retards pour les raisons suivantes :

- elles n'avaient pas reçu la permission de transporter le patient à l'hôpital le plus proche;
- les patients transportés par ambulance devaient attendre avant d'être admis à l'hôpital.

Ces retards étaient généralement attribuables aux salles d'urgence déclarées pleines par les hôpitaux. Pour régler le problème, le ministère a introduit le Système d'ordre de priorité des patients en 2001. Ce système trie les patients selon l'échelle canadienne de triage et de gravité, reconstruite ailleurs dans le monde et utilisée dans les salles d'urgence des hôpitaux depuis de nombreuses années. Ce système envoie les cas les plus urgents à l'hôpital le plus proche. L'Institut de recherche en services de santé continue d'étudier l'échelle en ce qui concerne les résultats pour les patients et l'utilisation des ressources en soins de santé.

Le ministère nous a informés que le Système d'ordre de priorité des patients permettait généralement de s'assurer que les patients de code 4 ou 3 étaient transportés à l'hôpital le plus proche, au besoin. Le Système ne tenait toutefois pas compte des longues périodes durant lesquelles l'ambulance devait attendre que l'hôpital soit prêt à admettre le patient. Ces périodes d'attente font augmenter le risque de délais d'intervention insatisfaisants pour les autres patients, car l'ambulance qui attend qu'un patient soit admis à l'hôpital n'est pas disponible pour répondre aux autres appels. En décembre 2004, la Ville de Toronto a estimé que les périodes

d'attente dans les hôpitaux avaient coûté entre 4,5 et 5 millions de dollars en 2004, en grande partie à cause des heures supplémentaires requises. Elle a ajouté que le nombre et la durée de ces périodes d'attente étaient à la hausse et qu'elles constituaient le principal obstacle à surmonter pour que Toronto puisse se conformer à la norme en matière de délais d'intervention.

À notre demande, le ministère a calculé, pour l'année 2004, combien de temps il fallait à une ambulance pour livrer un patient après son arrivée à l'hôpital. Il a constaté que les délais variaient beaucoup selon les régions, mais que, dans environ 40 % des appels de code 4 et 3, la livraison du patient après l'arrivée à l'hôpital prenait plus de 40 minutes. Deux municipalités affichaient même des délais de plus de 90 minutes dans 10 % des appels.

Durant l'hiver 2005, le ministère a établi un groupe de travail sur les services d'urgence des hôpitaux et l'efficacité des ambulances pour qu'il donne des conseils dans un certain nombre de domaines, dont la gestion du transfert de la responsabilité pour le soin des patients des services d'ambulances aux services d'urgence des hôpitaux. Le rapport final devait être terminé avant le 31 mars 2005, mais nous avons été informés en mai 2005 qu'il n'avait pas été finalisé et qu'aucune ébauche n'était disponible.

RECOMMANDATION

Pour promouvoir l'utilisation efficace des services de santé d'urgence et améliorer les soins aux patients, le ministère, de concert avec les municipalités et les hôpitaux, doit prendre des mesures appropriées pour réduire au minimum les longues périodes que les patients doivent passer dans l'ambulance avant d'être admis par l'hôpital.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministre a établi le groupe de travail sur les services d'urgence des hôpitaux et l'efficacité

des ambulances en février 2005. Le ministère examinera les recommandations du groupe et, de concert avec les hôpitaux et les services d'ambulances terrestres, prendra des mesures pour réduire l'impact des retards dans l'admission, par les hôpitaux, des patients transportés par ambulance.

FINANCEMENT

Coûts financés par le ministère

En 2001, le Comité permanent des comptes publics a recommandé au ministère d'évaluer le remaniement, y compris ses répercussions financières sur les municipalités et la province.

Nous avons constaté que le coût total des services de santé d'urgence en Ontario avait augmenté de 94 % en quatre ans, passant de 352 millions de dollars lors de l'exercice 1999-2000 à un montant estimatif de 683 millions en 2003-2004. Les documents du ministère attribuaient cette hausse à trois principaux facteurs :

- Les salaires du personnel paramédical ont augmenté. Comme les salaires représentent environ 85 % du coût total des services d'ambulances terrestres, les hausses salariales peuvent avoir un impact substantiel sur les coûts du programme.
- Le nombre d'ambulanciers paramédicaux a augmenté de 18 % entre 2001 et 2004.
- Le nombre d'ambulances a augmenté.

La hausse du nombre d'ambulanciers paramédicaux et d'ambulances découlait de l'augmentation des appels d'ambulance et des efforts déployés pour réduire les délais d'intervention. Le nombre total d'appels d'ambulance a augmenté d'environ 19 % depuis 2000. Ce nombre comprend tous les appels visant à repositionner les ambulances qui attendent la prochaine demande d'intervention. Quand ces appels de repositionnement sont exclus, le nombre total de demandes d'intervention reste à peu près au même niveau, comme le montre la figure 5.

