

Services des hôpitaux psychiatriques spécialisés

1.0 Résumé

L'Ontario compte environ 2 760 lits psychiatriques de longue durée répartis dans 35 établissements (principalement des hôpitaux). Ces lits sont destinés aux enfants, aux adultes et aux aînés qui ont besoin de recevoir des soins pour les formes de maladie mentale les plus graves et les plus complexes. Les lits sont également destinés aux patients en psychiatrie légale, c'est-à-dire les personnes atteintes ou soupçonnées d'être atteintes d'une maladie mentale et qui ont été accusées d'une infraction criminelle.

Environ la moitié (1 389) de ces lits se trouvent dans quatre hôpitaux que l'on appelle « hôpitaux psychiatriques spécialisés » et qui fournissent principalement des soins de santé mentale. Nous avons concentré notre audit sur ces quatre hôpitaux, c'est-à-dire :

- Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) à Toronto;
- Le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores (Ontario Shores) à Whitby;
- Les Services de santé Royal Ottawa (le Royal), qui comptent des établissements à Ottawa et à Brockville;
- Le Centre de soins de santé mentale Waypoint (Waypoint) à Penetanguishene.

En 2015-2016, ces quatre hôpitaux ont traité environ 7 240 patients et géré environ 280 000 visites de patients en consultation externe (il s'agit de personnes qui peuvent gérer leur maladie mentale sans devoir séjourner à l'hôpital).

Pour qu'une personne soit admise dans un hôpital psychiatrique spécialisé, il faut en général qu'elle ait été aiguillée vers un tel hôpital. La plupart des patients sont aiguillés par un hôpital général, un médecin de famille, un psychiatre ou un organisme communautaire de santé mentale.

Lorsqu'un patient est prêt à recevoir son congé d'un hôpital psychiatrique spécialisé, mais n'est pas en mesure de retourner vivre à son domicile ou n'a pas de domicile, l'hôpital doit coordonner sa sortie avec d'autres fournisseurs de soins, comme des organismes offrant des logements avec services de soutien ou des maisons de soins infirmiers, pour s'assurer que le patient continuera de recevoir les soins dont il a besoin.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est chargé d'établir une orientation générale pour les soins de santé mentale en Ontario et d'en assurer le financement et la direction. Le Ministère octroie du financement à 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) chargés de planifier et d'intégrer les services de santé dans leurs régions respectives. Les RLISS ont conclu une entente de responsabilisation avec les hôpitaux psychiatriques spécialisés et leur

fournissent des fonds. En 2015-2016, les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont reçu 673 millions de dollars, ce qui correspond à plus de 20 % des dépenses totales de 3,3 milliards de dollars que le Ministère a consacrées aux soins de santé mentale.

Notre audit a révélé que le financement versé aux hôpitaux psychiatriques spécialisés au cours des cinq dernières années n'a pas suivi l'évolution de l'inflation ni l'accroissement de la demande de services de santé mentale. Pour y remédier, les hôpitaux en question ont dû fermer des lits et, par conséquent, les patients attendent maintenant plus longtemps d'obtenir les services des hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Ces hôpitaux ont également changé la composition de leurs effectifs afin d'inclure davantage de personnel à temps partiel. On ne sait pas vraiment si les ressources actuelles, notamment les effectifs, permettent d'offrir suffisamment d'activités telles que des thérapies de groupe ou des thérapies comportant l'utilisation d'installations disponibles dans les hôpitaux (p. ex. piscines). Ces activités sont importantes pour le traitement des patients et ceux-ci estiment qu'il n'y en a pas suffisamment.

Par ailleurs, les hôpitaux psychiatriques spécialisés n'ont pas non plus réussi à régler les problèmes de sécurité dans la mesure voulue par le personnel. De plus, nous avons constaté que des renseignements importants, comme l'indication des risques liés au patient dans son plan de soins ou l'évolution des résultats du traitement du patient, manquaient dans les dossiers des patients.

Le Ministère et les RLISS ont accordé moins d'attention aux hôpitaux psychiatriques spécialisés qu'aux autres secteurs des soins de santé tels que les hôpitaux généraux. Le Ministère n'a pas élaboré de normes de santé mentale qui permettraient de garantir que les hôpitaux psychiatriques spécialisés respectent des normes uniformes quant aux patients qu'ils admettent, aux traitements qu'ils leur administrent et à la façon dont ces patients sont mis en congé. Le Ministère recueille de l'information sur les temps d'attente et octroie des fonds aux hôpitaux généraux en fonction des services qu'ils

fournissent, mais il ne le fait pas pour les hôpitaux psychiatriques spécialisés. Ces derniers doivent remplir régulièrement et soumettre le même formulaire de renseignements que les RLISS recueillent auprès des hôpitaux généraux, mais ce formulaire contient très peu de renseignements propres aux soins de santé mentale ou aux hôpitaux psychiatriques spécialisés. On y demande de nombreux détails que les hôpitaux psychiatriques spécialisés ne fournissent pas, car ils ne les concernent pas, par exemple le nombre d'examen IRM (imagerie par résonance magnétique) et de mammographies qu'ils effectuent pour dépister le cancer. Par conséquent, le Ministère et les RLISS ne recueillent pas le type de renseignements qui permettraient de connaître l'efficacité avec laquelle les hôpitaux psychiatriques spécialisés traitent les patients.

Voici un aperçu des constatations importantes que nous avons faites :

- **Les temps d'attente pour obtenir un traitement sont longs et ne cessent de s'allonger :** En 2015-2016, les enfants devaient attendre plus de trois mois avant de recevoir de l'aide pour traiter de graves troubles de l'alimentation à Ontario Shores. À Waypoint, la liste d'attente de l'un des principaux programmes de consultations externes était tellement longue que l'hôpital a cessé temporairement en 2015-2016 d'inscrire des personnes sur la liste d'attente même si elles avaient besoin du traitement. Les patients souffrant de troubles de la personnalité limite (instabilité de l'humeur et du comportement) attendaient environ un mois et demi en 2011-2012 pour bénéficier d'un programme offert par Ontario Shores. En 2015-2016, le temps d'attente était de sept mois. Notre audit des registres d'hôpital pour les cinq dernières années a révélé que deux personnes s'étaient suicidées avant d'avoir pu obtenir de l'aide.
- **Il aurait été possible de traiter un plus grand nombre de personnes si les patients ne séjournaient pas à l'hôpital plus longtemps qu'il n'est nécessaire en raison de**

la pénurie de lits dans les logements avec services de soutien et les foyers de soins de longue durée : Au cours des cinq dernières années, environ un lit sur dix dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés était occupé par des patients qu'il n'était plus nécessaire de traiter à l'hôpital, mais qui ne pouvaient obtenir leur congé en raison de la pénurie de lits dans les logements avec services de soutien ou les foyers de soins de longue durée. Le coût des soins dans ces établissements correspond à moins de 20 % du coût dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés. En 2015-2016, si les quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés avaient pu trouver un endroit pour transférer leurs patients dès que possible, le coût des soins des personnes en logements avec services de soutien ou foyers de soins de longue durée aurait été de 45 millions de dollars de moins, et les hôpitaux auraient pu traiter environ 1 400 personnes de plus.

- **Il y a une pénurie de lits psychiatriques de longue durée dans certaines régions :** En 1988, le Ministère avait commandé une étude dont le rapport recommandait que le Ministère veille à ce que tous les résidents aient accès à des services de santé mentale, y compris des lits psychiatriques de longue durée, dans leur propre collectivité ou le plus près possible. Près de 30 ans plus tard la situation n'est toujours pas réglée. Dans le RLISS de Simcoe Nord Muskoka, il n'y a pas de lits pour les enfants atteints de maladie mentale. Des lits réservés aux personnes aux prises avec des dépendances sont disponibles seulement dans six des 14 RLISS. À cause de la pénurie des soins nécessaires, le Ministère a dépensé près de 10 millions de dollars entre 2011-2012 et 2015-2016 pour envoyer 127 jeunes aux États-Unis afin qu'ils puissent obtenir le traitement dont ils avaient besoin.
- **Des lits psychiatriques de longue durée ont été fermés partout dans la province :** Entre 2011-2012 et 2015-2016, il y a eu une

réduction nette de 134 lits psychiatriques de longue durée dans la province. Les deux tiers de ces lits ont été fermés dans des hôpitaux psychiatriques spécialisés. La réduction du nombre de lits découlait de la faible augmentation du financement versé aux hôpitaux psychiatriques spécialisés au titre de leur fonctionnement quotidien.

- **Le Ministère n'a pas effectué d'analyse pour prendre ses décisions en matière de financement et les RLISS ne recueillent pas de renseignements pertinents pour la prise de ces décisions :** Durant notre audit, le Ministère a augmenté de 2 % le financement des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Cette hausse n'était liée à aucune demande réelle des services psychiatriques spécialisés et ne ciblait pas les programmes de traitement dont les gens avaient le plus besoin (c'est-à-dire les programmes pour lesquels les listes d'attente étaient les plus longues). En l'absence de cibles pour la santé mentale et de renseignements pertinents, le Ministère et les RLISS ne peuvent pas prendre des décisions efficaces en matière de financement.
- **Certains renseignements sont consignés tardivement dans le dossier des patients ou sont manquants, ce qui pourrait avoir des répercussions sur les soins prodigués au patient :** Les dossiers de patients que nous avons examinés au CTSM et à Ontario Shores étaient mis à jour tardivement ou il y manquait des renseignements importants. Au moment de l'admission d'un patient, le personnel détermine les principaux risques du point de vue de la santé et du comportement du patient. Ces risques devraient être consignés dans le plan de soins. Or, ces renseignements étaient parfois absents des plans de soins que nous avons examinés. Environ 40 % des plans de soins avaient été établis tardivement et les objectifs de traitement des patients n'étaient pas accompagnés d'un calendrier. Nous avons également constaté que les plans

de mise en congé des patients étaient établis plus tard que prévu et que le temps d'attente pour obtenir un lit pouvait ainsi être prolongé.

- **Les hôpitaux ont recours de plus en plus à du personnel à temps partiel :** Au cours des cinq dernières années, les hôpitaux ont commencé à embaucher davantage de personnel à temps partiel. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) recommande que 70 % des effectifs infirmiers soient du personnel à temps plein afin d'offrir des soins de meilleure qualité. En 2011-2012, au moins 70 % des effectifs prodiguant des soins directs dans trois hôpitaux psychiatriques spécialisés étaient à temps plein. Cinq ans plus tard, un seul de ces hôpitaux avait plus de 70 % de personnel à temps plein, et tous employaient moins de personnel à temps plein. La combinaison d'effectifs à temps plein et à temps partiel varie d'un hôpital à l'autre, et aucun d'objectif relativement à cette combinaison.
- **Les hôpitaux consacrent moins d'argent aux soins directs aux patients que d'autres hôpitaux de comparaison, et leurs dépenses ont diminué :** Depuis 2011-2012, les dépenses que les hôpitaux psychiatriques spécialisés consacrent aux soins directs aux patients ont diminué de 2 cents, passant de 64 cents à 62 cents en 2015-2016 pour chaque dollar reçu du Ministère. Ce montant représente 5 % de moins (3 cents) que la moyenne de 65 cents que les hôpitaux de comparaison en Ontario consacrent aux soins directs aux patients. Pendant cette période, les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont dû gérer des coûts à la hausse sans vraiment obtenir de financement supplémentaire de la part du Ministère pour leur fonctionnement quotidien.
- **Il n'y a pas suffisamment de services des urgences en santé mentale dans la province :** Le CTSM est le seul établissement en Ontario comptant un service d'urgence réservé

aux personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale. Ce service d'urgence a vu le jour dans les années 1960. Même si la population de l'Ontario a doublé depuis, il n'existe pas d'autres services d'urgence en santé mentale à l'heure actuelle dans la province et le Ministère ne prévoit pas d'en créer d'autres.

- **Depuis son inauguration en 2014, le nouvel édifice de psychiatrie légale de Waypoint comportait des lacunes ayant eu des répercussions importantes sur la sécurité des patients et du personnel :** En 2014, Waypoint a inauguré un nouvel édifice pour offrir son programme médico-légal à sécurité maximale. Depuis, 90 lacunes ayant des répercussions sur la sécurité du personnel et des patients ont été recensées. Ces lacunes, dont une clôture mal construite et un mécanisme électronique de fermeture des portes défectueux, ont donné lieu au signalement de plus de 800 risques pour la sécurité entre 2014-2015 et 2015-2016 (reliés à des agressions d'employés, des dommages aux biens, au vandalisme et à la fuite de patients en passant au-dessus d'une clôture sans autorisation). Après que plusieurs employés d'hôpital ont été agressés et blessés, dont un qui a été poignardé par un patient, le ministère du Travail est intervenu et a émis sept ordres de conformité pour corriger les problèmes de sécurité survenus dans le nouvel édifice.
- **En l'absence de normes provinciales en matière de santé mentale, les hôpitaux ont créé chacun leurs propres normes pour l'admission, le traitement et la mise en congé des patients et, par conséquent, ceux-ci sont traités de façon différente :** L'Ontario n'a pas de normes provinciales en matière de santé mentale et il n'y a actuellement aucun échéancier pour en créer. Chacun des quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés de la province a élaboré ses propres normes pour l'admission, le traitement et la mise en congé des patients. Ces normes sont parfois

différentes et il s'ensuit que des patients ayant reçu un même diagnostic sont considérés de façon différente par chaque hôpital. Un hôpital général nous a dit qu'il avait aiguillé le même patient vers deux hôpitaux psychiatriques spécialisés : l'un a estimé que le patient répondait à ses normes d'admission tandis que l'autre a refusé de l'admettre.

- **Les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont mis au point de nouvelles méthodes de traitement qui ont amélioré les résultats des soins aux patients :** Les hôpitaux psychiatriques spécialisés mettent en œuvre de nouvelles méthodes de traitement pour mieux traiter certaines maladies mentales. Par exemple, Ontario Shores a mis au point une nouvelle approche pour traiter certains patients atteints de schizophrénie et cette approche a contribué à une réduction du nombre de patients auxquels étaient prescrits de nombreux antipsychotiques. Ces médicaments ont des effets secondaires importants. Nous avons cependant constaté que les hôpitaux ne disposent d'aucun processus pour connaître les nouvelles méthodes de traitement mises au point par leurs pairs.
- **Le Ministère n'a fait aucune analyse pour connaître les raisons pour lesquelles de plus en plus de gens se rendent aux services des urgences des hôpitaux généraux en Ontario pour des problèmes de santé mentale :** Au cours des cinq dernières années, le nombre de personnes ayant une maladie mentale s'étant présentées aux urgences des hôpitaux généraux a augmenté de 21 %. Pendant cette période, le pourcentage des visites répétées aux services des urgences dans les 30 jours pour des affections liées à la toxicomanie et à la santé mentale ont augmenté respectivement de 18 % et de 9 %. Le Ministère n'a effectué aucune analyse pour déterminer les raisons pour lesquelles les visites aux services des urgences pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie ont augmenté.

- **Les renseignements sur la santé mentale ne sont pas communiqués entre les RLIS ni aux services de police :** Un seul RLIS possède une base de données que tous les fournisseurs de services de santé mentale peuvent consulter pour connaître les soins et les services qu'un patient reçoit. On s'assure ainsi que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin et qu'ils ne les reçoivent pas en double. Le même problème se pose concernant la communication de l'information sur les patients aux services de police. Les services de police nous ont dit que certains hôpitaux ne veulent pas communiquer ces renseignements. Or, en l'absence de ces renseignements, la police doit supposer que les patients qui quittent sans autorisation un hôpital psychiatrique spécialisé représentent un danger élevé pour la population, ce qui peut mener à un recours plus ferme à la force.

Le présent rapport contient 15 recommandations et 34 mesures à prendre. Il s'agit du troisième rapport d'une série de trois se rapportant aux soins de santé mentale. Le premier rapport traite de la santé mentale des enfants et des jeunes, et le deuxième porte sur les logements et les services de soutien pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. D'autres renseignements généraux sur la santé mentale sont présentés dans le **chapitre 1**, Introduction aux audits des services de santé mentale

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) accueille favorablement l'audit détaillé mené par le Bureau de la vérificatrice générale et aimerait profiter de l'occasion pour remercier la vérificatrice générale de ces recommandations. Le Ministère est engagé à collaborer avec ses partenaires, à prendre des décisions fondées sur des données probantes et à apporter des améliorations pour assurer la viabilité du système de soins de santé de l'Ontario.

Depuis plus de 30 ans, le Ministère cherche à déplacer les Ontariens des hôpitaux vers la collectivité, avec les soutiens adéquats. Le Ministère s'est engagé à financer et à soutenir les services communautaires pour permettre aux Ontariens de demeurer à leur domicile et dans leur collectivité, dans la mesure du possible, et pour éviter les hospitalisations plus soutenues et coûteuses. Le Ministère reconnaît que des lits sont nécessaires dans certaines situations pour des hospitalisations, mais les patients devraient séjourner le moins longtemps possible dans les hôpitaux.

Le Ministère est conscient qu'une plus grande planification est nécessaire et qu'un plus grand leadership doit être exercé pour répondre aux besoins en santé mentale dans le secteur des soins de santé, ce qui comprend les quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés autonomes, les six hôpitaux psychiatriques spécialisés tertiaires, près de 200 hôpitaux généraux ayant des lits réservés en santé mentale et plus de 350 organismes communautaires. À cette fin, le Ministère a créé le Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances de l'Ontario et collabore étroitement avec le Conseil dans le but de renforcer la planification, la reddition de comptes et l'intégration eu égard au système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le Conseil, qui est composé de représentants de différents secteurs, fournira des conseils d'experts sur la mise en œuvre de l'étape suivante de la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances du Ministère.

RÉPONSE GLOBALE DES RLISS

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) remercient le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario et acceptent les observations et recommandations.

La prestation efficace de services de qualité en matière de santé mentale et de lutte contre

les dépendances est une priorité pour tous les RLISS. Nous continuerons de travailler avec le Ministère et les fournisseurs de soins de santé en vue d'améliorer les services aux Ontariens.

À titre de planificateurs, de bailleurs de fonds et d'intégrateurs du système de santé, les RLISS continueront de soutenir les initiatives permettant d'assurer un accès plus rapide aux soins en santé mentale et d'obtenir des résultats et une qualité plus uniformes. En juin 2015, le conseil des directeurs généraux des RLISS a approuvé la création d'un comité consultatif provincial sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances (SMLD). Ce comité, qui regroupe les RLISS, les associations, les experts en la matière et d'autres partenaires, vise à partager de l'information, à définir les pratiques de pointe, à faire progresser les priorités et à formuler des recommandations à l'intention du conseil des directeurs généraux des RLISS visant à appuyer et à informer le Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances de l'Ontario.

Le comité consultatif sur la SMLD des RLISS a approuvé trois priorités en matière de SMLD pour l'ensemble des RLISS :

- Objectif 1 : Faire en sorte que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance aient accès à des soins primaires adéquats.
- Objectif 2 : Assurer une plus grande coordination, centralisation et intégration des points d'accès pour les services en SMLD.
- Objectif 3 : Assouplir les options de logements avec services de soutien à la disposition des principales populations.

Des groupes de travail axés sur l'action ont été créés pour chacune de ces priorités. Ces groupes de travail sont chargés d'élaborer, de documenter et de mettre en œuvre des plans de travail pour apporter des changements et une incidence positive sur la santé et le bien-être des Ontariens qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

RÉPONSE GLOBALE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés accueillent favorablement l'examen détaillé mené par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. Nous partageons l'engagement en ce qui concerne l'évaluation continue du rendement, de la transparence et de l'imputabilité à l'égard de nos patients, de leurs familles, du personnel et des collectivités que nous desservons. La collaboration, la mise en œuvre de pratiques exemplaires, la normalisation des soins et la sécurité demeureront nos principales priorités. Chaque hôpital est titulaire d'un agrément avec mention d'honneur d'Agrément Canada, et notre travail conjoint dans le cadre de l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie est un parmi de nombreux exemples qui témoignent de notre quête quotidienne de qualité, de collaboration et de soins exemplaires.

Nous savons que la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale peuvent influencer grandement sur la maladie elle-même. Nous sommes déterminés à éliminer la stigmatisation et à créer une société respectueuse, capable de compassion et de soutien à l'égard de ceux qui sont aux prises avec les effets dévastateurs de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Nos hôpitaux fournissent des traitements spécialisés aux personnes qui présentent des cas graves et complexes de maladies mentales et de dépendances. Il est prioritaire pour nous d'éliminer les attentes à l'égard de ces services. Les temps d'attente sont souvent attribuables au nombre accru de patients, à une pénurie de professionnels en santé mentale, à l'élargissement des programmes et services et à l'augmentation correspondante de la demande au fil du temps. Le succès des campagnes de lutte contre la stigmatisation aux niveaux provincial et national encourage également les personnes à demander de l'aide. Nous savons que la demande à l'égard de nos programmes et services continuera

d'augmenter et nous sommes engagés à collaborer avec nos partenaires de tous les secteurs pour faire progresser le système de soins en santé mentale et de lutte contre les dépendances dans le continuum des soins.

Nous avons agi de manière efficace pour atteindre les objectifs et cibles fixés dans nos ententes de responsabilisation avec nos RLIS respectifs et nous estimons qu'une supervision accrue aurait pour effet d'accroître le nombre de rapports administratifs et les coûts. Nos indicateurs de santé mentale nous permettent d'obtenir des résultats cliniques positifs pour nos clients et agissent efficacement comme objectifs organisationnels.

De nombreuses initiatives sont déjà en cours pour renforcer la collaboration et la normalisation et appuyer les efforts continus d'amélioration de la qualité (p. ex. stratégie provinciale de réduction des temps d'attente et amélioration des normes de qualité).

Nous continuerons de travailler ensemble et avec nos bailleurs de fonds afin de nous attaquer aux éléments définis dans le présent rapport et de fixer des priorités pour que les Ontariens aient accès aux soins de qualité dont ils ont besoin dans un milieu thérapeutique sûr.

2.0 Contexte

2.1 Historique et financement des hôpitaux psychiatriques spécialisés

En 1993, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a publié un plan décennal pour la prestation des services de santé mentale dans la province. Les dépenses consacrées à la santé mentale s'élevaient alors à environ 1,3 milliard de dollars par année. Environ 60 % de ce montant étaient versés à 14 hôpitaux psychiatriques et à d'autres hôpitaux généraux qui fournissaient des soins de santé mentale, tandis que la dernière

tranche de 40 % était versée principalement aux médecins et aux autres fournisseurs de services communautaires de santé mentale.

Dans son plan décennal, le Ministère voulait déplacer les soins aux patients à l'extérieur des hôpitaux. Pour y parvenir, il a commencé à transférer le financement des hôpitaux vers des fournisseurs de soins communautaires plus économiques tels que l'Association canadienne pour la santé mentale. Ces fournisseurs offrent des soins de santé mentale à des personnes qui continuent en général de vivre dans la collectivité.

Également dans le cadre de son plan décennal, le Ministère a mis sur pied la Commission de restructuration des services de santé chargée de diriger le processus de restructuration des hôpitaux et de conseiller le gouvernement sur les changements à apporter pour améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des services de soins de santé offerts à la population de l'Ontario. La Commission a conclu que la fermeture d'hôpitaux psychiatriques ou leur fusion avec des hôpitaux généraux permettrait de réaffecter les fonds qui leur étaient alloués auparavant à des fournisseurs de soins de santé mentale communautaires.

Par conséquent, au début des années 2000, 10 des 14 hôpitaux psychiatriques existants ont été fermés ou ont été fusionnés avec des hôpitaux généraux, ne laissant que les quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés qui existent aujourd'hui. Le **figure 1** donne un aperçu de chacun des quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Depuis 1993, les dépenses du Ministère consacrées aux soins de santé mentale ont plus que doublé et atteignent 3,3 milliards de dollars en 2015-2016. Sur ce montant, les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont reçu environ 673 millions de dollars, c'est-à-dire plus de 20 % des dépenses totales du Ministère consacrées aux soins de santé mentale. À la suite du transfert du financement ministériel vers les soins de santé mentale communautaires, moins de 30 % du financement total des soins de santé mentale en 2015-2016 a été affecté à la prestation des soins aux patients en santé mentale dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Au cours de notre audit, en avril 2016, le Ministère a créé une direction consacrée à la santé mentale et à la toxicomanie.

Figure 1 : Aperçu des hôpitaux psychiatriques spécialisés en 2015-2016

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés

Lieu	Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) Toronto	Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores (Ontario Shores) Whitby	Les Services de santé Royal Ottawa (le Royal) Ottawa et Brockville	Centre de soins de santé mentale Waypoint Penetanguishene	Total
Nombre de lits psychiatriques de longue durée au 31 mars 2016 ¹	493	326	269 ²	301	1 389
Nombre d'employés ³	2 141	1 054	883	997	5 075
Congés des patients	4 470	645	1 223	904	7 242
Visites en consultation externe	96 421	65 937	97 647	19 193	279 198

1. Dans le présent rapport, les lits en santé mentale qui ne servent pas à fournir des soins de santé mentale de courte durée et qui sont situés dans un hôpital général sont considérés comme des lits psychiatriques de longue durée (y compris les lits dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés, les lits en santé mentale réservés aux enfants et les lits destinés aux patients que les tribunaux ont aiguillés vers les hôpitaux aux fins d'évaluation ou de traitement d'une maladie mentale).

2. Le Royal compte également 100 lits qui servent à accueillir les délinquants qui purgent une peine de ressort provincial et qui ont besoin de soins de santé mentale. Ces lits ne sont pas des lits psychiatriques de longue durée et ils sont exclus du total.

3. Le nombre d'employés renvoie aux équivalents à temps plein déclarés au Ministère.

2.1.1 Surveillance des hôpitaux psychiatriques spécialisés

Le Ministère a la responsabilité globale d'établir en Ontario un système de santé financé par les deniers publics, intégré et durable, axé sur les patients et sur les résultats.

Le Ministère donne de l'argent à chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et ceux-ci sont chargés d'utiliser ces fonds pour planifier, financer et intégrer les services de santé dans leur région, y compris les services de santé mentale. Cela comprend environ 2 760 lits psychiatriques de longue durée répartis dans 35 établissements (principalement des hôpitaux) dans l'ensemble de la province. Environ la moitié (1 389) de ces lits se trouvent dans les quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Chacun des hôpitaux psychiatriques spécialisés a conclu une entente de responsabilisation avec son RLISS : Centre-Toronto (CTSM), Centre-Est (Ontario Shores), Champlain (le Royal) et Simcoe Nord Muskoka (Waypoint).

Ces ententes indiquent le financement que les RLISS verseront aux hôpitaux psychiatriques spécialisés et le nombre de patients que ces hôpitaux sont censés traiter. Dans le cadre de l'entente, les hôpitaux psychiatriques spécialisés doivent présenter chaque trimestre à leur RLISS un compte rendu financier et opérationnel (par exemple, le volume de patients qu'ils traitent).

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés sont des hôpitaux publics régis par la *Loi sur les hôpitaux publics*. La Loi exige qu'ils mettent sur pied leur propre conseil d'administration chargé d'en superviser le fonctionnement.

2.2 Vue d'ensemble

2.2.1 Raisons des admissions dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés

Une personne peut être admise de différentes façons dans un hôpital psychiatrique spécialisé. En général, il faut que le patient soit aiguillé. La

plupart des patients sont aiguillés par des hôpitaux généraux qui n'offrent pas le niveau de soins spécialisés offerts par les hôpitaux psychiatriques spécialisés. D'autres patients sont aiguillés par leur médecin de famille, par des psychiatres (des médecins spécialisés en santé mentale) ou par des organismes communautaires de santé mentale qui apportent un soutien aux personnes atteintes d'une maladie mentale vivant dans la collectivité.

Les personnes ayant une maladie mentale qui cherchent pas à se faire traiter de leur propre chef, mais qui présentent un danger pour elles-mêmes ou pour les autres peuvent être aiguillées contre leur gré par un psychiatre ou leur médecin de famille vers un hôpital psychiatrique spécialisé. Durant 2015-2016, environ 25 % des patients admis dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont été admis contre leur gré. Si des patients sont préoccupés par le traitement qui leur est administré dans un hôpital psychiatrique spécialisé, ils peuvent s'adresser aux représentants des patients du Ministère qui œuvrent dans chaque hôpital; le représentant peut donner des conseils aux patients ou leur proposer des options ou de l'aide.

Un autre groupe de patients des hôpitaux psychiatriques spécialisés sont ceux aiguillés par les tribunaux – il s'agit des patients en psychiatrie légale. Ces patients sont atteints ou sont soupçonnés d'être atteints d'une maladie mentale et ont été accusés d'une infraction criminelle. Ils sont aiguillés vers les hôpitaux psychiatriques spécialisés pour y être évalués afin de déterminer s'ils sont aptes à subir leur procès ou s'ils « sont non criminellement responsables », ou pour y recevoir un traitement.

En plus des programmes destinés aux patients qui séjournent à l'hôpital, les hôpitaux psychiatriques spécialisés offrent aussi des services aux malades externes. Ces services s'adressent aux personnes qui peuvent gérer leur maladie mentale sans devoir séjournier dans un hôpital. Entre autres exemples de services aux malades externes, mentionnons la consultation d'un psychiatre pour vérifier si les médicaments prescrits donnent des résultats, ou une thérapie de groupe. En 2015-2016,

les quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés ont enregistré environ 280 000 visites de malades externes.

2.2.2 Mise en congé des hôpitaux psychiatriques spécialisés

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés et les autres fournisseurs de services de santé mentale travaillent en collaboration pour faire en sorte que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin à l'endroit convenant le mieux à leur situation.

Lorsqu'un patient est prêt à sortir d'un hôpital psychiatrique spécialisé, il se peut qu'il ne puisse pas retourner à son domicile ou qu'il n'ait pas de domicile. Par exemple, un aîné peut avoir besoin des services d'un foyer de soins de longue durée ou une personne peut avoir besoin d'un logement avec services de soutien parce qu'ils ne sont plus en mesure de gérer eux-mêmes leur maladie mentale.

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés doivent trouver d'autres fournisseurs de services, tels que des logements avec services de soutien et des foyers

de soins de longue durée, et coordonner la mise en congé du patient avec ceux-ci pour que le patient continue de recevoir les soins dont il a besoin à sa sortie de l'hôpital. Si la mise en congé n'est pas planifiée et coordonnée en temps opportun, les patients qui sont prêts à sortir de l'hôpital devront continuer d'y séjourner jusqu'à ce que l'hôpital trouve un fournisseur de services communautaires approprié. La **figure 2** donne un aperçu de la façon dont les patients entrent dans un hôpital psychiatrique spécialisé et en sortent.

2.2.3 Types de maladies mentales traitées

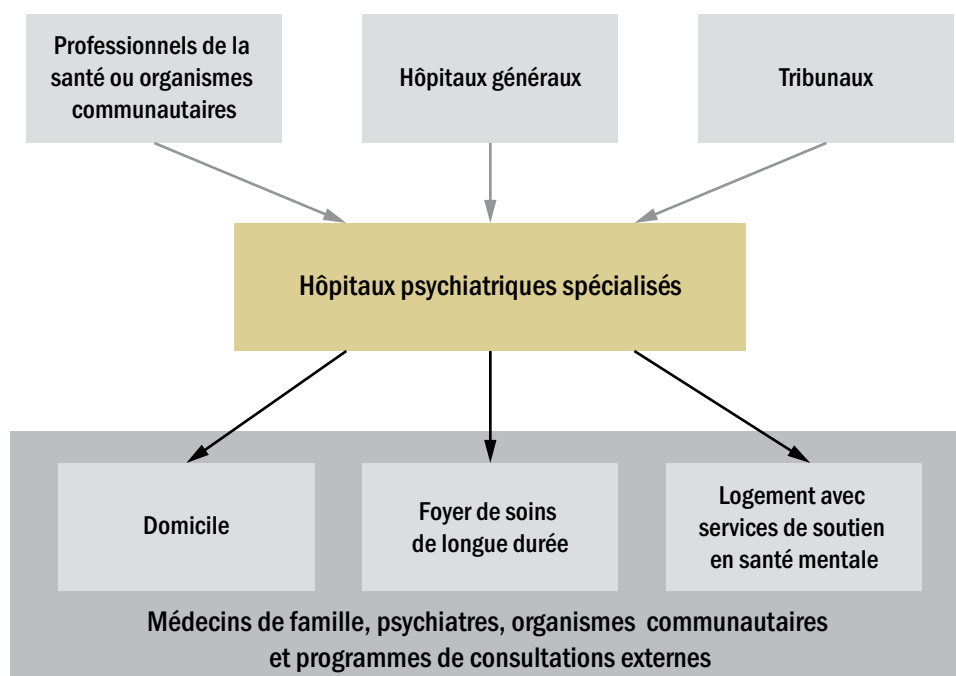
Les hôpitaux psychiatriques spécialisés offrent de nombreux programmes et traitements en santé mentale pour différents diagnostics et différents groupes d'âge.

Les diagnostics traités les plus courants comprennent :

- les troubles psychotiques (les symptômes comprennent les hallucinations, les idées délirantes et les troubles de la pensée);

Figure 2 : Façons courantes dont les gens entrent dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés et en sortent

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés



- les troubles de l'humeur (comme une dépression grave);
- la toxicomanie.

Le pourcentage de patients aux prises avec ces maladies mentales est demeuré stable entre 2011-2012 et 2015-2016. La **figure 3** montre les maladies mentales qui ont été traitées dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés entre 2011-2012 et 2015-2016.

Environ 60 % des patients des hôpitaux psychiatriques spécialisés étaient identifiés comme des hommes et 40 % comme des femmes. Ce ratio est demeuré stable entre 2011-2012 et 2015-2016. De même, ces patients étaient principalement âgés de 19 à 44 ans. La **figure 4** montre l'âge des patients traités dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés.

2.2.4 Catégories de patients et programmes

Il y a quatre catégories de patients

Quatre catégories de patients sont admis dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés :

- les patients en psychiatrie légale (qui sont aiguillés par les tribunaux);
- les adultes (âgés de 18 à 64 ans);
- les aînés (âgés de 65 ans et plus);
- les jeunes (âgés de 12 à 17 ans).

Les hôpitaux ont des lits distincts pour chaque type de patient. La **figure 5** montre le nombre de lits pour chaque type de patient selon l'hôpital psychiatrique spécialisé.

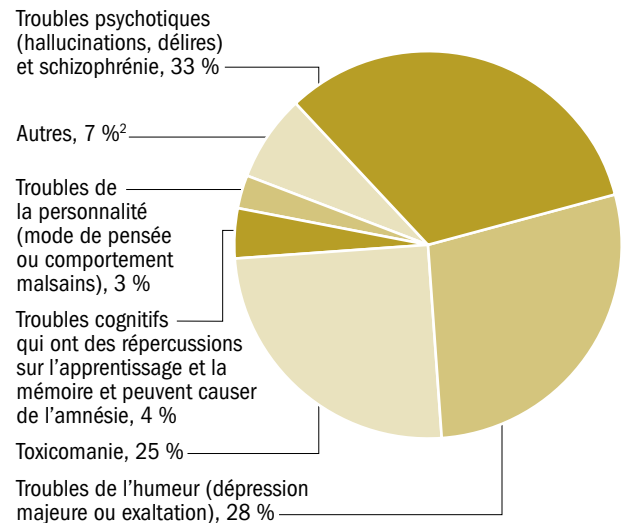
Chaque hôpital psychiatrique spécialisé offre des programmes qui lui sont propres

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés offrent des programmes semblables, mais chaque hôpital offre également des programmes spécialisés qui lui sont propres. Voici les principaux programmes propres à chaque hôpital :

- Le CTSM compte le seul service d'urgence en santé mentale offert en Ontario;

Figure 3 : Maladies mentales diagnostiquées des patients des hôpitaux psychiatriques spécialisés¹

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

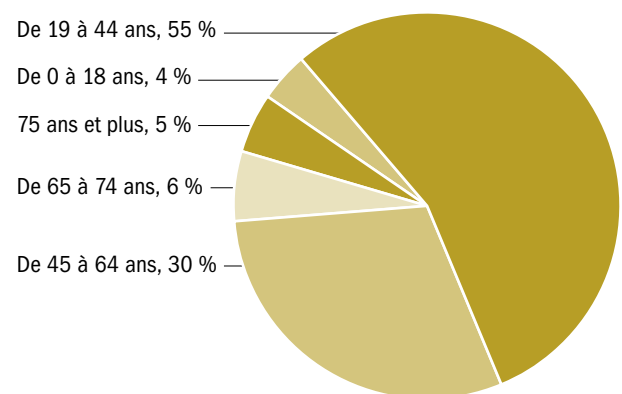


1. Les pourcentages représentent la moyenne entre 2011-2012 et 2015-2016.

2. « Autres » inclut les troubles anxieux (sentiments d'appréhension chroniques et persistants), les troubles d'adaptation (réaction anormale ou excessive aux sources de stress dans la vie) et les troubles de l'enfance (divers troubles qui se manifestent généralement durant l'enfance ou l'adolescence en lien avec l'incapacité à demeurer concentré, à communiquer de façon efficace ou à apprendre).