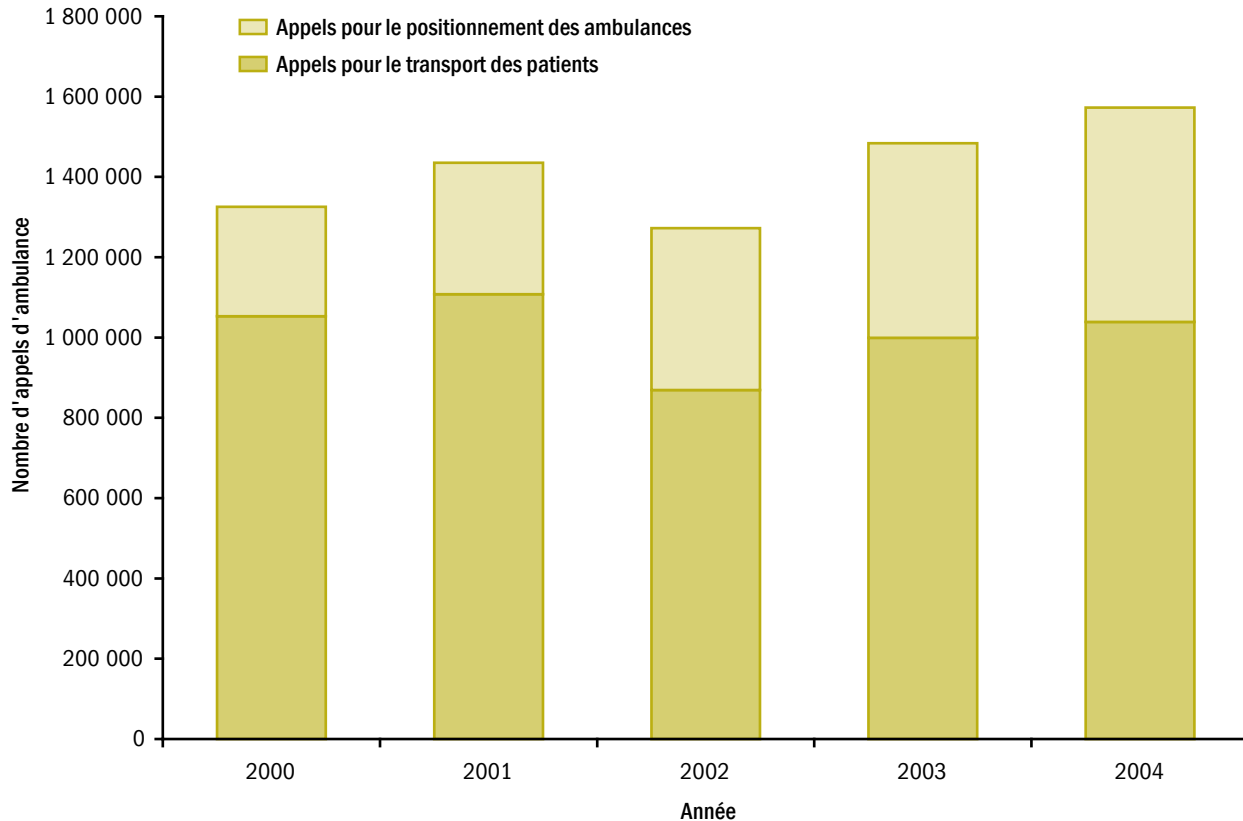
Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous recommandions au ministère d'élaborer un processus pour évaluer les besoins relatifs, garantir un financement raisonnable et équitable à l'échelle de la province, et définir les coûts municipaux admissibles au financement provincial. En 2001, le Comité permanent des comptes publics a d'ailleurs recommandé au ministère de déterminer les coûts municipaux immédiats et à long terme associés à la prestation des services de santé d'urgence et de prendre des mesures pour garantir un financement provincial raisonnable et équitable.

Bien que, comme nous l'indiquions dans notre rapport de vérification de l'an 2000, le ministère ait laissé entendre que la qualité des soins et des services pourrait être inégale entre les municipalités et dans l'ensemble de la province (à cause, par exemple, des différences sur le plan des assiettes fiscales municipales), il ne s'est pas assuré que les niveaux de service étaient comparables dans les régions semblables de l'Ontario. En fait, le ministère nous a dit qu'il fallait s'attendre à différents niveaux de service parce que les municipalités n'ont pas toutes les mêmes ressources. Dans le cadre de l'initiative d'analyse comparative englobant 17 municipalités ontariennes qui recensent et partagent les statistiques sur le rendement et les meilleures pratiques opérationnelles, on a calculé qu'en 2003, le coût par ménage des services d'ambulances terrestres administrés par les municipalités se situait entre 57 \$ et 150 \$ pour les 12 municipalités ayant déclaré des renseignements et s'établissait en moyenne à 89 \$ pour les municipalités participantes.

Le ministère n'a pas récemment cherché à évaluer les coûts réellement engagés pour respecter les normes de 1996 en matière de délais d'intervention ni à déterminer si le financement ministériel mis à la disposition des municipalités était raisonnable et équitable pour assurer l'existence partout en Ontario d'un réseau équilibré et intégré de services d'ambulances terrestres. En fait, il fournit généralement aux municipalités un financement équivalant à 50 % des coûts admissibles approu-

Figure 5 : Nombre total d'appels d'ambulance, de 2000 à 2004

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée



vés, selon la formule élaborée de concert avec le Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres et basée sur les fonds ministériels disponibles. Les coûts admissibles approuvés se fondent principalement sur les niveaux de service et les coûts antérieurs à 2001, année où la province a cédé la responsabilité des services d'ambulances aux municipalités en leur versant des fonds additionnels pour les ajustements négociés et d'autres initiatives comme celle touchant les délais d'intervention.

La formule de financement permettait au ministère d'envisager un financement additionnel dans des circonstances spéciales, à condition que la municipalité présente des arguments convaincants à l'appui de sa demande. Bien que, comme le montrent les documents du ministère, la plupart des municipalités aient satisfait à cette condition, il n'y avait pas de fonds ministériels additionnels pour répondre aux besoins cernés. Par ailleurs, les 30

millions de dollars affectés à l'initiative d'amélioration des délais d'intervention n'ont pas été répartis en fonction des besoins relatifs des municipalités, mais plutôt des mesures proposées par celles-ci pour réduire les délais d'intervention. La répartition des fonds a également été influencée par le fait que les municipalités devaient fournir un montant égal à celui reçu du ministère.

Le financement ministériel est donc inférieur à 50 % des dépenses totales déclarées par les municipalités. Par exemple, les documents du ministère révèlent que la province a payé 47 % des coûts estimatifs des services d'ambulances terrestres en 2003, contre 53 % pour les municipalités. Or, certaines municipalités ont payé plus de 60 % des coûts. Le ministère a d'ailleurs estimé que les coûts réels dépasseraient les coûts admissibles approuvés de 72 à 103 millions de dollars en 2005, principalement en raison des hausses salariales des ambulanciers paramédicaux, dont certaines ont été détermi-

nées par un arbitre nommé par le gouvernement (le ministère ne couvre que 1 % des coûts admissibles approuvés associés aux hausses salariales, les municipalités finançant le reste). D'après les estimations de l'Association of Municipal Emergency Medical Services of Ontario, qui représente les exploitants des services d'ambulances terrestres de l'Ontario, les fonds fournis par le ministère en 2005 couvriraient entre 28 % et 45 % du total des coûts des ambulances terrestres déclarés par les municipalités.

RECOMMANDATION

Le ministère, de concert avec les municipalités, doit élaborer un processus pour mieux assurer l'existence partout en Ontario d'un réseau équilibré et intégré de services d'ambulances terrestres.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministre a récemment annoncé que des représentants des municipalités et de la province se réuniraient pour discuter de certains enjeux liés aux services d'ambulances terrestres. Les recommandations découlant des discussions devraient promouvoir l'existence d'un réseau équilibré et intégré de services d'ambulances terrestres.