Figure 4 : Âge des patients des hôpitaux psychiatriques spécialisés, 2011-2012 – 2015-2016

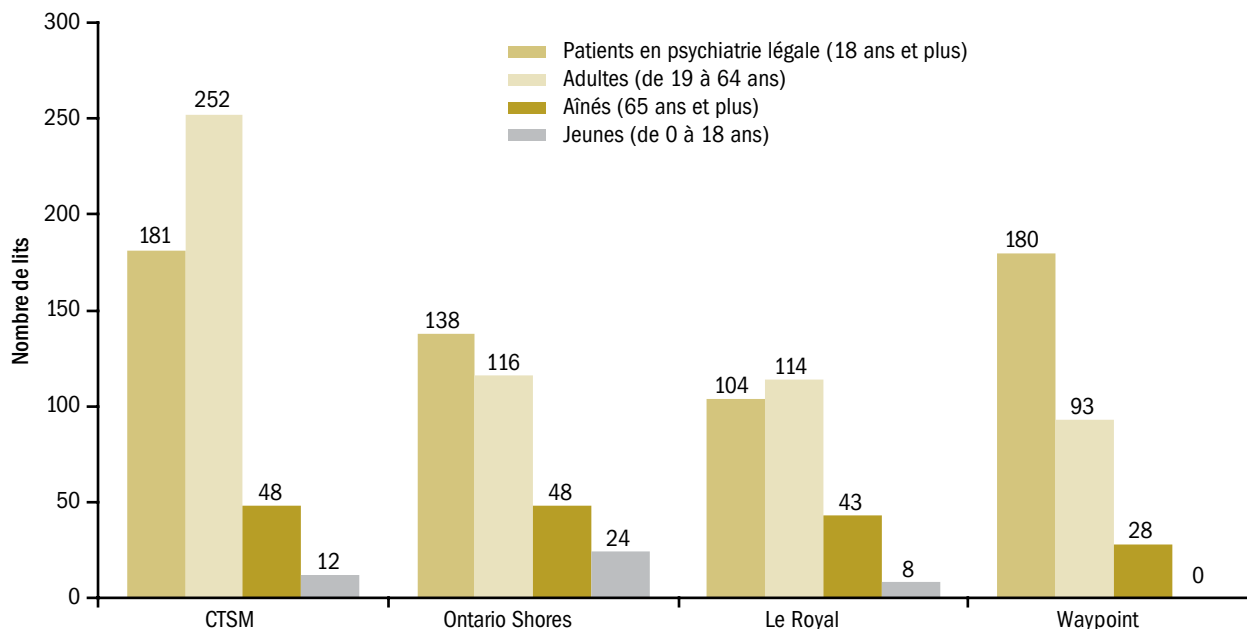
Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée



- Ontario Shores traite les enfants et les jeunes aux prises avec les troubles de l'alimentation les plus graves;

Figure 5 : Lits dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés par type de patient, au 31 mars 2016

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés



- Le Royal compte une unité de crise pour ses malades externes qui ont un urgent besoin de soins;
- Waypoint comporte une unité médico-légale à sécurité maximale pour les personnes qui présentent un grand danger de violence envers elles-mêmes ou envers les autres.

sont efficacement intégrés au système de soins de santé de l'Ontario, si les ressources sont utilisées de façon efficace et si l'efficacité des hôpitaux psychiatriques spécialisés est mesurée et évaluée et fait l'objet d'un compte rendu public.

La haute direction du Ministère, des RLISS et des hôpitaux psychiatriques spécialisés a examiné et approuvé l'objectif de notre audit et les critères connexes.

Pour nos travaux d'audit, nous avons rencontré le personnel clé au Ministère et nous nous sommes rendus dans les quatre RLISS où se trouvent les hôpitaux psychiatriques spécialisés (Centre-Est, Champlain, Simcoe Nord Muskoka et Centre-Toronto); nous avons discuté avec le personnel des RLISS qui participe à la surveillance des hôpitaux psychiatriques spécialisés et nous avons examiné la documentation et les données connexes.

Nous nous sommes également rendus dans les quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés; nous y avons interviewé les cadres supérieurs et le personnel de première ligne pour comprendre le fonctionnement de chaque hôpital et nous avons examiné les données et la documentation connexes. De plus,

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les hôpitaux psychiatriques spécialisés disposaient de politiques, de procédures et de processus efficaces pour garantir que les hôpitaux psychiatriques spécialisés fournissent des services de santé mentale qui répondent aux besoins des patients et de la collectivité conformément aux responsabilités législatives. Nous avons également examiné si les hôpitaux psychiatriques spécialisés

nous avons effectué un examen détaillé de dossiers de patients dans deux des quatre hôpitaux, à savoir Ontario Shores et le CTSM.

Pour connaître les préoccupations des patients des hôpitaux psychiatriques spécialisés, nous avons interviewé des patients actuels et anciens de ces hôpitaux et rencontré les représentants des patients dans chaque hôpital qui sont des employés du Ministère considérés comme indépendants de l'hôpital.

Pour connaître les préoccupations du personnel des hôpitaux psychiatriques spécialisés, nous avons rencontré des représentants du Syndicat de la fonction publique de l'Ontario.

Pour comprendre les défis et les besoins des personnes aux prises avec une maladie mentale, nous avons discuté avec des représentants clés de l'organisme Addictions and Mental Health Ontario et de cinq filiales locales de l'Association canadienne pour la santé mentale (situées à Hawkesbury, Oshawa, Ottawa et Toronto et dans le comté de Simcoe).

Nous avons également discuté avec des représentants clés de six hôpitaux généraux et de cinq services de police (Barrie, région du grand Toronto, Midland, Orillia, Ottawa, Toronto et Whitby) pour mieux connaître leurs interactions avec les hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Pour mieux comprendre les défis qui se posent aux hôpitaux psychiatriques spécialisés sur le plan de la mise en congé de leurs patients, nous avons discuté avec deux fournisseurs de logements avec services de soutien et avec les responsables de trois foyers de soins de longue durée (à Midland, Ottawa et Toronto).

Par ailleurs, nous avons examiné les normes de santé mentale appliquées dans d'autres administrations et nous avons discuté avec les responsables de la régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Health Authority) des normes de santé mentale appliquées dans cette province.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Les patients sont pénalisés par les longues attentes

Pendant qu'il est sur une liste en attente d'être admis dans un hôpital psychiatrique spécialisé ou de recevoir des soins, le patient ayant une maladie mentale ne reçoit pas les soins spécialisés dont il a besoin. Cette situation peut empirer une maladie mentale déjà grave et accroître le danger que le patient représente pour lui-même ou pour les autres. Cela augmente également la probabilité qu'une visite soit nécessaire aux services des urgences pour obtenir des soins immédiats.

4.1.1 Les temps d'attente sont longs et ils continuent de s'allonger

Nous avons obtenu de l'information sur les temps d'attente par programme hospitalier pour les cinq derniers exercices de la part de trois des quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés (Ontario Shores, le Royal et Waypoint). Le CTSM ne recueille pas ce genre d'information parce que la majorité (70 %) de ses patients provient de son service des urgences; il mesure plutôt le temps pendant lequel une personne attend au service des urgences d'obtenir un lit d'hospitalisation.

Au 31 juillet 2016, 159 personnes en tout attendaient d'être hospitalisées et 5 000 personnes attendaient d'être inscrites à un programme de consultations externes aux trois hôpitaux spécialisés qui nous ont fourni de l'information sur les temps d'attente.

Nous avons constaté que les temps d'attente pour les programmes de santé mentale offerts par les trois hôpitaux sont longs. En 2015-2016, par exemple, 9 enfants ont dû attendre pendant plus de trois mois avant de recevoir de l'aide pour soigner de graves troubles de l'alimentation à Ontario Shores.

La **figure 6** montre les programmes offerts aux patients hospitalisés dont les temps d'attente sont les plus longs dans chaque hôpital. À l'**annexe 1**, nous indiquons les temps d'attente pour le reste des programmes offerts aux patients hospitalisés. La **figure 7** montre les programmes de consultations externes dont les temps d'attente sont les plus longs.

Par ailleurs, les temps d'attente s'allongent. En moyenne, les patients attendent maintenant plus longtemps qu'il y a cinq ans avant d'être hospitalisés ou d'être inscrits aux programmes de consultations externes dans chacun des trois hôpitaux psychiatriques spécialisés. Par exemple, pour être hospitalisés à Ontario Shores, les patients ayant le même diagnostic en 2015-2016 ont attendu pendant trois semaines de plus qu'il y a cinq ans. La **figure 8** montre l'augmentation du temps d'attente pour l'obtention d'un lit dans chaque hôpital et la **figure 9** montre l'augmentation du temps d'attente pour l'inscription aux programmes de consultations externes.

En moyenne, en 2015-2016, les patients doivent également attendre trois heures (ou environ 40 %) de plus qu'il y a cinq ans au service des urgences du CTSM avant d'obtenir un lit d'hospitalisation. Autrement dit, le temps d'attente moyen est de 10,8 heures par rapport à 7,8 heures il y a cinq ans.

Nous avons examiné l'évolution des temps d'attente entre 2011-2012 et 2015-2016 pour certains programmes destinés aux patients hospitalisés dans chaque hôpital et nous avons constaté que le temps d'attente avait augmenté dans 60 % des cas. Par exemple :

- Il y a cinq ans, les patients attendaient environ une semaine pour obtenir un lit dans un programme de rétablissement au Royal qui leur permet d'acquérir des aptitudes à la vie quotidienne pour vivre de façon autonome. En 2015-2016, le temps d'attente dépassait légèrement trois mois.
- Les personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie doivent attendre deux fois plus longtemps avant d'obtenir un lit dans un programme de traitement de la toxicomanie à Waypoint; le temps d'attente est passé d'un mois et demi en 2011-2012 à près de trois mois en 2015-2016.

Nous avons également relevé des augmentations des temps d'attente pour certains programmes de consultations externes. Par exemple :

- Les personnes souffrant de troubles de la personnalité limite (instabilité de l'humeur et du comportement) attendaient environ un mois et demi en 2011-2012 pour bénéficier d'un programme offert par Ontario Shores.

Figure 6 : Les deux principaux programmes pour patients hospitalisés offerts dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés et dont l'attente est la plus longue pour l'admission des patients, 2015-2016¹

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés

Hôpital psychiatrique spécialisé	Description des patients traités par le programme	Jours d'attente pour l'admission ²
Ontario Shores	• Programme spécialisé de traitement des troubles de l'alimentation chez les jeunes	105
	• Patients en psychiatrie légale ³	268
Waypoint	• Toxicomanie et maladie mentale	85
	• Patients en psychiatrie légale ³	48
Le Royal	• Programme de rétablissement	80
	• Lutte contre les dépendances	43

1. Le CTSM n'a pas été inclus dans ce tableau parce qu'il ne recueille pas centralement l'information sur le temps d'attente des patients hospitalisés. Ceci s'explique par le fait que la majorité (70 %) de ses patients hospitalisés provient de son service des urgences.
2. Les hôpitaux mesurent les temps d'attente médians des programmes. Par conséquent, la moitié des personnes admises ont attendu plus longtemps que les jours indiqués.
3. Il se peut que les patients en psychiatrie légale attendent leur admission à plusieurs endroits. Certains peuvent attendre dans un autre hôpital et d'autres en prison.

En 2015-2016, le temps d'attente était de sept mois.

- Les personnes atteintes de schizophrénie attendaient environ un mois et demi en 2011-2012 pour être inscrites à un programme offert par le Royal. En 2015-2016, l'attente était supérieure à trois mois.

À Waypoint, la liste d'attente pour l'un des principaux programmes de consultations externes pour les adultes était tellement longue que l'hôpital a cessé temporairement en 2015-2016 d'inscrire des personnes sur la liste d'attente même si elles avaient besoin de ce traitement. Selon le personnel hospitalier, la longueur du temps d'attente est

Figure 7 : Les deux principaux programmes de consultations externes offerts dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés et dont l'attente est la plus longue pour l'obtention d'un traitement, 2015-2016

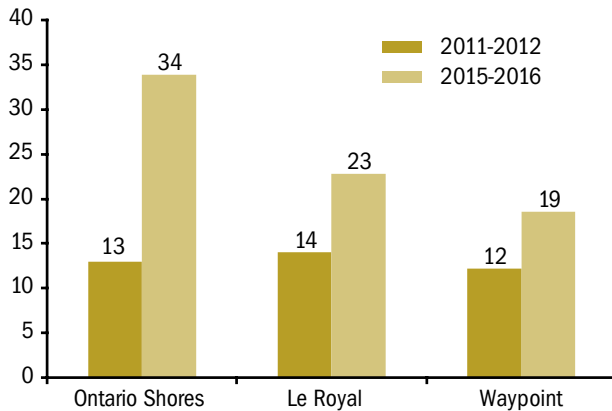
Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés

Hôpital psychiatrique spécialisé	Description des patients traités par le programme	Jours d'attente pour un traitement*
Ontario Shores	• Trouble de la personnalité limite	373
	• Stress traumatique	364
Waypoint	• Adultes en général	23
	• Personnes âgées	29
Le Royal	• Troubles de l'humeur et troubles anxieux	193
	• Clinique du sommeil	241
CTSM	• Personnes qui éprouvent des problèmes avec leur identité sexuelle, y compris celles qui veulent une chirurgie de changement de sexe	141
	• Les femmes ayant des antécédents de traumatisme et de maladie mentale	118

* Les hôpitaux mesurent les temps d'attente médians des programmes. Par conséquent, la moitié des personnes traitées ont attendu plus longtemps que les jours indiqués.

Figure 8 : Attente pour obtenir un lit dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés, 2011-2012 et 2015-2016 (en jours)^{1,2}

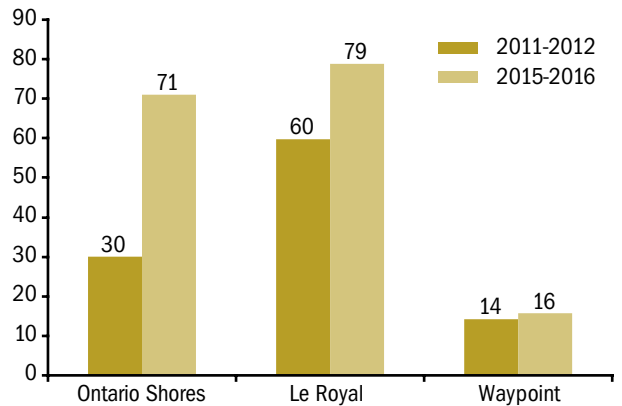
Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés



1. Le CTSM n'est pas inclus dans cette comparaison parce que ses temps d'attente ne sont pas comparables à ceux des autres hôpitaux. Le CTSM assure le suivi de ses temps d'attente par le biais de son service d'urgence, et les autres hôpitaux mesurent l'attente à partir du moment de l'aiguillage vers l'admission.
2. Les hôpitaux mesurent les temps d'attente médians des programmes. Par conséquent, la moitié des personnes admises ont attendu plus longtemps que les jours indiqués.

Figure 9 : Attente pour les programmes de consultations externes dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés, 2011-2012 et 2015-2016 (en jours)^{1,2}

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés



1. Le CTSM n'est pas inclus dans cette comparaison parce qu'il n'assure le suivi centralisé des temps d'attente de ses patients en consultation externe que depuis 2014.
2. Les hôpitaux mesurent les temps d'attente médians des programmes. Par conséquent, la moitié des personnes admises ont attendu plus longtemps que les jours indiqués.

attribuable à une demande plus élevée de services en santé mentale, notamment de l'extérieur des régions où ils sont situés, ainsi qu'aux changements apportés aux programmes qui prolongent la durée des séjours des patients.

4.1.2 Temps d'attente non déclarés

Alors que le Ministère recueille et déclare publiquement les temps d'attente pour plusieurs services offerts dans les hôpitaux généraux, il ne le fait pas pour les hôpitaux psychiatriques spécialisés. La raison en est que le Ministère n'a pas élaboré pour ces hôpitaux un moyen uniforme de mesurer ou de déclarer les temps d'attente.

Actuellement, les hôpitaux psychiatriques spécialisés mesurent les temps d'attente de façon différente l'un de l'autre. Le Royal consigne le temps d'attente à compter de la date à laquelle l'un de ses psychiatres détermine qu'un patient a besoin d'un traitement tandis qu'Ontario Shores et Waypoint consignent les temps d'attente à compter de la date à laquelle un patient leur est aiguillé. Les hôpitaux consignent les temps d'attente principalement à des fins d'utilisation interne. Chacun des hôpitaux psychiatriques spécialisés déclare publiquement les temps d'attente pour certains de leurs programmes; toutefois, chaque hôpital décide des renseignements qu'il veut communiquer. Étant donné que les hôpitaux mesurent les temps d'attente de façon différente, ces renseignements ne peuvent pas servir à comparer les temps d'attente dans les quatre hôpitaux pour l'obtention d'un lit ou l'inscription à un programme.

En 2014, le Ministère a octroyé environ 2,5 millions de dollars aux hôpitaux psychiatriques spécialisés pour élaborer un moyen uniforme afin de commencer à mesurer les temps d'attente, mais seulement pour trois programmes. Ce travail devrait être terminé en 2017, mais permettra aux hôpitaux de mesurer les temps d'attente pour certains des services qu'ils offrent seulement. Actuellement, le Ministère n'a pas de plan précis pour élaborer un moyen uniforme de mesurer les

temps d'attente pour tous les programmes offerts par les hôpitaux psychiatriques spécialisés et pour en rendre compte publiquement.

4.1.3 Les hôpitaux généraux ont besoin de renseignements sur les temps d'attente

Étant donné que le Ministère ne recueille ni ne déclare les temps d'attente, comme il le fait pour les services fournis par les hôpitaux généraux, ni les RLISS ni le Ministère n'analysent la durée exacte pendant laquelle des personnes attendent en moyenne d'obtenir des services de santé mentale ou, comme l'a constaté notre audit, ni le fait que les temps d'attente s'allongent et les répercussions de cette situation.

Nous avons discuté avec des employés d'hôpitaux généraux qui nous ont dit que l'absence de rapports publics sur les temps d'attente pour obtenir des services de santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés a des répercussions sur eux et sur leurs patients. Les hôpitaux généraux aiguillent leurs patients vers les hôpitaux psychiatriques spécialisés. Comme les temps d'attente ne sont pas déclarés publiquement, les hôpitaux généraux n'ont d'autre choix que de communiquer directement avec les hôpitaux psychiatriques spécialisés pour connaître les temps d'attente pour l'obtention d'un lit. Autrement, ils ne savent pas pendant combien de temps leurs patients en santé mentale devront attendre avant d'être admis dans un hôpital psychiatrique spécialisé ni si les temps d'attente diminuent ou augmentent par rapport aux mois précédents.

La publication des temps d'attente serait également une bonne chose pour les patients, car certains, comme ceux qui habitent entre Ontario Shores à Whitby et le CTSM à Toronto, auraient ainsi plusieurs options pour obtenir des services de santé mentale.

4.1.4 Cas de suicide enregistrés pendant que des patients attendaient d'obtenir des services

L'une des conséquences les plus importantes des longs temps d'attente est la possibilité qu'une personne s'inflige des blessures. Ontario Shores et le Royal consignent par écrit la raison pour laquelle une personne cesse de figurer sur leurs listes d'attente dans tous les cas où ce renseignement leur est fourni par la source de l'aiguillage.

Nous avons examiné les registres disponibles et constaté qu'Ontario Shores et le Royal étaient au courant que sept personnes en tout étaient décédées au cours des cinq dernières années pendant qu'elles attendaient d'obtenir un lit ou d'être inscrites à un programme de consultations externes. La cause du décès n'était pas communiquée systématiquement aux hôpitaux, mais leurs registres indiquaient qu'au moins une personne s'était suicidée pendant qu'elle attendait d'obtenir de l'aide. Bien que l'un des autres hôpitaux psychiatriques spécialisés n'assure pas un suivi formel de ces renseignements, nous avons constaté que ses registres indiquaient également qu'une personne s'était suicidée avant d'avoir pu être hospitalisée.

Nous avons relevé un cas où une personne s'était suicidée deux jours avant son admission prévue à l'hôpital après une attente de six semaines. Dans une discussion avec le personnel de cet hôpital, le conjoint de cette personne avait dit que ses proches estimaient que la maladie avait joué un rôle dans le suicide.

Étant donné que les hôpitaux ne consignent pas nécessairement ou ne reçoivent pas systématiquement l'information sur les raisons pour lesquelles les patients cessent de figurer sur leurs listes d'attente, on ne connaît pas exactement le nombre de personnes décédées pendant qu'elles attendaient de recevoir des services des hôpitaux psychiatriques spécialisés, ni la cause de ces décès.

RECOMMANDATION 1

Pour que les Ontariens connaissent le temps qu'ils devront attendre avant d'obtenir les services des hôpitaux psychiatriques spécialisés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- élaborer dès que possible un moyen uniforme de mesurer les temps d'attente des hôpitaux psychiatriques spécialisés;
- recueillir de l'information sur les temps d'attente pour les programmes destinés aux patients hospitalisés et les programmes de consultations externes;
- communiquer ces renseignements au public.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et s'emploie à normaliser la définition des temps d'attente et la collecte d'information sur les temps d'attente pour les services des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Lorsque la définition normalisée des temps d'attente sera en place, l'information sur les temps d'attente sera recueillie, contrôlée et publiée dans des rapports touchant les programmes pour patients hospitalisés et de consultations externes.

Le Ministère accorde un financement échelonné sur trois ans (2014-2015 à 2016-2017) au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) pour soutenir l'initiative sur l'accès aux soins en santé mentale et en toxicomanie. Cette initiative est un partenariat entre les hôpitaux psychiatriques spécialisés visant à s'attaquer aux lacunes importantes au chapitre de l'accès aux soins, ce en utilisant les données des quatre hôpitaux pour assurer expressément un suivi des temps d'attente, déterminer les lacunes dans les services et instaurer une structure pour les rapports publics et la reddition de comptes. L'initiative vise ultimement à élaborer une approche provinciale exhaustive permettant d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie.

4.2 Les patients qui n'ont plus besoin de soins dans un hôpital psychiatrique ne peuvent pas obtenir leur congé

Alors que les listes d'attente pour être admis dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés s'allongent, leurs lits sont occupés en plus grand nombre par des personnes qui n'ont pas besoin des soins fournis par ces hôpitaux. Le Ministère ne s'est pas assuré qu'il y a un nombre suffisant de lits dans les autres établissements de soins de santé (comme les logements avec services de soutien pour les personnes aux prises avec une maladie mentale et les foyers de soins de longue durée) pour s'occuper des patients qui sont prêts à sortir des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Il s'ensuit qu'un plus grand nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés sont occupés par des personnes qui n'ont plus besoin d'être hospitalisées et que le fait d'assurer le soin de ces patients dans un hôpital plus longtemps qu'il n'est nécessaire augmente les coûts pour la province.

4.2.1 Les lits des hôpitaux psychiatriques spécialisés sont occupés par des personnes qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers

Au lieu de dispenser des soins de santé mentale spécialisés, les hôpitaux psychiatriques spécialisés jouent de plus en plus le rôle des foyers de soins de longue durée pour les patients souffrant de démence, de lésions cérébrales ou de déficience intellectuelle, ou le rôle des logements avec services de soutien.

Nous avons constaté, au cours des cinq dernières années, qu'environ un lit sur dix dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés était occupé par des personnes qui n'avaient pas besoin de soins hospitaliers, mais ne pouvaient sortir de l'hôpital en raison de l'absence de lits disponibles dans les logements avec services de soutien ou les foyers de soins de longue durée. Ce problème a empiré au cours des

cinq dernières années. Nous avons examiné les renseignements sur la mise en congé des patients dans chacun des quatre hôpitaux et constaté que les hôpitaux avaient dû attendre en moyenne près d'un an en 2015-2016 avant de pouvoir transférer un patient dans un logement avec services de soutien ou un foyer de soins de longue durée. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 2011-2012, alors que les patients attendaient en moyenne 235 jours dans les hôpitaux avant d'être transférés dans un logement avec services de soutien ou un foyer de soins de longue durée une fois qu'ils n'avaient plus besoin des soins dispensés par un hôpital psychiatrique spécialisé.

Le **figure 10** montre le pourcentage de patients dans chaque hôpital psychiatrique spécialisé qui auraient dû obtenir leur congé en 2011-2012 et 2015-2016. Ce pourcentage a augmenté dans trois des quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés.

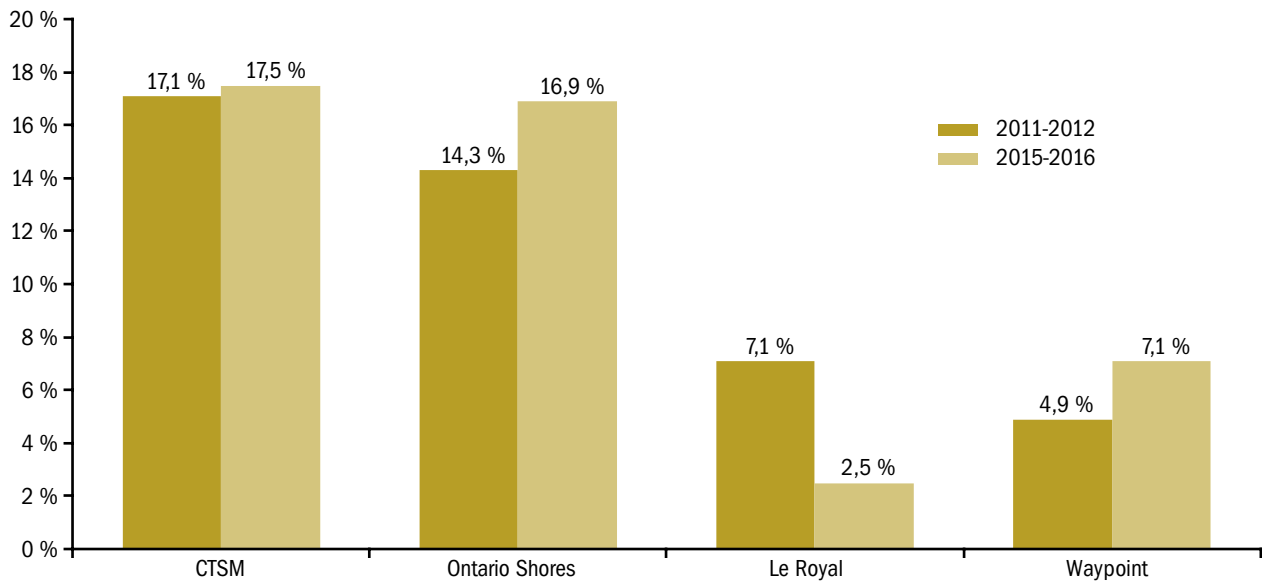
4.2.2 Les hôpitaux pourraient accueillir des centaines de patients supplémentaires si les mises en congé pouvaient avoir lieu en temps opportun

Nous avons comparé le nombre de jours pendant lesquels les patients restaient dans chaque hôpital psychiatrique spécialisé alors qu'ils n'avaient plus besoin de soins hospitaliers avec la durée moyenne de séjour des patients dans chaque hôpital. En nous fondant sur cette comparaison, nous avons estimé que les quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés auraient pu admettre et soigner environ 1 400 personnes de plus, et ce, seulement en 2015-2016, s'ils avaient pu trouver un endroit pour transférer leurs patients dès que ceux-ci auraient dû obtenir leur congé. Cela réduirait considérablement les temps d'attente, en particulier pour les aînés.

Par conséquent, quand l'état de santé des patients s'est amélioré et qu'ils sont prêts à quitter l'hôpital, ils devraient être mis en congé rapidement. On s'assurerait ainsi de libérer des lits pour les personnes qui figurent sur la liste d'attente et de dépenser de façon efficiente l'argent consacré aux soins de santé.

Figure 10 : Pourcentage de lits occupés durant l'année par des patients qui auraient dû sortir de l'hôpital*, mais n'ont pu obtenir leur congé, 2011-2012 et 2015-2016

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés



* D'après l'hôpital psychiatrique spécialisé.

4.2.3 La pénurie de ressources retarde les mises en congé

Nous avons discuté avec des représentants de trois foyers de soins de longue durée des défis auxquels ils sont confrontés quand ils acceptent des patients en provenance d'hôpitaux psychiatriques spécialisés. Ils ont dit que même lorsque des lits sont libres dans la maison de soins infirmiers, ils hésitent parfois à accepter ces patients, car ils n'ont pas de personnel ayant la formation voulue, comme des thérapeutes comportementalistes, pour s'occuper de ces patients.

La difficulté de trouver un endroit pour accueillir ces patients est également accentuée par le fait que la demande de lits est plus grande en général que le nombre de lits offerts dans les logements avec services de soutien et les foyers de soins de longue durée. Dans notre audit des opérations hospitalières inclus dans le présent rapport (section 3.08 du chapitre 3), nous avons constaté que 1 854 personnes attendaient dans des hôpitaux de la province qu'il se libère une place dans un foyer de soins de longue durée, au 31 mars 2016.

Dans notre audit des logements et des services de soutien à la disposition des personnes souffrant d'une maladie mentale (section 3.07 du chapitre 3), nous avons constaté, sur la plus grande liste d'attente centralisée pour l'obtention d'un logement avec services de soutien en Ontario, que près de six nouveaux demandeurs s'étaient ajoutés à la liste pour chaque demandeur l'ayant quittée au cours de 2015-2016.

4.2.4 Les mises en congé tardives augmentent les coûts des soins de santé

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés sont les établissements désignés pour soigner les personnes atteintes des maladies mentales les plus complexes et les plus graves. Ils offrent le niveau de soins le plus élevé, qui est également celui qui coûte le plus cher.

En 2016, le coût moyen du soin d'un patient pendant une journée dans un hôpital psychiatrique spécialisé correspondait à environ 930 \$. Cependant, le coût assumé par la province pour le traitement d'un patient dans un logement avec services de soutien

ou un foyer de soins de longue durée se situait entre 68 \$ par jour dans un logement avec services de soutien et 166 \$ dans un foyer de soins de longue durée, ce qui représente moins du cinquième du coût des soins pour un patient dans un hôpital psychiatrique spécialisé. En tenant compte de l'écart de coûts entre le traitement d'un patient dans un hôpital psychiatrique spécialisé et le traitement d'un patient dans une maison de soins infirmiers ou un logement avec services de soutien, le coût pour fournir des soins qui n'étaient plus nécessaires était d'environ 45 millions de dollars en 2015-2016. Si les patients avaient obtenu leur congé des hôpitaux psychiatriques spécialisés dès qu'ils n'avaient plus besoin de soins hospitaliers, cet argent aurait pu servir à fournir des soins à des patients figurant sur les listes d'attente qui avaient réellement besoin des soins spécialisés offerts par ces hôpitaux.

RECOMMANDATION 2

Afin de réduire les temps d'attente et de dépenser le budget des soins de santé de la façon la plus efficiente possible, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, doit déterminer les causes de la pénurie de lits dans les logements avec services de soutien et les foyers de soins de longue durée pour les patients qui ne peuvent pas obtenir leur congé des hôpitaux psychiatriques spécialisés, et prendre des mesures pour y remédier.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère s'emploie à améliorer les services fournis aux personnes souffrant de maladies mentales ou de toxicomanie dans le continuum des soins. Le Ministère reconnaît le rôle important que jouent les cliniciens au moment de la mise en congé des patients pour retourner à leur domicile ou dans la collectivité, ce qui comprend les foyers de services de longue durée et les logements avec services de soutien, pour les patients ayant besoin de ce niveau de soutien.

La Stratégie à long terme de logement abordable du gouvernement, ainsi que les travaux du Conseil consultatif ontarien des services de santé mentale concernant les logements avec services de soutien, fourniront des renseignements et des conseils sur la manière de régler ces pénuries de logements avec services de soutien pour les personnes souffrant de maladies mentales et de toxicomanie. La stratégie prévoit un investissement de 16 millions de dollars sur trois ans, à compter de 2014-2015, pour créer 1 000 nouvelles places dans des logements pour les personnes souffrant de maladies mentales et de toxicomanie.

Le Ministère collabore étroitement avec les RLISS pour surveiller les besoins de lits dans les foyers de soins de longue durée (SLD) de l'ensemble de la province et étudie les besoins éventuels afin de planifier en conséquence.

Le Ministère élabore également un cadre de planification de la capacité provinciale visant à soutenir la planification intégrée axée sur la population en matière de santé. Le cadre fournira au Ministère, aux RLISS et aux partenaires du système de santé l'accès à des données uniformes et des orientations pour les activités de planification. Lorsqu'il sera terminé, ce cadre aidera à fournir des soins dans le milieu le mieux approprié du continuum des soins de santé.

RÉPONSE DES RLISS

Cette recommandation encourage le Ministère et les RLISS à poursuivre leur collaboration en vue de régler les problèmes de capacité de lits spécialisés pour les patients souffrant de maladies mentales et de toxicomanie dans les foyers de SLD, ainsi que de lits dans les logements avec services de soutien.

Le comité consultatif provincial sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances (SMLD) des RLISS a approuvé trois priorités pour les RLISS visant à assurer la disponibilité d'options plus souples de logements avec

services de soutien pour les populations clés. De plus, les RLISS ont participé activement à la Stratégie améliorée de renouvellement des foyers de soins de longue durée du gouvernement.

4.3 Lits psychiatriques de longue durée fermés dans la province

Alors que de plus en plus de patients n'ayant plus besoin des soins spécialisés des hôpitaux continuent d'y occuper un lit en attendant leur mise en congé, le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés a diminué au cours des cinq dernières années. Par conséquent, un moins grand nombre de patients qui ont besoin de leurs soins en reçoivent.

Entre 2011-2012 et 2015-2016, il y a eu une réduction nette de 134 lits psychiatriques de longue durée dans la province. Les deux tiers de ces lits ont été fermés dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés.

4.3.1 Les fermetures de lits ont des répercussions sur les hôpitaux généraux

Nous avons rencontré des membres du personnel et de la direction de trois hôpitaux généraux situés à proximité du CTSM et d'Ontario Shores pour connaître les répercussions des fermetures de lits sur leurs patients. Les employés d'un hôpital nous ont dit que depuis la fermeture des lits en schizophrénie au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), il leur est plus difficile de trouver des hôpitaux psychiatriques spécialisés auxquels ils peuvent aiguiller leurs patients atteints de cette maladie.