Surveillance des coûts par le ministère

Comme il est noté plus haut, le ministère subventionne jusqu'à 50 % des coûts admissibles approuvés des ambulances terrestres. Chaque municipalité envoie au ministère un relevé signé de ses coûts de fonctionnement bruts annuels, que celui-ci utilise pour confirmer les coûts admissibles. Le ministère n'exige pas de garantie additionnelle d'un tiers concernant la validité ou l'existence des dépenses déclarées et ne prévoit pas d'autres mesures de surveillance pour s'assurer que les municipalités

dépensent les fonds aux fins prévues (sauf dans le cas de l'initiative d'amélioration des délais d'intervention). Il estime que 85 % des coûts admissibles approuvés par le ministère se rapportent aux salaires et finance un maximum de 1 % des hausses salariales chaque année. Les autres coûts sont généralement financés au même taux que l'année précédente.

Selon la définition du ministère, les coûts admissibles comprennent les fonds de réserve municipaux visant à compenser les futurs coûts des services d'ambulances. Les municipalités sont autorisées à maintenir des réserves pour les indemnités de départ, le remplacement des ambulances et d'« autres » raisons, et elles doivent déclarer chaque année au ministère les sommes déposées, les montants retirés et le solde final de ces réserves. En général, cependant, le ministère n'a ni demandé ni reçu de détails sur l'utilisation prévue ou réelle des « autres » réserves. Selon les relevés de coûts signés soumis par les municipalités, les réserves cumulatives pour les services de santé d'urgence totalisaient 47 millions de dollars au 31 décembre 2003. Ce total se composait de 10 millions pour les indemnités de départ, de 16 millions pour les véhicules et de 21 millions pour les « autres » réserves. Nous avons remarqué que le ministère n'avait pas limité les fonds provinciaux que les municipalités pouvaient déposer dans les fonds de réserve. Nous avons également noté qu'il avait versé au moins 4,7 millions de dollars à une municipalité en 2003 pour ses fonds de réserve. À notre avis, le ministère devrait réévaluer l'opportunité d'autoriser les municipalités à constituer d'importants fonds de réserve et déterminer si une assurance de vérification interne ou de troisième niveau sur les coûts déclarés par les municipalités est justifiée — particulièrement pour les grandes municipalités. Il pourrait par exemple envisager de demander à ses services de vérification interne d'effectuer une vérification en fonction du risque des coûts déclarés par les municipalités.

RECOMMANDATION

Pour mieux rentabiliser le financement des services d'ambulances terrestres, le ministère doit réévaluer sa position sur les fonds de réserve municipaux alloués et envisager d'obtenir une assurance de vérification interne ou de troisième niveau sur les coûts déclarés par les municipalités lorsque cela est justifié.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère surveille actuellement les dépenses municipales, y compris les réserves, pour s'assurer que tous les fonds versés aux municipalités pour les services d'ambulances terrestres sont effectivement affectés à ces services. Étant donné les fonds requis pour couvrir le coût des véhicules, du matériel, des indemnités de départ, etc., le ministère est d'avis que les réserves accumulées par la plupart des municipalités sont raisonnables. Si une municipalité accumule d'importantes réserves, le ministère lui demande des renseignements sur l'utilisation prévue de ces réserves. Le ministère prendra d'autres mesures de suivi, au besoin, pour s'assurer que les réserves municipales sont raisonnables.

En vertu de la *Loi sur les affaires municipales*, seul le ministère des Affaires municipales et du Logement peut effectuer la vérification d'une municipalité. La *Loi sur les municipalités*, quant à elle, oblige les municipalités à se soumettre à une vérification annuelle et à présenter les états financiers vérifiés annuels au ministère des Affaires municipales et du Logement. Si le ministère le juge nécessaire, il s'emploiera avec le ministère des Affaires municipales et du Logement à obtenir une certitude additionnelle sur les coûts déclarés par les municipalités.

Facturation intermunicipale

Pour compenser les municipalités qui fournissent des services d'ambulances à l'extérieur de leurs limites, la province autorise la facturation intermunicipale du transport extra-muros par ambulance. Un règlement pris en application de la *Loi sur les ambulances* définit ce qui peut être facturé, selon le « total des coûts » et le « nombre total d'appels »; il fournit toutefois peu d'éclaircissements sur la signification de ces deux termes. Par exemple, le règlement n'indique pas :

- si le total des coûts exclut le financement provincial, ou dans quelle mesure il faut tenir compte des frais généraux ou des immobilisations, comme la construction de bases pour le stationnement et l'entretien des ambulances, dans le calcul du total des coûts;
- si le nombre total d'appels comprend tous les cas dans lesquels une ambulance a été expédiée ou seulement les cas dans lesquels un patient a réellement été transporté.

À l'automne 2002, les municipalités membres du groupe de travail sur la facturation intermunicipale, qui comprend des représentants des municipalités et du ministère, ont demandé au ministère de définir clairement le montant que les municipalités peuvent se facturer entre elles pour le transport extra-muros par ambulance. En février 2003, le ministère a fourni une définition officielle qui clarifiait en partie la signification de « total des coûts » et de « nombre total d'appels ».

Dans sa mise à jour de juillet 2004 sur le transfert des services d'ambulances terrestres dans le cadre du remaniement des services locaux, le ministère faisait observer que la facturation intermunicipale restait un problème non réglé du remaniement. Vers la fin de 2004, le ministère a appris que les représentants des municipalités étaient en train d'élaborer une proposition visant à régler la question de la facturation intermunicipale, mais il n'avait encore reçu aucun détail à ce sujet en mai 2005. Les municipalités avaient également

déploré le manque d'accès en temps opportun à des données exactes sur les appels provenant de l'extérieur de leurs limites municipales — données requises aux fins de la facturation. En avril 2005, l'Association of Municipal Emergency Medical Services of Ontario a fait enquête auprès de ses membres et a découvert que 35 répondants sur 39 n'avaient ni facturé ni payé de services intermunicipaux à d'autres municipalités depuis 2001.

RECOMMANDATION

Pour encourager les délais d'intervention les plus rapides sans égard aux limites municipales, le ministère doit travailler de concert avec les municipalités pour faciliter la facturation intermunicipale, notamment :

- en définissant clairement le montant facturable lorsqu'une ambulance franchit une limite municipale;
- en veillant à ce que les municipalités aient accès à des données exactes en temps opportun pour la facturation.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministre a récemment annoncé que des représentants des municipalités et de la province se réuniraient pour discuter de certains enjeux liés aux services d'ambulances terrestres. On s'attend à ce que les mesures nécessaires pour donner suite à cette recommandation soient examinées à ce moment-là.

Le ministère travaille également de concert avec les municipalités pour que celles-ci puissent accéder en temps opportun aux données requises pour la facturation des services d'ambulances.

ACTIVITÉS DE RÉPARTITION

Les centres de répartition coordonnent et dirigent les déplacements de l'ensemble des ambulances

terrestres en Ontario. En mai 2005, il y avait 18 centres de répartition assistés par ordinateur, dont 11 étaient administrés par le ministère, 4 par des hôpitaux et 3 par des municipalités. Les autres centres de répartition n'utilisaient pas de systèmes de répartition assistés par ordinateur. Le ministère est responsable du financement des centres de répartition, dont les dépenses ont totalisé 79 millions de dollars pour l'exercice 2004-2005.

Priorités d'expédition

Un protocole d'expédition efficace aide les centres de répartition à déterminer rapidement les problèmes éprouvés par les patients, à attribuer des codes de priorité (comme le montre la figure 3) et à donner des instructions aux personnes qui appellent. Alors que la sous-évaluation du degré de priorité peut mettre en péril la sécurité des patients, sa surévaluation systématique risque de surcharger le réseau et d'accroître les délais d'intervention pour les appels de code 4 les plus urgents.

Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous avons exprimé des préoccupations relatives au protocole d'expédition utilisé à ce moment-là et recommandé au ministère de s'assurer que les centres de répartition évaluent correctement le degré de priorité des besoins des patients. Le ministère avait répondu qu'un groupe de travail était en train d'examiner le fichier de priorité d'expédition, qui est le protocole utilisé par la plupart des centres de répartition. En 2000, le groupe de travail a conclu que le fichier était un outil périmé qui ne répondait plus aux besoins, qu'il devait être davantage axé sur les données médicales et offrir des instructions plus utiles avant l'arrivée.

En 2001, le Comité permanent des comptes publics a recommandé au ministère d'attendre que les nouvelles initiatives telles que le protocole d'expédition aient été mises en œuvre depuis un an avant de déterminer si les centres de répartition évaluent correctement le degré de priorité des besoins des patients. Le ministère nous a toutefois

informés qu'un nouveau protocole d'expédition était à l'étude, mais qu'il n'avait pas encore été mis en œuvre parce qu'il ne pouvait pas être intégré au système assisté par ordinateur alors utilisé par la plupart des centres de répartition. En conséquence, au moment de notre vérification, la plupart des centres continuaient d'utiliser le fichier original, avec certaines modifications apportées en avril 2004 pour incorporer les risques de suffocation et la RCR. Les problèmes cernés par le groupe de travail en 2000 n'ont donné lieu à aucun autre changement substantiel.

Dans son rapport d'enquête diffusé en septembre 2004, le coroner a recommandé de remplacer le fichier par un protocole d'expédition utilisé à l'échelle internationale, qui est continuellement mis à jour et amélioré en fonction des expériences des utilisateurs du système. Il ajoutait que la précision du protocole réduisait au minimum la nécessité pour les préposés aux appels et les répartiteurs de poser un jugement.

En mai 2005, 12 centres de répartition avaient mis en œuvre un nouveau système d'expédition assisté par ordinateur, et les autres centres devraient faire de même d'ici 2006. Le ministère nous a informés que ce système était compatible avec le protocole d'expédition revu et corrigé qu'il comptait introduire une fois le nouveau système d'expédition assisté par ordinateur pleinement mis en œuvre. Il prévoyait également d'examiner d'autres protocoles d'expédition sur le plan de la qualité opérationnelle et médicale, y compris le protocole international mentionné dans le rapport d'enquête du coroner, afin de déterminer la meilleure option pour l'Ontario.

RECOMMANDATION

Pour aider les centres de répartition à mieux répondre aux besoins de chaque patient, le ministère doit s'empresser de choisir un protocole d'expédition.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère est en train d'évaluer un des nombreux protocoles d'expédition utilisés à l'échelle internationale dans le cadre du projet pilote sur le service d'expédition d'ambulances de Niagara et se basera sur cette évaluation pour accélérer la décision sur le choix de protocole d'expédition.

Responsabilité de l'expédition

Pour assurer une gestion efficace et efficiente des ressources du réseau d'ambulances, il faut organiser et gérer les centres de répartition de façon appropriée. Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous soulignons qu'il existait des différences d'opinion concernant la gouvernance et la gestion des centres de répartition. Le Sous-comité sur l'expédition du Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres a déclaré que les municipalités devraient avoir le droit de gérer l'expédition des ambulances, mais qu'elles ne devraient pas y être forcées. L'Association des hôpitaux de l'Ontario, quant à elle, soutenait que la province devait rester responsable des services d'expédition d'ambulances afin d'assurer la coordination de services continus tant pour les déplacements urgents que pour les déplacements non urgents des patients.

Les experts-conseils engagés par le ministère en septembre 1998 pour examiner diverses options pour l'avenir de l'expédition des ambulances terrestres arguaient que diviser les responsabilités liées aux services d'ambulances et de répartition limitait de façon substantielle la capacité de concevoir et de mettre en œuvre un système global plus efficient et plus efficace. Ils ajoutaient que le regroupement des centres de répartition existants permettrait d'améliorer la coordination des ressources sur une plus grande échelle ainsi que l'accès des patients aux services d'urgence. Des documents ministériels

datés de 2003 indiquaient une tendance internationale à réduire le nombre de centres de répartition. Nous avons également remarqué, au moment de notre vérification, que d'autres administrations étaient en train de regrouper leurs centres de répartition. Par exemple, dans son examen stratégique de l'expédition des ambulances, censé être pleinement mis en œuvre d'ici la fin de 2006, la Nouvelle-Zélande recommandait d'éliminer plus de la moitié des centres de répartition et de placer le reste sous la gestion conjointe des services d'ambulances locaux. Bien que le ministère ait considéré les répercussions, y compris le coût, découlant de l'augmentation ou de la réduction du nombre de centres de répartition, il n'a pas formellement évalué la pertinence du nombre ou de l'emplacement des centres de répartition dans la province depuis notre dernière vérification.

Depuis 2000, année où la province comptait seulement deux centres de répartition administrés par des municipalités, le ministère a confié la gestion d'un autre centre de répartition à une troisième municipalité et, malgré les tendances susmentionnées, a approuvé la création d'un autre centre de répartition, qui sera évalué dans le cadre d'un projet pilote quinquennal visant à déterminer la possibilité pour les municipalités d'exploiter leurs propres centres de répartition. Ce centre, qui devait ouvrir ses portes en juin 2005, sera administré par une autre municipalité, dont les limites de répartition correspondront essentiellement à ses limites municipales. Le ministère prévoit d'évaluer le projet pilote afin de déterminer si les centres de répartition administrés par une municipalité marquent une amélioration par rapport à l'expédition centralisée. Étant donné la réticence croissante des municipalités à expédier leurs ambulances à l'extérieur des limites municipales, il faudra évaluer avec soin l'impact des centres de répartition administrés par des municipalités sur la continuité du système d'intervention en cas d'urgence.