Les employés d'un hôpital situé à proximité d'Ontario Shores nous ont dit que plus de 20 patients ont été admis à l'hôpital pour des soins de santé mentale à cause de la fermeture de lits à Ontario Shores. Le personnel d'un autre hôpital a déclaré qu'il lui est plus difficile maintenant d'envoyer ses patients à Ontario Shores. Le personnel a affirmé que la durée du séjour des patients au

service des urgences de l'hôpital a augmenté au cours des dernières années. L'hôpital attribue en partie cette situation aux fermetures de lits à Ontario Shores.

Globalement, 5 % des lits psychiatriques de longue durée qui existaient il y a cinq ans dans la province ont été fermés. La **figure 11** montre l'évolution du nombre de lits psychiatriques de longue durée dans chaque RLISS entre 2011-2012 et 2015-2016.

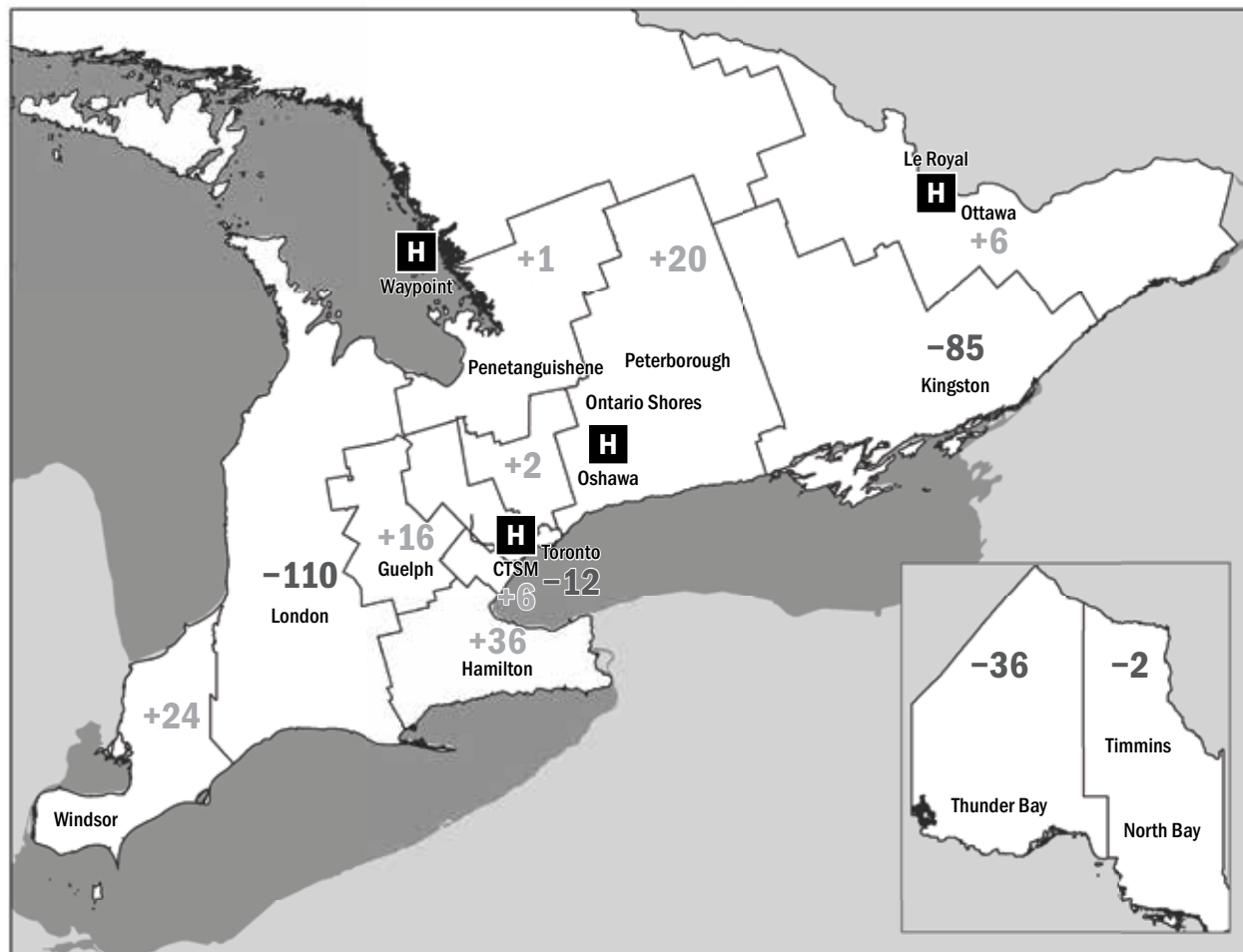
4.3.2 Il n'y a pas suffisamment de lits psychiatriques de longue durée dans la province

En 1988, le Ministère avait commandé une étude dont le rapport recommandait que le Ministère s'assure que tous les résidents de l'Ontario ont accès à des services de santé mentale dans leurs propres collectivités ou le plus près possible. En raison de l'absence de niveaux ciblés de service dans la province, ce n'est toujours pas le cas près de 30 ans plus tard pour les personnes atteintes des formes de maladie mentale les plus complexes et les plus graves. Par exemple :

- Dans le RLISS de Simcoe Nord Muskoka, il n'y a pas de lits en santé mentale réservés aux enfants. Par conséquent, au cours de l'exercice 2015-2016, 129 enfants de la région ont dû se rendre à l'extérieur du RLISS (notamment se rendre régulièrement à North Bay, ce qui représente une distance de plus de 300 kilomètres pour certains résidents de la région du RLISS) pour obtenir des services d'hospitalisation. Cela ajoute au fardeau des familles qui doivent maintenant parcourir de plus longues distances pour passer du temps avec leur enfant pendant qu'il est hospitalisé à l'extérieur de la région.
- Seulement 6 des 14 RLISS comptent des lits d'hospitalisation réservés aux personnes aux prises avec des dépendances. Le Ministère a indiqué qu'il y avait peut-être d'autres lits pour ces personnes dans d'autres hôpitaux

Figure 11 : Évolution du nombre de lits psychiatriques de longue durée entre 2011-2012 et 2015-2016, par RLISS

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec les données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée



situés dans différents RLISS, mais il ne dispose pas de suffisamment de renseignements pour déterminer le nombre exact de lits dans chaque RLISS ou dans la province servant au traitement des patients aux prises avec des dépendances. Les patients qui ne peuvent pas obtenir de services hospitaliers pour le traitement des dépendances doivent soit se rendre dans une autre région pour obtenir ces services, soit obtenir les services auprès de fournisseurs communautaires qui ne sont peut-être pas en mesure d'offrir un niveau de soins intensifs comme à l'hôpital, soit payer pour obtenir les services offerts par un fournisseur privé, ou bien se passer de traitement.

- L'absence des services nécessaires en Ontario entre 2011-2012 et 2015-2016 a obligé le Ministère à dépenser près de 10 millions de dollars pour envoyer 127 jeunes se faire traiter aux États-Unis pour qu'ils puissent obtenir des services de santé mentale (principalement pour traiter des troubles graves de l'alimentation), car les services spécialisés dont ils avaient besoin n'étaient pas offerts en Ontario. D'autres programmes et services ont été lancés en Ontario (comme le programme d'Ontario Shores destiné aux enfants et aux jeunes aux prises avec les formes les plus graves des troubles de l'alimentation, qui a été lancé en 2014) durant cette période pour

réduire le nombre d'enfants devant aller se faire traiter aux États-Unis pour des problèmes de santé mentale.

Globalement, le nombre de lits psychiatriques de longue durée varie d'un lit par tranche de 2 300 personnes dans la région du RLISS Waterloo Wellington à un lit par tranche de 90 200 personnes dans la région du RLISS du Centre. (Voir la figure 12.)

RECOMMANDATION 3

Pour que les Ontariens aient un meilleur accès, le plus près possible de leur collectivité, aux services de santé mentale dont ils ont besoin, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) doivent :

- déterminer le nombre de lits psychiatriques de longue durée nécessaires dans chaque région de la province pour répondre à la demande des Ontariens pour ces services de santé mentale;
- établir une cible pour le nombre nécessaire de lits psychiatriques de longue durée dans chaque RLISS et surveiller régulièrement la cible pour s'assurer qu'elle est atteinte;
- communiquer ces renseignements au public.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

En collaboration avec les RLISS, le Ministère élaborera une stratégie de planification de la capacité qui intègre l'offre et la demande eu égard aux lits de soins psychiatriques de longue durée dans chaque collectivité et région. De plus, le Ministère élabore un plan de capacité et définira une cible pour les lits de soins psychiatriques de longue durée dans les RLISS. Ce travail fera en sorte que les soins soient offerts dans le milieu le plus approprié possible.

Le Ministère reconnaît qu'entre 2011-2012 et 2015-2016, il y a eu une réduction nette de 134 lits psychiatriques de longue durée dans la province, mais pendant cette même période une

Figure 12 : Nombre de résidents pour chaque lit psychiatrique de longue durée, par RLISS (2016)

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

RLISS	Nombre de résidents par lit psychiatrique de longue durée ¹
Centre	90 242
Mississauga Halton	78 649
Centre-Ouest	66 808
Érié St-Clair	11 641
Hamilton Niagara Haldimand Brant ²	9 591
Champlain ²	7 321
Centre-Est ²	6 941
Sud-Ouest ²	5 789
Nord-Est ²	5 620
Sud-Est ²	5 083
Simcoe Nord Muskoka ²	4 762
Nord-Ouest ²	4 718
Centre-Toronto ²	3 549
Waterloo Wellington	2 334
Moyenne pour l'Ontario	7 394

1. Les 856 lits de psychiatrie médicolégale de la province ne sont pas comptabilisés comme des lits de psychiatrie de longue durée, et ce parce qu'ils sont utilisés par des personnes admissibles quelle que soit leur région de résidence (c'est-à-dire qu'un lit dans une région peut être utilisé par une personne admissible d'une autre région). Pour être admissible à un lit, une personne doit être visée par une ordonnance d'un tribunal.
2. Ces RLISS ont des lits de psychiatrie médicolégale en plus de lits psychiatriques de longue durée.

augmentation des lits psychiatriques de soins actifs (courte durée) a également été enregistrée. Il s'agissait en grande partie de lits dans des hôpitaux généraux, qui ne sont pas visés par le présent audit.

RÉPONSE DES RLISS

Les RLISS conviennent qu'il faut déterminer le nombre de lits psychiatriques de longue durée nécessaires dans chaque région de la province pour répondre à la demande. D'autres régions peuvent reproduire le travail de planification de la capacité en santé mentale effectué dans certains RLISS pour être en mesure de déterminer leurs besoins en matière de services et de capa-

cité. La planification de la capacité devrait aussi tenir compte des programmes de SMLD offerts par la province (p. ex. service médico-légal à sécurité maximale).

4.4 L'inefficacité du financement fait en sorte que les besoins des patients ne sont pas satisfaits

Le Ministère décide du montant de financement consacré aux soins de santé mentale en Ontario. Ce montant s'élevait à 3,3 milliards de dollars en 2015-2016.

4.4.1 Le financement ne repose pas sur l'importance de la demande

Depuis 2012-2013, le Ministère finance le fonctionnement quotidien de la plupart des hôpitaux généraux d'après le volume de services qu'ils offrent. Ainsi, les hôpitaux sont davantage en mesure de

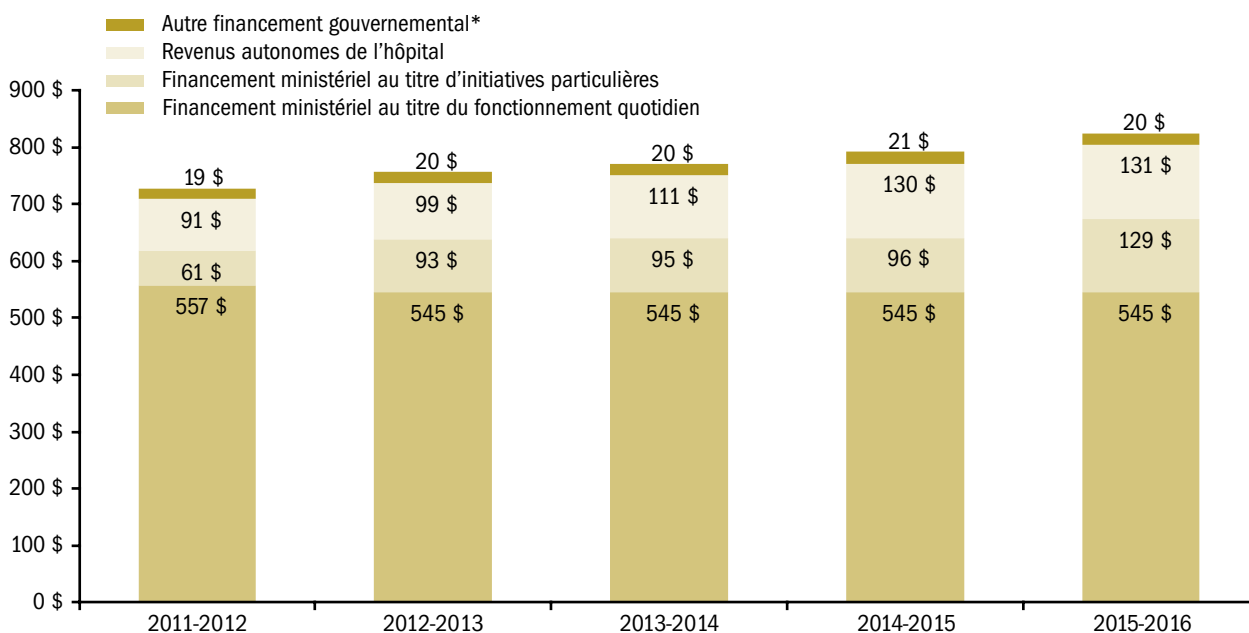
faire face à la croissance de la demande des services de soins de santé qu'ils offrent.

Le financement destiné aux hôpitaux psychiatriques spécialisés, cependant, n'est pas lié au volume de services qu'ils offrent. Le Ministère octroie plutôt des fonds aux hôpitaux pour leur fonctionnement quotidien ou pour soutenir des initiatives particulières. Au nombre de ces initiatives, mentionnons la formation offerte par les hôpitaux psychiatriques spécialisés à d'autres employés qui fournissent des soins directs aux patients dans les régions éloignées de la province.

Les hôpitaux reçoivent également d'autres ministères et du gouvernement fédéral des fonds pour certains programmes. Par exemple, en 2015-2016, le Royal a reçu environ 3 millions de dollars du ministère fédéral des Anciens Combattants pour un programme visant à traiter le personnel des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada qui éprouve des problèmes psychologiques persistants.

Figure 13 : Ventilation des revenus totaux des hôpitaux psychiatriques spécialisés, 2011-2012 – 2015-2016 (en millions de dollars)

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés



* Les autres fonds gouvernementaux sont répartis comme suit : 2 millions de dollars du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse pour fournir des services communautaires en santé mentale aux jeunes, 15 millions de dollars du ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels pour fournir des services en santé mentale aux délinquants provinciaux inculpés et 3 millions de dollars du ministère fédéral des Anciens combattants pour fournir des services en santé mentale aux membres de la Gendarmerie royale du Canada ou des Forces armées canadiennes.

De plus, les hôpitaux ont leurs propres sources de revenus, telles que le stationnement et la cafétéria. La **figure 13** montre le financement total que les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont reçu et généré au cours des cinq dernières années.

4.4.2 La faible augmentation du financement a des répercussions sur les soins aux patients

Pendant cinq ans, jusqu'au 1^{er} avril 2016, le financement octroyé par le Ministère pour des initiatives particulières a plus que doublé (passant de 61 millions à 129 millions de dollars). Cependant, le financement réservé versé par le Ministère au titre du fonctionnement quotidien des hôpitaux a diminué de 2 %, ou 12 millions de dollars, passant de 557 à 545 millions de dollars au cours de la même période.

La majeure partie du financement destiné aux initiatives particulières n'est pas consacrée au fonctionnement quotidien, mais le Ministère verse une partie de ce financement pour l'élargissement d'un programme existant ou le lancement d'un nouveau programme. Par exemple, le Royal a reçu plus de 4 millions de dollars entre 2011-2012 et 2015-2016 pour agrandir son service médico-légal, ce qui comprend l'ajout de quatre lits. Ce financement peut servir uniquement aux fins particulières définies par le Ministère et ne peut être utilisé à d'autres fins (y compris un autre programme courant, quel qu'il soit).

Ainsi, le financement total versé par le Ministère aux hôpitaux psychiatriques spécialisés au titre du fonctionnement quotidien a augmenté de 3 %, soit de 572 millions de dollars en 2011-2012 à 587 millions de dollars en 2015-2016. Durant la même période, le taux d'inflation (d'après l'Indice des prix à la consommation de Statistique Canada) était d'environ 7 %. Pour faire face à cette faible augmentation du financement versé au titre du fonctionnement quotidien, les hôpitaux ont dû financer une plus grande partie de leur fonctionnement quotidien avec des revenus autonomes,

fermer des lits et réduire les services, ce qui a eu des répercussions sur les soins aux patients.

4.4.3 Les décisions du Ministère en matière de financement ne sont pas fondées sur la demande réelle

Durant notre audit, nous avons appris que le Ministère a accordé à chaque hôpital psychiatrique spécialisé pour 2016-2017 une hausse de 2 % du financement, ou environ 12 millions de dollars, aux fins de leur fonctionnement quotidien. Cependant, cette hausse du financement était fondée principalement sur la croissance de la population et le taux d'inflation, non pas sur une demande réelle à l'égard des services des hôpitaux psychiatriques spécialisés, d'après les temps d'attente courants et projetés. Par conséquent, rien ne dit que la hausse de 2 % est appropriée.

De plus, le Ministère n'effectuait aucune analyse pour vérifier si chaque hôpital avait besoin de la même hausse du financement. Par exemple, il se peut que certains hôpitaux aient des listes d'attente plus longues et qu'ils puissent par conséquent bénéficier davantage d'un financement plus élevé que les autres hôpitaux psychiatriques spécialisés.