RECOMMANDATION

Pour assurer une prestation intégrée, équilibrée et efficiente des services d'ambulances, le ministère doit s'efforcer de conclure son évaluation du projet pilote, particulièrement en ce qui concerne la question de la gestion municipale par rapport à la centralisation des services d'expédition, et tenir compte des pratiques exemplaires et des études réalisées par d'autres administrations dans la détermination du nombre, de l'emplacement et du mode de gestion appropriés des centres de répartition.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère s'est engagé à évaluer le projet pilote en temps opportun.

Dotation des centres de répartition

En 2001, le ministère a commandé un examen externe des activités d'un centre de répartition qu'il administrait et recommandé des modifications visant à améliorer le système d'expédition. L'examen faisait ressortir l'importance d'une dotation appropriée des centres pour que les ambulances soient expédiées le plus rapidement et le plus efficacement possible. Il notait également que de nombreux répartiteurs d'ambulances avaient démissionné pour se joindre aux centres de répartition des services municipaux d'incendie et de police. Il recommandait des salaires plus concurrentiels pour réduire le taux de roulement élevé et attirer des candidats qualifiés. Selon une autre recommandation, il fallait ramener le nombre d'appels par répartiteur à temps plein de 5 500 à 4 200 par année, ce qui se rapproche davantage de la charge de travail dans les autres administrations. Le ministère a donc approuvé des hausses salariales en 2002 et de nouveau en 2004 et modifié la politique de façon à réduire à 4 200 le nombre d'appels par répartiteur

à temps plein. Au moment de notre vérification, cependant, certains centres de répartition avaient été incapables de respecter la nouvelle norme.

En 2003, le ministère a fait observer que, malgré les modifications apportées à la politique, il restait difficile de recruter et de garder du personnel aux centres de répartition. En effet, durant les sept premiers mois de 2003, il a enregistré près d'un départ pour deux arrivées. Bien que le ministère nous ait informés qu'il examinait les taux de roulement, il était difficile d'obtenir de l'information sur le nombre total de départs en 2004. Le ministère nous a également informés que, à la suite des récentes négociations contractuelles, les répartiteurs du ministère touchaient un salaire plus concurrentiel par rapport aux répartiteurs municipaux, y compris ceux des services d'incendie et de police. Nous reviendrons sur les taux de roulement des répartiteurs lors de notre prochaine vérification.

EXAMENS

Examens des exploitants de services d'ambulances terrestres

Depuis 2000, aux termes de la *Loi sur les ambulances*, tous les exploitants de services d'ambulances terrestres doivent se soumettre au processus d'agrément au moins une fois tous les trois ans. Les examens des services effectués par des équipes de pairs dirigées par le ministère déterminent si les exploitants répondent aux normes d'agrément. Ces examens portent notamment sur le niveau et le type de service d'ambulance fourni, les compétences des fournisseurs de soins, l'entretien des véhicules et du matériel conformément aux normes, la conformité aux normes en matière de délais d'intervention, et les mesures prises pour que les patients reçoivent des soins appropriés. Le ministère considérait que les exploitants répondaient aux normes d'agrément si le seul problème était la non-conformité aux normes en matière de délais d'intervention.

Les rapports sur la conformité aux normes d'agrément, avec les recommandations connexes, sont expédiés à l'exploitant des services. Le ministère effectue des inspections ou des examens de suivi dans le cas des exploitants ayant des problèmes plus graves, pour s'assurer que les recommandations sont mises en œuvre. En vertu de la *Loi sur les ambulances*, le ministère peut aussi délivrer un ordre du directeur aux exploitants qui ne respectent pas les normes d'agrément pour les obliger à apporter des changements dans le délai prescrit.

Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous recommandions au ministère d'envisager la possibilité de mener des examens d'agrément sans avis préalable afin d'assurer une pratique de qualité constante par les exploitants. Nous avons toutefois constaté, durant la présente vérification, que le ministère continuait d'aviser les exploitants 90 jours à l'avance des examens des services. Il avait également tendance à les aviser à l'avance des inspections et des examens de suivi.

Nous avons constaté que les examens des services étaient généralement effectués dans le délai prescrit de trois ans. Nous avons toutefois calculé, en nous basant sur les dossiers du ministère, qu'entre 2002 et 2004, 43 % des exploitants n'avaient pas répondu aux normes d'agrément durant l'examen de leurs services. Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous recommandions au ministère d'effectuer en temps opportun un suivi coordonné de toutes les lacunes décelées au cours des examens de services. Au moment de la présente vérification, cependant, les politiques du ministère n'exigeaient ni examen ni inspection de suivi dans les 60 jours suivant la réception, par le ministère, de la réponse de l'exploitant au rapport d'examen des services. Qui plus est, au moins 50 % des exploitants qui ne satisfaisaient pas aux normes d'agrément en 2003 et 2004 n'ont pas fait l'objet d'une inspection ou d'un examen de suivi dans les six mois suivants.

Certains des dossiers que nous avons examinés indiquaient même qu'entre 2002 et 2004, le minis-

tère a renouvelé l'agrément d'exploitants qui ne satisfaisaient pas aux normes, et ce, sans documentation à l'appui de sa décision. Par exemple, un des exploitants en question a continué d'offrir des services d'ambulances malgré plusieurs cas de non-conformité aux normes d'agrément entre 2001 et 2004. Il a notamment mal rempli les rapports d'appel d'ambulance (y compris les détails relatifs à l'examen et à l'état du patient), mal assujetti le matériel de soins dans les ambulances, et omis d'indiquer si les ambulanciers paramédicaux avaient suivi la formation de base ou avaient été immunisés contre les maladies transmissibles.

Dans notre rapport de l'an 2000, nous avons également recommandé au ministère de préciser dans quelles circonstances il convient de révoquer le permis d'un exploitant. Au moment de la présente vérification, le ministère n'avait pas encore élaboré de politique en ce sens; il n'avait pas non plus révoqué de permis depuis 2000, année où la province a commencé à agréer les exploitants.