De plus, il n'est pas certain que le Ministère tient compte des répercussions sur les autres intervenants lorsqu'il établit le montant du financement qu'il verse à chaque fournisseur de services de santé mentale. Par exemple, une augmentation du financement versé aux hôpitaux psychiatriques spécialisés peut réduire le nombre de personnes qui se rendent aux services des urgences généraux pour des problèmes de santé mentale. En revanche, il serait bon pour les hôpitaux psychiatriques spécialisés que le Ministère hausse le financement des logements avec services de soutien et des foyers de soins de longue durée qui peuvent recevoir des cas complexes, afin qu'ils puissent augmenter le nombre de lits disponibles. Les hôpitaux psychiatriques spécialisés pourraient ainsi faire sortir les patients plus rapidement et libérer des lits pour traiter un plus grand nombre de patients inscrits sur les listes d'attente.

4.4.4 Le Ministère ne recueille pas suffisamment de renseignements pour la prise des décisions en matière de financement

Au cours de notre audit, le Ministère a créé une direction consacrée à la santé mentale et à la toxicomanie. Avant avril 2016, les décisions concernant les soins de santé mentale, telles que celles se rapportant à la politique et au financement, étaient décentralisées et prises dans différentes directions du Ministère qui s'occupent également de tous les autres services de soins de santé provinciaux, comme les hôpitaux généraux. La création d'une générale de la santé mentale et de la toxicomanie est certes un pas dans la bonne voie, mais pour prendre des décisions appropriées, cette direction a besoin de renseignements sur la demande de services de santé mentale et sur les services qui sont actuellement offerts.

Nous avons constaté que ni le Ministère ni les RLISS ne recueillent de renseignements auprès des hôpitaux psychiatriques spécialisés sur les programmes qu'ils offrent, qu'ils n'effectuent aucune analyse pour connaître le nombre de patients traités par ces hôpitaux pour chaque diagnostic de maladie mentale, et qu'ils ne recueillent pas de renseignements sur la durée de l'attente des patients avant leur admission dans un hôpital ou leur inscription à un programme de consultations externes. Ces renseignements sont nécessaires pour prendre de bonnes décisions en matière de financement.

Par exemple, le Ministère n'a pas de données complètes sur les différents types de lits en santé mentale offerts dans la province. Le Ministère connaît le nombre de lits psychiatriques de longue durée qui existent dans la province, mais il ne sait pas combien d'entre eux servent au traitement de chaque diagnostic de maladie mentale. Par exemple, quand nous avons demandé au Ministère de nous dire le nombre de lits utilisés dans la province pour le traitement des patients ayant des dépendances, le Ministère a seulement été en mesure de confirmer que ce type de lit existe dans six RLISS. Le Ministère croit que d'autres

RLISS disposent de lits psychiatriques de longue durée servant au traitement des patients ayant des dépendances, mais les RLISS ne recueillent pas suffisamment de renseignements auprès des hôpitaux à l'heure actuelle pour le confirmer.

4.4.5 Les RLISS ne recueillent pas des renseignements pertinents

Le Ministère verse des fonds à chaque RLISS pour qu'il les alloue aux hôpitaux psychiatriques spécialisés qui se trouvent dans sa région. Pour s'assurer que le financement reçu par les hôpitaux sert aux fins prévues, les RLISS devraient recueillir des renseignements pertinents et les analyser pour déterminer la mesure dans laquelle les hôpitaux psychiatriques spécialisés fournissent des services et des soins qui répondent aux besoins de leurs patients. Les RLISS ne recueillent pas ces renseignements.

Nous avons constaté que les RLISS utilisent le même formulaire pour recueillir des renseignements auprès des hôpitaux psychiatriques spécialisés et des hôpitaux généraux. Ce formulaire contient très peu de questions sur les soins de santé mentale fournis par les hôpitaux et ceux-ci retournent un formulaire presque vierge aux RLISS. Par exemple, le formulaire demande aux hôpitaux psychiatriques spécialisés d'indiquer le nombre de chirurgies, d'examens IRM et de mammographies qu'ils ont effectués pour dépister le cancer même s'ils n'offrent aucun de ces services.

Comme condition du financement qu'ils reçoivent, les hôpitaux psychiatriques spécialisés concluent des ententes de responsabilisation avec leurs RLISS respectifs. Cependant, ces ententes ne reposent sur aucune cible reliée à la réduction des temps d'attente ou à l'amélioration de la qualité des soins reçus par les patients des hôpitaux. En fait, les hôpitaux sont seulement tenus d'admettre et de traiter un certain nombre de patients et d'équilibrer leur budget. En théorie, cela signifie que les hôpitaux psychiatriques spécialisés pourraient atteindre leur volume ciblé de patients en offrant des

programmes ayant un faible coût, mais un taux de roulement élevé des patients, et en faisant fi de la demande de programmes ayant un coût plus élevé, mais un taux de roulement plus faible des patients.

RECOMMANDATION 4

Afin de gérer les temps d'attente de plus en plus longs pour obtenir les services des hôpitaux psychiatriques spécialisés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé doivent remédier dès que possible aux longs temps d'attente et élaborer une stratégie globale pour les réduire en :

- établissant des objectifs pour les temps d'attente de services des hôpitaux psychiatriques spécialisés;
- recueillant des renseignements pertinents, tels que le nombre de lits psychiatriques de longue durée existant pour chaque diagnostic de maladie mentale et les temps d'attente, auprès des hôpitaux psychiatriques spécialisés pour déterminer où des fonds supplémentaires devraient être alloués;
- envisageant de relier le financement octroyé pour le fonctionnement quotidien des hôpitaux psychiatriques spécialisés au volume de services qu'ils offrent de sorte qu'ils puissent respecter les objectifs ayant trait aux temps d'attente.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et déterminera quels liens entre le volume de service et le financement seraient mieux à même d'assurer une prestation rapide de ces services, et, de concert avec les RLISS, il élaborera une stratégie visant à réduire les temps d'attente pour ces services.

En partenariat avec les RLISS et au moyen des conseils fournis par le Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances, le Ministère s'emploie à

améliorer les services communautaires en santé mentale et toxicomanie. Les Ontariens pourront ainsi recevoir des services tôt dans leur maladie de sorte à éviter les hospitalisations soutenues et coûteuses et à mieux planifier les congés pour que les personnes reçoivent les services et le soutien dont elles ont besoin après avoir quitté l'hôpital.

La prévention des hospitalisations inutiles réduira les temps d'attente pour des lits.

RÉPONSE DES RLISS

L'accès adéquat et rapide aux services en matière de SMLD est une priorité pour les RLISS. Dans le cadre de l'examen annuel des indicateurs de l'entente de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS, ceux-ci dégageront des possibilités d'améliorer la surveillance du rendement en santé mentale et lutte contre les dépendances. À leur tour, les comités directeurs de l'entente de responsabilisation en matière de services des RLISS et les groupes de travail sur les indicateurs harmoniseront les indicateurs provinciaux en matière de responsabilisation et les ententes locales.

La disponibilité des lits et des services ne sont pas les seuls facteurs à influencer sur les temps d'attente. Le bon roulement des patients, la capacité et les soutiens à la transition appropriés ont également une incidence. Il est, par exemple, nécessaire de créer une capacité adéquate de logements abordables et de logements avec services de soutien afin de répondre à la demande de cette population. Les RLISS travailleront avec le Ministère en vue de définir les investissements et les initiatives qui contribueraient le plus à réduire les temps d'attente pour les services des hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Les RLISS chercheront également à relier les services ciblés aux temps d'attente dans les ententes sur la responsabilisation conclues entre les RLISS et les hôpitaux psychiatriques spécialisés.

4.5 Les dépenses consacrées aux soins directs aux patients sont inférieures à celles des hôpitaux de comparaison

Compte tenu de la demande croissante de soins de santé mentale, il est important que les hôpitaux psychiatriques spécialisés gèrent de façon efficiente le budget des soins de santé de sorte que le financement soit consacré dans la mesure du possible aux soins directs aux patients (comme les médicaments et le salaire du personnel infirmier et des autres employés qui dispensent des soins directs aux patients).

4.5.1 Les dépenses consacrées aux soins des patients ont diminué légèrement

Notre examen de la façon dont les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont dépensé les fonds versés par le Ministère au titre de leur fonctionnement quotidien a révélé que depuis 2011-2012 les dépenses consacrées aux soins directs aux patients ont diminué de 2 cents, passant de 64 cents à 62 cents en 2015-2016, pour chaque dollar dépensé. La dernière tranche de 38 cents a été consacrée à des dépenses non liées directement aux patients. On peut penser aux dépenses qui ne sont pas directement reliées aux soins prodigués aux patients, notamment les salaires des gestionnaires, les fournitures et les systèmes de technologie de l'information des hôpitaux.

Nous avons comparé ces chiffres au montant moyen que les hôpitaux de comparaison de la province consacrent aux soins directs aux patients. (Les hôpitaux de comparaison sont de petits hôpitaux communautaires ayant eu moins de 2 700 patients hospitalisés recevant des soins actifs ou cas de chirurgie d'un jour par année au cours de deux des trois années antérieures, et des hôpitaux pour maladies chroniques ou de réadaptation, qui sont des hôpitaux autonomes qui fournissent des soins continus complexes ou des services de réadaptation.) Nous avons constaté que les hôpitaux

psychiatriques spécialisés dépensent environ 5 % (ou 3 cents) de moins pour les soins directs aux patients que les hôpitaux de comparaison de la province. Nous avons également constaté que si les hôpitaux psychiatriques spécialisés consacrent maintenant environ 2 cents de moins aux soins directs aux patients qu'il y a cinq ans, bien que la moyenne provinciale des hôpitaux de comparaison soit demeurée stable. Ce constat permet de croire que, dans l'ensemble, les hôpitaux psychiatriques spécialisés pourraient consacrer une plus grande partie des fonds provenant du Ministère aux soins directs aux patients.

RECOMMANDATION 5

Pour que le financement provenant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée soit axé sur les soins directs aux patients, les hôpitaux psychiatriques spécialisés doivent déterminer des façons de consacrer une plus grande partie des dépenses aux soins aux patients plutôt qu'à des frais non liés aux soins des patients.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés acceptent cette recommandation et procéderont à un examen comparatif avec des hôpitaux dont les rôles et les milieux thérapeutiques sont similaires, afin de trouver des moyens d'augmenter les dépenses liées directement aux soins des patients, tout en reconnaissant que notre système a pour mandat d'appuyer la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances, ainsi que de soutenir (comme le prévoit la loi) le système médico-légal en santé mentale. De plus, il est important de mentionner que la mise en place de modèles financiers et les investissements dans les infrastructures de TI pour mener à bien les stratégies provinciales ayant trait aux dossiers médicaux électroniques sont des sources de coûts indirects.

4.6 Différences dans la façon dont les hôpitaux psychiatriques spécialisés dispensent les soins

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont des politiques différentes en ce qui a trait aux critères d'admission, aux méthodes de traitement et à la planification des mises en congé.

4.6.1 L'absence de normes de santé mentale donne lieu à des différences sur le plan des soins dispensés dans la province

Les normes de santé mentale aident le personnel à prendre des décisions uniformes concernant les patients qui seront admis dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés, le traitement qui leur sera administré et la façon et le moment d'effectuer leur mise en congé. Les normes de santé mentale peuvent décrire quels diagnostics nécessitent une hospitalisation ou bien un traitement dans le cadre d'un programme de consultations externes. Ces normes améliorent l'uniformité des soins que des personnes ayant un même diagnostic reçoivent dans les différents hôpitaux d'une région. Il existe des normes de santé mentale dans d'autres administrations telles que la Nouvelle-Écosse et le Royaume-Uni, mais il n'y en a pas en Ontario et aucun échéancier n'a été établi pour en créer.

4.6.2 Les hôpitaux ne s'entendent pas sur les critères d'admission des patients

En Ontario, chacun des quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés a élaboré ses propres normes pour l'admission, le traitement et la mise en congé des patients. Ces normes sont parfois différentes et cela se traduit par des différences dans la façon dont chaque hôpital gère les patients ayant un même diagnostic.

Nous avons discuté avec du personnel clinique d'hôpitaux généraux situés à proximité des quatre hôpitaux psychiatriques spécialisés et ces employés nous ont dit qu'il arrive couramment que

les hôpitaux psychiatriques spécialisés refusent des patients qu'ils auraient dû admettre selon les hôpitaux généraux. Les membres du personnel d'un hôpital général nous ont dit que cela s'était produit à plusieurs reprises et qu'ils avaient donc cessé d'aiguiller leurs patients vers les hôpitaux psychiatriques spécialisés et qu'ils continuent maintenant de les traiter au meilleur de leurs capacités. Le personnel d'un autre hôpital général nous a relaté des cas où il a aiguillé un même patient vers deux hôpitaux psychiatriques spécialisés : le patient répondait aux normes d'admission de l'un des deux hôpitaux, mais il a été refusé par l'autre. L'adoption de normes de santé mentale pourrait réduire le risque que de telles situations se produisent étant donné que tous les hôpitaux psychiatriques spécialisés appliqueraient les mêmes critères publics pour admettre les patients.

Il existe un outil d'admission normalisé, mais il n'est pas utilisé de manière uniforme

Le système d'évaluation concernant l'utilisation du niveau de soins (Level of Care Utilization System – LOCUS) est un outil normalisé que les fournisseurs de services de santé mentale peuvent utiliser pour déterminer l'endroit où un patient devrait être traité pour recevoir les soins dont il a besoin. Si l'évaluation donne une note globale faible pour le patient, cela indique que le traitement du patient nécessite peu de supervision et que celui-ci peut vivre de façon autonome dans la collectivité. Une note élevée indique que le patient doit être admis dans un hôpital psychiatrique spécialisé pour recevoir un traitement intensif plus spécialisé.

Cet outil permet d'assurer que seuls les patients qui ont besoin de soins hospitaliers sont admis. Ceci est important, parce que les hôpitaux psychiatriques spécialisés prodiguent des soins psychiatriques de plus haut niveau, que leurs ressources sont limitées et que la demande est élevée.

Nous avons remarqué que cet outil avait été utilisé dans le passé ou qu'il était utilisé dans une certaine mesure dans les hôpitaux où nous nous sommes rendus, mais aucun des deux hôpitaux

dont nous avons examiné des dossiers de patients (le CTSM et Ontario Shores) n'utilisait cet outil en général ou exigeait qu'il soit utilisé par la source d'aiguillage pour déterminer si l'hôpital était l'endroit convenant le mieux pour y traiter la personne.

RECOMMANDATION 6

Pour uniformiser la prestation des services de santé mentale dans la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit établir un calendrier pour l'élaboration de normes de santé mentale. Ces normes doivent comprendre :

- des définitions claires et des lignes directrices précises que les hôpitaux psychiatriques spécialisés seraient tenus de suivre quant aux patients qu'ils admettent à l'hôpital (par exemple, exiger que les hôpitaux utilisent au moment de l'admission le système d'évaluation concernant l'utilisation du niveau de soins);
- le traitement à administrer aux patients ayant un même diagnostic;
- la façon et le moment de donner aux patients leur mise en congé.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie l'élaboration de lignes directrices favorisant la cohérence des soins en étroite collaboration avec les cliniciens.

Qualité des services de santé Ontario a récemment mis au point trois normes en matière de santé mentale afin que des soins de santé de qualité supérieure soient planifiés et fournis. Ces normes prennent appui sur des recommandations relatives à des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour les personnes ayant les besoins psychiatriques suivants : adultes recevant un diagnostic principal de schizophrénie (norme de qualité relative à la schizophrénie); adolescents et adultes recevant un diagnostic principal de dépression majeure (norme de qualité relative à

la dépression majeure) et personnes manifestant de la démence et des comportements agités ou agressifs (norme de qualité relative aux symptômes comportementaux de la démence).

Les trois normes énoncent les mesures que les hôpitaux peuvent prendre au moyen d'une collaboration interprofessionnelle pour assurer la qualité et la continuité de la planification des soins et des congés. Elles recommandent expressément de procéder à des évaluations complètes à l'admission (ce qui comprend l'évaluation de tous les facteurs de risque), d'établir les échéances pour un examen uniforme des plans de soins et des lignes directrices pour documenter toutes les données d'évaluation et des plans de soins et de faciliter la transition entre les milieux au moment du congé. Le Ministère cherchera à déterminer si les prochaines normes en santé mentale devraient traiter de manière plus explicite du milieu des hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Le Ministère attend avec impatience les recommandations du Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances en 2017 pour améliorer la planification, la coordination et l'intégration des services.

4.6.3 Les évaluations exigées à l'admission ne sont pas toujours effectuées

Au moment d'admettre des patients, les employés de chaque hôpital doivent effectuer un certain nombre d'évaluations pour déterminer les besoins du patient en matière de traitement. Par exemple, les nouveaux patients sont soumis à une évaluation psychosociale pour déterminer leurs antécédents psychiatriques. Quand nous avons examiné le processus d'évaluation au CTSM et à Ontario Shores, nous avons constaté qu'il était identique dans les deux hôpitaux. Cependant, notre examen d'un échantillon de dossiers de patients a révélé qu'il manquait certaines des évaluations exigées dans près de la moitié des dossiers à Ontario Shores et

qu'il manquait, dans presque tous les dossiers au CTSM, certaines évaluations qui doivent être effectuées à l'admission.

Ce constat indique que soit les évaluations ont été effectuées mais ne sont pas documentées, soit elles n'ont pas été effectuées. Dans un cas comme dans l'autre, il est possible que les soins appropriés ne soient pas dispensés au patient.

RECOMMANDATION 7

Pour faire en sorte que tous les besoins d'un patient en matière de traitement soient déterminés et documentés, les hôpitaux psychiatriques spécialisés doivent :

- donner de la formation au personnel sur la nécessité d'effectuer pour tous les patients les évaluations requises à l'admission;
- effectuer régulièrement des audits des dossiers des patients pour vérifier si le personnel effectue les évaluations exigées par la politique de l'hôpital, et prendre des mesures correctives lorsque ce n'est pas le cas.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés acceptent cette recommandation et reconnaissent l'importance d'inclure les évaluations au moment de l'admission dans le plan de soins d'un patient. Ils sont engagés à continuer d'appliquer les pratiques exemplaires en matière de qualité aux soins aux patients et aux plans de congé. Ils veilleront également à ce que des audits soient effectués périodiquement aux fins de conformité aux normes de qualité dans la gestion des dossiers cliniques et prendront des mesures correctives, notamment en fournissant de la formation au personnel, au besoin.

4.6.4 La planification des soins n'est pas toujours documentée

La préoccupation principale du personnel hospitalier devrait être de fournir les soins directs aux

patients. Cependant, pour dispenser des soins de qualité, il est également important de documenter en détail tous les aspects des soins prodigués à un patient hospitalisé.

D'après les normes de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, [traduction] : « La documentation communique à tous les fournisseurs de soins de santé le plan de soins, l'évaluation, les interventions nécessaires d'après les antécédents du client et l'efficacité de ces interventions ». Elle fait également état de l'engagement du personnel à fournir des soins efficaces et conformes aux normes de sécurité et de déontologie en démontrant la responsabilité du personnel envers la pratique professionnelle et les soins prodigués au client et envers le transfert des connaissances relatives aux antécédents médicaux du client.

Si les soins prodigués aux patients ne sont pas documentés de façon adéquate, il se pourrait que ceux-ci ne reçoivent pas des soins optimaux. Par exemple, si le personnel hospitalier n'est pas au courant des discussions qui ont eu lieu entre les autres membres du personnel hospitalier ou avec le patient, ou n'est pas au courant des traitements qui ont été recommandés ou qui ont été administrés par les autres membres du personnel, il se peut que le personnel hospitalier n'administre pas le traitement selon la méthode optimale privilégiée par le patient.

Tous les hôpitaux psychiatriques spécialisés exigent qu'un plan de soins soit établi pour chacun des patients qui y sont hospitalisés. Selon la Commission de la santé mentale du Canada, les plans de soins [traduction] « jouent un rôle crucial pour faciliter le processus de rétablissement. Ils doivent faire partie intégrante de la prestation quotidienne des soins. Ils sont essentiels pour établir et documenter le traitement et les soins individuels d'une personne et en faire part à toutes les personnes concernées ». Tant les normes de santé mentale de l'Ontario Medical Association que celles de la Nouvelle-Écosse soulignent l'importance des plans de soins.

Dans le cadre de la planification des soins, l'équipe de soins du patient détermine les besoins et les risques de celui-ci (comme le risque de tentative de suicide) puis formule dans un plan de soins des objectifs de traitement précis pour le patient et les actes à poser pour atteindre ces objectifs. Tous les membres du personnel qui travaillent directement auprès d'un patient sont censés contribuer à l'établissement du plan de soins du patient de concert avec celui-ci.

Nous avons examiné un échantillon de dossiers de patients dans deux hôpitaux (le CTSM et Ontario Shores). Cet examen nous a permis de relever des lacunes pour les trois aspects principaux du plan de soins :

- Les risques associés au patient ne sont pas toujours intégrés dans son plan de soins.
- Les plans de soins ne comprenaient pas les objectifs établis pour le patient ou les actes que le personnel devait poser pour le traiter, par exemple, les activités auxquelles la participation du patient était recommandée ou le calendrier de traitement connexe.
- Les plans de soins n'étaient pas mis à jour régulièrement pour indiquer les résultats du traitement ou faire état des plans visant à poursuivre le traitement.

Les hôpitaux disposaient de politiques concernant l'établissement des plans de soins des patients, mais le personnel n'observait pas ces politiques. Cette situation pouvait être imputable à plusieurs facteurs, notamment le manque de temps pour prodiguer les soins aux patients et tenir parallèlement tous les dossiers exigés, ou la nécessité de donner davantage de formation aux membres du personnel sur les dossiers qu'ils sont censés tenir. Nous avons demandé aux hôpitaux où nous avons examiné des dossiers de patients pourquoi ces aspects étaient laissés de côté puisqu'ils faisaient partie de la politique de l'hôpital. Les hôpitaux nous ont expliqué que, suite aux changements apportés aux politiques et aux processus, les employés ont besoin d'une nouvelle formation.

Les risques liés au patient ne sont pas consignés dans les plans de soins

Au moment de l'admission, chaque hôpital est tenu d'effectuer une évaluation obligatoire des patients. Durant cette évaluation, on détermine les principaux risques liés au patient du point de vue de la santé et du comportement. Ces risques devraient être consignés dans le plan de soins.

Notre examen d'un échantillon de plans de soins dans les deux hôpitaux a révélé que ces derniers ne disposaient pas d'un processus formel pour garantir que tous les risques et besoins importants cernés pour un patient figurent dans son plan de soins. Nous avons également constaté que certains plans n'indiquaient pas des risques connus liés au patient. Les renseignements manquants concernaient des points importants, par exemple, le fait qu'un patient risque fort de s'étouffer avec sa nourriture et qu'il faille le surveiller pendant les repas, ou le fait que le patient risque de faire preuve de violence envers lui-même ou envers les autres.

Si ces renseignements ne figurent pas dans le plan de soins du patient, il se peut qu'il ne reçoive pas le traitement convenant à sa situation ou que des préjudices soient causés au patient ou à d'autres personnes.

Certains plans de soins étaient établis tardivement et il y manquait des renseignements essentiels

Nous avons examiné un échantillon de plans de soins à Ontario Shores et au CTSM et constaté que les exigences pour la planification des soins étaient différentes dans chaque hôpital. Nous avons aussi constaté que de nombreux plans de soins étaient établis tardivement ou qu'il y manquait des renseignements essentiels. Par exemple, alors que les deux hôpitaux exigent que le personnel établisse des plans de soins au moment de l'admission d'un nouveau patient, seul Ontario Shores exige que le personnel mette le plan à jour tous les mois.

Environ 40 % des plans de soins que nous avons examinés n'avaient pas été établis au moment de

l'admission contrairement à ce qui était exigé. Plus de la moitié des plans de soins que nous avons examinés à Ontario Shores n'indiquaient pas les objectifs définis pour le patient pendant son séjour à l'hôpital ou ces objectifs n'avaient pas été définis au moment de l'admission du patient. La plupart des échantillons que nous avons examinés au CTSM ne contenaient pas de détails sur l'état des objectifs définis pour le patient ni sur les actes posés pour accomplir ces objectifs. S'il existait une bonne raison pour expliquer cette omission, par exemple le patient est incapable de comprendre et de communiquer ses objectifs, elle n'était pas consignée.

Nous avons remarqué que les normes appliquées dans une autre province (la Nouvelle-Écosse) soulignaient qu'il est important d'avoir des plans de soins qui comprennent les objectifs et les résultats fixés pour une personne ainsi qu'un calendrier de traitement. Or, les plans de soins que nous avons examinés dans les deux hôpitaux ne comprenaient aucun calendrier indiquant le temps qu'il fallait compter pour accomplir les objectifs de traitement du patient. L'absence d'un calendrier fait craindre que les patients ne reçoivent peut-être pas les soins qu'ils devraient recevoir.

Au Royaume-Uni, les normes en matière de soins soulignent qu'il est important que les patients en santé mentale aient accès pendant leur séjour à des activités et des programmes significatifs et adaptés à leur réalité culturelle. Il peut s'agir entre autres de séances de thérapie de groupe, comme une thérapie comportementale, de séances de thérapie basée sur la pleine conscience ou de cours de chant. Les activités et les programmes qui améliorent les aptitudes physiques, cognitives ou sociales des patients peuvent contribuer à leur traitement et à leur rétablissement. Les normes du Royaume-Uni précisent que ces activités et programmes devraient être offerts sept jours sur sept et également en soirée.

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés ont des installations comme des piscines, des gymnases et des terrains de basketball. Dans les deux hôpitaux où nous avons examiné des dossiers de patients, nous avons remarqué que les plans de

soins n'incluaient en général aucun objectif précis quant au type ou à la quantité d'activités et de programmes auxquels les patients devraient participer. Nous avons examiné le temps pendant lequel les patients participaient à certains programmes et activités organisés, ce qui excluait le temps passé avec les psychiatres (les rencontres avec les psychiatres pouvaient avoir lieu quotidiennement ou plusieurs fois par mois) et à des discussions avec les travailleurs sociaux. D'après les dossiers que nous avons examinés au CTSM, les patients avaient participé en moyenne à 2,5 activités et programmes par semaine, ce qui représentait en tout moins de trois heures d'activité pour la semaine. À Ontario Shores, les patients ont participé en moyenne à cinq activités et programmes par semaine, mais le temps consacré à ces activités n'était pas consigné dans tous les cas. Même si la participation des patients aux programmes et activités offerts dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés est volontaire, le personnel devrait déterminer les activités appropriées et les inclure dans le plan de soins de chaque patient et encourager les patients à y participer, car les études indiquent qu'elles peuvent contribuer au traitement et au rétablissement du patient.

Les plans de soins ne sont pas mis à jour; il n'y a pas de compte rendu des réunions concernant les plans de soins

Les dossiers de patients que nous avons examinés et dont les plans de soins comportaient des objectifs n'étaient pas mis à jour régulièrement. Ontario Shores exige que les plans de soins soient mis à jour tous les mois. Pour l'échantillon d'objectifs établis pour les patients dans les plans de soins que nous avons examinés, nous avons constaté que les objectifs n'avaient pas été mis à jour en moyenne pendant six mois et que certains objectifs n'avaient pas été mis à jour pendant plus d'un an. Au CTSM, les objectifs que nous avons examinés n'avaient pas été mis à jour en moyenne pendant près de quatre mois et certains n'avaient été mis à jour qu'au bout de neuf mois.

Nous avons remarqué que d'autres administrations disposaient de normes soulignant l'importance des mises à jour régulières et fréquentes des plans de soins. Par exemple, les normes en matière de soins en Nouvelle-Écosse exigent que les plans de soins fassent l'objet d'un examen hebdomadaire ou plus fréquent au besoin.

Les réunions du personnel offrent aux effectifs qui s'occupent d'un patient l'occasion d'en apprendre davantage sur l'état de celui-ci et sur les traitements qui lui sont administrés par les autres membres du personnel qui participent aux soins, et de planifier les soins futurs du patient. C'est aussi l'occasion pour le personnel de discuter des traitements qui devraient être administrés pour que l'état du patient s'améliore et qu'il puisse obtenir le plus rapidement possible son congé de l'hôpital psychiatrique spécialisé.

Dans les deux hôpitaux où nous avons examiné des dossiers de patients, seul Ontario Shores disposait d'une politique qui exigeait la tenue d'une réunion initiale de planification des soins dans les trois jours suivant l'admission d'un patient et la tenue de réunions subséquentes au moins une fois par mois. Dans un échantillon de dossiers de patients que nous avons examinés dans cet hôpital, nous avons constaté, dans la plupart des dossiers, que la tenue de la réunion initiale n'était pas consignée ou lorsqu'elle l'était, elle avait eu lieu beaucoup plus tard que ce que la politique de l'hôpital exigeait. De même, dans environ 70 % des dossiers que nous avons examinés, il n'y avait aucun compte rendu des réunions mensuelles subséquentes.

Le CTSM n'a aucune politique exigeant que le personnel tienne des réunions de planification des soins. Le personnel de l'hôpital nous a dit qu'il se réunit périodiquement pour discuter de chaque patient, par exemple ne fois par semaine ou aux deux semaines, selon les besoins des patients. Toutefois, dans la plupart des dossiers de patients de notre échantillon, nous avons constaté que le compte rendu et les détails de ces réunions étaient absents. Nous avons également relevé que, lorsque

les notes de réunion étaient documentées, elles contenaient généralement très peu d'information sur les discussions.

4.6.5 La planification de la mise en congé n'est pas effectuée au moment de l'admission du patient

Nous avons examiné plusieurs revues scientifiques qui faisaient état d'études soulignant l'importance d'une planification précoce de la mise en congé. D'après ces études, la planification de la mise en congé d'un patient devrait commencer dès le moment de son hospitalisation ou peu après. Il y a ainsi une meilleure probabilité que les soins appropriés, par exemple dans un logement avec services de soutien, soient disponibles quand le patient sera prêt à sortir de l'hôpital, car son nom aura été inscrit plus tôt sur une liste d'attente. On améliore ainsi le roulement des patients et on s'assure que les ressources hospitalières sont utilisées de façon plus efficace et uniquement pour les patients qui ont besoin de soins en hôpital.

Dans notre échantillon de dossiers de patients que nous avons examinés à l'Ontario Shores et au CTSM, nous avons constaté que les deux hôpitaux exigeaient l'établissement de plans de mise en congé au moment de l'admission, juste avant celle-ci ou dans les trois jours suivant l'admission. D'après notre examen de dossiers de patients à l'Ontario Shores, les plans de congé étaient établis mais de façon tardive. En moyenne, ils étaient établis deux mois après l'admission du patient et, dans certains cas, ils n'avaient été établis qu'au moment où le patient était sur le point de sortir de l'hôpital. Le CTSM n'avait pas de plan formel de mise en congé. Les renseignements sur le congé étaient plutôt éparpillés dans le dossier du patient et nous n'avons pu déterminer dans tous les cas à quel moment ils avaient été consignés ou à quel moment un plan de mise en congé avait été établi, le cas échéant.

RECOMMANDATION 8

Pour que les patients reçoivent des soins de la plus haute qualité, les hôpitaux psychiatriques spécialisés doivent :

- examiner leurs politiques sur la planification des soins pour s'assurer qu'elles incluent les pratiques exemplaires pour la planification des soins prodigués aux patients;
- effectuer une analyse pour déterminer les raisons pour lesquelles le personnel n'observe pas les politiques de l'hôpital concernant l'établissement des plans de soins et la planification de la mise en congé des patients;
- exiger que le personnel détermine les programmes et les activités qui contribueront au traitement de chaque patient et qu'il les incorpore dans le plan de soins du patient. Élaborer des méthodes pour encourager les patients à participer aux activités définies dans leur plan de soins;
- prendre des mesures correctives pour que le personnel tienne compte de tous les aspects des politiques de l'hôpital concernant la planification des soins et la planification de la mise en congé des patients. Ces politiques comprennent :
 - inscrire dans le plan de soins tous les risques définis pour un patient;
 - établir les plans de soins en temps opportun;
 - inclure tous les renseignements essentiels dans les plans de soins;
 - tenir des réunions à intervalles réguliers pour mettre à jour le plan de soins;
 - planifier la mise en congé dès qu'un patient est hospitalisé.

Les mesures correctives devraient être prises par la direction de concert avec le personnel de sorte que le temps consacré à tenir les dossiers nécessaires n'empiète pas sur les soins directs aux patients.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés conviennent que les processus de planification des soins font partie intégrante des soins de qualité aux patients et ils cherchent continuellement à améliorer la planification des soins. Nous en sommes tous à des étapes différentes de la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques, et l'amélioration de notre infrastructure de données à déjà commencé à renforcer nos processus de planification des soins. Nous poursuivrons l'examen de nos politiques en vue de les améliorer et nous ferons en sorte que le personnel comprenne ces politiques et s'y conforme. Nous partagerons nos politiques de planification des soins avec l'ensemble du secteur afin d'optimiser nos pratiques cliniques et d'améliorer ainsi les résultats pour les patients.

Les programmes destinés aux patients font partie intégrante de leur rétablissement. Il est très important pour nous de nous assurer que les patients ont les compétences nécessaires pour retourner dans la collectivité et d'améliorer les possibilités au chapitre de l'emploi et des revenus. Tous les hôpitaux ont des programmes enchâssés dans leurs plans de soins. Ils continueront de chercher à améliorer l'accès et la disponibilité des activités et à encourager les patients à participer aux activités thérapeutiques.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Qualité des services de santé Ontario a récemment mis au point trois normes en matière de santé mentale afin que des soins de santé de qualité supérieure soient planifiés et fournis. Ces normes prennent appui sur des recommandations relatives à des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour les personnes ayant divers besoins psychiatriques. Les trois normes décrivent les mesures que les hôpitaux peuvent prendre au moyen d'une

collaboration interprofessionnelle pour assurer la qualité et la continuité de la planification des soins et des congés. Elles recommandent expressément de procéder à des évaluations complètes à l'admission (ce qui comprend l'évaluation de tous les facteurs de risque), d'établir les échéances pour un examen uniforme des plans de soins et des lignes directrices pour documenter toutes les données d'évaluation et des plans de soins et faciliter la transition entre les milieux au moment du congé. Le Ministère cherchera à déterminer si les prochaines normes en santé mentale devraient traiter de manière plus explicite du milieu des hôpitaux psychiatriques spécialisés.

4.6.6 Les méthodes de traitement des hôpitaux sont différentes

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés traitent les gens aux prises avec les maladies mentales les plus complexes et les plus graves et, par conséquent, sont à l'avant-garde des traitements et de la recherche pour les maladies mentales. Plusieurs hôpitaux psychiatriques spécialisés ont mis au point de nouvelles méthodes de traitement pour des

maladies mentales particulières et ces méthodes ont permis d'améliorer les résultats des soins des patients par rapport aux autres méthodes. Par exemple, Ontario Shores a mis au point une nouvelle approche pour traiter certains patients atteints de schizophrénie et cette approche a contribué à une réduction du nombre de patients auxquels étaient prescrits de nombreux antipsychotiques. Ces médicaments ont des effets secondaires importants.

Nous avons constaté qu'il n'y a pas de processus dans les hôpitaux pour communiquer les nouvelles méthodes de traitement mises au point par leurs pairs. De plus, le Ministère ne les oblige pas à les adopter. Il s'ensuit qu'il existe des méthodes de traitement qui pourraient faciliter le rétablissement des patients, mais elles ne sont pas offertes dans certains hôpitaux. La **figure 14** énumère les méthodes de traitement mises au point par un hôpital psychiatrique spécialisé, qui n'ont pas été adoptées par les autres hôpitaux psychiatriques spécialisés.