Le ministère a constaté que les ordres du directeur étaient souvent plus efficaces que les rapports d'examen des services pour assurer la conformité, en temps opportun, aux recommandations de l'examen, parce qu'elles s'adressaient également aux conseils municipaux. Nous avons appris que la décision d'émettre des ordres du directeur était basée sur le jugement professionnel des hauts fonctionnaires du ministère. Nous avons toutefois noté que les ordres du directeur n'étaient pas toujours dictés par les résultats de l'examen des services. Par exemple, un ordre du directeur a été délivré à un fournisseur qui avait échoué à l'examen de ses services en 2004, alors que d'autres exploitants qui avaient eux aussi échoué — et qui avaient même obtenu une note globale plus faible — n'ont pas reçu d'ordre du directeur.

RECOMMANDATION

Pour mieux s'assurer que les exploitants de services d'ambulances terrestres satisfont aux nor-

mes d'agrément, le ministère doit :

- mener, en se basant sur le risque, un nombre raisonnable d'examens des services sans avis préalable afin de renforcer l'assurance d'une pratique de qualité constante par les exploitants;
- dans les cas où les exploitants ne satisfont pas aux normes d'agrément, conduire les examens et inspections de suivi nécessaires en temps plus opportun;
- préciser quand il faudrait émettre des ordres du directeur et dans quelles circonstances il faudrait envisager de révoquer le permis d'un exploitant.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Conformément aux normes d'agrément, les examens des services d'ambulances fournis par les exploitants sont annoncés à l'avance. Comme les exploitants doivent consacrer beaucoup de temps et de ressources à l'équipe qui vient faire l'examen sur place, conduire ces examens sans avis préalable et sans planification appropriée de la part des deux parties risque fort de perturber la prestation des services d'ambulances terrestres par l'exploitant. De concert avec les représentants des municipalités, le ministère examinera les normes d'agrément et déterminera s'il est approprié de ne pas annoncer les examens des services.

La norme est d'envoyer l'ébauche de rapport d'examen au fournisseur de services dans les 60 jours suivant la fin de la visite. Le fournisseur dispose alors de 60 jours pour répondre aux conclusions de l'examen. Des visites de suivi sont prévues dans les 60 à 90 jours suivant la réception de la réponse de l'exploitant à l'ébauche de rapport d'examen. De concert avec les représentants des municipalités, le ministère examinera cette norme afin de déterminer s'il serait raisonnable de conduire des examens de suivi en temps plus opportun.

Les ordres du directeur sont réservés aux infractions qui ont un impact direct sur les soins aux patients ou la sécurité publique (par exemple, le recours à des employés non qualifiés ou l'utilisation de matériel non sécuritaire) ou aux municipalités qui omettent invariablement de se conformer à la loi ou de donner suite aux recommandations d'un examen des services. Jusqu'ici, le ministère a réussi à imposer la conformité sans avoir à révoquer le permis des contrevenants. Il déterminera dans quelles circonstances il conviendrait d'émettre un ordre du directeur ou d'envisager la révocation du permis d'un exploitant.

Examens des centres de répartition

Les examens opérationnels des centres de répartition visent à assurer la conformité aux exigences du ministère, y compris les politiques sur les compétences du personnel, la prestation appropriée des services, et les procédures à suivre pour répondre aux appels d'urgence. Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous faisons remarquer que seulement 37 % des centres de répartition avaient fait l'objet d'un examen. Nous avons recommandé au ministère de soumettre tous les centres de répartition à un examen dans des délais raisonnables et de corriger rapidement toutes les lacunes décelées. En 2001, le Comité permanent des comptes publics a également recommandé au ministère de documenter les conclusions et d'indiquer la date de ses examens opérationnels des centres de répartition afin d'assurer des contrôles, des rapports et des mesures correctives en temps opportun.

Bien que le ministère ait indiqué qu'il établirait des calendriers pour que les examens opérationnels soient effectués dans des délais raisonnables, il n'a examiné qu'un seul centre de répartition depuis notre vérification de l'an 2000, et les résultats de l'examen n'avaient pas été complétés au moment de

nos travaux sur place. Le ministère nous a informés qu'il évitait généralement de procéder à des examens de crainte de perturber l'intégrité opérationnelle des centres de répartition et de compromettre la sécurité publique, en raison des problèmes de dotation précités et d'autres pressions, dont l'introduction de nouvelles technologies. Le ministère a précisé qu'il s'attendait à ce que la dotation et la technologie des centres de répartition se stabilisent une fois que le nouveau système assisté par ordinateur de répartition des ambulances, examiné dans la section Priorités d'expédition de ce rapport, aura été pleinement mis en œuvre, en 2006. Il a ajouté qu'il était en train de remanier son processus d'examen opérationnel pour les centres de répartition et qu'il s'attendait à mettre en œuvre le processus revu et corrigé à l'automne 2005.

Malgré l'absence générale d'examens ministériels, un examen externe d'un centre de répartition, effectué à la demande des municipalités préoccupées par les activités de ce centre de répartition, recommandait au ministère d'instituer un programme bien défini et actif d'assurance de la qualité à l'interne pour :

- surveiller et évaluer régulièrement le rendement opérationnel global du centre de répartition, ainsi que le rendement de chaque répartiteur;
- cerner et mettre en œuvre les mesures correctives justifiées;
- assurer un suivi afin d'évaluer l'efficacité de ces mesures.

Le rapport faisait remarquer que des programmes d'assurance de la qualité couvrant les protocoles d'expédition étaient en place dans d'autres administrations. Ces programmes permettent de déterminer si les répartiteurs exercent leurs fonctions de façon satisfaisante, y compris la rapidité avec laquelle ils évaluent l'urgence des appels. Nous avons également noté que l'entente conclue avec une municipalité exigeait un rigoureux processus d'assurance de la qualité prévoyant l'examen d'un échantillon d'appels afin d'assurer le respect des politiques et protocoles touchant la réception des

appels et l'expédition des ambulances. Les résultats indiquaient que le processus d'assurance de la qualité avait contribué à améliorer le fonctionnement du centre de répartition, notamment en aidant le répartiteur à obtenir l'information requise sur l'état du patient auprès de la personne qui appelle. Le ministère nous a informés qu'il avait mis à l'essai un processus interne normalisé d'assurance de la qualité dans l'intention de le mettre en œuvre dans les autres centres de répartition. Cependant, au moment de notre vérification, les centres de répartition utilisaient différents processus d'assurance de la qualité.

RECOMMANDATION

Pour s'assurer que les centres de répartition des ambulances terrestres sont efficaces et respectent les normes du ministère, le ministère doit :

- effectuer des examens périodiques du fonctionnement des centres de répartition, notamment en passant en revue un échantillon d'appels afin de déterminer s'ils sont traités et priorisés de façon appropriée;
- mettre en œuvre un processus normalisé d'assurance de la qualité afin de surveiller et d'évaluer le rendement opérationnel global des centres de répartition ainsi que le rendement de chaque répartiteur.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

La dotation des centres de répartition s'est récemment stabilisée et un prototype d'examen des services a été mis à l'essai. Le ministère est censé soumettre les centres de répartition à un examen régulier à compter de l'automne 2005, son intention étant d'examiner six ou sept centres de répartition par année. Le processus d'examen des centres de répartition fait appel à un outil d'échantillonnage des appels à utiliser pour examiner l'établissement des priorités et la gestion des appels par les préposés aux appels et les répartiteurs.

Un processus normalisé d'assurance de la qualité pour les centres de répartition a été élaboré, et un projet pilote est en cours dans quatre centres de répartition de l'Est de l'Ontario depuis le printemps 2005. Le programme final d'assurance de la qualité sera mis en œuvre dans tous les centres de répartition d'ici mars 2006.

BASES HOSPITALIÈRES

Les bases hospitalières sont des hôpitaux désignés par le ministère qui assurent la formation et l'agrément des ambulanciers paramédicaux et leur donnent des directives médicales en cours d'emploi. Elles surveillent et évaluent les soins fournis par le personnel paramédical en examinant le rapport d'appel d'ambulance, qui est le dossier médical utilisé par les ambulanciers pour documenter chaque appel. La province compte 21 bases hospitalières.

En 2002, le ministère a demandé à l'Ontario Base Hospital Group Executive, qui représente les bases hospitalières, d'examiner leur fonctionnement. L'examen avait notamment pour objet de rationaliser les services. Il visait également à :

- déterminer les activités de base;
- examiner les responsabilités changeantes des ambulanciers paramédicaux;
- déterminer si les activités de base pouvaient être exercées de façon plus efficace;
- déterminer si les ressources pouvaient être utilisées de façon plus efficace.

En 2002, l'Ontario Base Hospital Group Executive a signalé un manque de cohérence, de normalisation et d'analyse comparative entre les bases hospitalières. Il soutenait qu'une approche provinciale normalisée efficace face aux ententes de rendement des bases hospitalières, des directives médicales, ainsi qu'une formation médicale continue pour le personnel paramédical produiraient de meilleurs résultats et des données sur l'assurance de la qualité en temps plus opportun. Il soulignait égale-

ment que les directives médicales aux ambulanciers n'étaient pas mises à jour en temps opportun. Le ministère nous a informés qu'il n'avait pas accepté le rapport et les recommandations de l'Ontario Base Hospital Group Executive parce que son examen n'avait pas rempli le mandat confié — par exemple, il ne faisait pas ressortir les activités essentielles des bases hospitalières.

Nous avons constaté que les ententes de rendement avec les bases hospitalières n'avaient pas été révisées de manière à tenir compte de la nouvelle relation entre les municipalités et les bases hospitalières découlant du remaniement. Nous avons également remarqué que, depuis 2000, le ministère n'avait pas approuvé de nouvelles directives médicales, que les ambulanciers paramédicaux utilisent pour traiter les patients.

En 2003, le ministère a établi un groupe de travail, composé de représentants du ministère et des bases hospitalières, pour examiner l'organisation des bases hospitalières afin d'offrir des options pour un réseau de bases hospitalières plus efficace, plus durable et d'accroître la responsabilisation du programme à l'égard des bases hospitalières. Le groupe de travail recommandait notamment :

- d'établir une structure régionale pour les bases hospitalières afin d'uniformiser l'application des normes provinciales, y compris la délégation médicale, et d'assurer une répartition équitable des ressources;
- de fixer un objectif pour le nombre minimum d'ambulanciers paramédicaux dans le cadre de chaque programme régional afin de permettre la spécialisation et la promotion de l'efficacité, la maximisation du personnel disponible et la réduction des doubles emplois;
- de revoir le financement provincial des bases hospitalières de manière à tenir compte de la rationalisation.

Bien que représenté au sein du groupe de travail, le ministère a rejeté ses recommandations, pour des raisons semblables à celles pour lesquelles il n'a pas

accepté le rapport et les recommandations présentés par l'Ontario Base Hospital Group Executive en 2002.

Au moment de notre vérification, à l'exception de la récente fusion volontaire de deux bases hospitalières, aucune autre mesure n'avait été prise pour rationaliser les 21 bases hospitalières. Le ministère a indiqué qu'un médecin avait été désigné au printemps 2005 pour assumer la principale responsabilité de définir la future structure du programme des bases hospitalières.

Rapports des bases hospitalières

Les bases hospitalières sont tenues de soumettre des rapports annuels au ministère sur diverses questions opérationnelles et liées à la qualité des soins. Dans son analyse des rapports annuels pour l'exercice 2003-2004, le ministère a noté plusieurs incohérences dans les pratiques et rapports des bases hospitalières et plusieurs iniquités dans leur financement. L'analyse indiquait ce qui suit :

- On a observé que 14 % des bases hospitalières ne déclaraient pas le nombre d'erreurs et d'omissions dans les soins aux patients (c'est-à-dire les cas dans lesquels les ambulanciers paramédicaux ne traitaient pas les patients conformément aux normes établies), tandis que les autres déclaraient un total de 1 170 erreurs et omissions.
- Malgré leurs obligations à cet égard, seulement 55 % des bases hospitalières disaient contrôler tous les rapports d'appel d'ambulance étayant l'utilisation, par le personnel paramédical, de techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales, comme la défibrillation et le contrôle cardiaque externe non automatisé. Par exemple, une base hospitalière qui devait contrôler près de 8 000 rapports n'en a contrôlé qu'environ 4 800.
- Selon le financement prévu dans le budget, le coût du soutien des bases hospitalières au

personnel paramédical variait entre 1 600 et 3 000 dollars par ambulancier.

Nous avons examiné un échantillon de rapports annuels de bases hospitalières et détecté des problèmes semblables touchant le manque d'uniformité et d'intégralité des renseignements déclarés. Par exemple, malgré les exigences en ce sens, aucun des rapports des bases hospitalières ne résumait les résultats globaux des activités d'assurance de la qualité concernant les compétences requises pour prendre soin des patients, comme le taux de succès de certaines interventions du personnel paramédical.

Dans le cadre des examens de services qu'il effectue à peu près tous les trois ans, le ministère cherche à déterminer si les bases hospitalières répondent aux exigences stipulées dans leurs ententes de rendement avec le ministère. Une de ces exigences concerne la mise en place d'un processus uniforme et équitable pour identifier les ambulanciers paramédicaux ayant enfreint les normes de pratique médicale et pour renouveler ou révoquer leur agrément. Une autre exigence prévoit la vérification des appels d'ambulance dans les cas où certaines des procédures requises n'ont pas été suivies. D'après les examens des services effectués par le ministère entre 2001 et 2004, 23 % des bases hospitalières ne satisfaisaient pas aux exigences du ministère ou n'y satisfaisaient qu'en partie. Bien que le ministère nous ait informés qu'il effectuait un suivi régulier pour s'assurer que les lacunes étaient corrigées, il a été généralement incapable de nous fournir des documents à l'appui de son assertion.

RECOMMANDATION

Pour mieux s'assurer que les ambulanciers paramédicaux fournissent des soins de qualité aux patients, le ministère doit déterminer le nombre et la distribution optimale des bases hospitalières (étant donné que ces bases assurent la formation, l'agrément et la supervision médicale du personnel paramédical) et veiller à ce que

celles-ci se conforment à des normes uniformes dans des domaines tels que l'assurance de la qualité et la formation médicale permanente des ambulanciers paramédicaux.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le responsable de la transformation des transports médicaux dans la province, nommé au printemps 2005, a été chargé d'examiner la prestation des services du programme des bases hospitalières et de recommander le nombre et la répartition optimale des bases hospitalières. Le ministère s'attend à recevoir un rapport du responsable à l'automne 2005.

PLAINTES ET INCIDENTS

En vertu de la *Loi sur les ambulances*, le ministre a la responsabilité et le pouvoir d'enquêter sur les plaintes concernant les services d'ambulances. D'après les dossiers, le ministère mène environ 80 enquêtes de ce genre chaque année.

Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous recommandions au ministère de préciser à qui incombe la responsabilité d'effectuer le suivi des lacunes notées dans les rapports d'enquête. Nous lui recommandions également de veiller à ce que les suivis soient menés à bien et documentés pour être davantage en mesure d'évaluer si les plaintes ont été résolues de manière satisfaisante. Durant la présente vérification, nous avons constaté qu'en général, le ministère consignait les plaintes reçues, les attribuait et faisait enquête en temps opportun, en plus d'assurer le suivi des lacunes notées.

Cependant, la plupart des plaintes concernant les services d'ambulances ne sont pas adressées au ministère, mais plutôt au fournisseur. Par exemple, une municipalité a déclaré qu'elle avait reçu environ 300 plaintes en 2004. La politique du ministère exige des fournisseurs qu'ils remplissent un rapport d'incident pour chaque plainte, chaque enquête

menée et chaque événement inhabituel (y compris les retards dans l'accès au patient ou un temps excessif passé sur les lieux). Les fournisseurs ne sont toutefois pas tenus de transmettre les rapports d'incident au ministère, à moins que ceux-ci ne se rapportent à un événement inhabituel. La politique du ministère ne précise pas ce qui constitue un événement « inhabituel » en ce qui concerne les délais d'intervention ou autres; l'interprétation de ce terme est laissée à la discrétion de chaque fournisseur de services. Les municipalités peuvent toutefois choisir d'envoyer volontairement d'autres rapports d'incident au ministère.

RECOMMANDATION

Pour aider à cerner les éventuels problèmes récurrents dans les meilleurs délais, le ministère doit, de concert avec les municipalités, élaborer et mettre en œuvre un processus qui lui permettra de recevoir des renseignements adéquats sur la nature et le règlement des plaintes plus graves concernant les services d'ambulances terrestres.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le personnel du ministère et les représentants des municipalités ont convenu d'un protocole d'enquête qui tient compte des pratiques opérationnelles des deux parties dans le traitement des plaintes relatives à la prestation des services. Le ministère tiendra d'autres consultations avec les représentants des municipalités afin d'améliorer la conformité aux exigences de la loi et du protocole en matière de rapports.

Le personnel du ministère surveille les enquêtes et leur suivi et évalue la nature et la fréquence de chaque type de plainte. Ce processus se poursuivra.

MESURE DU RENDEMENT ET RAPPORTS

Selon les principes d'une responsabilisation efficace, les patients et leurs familles, l'Assemblée législative et le grand public doivent recevoir des renseignements fiables en temps opportun sur le rendement des services d'ambulances terrestres. Le ministère a lui aussi besoin de données sur le rendement pour pouvoir prendre des décisions en matière de financement et déterminer dans quelle mesure le système fournit des services intégrés et continus et des soins de qualité.

Dans notre rapport de vérification de l'an 2000, nous recommandions au ministère de faire des recherches sur les systèmes permettant d'analyser le rendement des exploitants et son impact sur les patients, pour faire en sorte que le réseau d'ambulances terrestres réponde de manière efficace aux besoins des patients.

Après notre vérification, le Comité permanent des comptes publics a recommandé en 2001 au ministère d'assurer la conformité aux normes municipales en matière de délais d'intervention dans l'ensemble de la province. Le Comité lui a également recommandé d'évaluer les résultats de la surveillance et de les rendre publics à intervalles réguliers. Cela assurerait la divulgation publique, la transparence et la responsabilisation quant au respect des normes en matière de délais d'intervention des ambulances terrestres dans toutes les régions de l'Ontario.

Nous avons constaté que le ministère assurait un suivi régulier des délais d'intervention des centres de répartition et des services d'ambulances municipaux, mais qu'il ne diffusait pas ses conclusions, contrairement à d'autres administrations, qui présentent des rapports annuels sur les délais d'intervention. En outre, comme nous l'avons déjà mentionné dans ce rapport, le ministère a examiné les services d'ambulances terrestres fournis par des exploitants, y compris des aspects du rendement tels que la gestion des soins aux patients. Ces exa-

mens doivent être effectués tous les trois ans. Leurs résultats ne sont toutefois pas rendus publics.

Nous avons également découvert que d'autres administrations utilisaient des indicateurs de rendement additionnels, dont les taux de survie en cas d'arrêt cardiaque, le degré de satisfaction des patients et l'administration appropriée d'acide acétylsalicylique (aspirine) dans les cas soupçonnés de coronaropathie (crise cardiaque). Elles présentaient des rapports publics sur ces indicateurs et prévoyaient d'en utiliser d'autres.

RECOMMANDATION

Pour responsabiliser les services d'ambulances et appuyer l'amélioration continue des services,

le ministère doit, de concert avec les municipalités, établir des mesures de rendement pertinentes telles que les délais d'intervention et présenter régulièrement des rapports publics sur ces mesures de rendement des services d'ambulances terrestres.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministre a récemment annoncé que des représentants des municipalités et de la province se réuniraient pour discuter de certains enjeux liés aux services d'ambulances terrestres. Cette recommandation devrait faire l'objet d'une discussion à ce moment-là.