RECOMMANDATION 9

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés doivent continuer de mettre au point des méthodes de

Figure 14 : Méthodes de traitement mises au point par des hôpitaux psychiatriques spécialisés, qui n'ont été adoptées par aucun autre hôpital psychiatrique spécialisé

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés

Hôpital psychiatrique spécialisé	Domaine de spécialisation de la méthode de traitement mise au point par l'hôpital
CTSM	<ul style="list-style-type: none"> • Démence (vise principalement à réduire l'agressivité chez les patients) • Schizophrénie* • Troubles psychotiques chez les jeunes (y compris les jeunes qui présentent des signes précoces de psychose) • Troubles de l'humeur (la dépression et le trouble bipolaire)
Ontario Shores	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie* • Effets secondaires métaboliques des antipsychotiques • Dépression majeure (patients hospitalisés) • Démence avec agitation et comportements agressifs (patients hospitalisés)
Le Royal	<ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes et les troubles de l'humeur (vise principalement à réduire le temps que les patients attendent pour obtenir un traitement pour ces maladies) • La toxicomanie accompagnée d'une autre maladie mentale

* La méthode de traitement d'Ontario Shores est axée sur l'évaluation et le traitement des adultes (18 à 64 ans) avec des troubles de schizophrénie et schizo-affectifs pour les patients hospitalisés et en consultation externe. La méthode de traitement du CTSM est axée sur des groupes d'âge particuliers (p. ex. patients atteints de schizophrénie âgés de 60 ans et plus).

traitement et créer une tribune permanente pour communiquer ces méthodes aux autres hôpitaux psychiatriques spécialisés ainsi qu'aux hôpitaux généraux qui fournissent également des services de santé mentale.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés acceptent la recommandation de poursuivre l'amélioration des normes ontariennes en matière de santé mentale. Au cours des dernières années, quatre hôpitaux ont mis sur pied l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie. Par la suite, 20 hôpitaux leur ont emboîté le pas, et l'initiative a suscité de l'intérêt dans les autres provinces et à l'échelle internationale. L'initiative prévoit la publication d'une fiche de rendement sur la qualité et une tribune pour le partage des pratiques exemplaires. Les quatre hôpitaux se sont employés à offrir un accès intégré aux soins dans plusieurs secteurs afin d'assurer une plus grande normalisation. Ils ont tous participé à l'élaboration des trois normes de Qualité des services de santé Ontario traitant de la schizophrénie, de la démence et de la dépression majeure. Nous continuerons de soutenir l'élaboration de normes sur le traitement et les soins en matière de santé mentale et de toxicomanie et de chercher des occasions de partager notre travail à l'extérieur du secteur des hôpitaux psychiatriques spécialisés.

4.7 L'absence de surveillance et d'information ministérielles peut nuire à l'amélioration des soins prodigués aux patients en santé mentale

4.7.1 Le Ministère n'a pas établi de cibles suffisantes pour les services de santé mentale

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés communiquent au public (depuis 2011) une carte de poin-

tage de l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie qui mesure des indicateurs de rendement essentiels en santé mentale déterminés par les hôpitaux psychiatriques spécialisés. L'**annexe 2** présente le type de renseignements que ces hôpitaux déclarent dans leur carte de pointage. Bien que ces renseignements aient été communiqués au public au cours des cinq dernières années, ni le Ministère ni les RLISS ne les ont évalués ou n'ont fixé d'objectifs pour les hôpitaux à l'égard des éléments dont ceux-ci rendent compte.

Le Ministère a fixé des objectifs axés sur l'amélioration de l'accès aux services dans les hôpitaux généraux, mais il n'en existe pas pour les hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Seulement deux objectifs fixés par le Ministère pour les RLISS concernent la santé mentale

Le Ministère a fixé seulement deux objectifs directement reliés à la santé mentale. Ils visent à évaluer l'accessibilité et la disponibilité des services communautaires pour les troubles de santé mentale et la toxicomanie dans chaque RLISS. Bien que le Ministère n'ait pas fixé d'échéancier, les RLISS doivent démontrer les progrès qu'ils réalisent par rapport à chacun des objectifs suivants :

1. Sur le nombre total de visites aux services des urgences dans un RLISS, seulement 16,3 % des visites ou moins devraient être des visites répétées et non planifiées au service des urgences dans un délai de 30 jours par des patients aux prises avec des affections liées à la santé mentale.
2. Sur le nombre total de visites aux services des urgences dans un RLISS, seulement 22,4 % des visites ou moins devraient être des visites répétées et non planifiées au service des urgences dans un délai de 30 jours par des patients aux prises avec des affections liées à la toxicomanie.

Le Ministère surveille les visites répétées aux services des urgences par les personnes aux prises avec une maladie mentale ou la toxicomanie, car il estime que l'accès à des services communautaires

efficaces pour traiter les affections liées à la santé mentale et à la toxicomanie devrait permettre de réduire le nombre de visites répétées et non planifiées aux urgences.

4.7.2 Le nombre de visites répétées en salle d'urgence a augmenté

Lorsque nous avons examiné le rendement de tous les RLISS par rapport aux deux objectifs, nous avons constaté que le nombre de visites répétées aux services des urgences dans un délai de 30 jours en raison d'une maladie mentale ou d'affections liées à la toxicomanie avait augmenté au cours des cinq dernières années.

Globalement, l'utilisation des salles d'urgence pour traiter des problèmes de santé mentale a augmenté de 21 % (passant de 209 250 visites à 254 161 visites au cours des cinq dernières années) alors que la population de l'Ontario n'a augmenté que de 4 % durant la même période.

En pourcentage de l'ensemble des visites aux services des urgences entre 2011-2012 et 2015-2016 :

- les visites répétées pour un problème de toxicomanie ont augmenté de 18 %;

- les visites répétées pour une maladie mentale ont augmenté de 9 % (voir la **figure 15**).

Quand nous avons examiné séparément pour chaque RLISS le pourcentage de visites répétées pour des affections liées à la santé mentale et à la toxicomanie par rapport à l'ensemble des visites aux services des urgences, nous avons constaté ce qui suit :

- le pourcentage de visites aux services des urgences qui étaient des visites répétées de patients ayant une affection liée à la santé mentale a augmenté dans 12 des 14 RLISS entre 2011-2012 et 2015-2016;
- en 2011-2012, cinq RLISS avaient atteint l'objectif de 16,3 % de la province; aucun RLISS n'a atteint cet objectif en 2015-2016 (voir la **figure 16**);
- le pourcentage de visites aux services des urgences qui étaient des visites répétées de patients ayant une affection liée à la toxicomanie a augmenté dans 12 des 14 RLISS;
- en 2011-2012, cinq RLISS atteignaient l'objectif de 22,4 % de la province; en 2015-2016, un seul RLISS atteignait cet objectif (voir la **figure 17**).

Figure 15 : Croissance du pourcentage de visites répétées et non planifiées aux services des urgences dans les 30 jours pour des affections liées à la santé mentale et à la toxicomanie par rapport à la croissance de la population de l'Ontario, 2011-2012 – 2015-2016

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

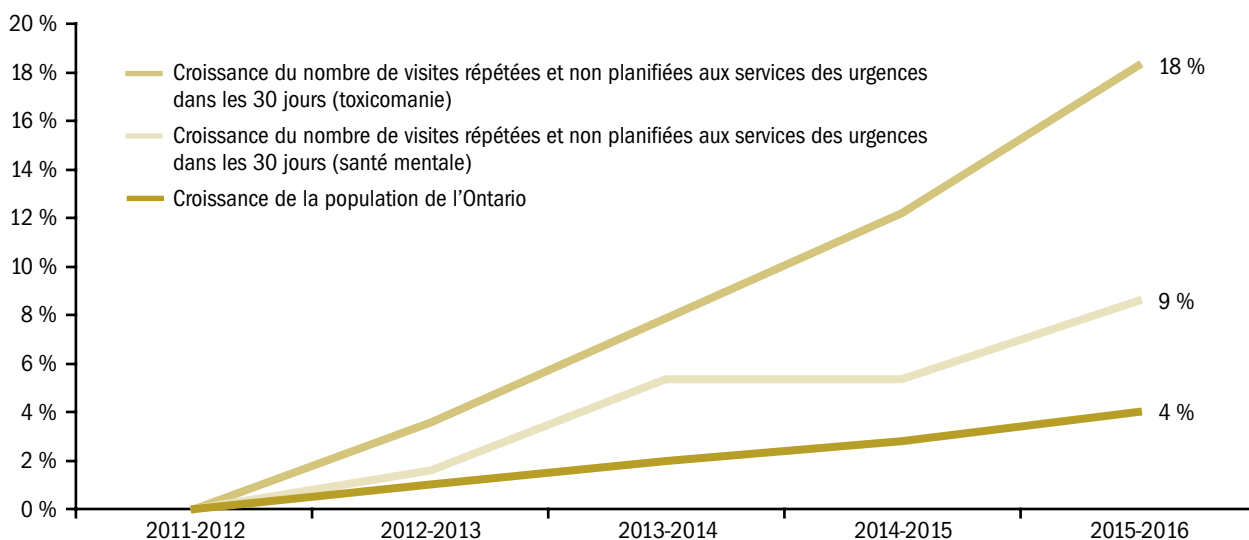
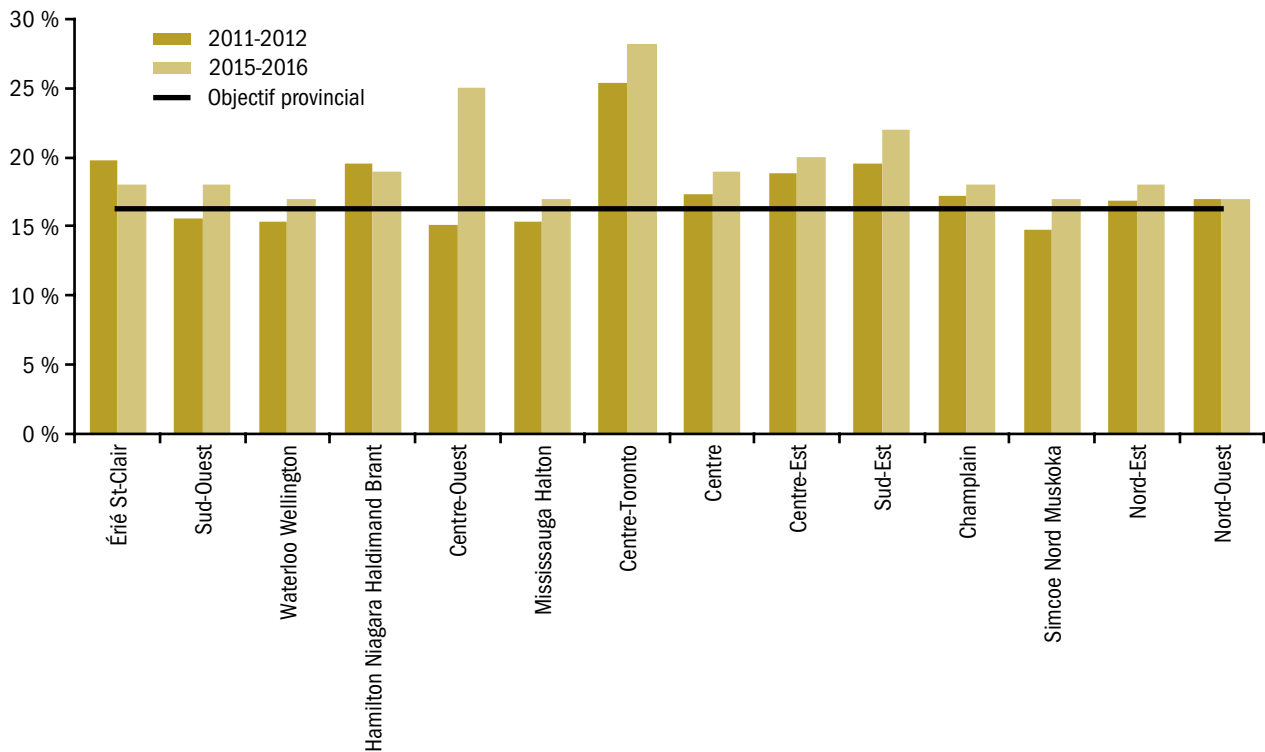


Figure 16 : Pourcentage des visites aux services des urgences pour des affections liées à la santé mentale qui étaient des visites répétées et non planifiées, par RLISS, 2011-2012 et 2015-2016

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



Note : la ligne noire représente l'objectif provincial de 2015-2016 (un maximum de 16,3 % de toutes les visites à l'urgence pour un problème de toxicomanie devraient être des visites répétées et non planifiées dans une période de 30 jours après une visite à l'urgence pour un problème de toxicomanie).

Nous avons demandé aux RLISS qui supervisent les hôpitaux psychiatriques spécialisés les raisons pour lesquelles le pourcentage de visites répétées et non planifiées aux services des urgences pour des affections liées à la santé mentale et à la toxicomanie dans leur RLISS avait augmenté entre 2011-2012 et 2015-2016. Une raison commune invoquée par les RLISS était que l'augmentation globale des visites aux services des urgences durant la même période pour des affections liées à la santé mentale était de 21 %.

4.7.3 Le Ministère ne connaît pas la raison de l'augmentation de la demande

Nous avons demandé au Ministère s'il avait effectué une analyse pour déterminer les raisons pour lesquelles les visites aux services des urgences pour des problèmes de santé mentale avaient augmenté. Il n'avait pas fait d'analyse. En l'absence de cette

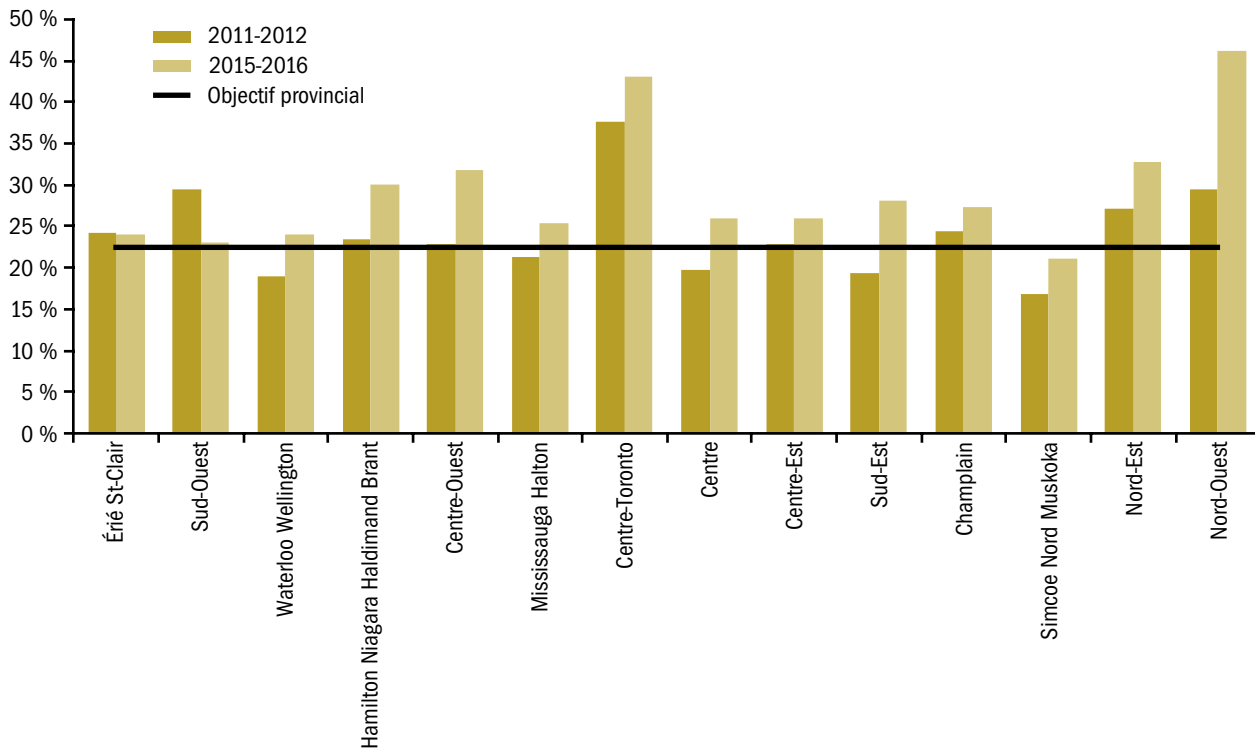
analyse, les RLISS n'ont pas d'orientation quant aux moyens à prendre pour réduire le nombre de visites répétées aux services des urgences dans leur région.

Des RLISS ont informé le Ministère par écrit que ces objectifs n'étaient pas utiles, car ils ne fournissaient pas à eux seuls suffisamment de renseignements aux RLISS pour définir les changements qu'ils devraient apporter dans leur région pour réduire le nombre de visites aux services des urgences.

Par exemple, ces objectifs n'indiquent aucunement si les hôpitaux psychiatriques spécialisés devraient offrir davantage de soins pour réduire les visites aux services des urgences pour des affections liées à la santé mentale. Les RLISS ont demandé au Ministère de revoir l'utilisation de ces deux objectifs et de définir d'autres mesures qui seraient un meilleur indicateur de l'accessibilité et de la disponibilité des services de santé mentale dans leurs collectivités.

Figure 17 : Pourcentage des visites aux services des urgences pour un problème de toxicomanie qui étaient des visites répétées et non planifiées, par RLISS, 2011-2012 et 2015-2016

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



Note : la ligne noire représente l'objectif provincial de 2015-2016 (un maximum de 22,4 % de toutes les visites à l'urgence pour un problème de toxicomanie devraient être des visites répétées et non planifiées dans une période de 30 jours après une visite à l'urgence pour un problème de toxicomanie).

RECOMMANDATION 10

Pour mieux comprendre dans quelle mesure les services de santé mentale sont accessibles, disponibles et efficaces dans l'ensemble de la province, y compris les services des hôpitaux psychiatriques spécialisés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- effectuer une analyse pour déterminer les raisons pour lesquelles les visites aux services des urgences pour traiter des problèmes de santé mentale ont augmenté dans l'ensemble de la province;
- effectuer un examen et adopter de meilleurs indicateurs et de meilleurs objectifs pour évaluer la santé mentale, comme ceux utilisés par les hôpitaux psychiatriques spécialisés dans leur carte de pointage de

l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

En 2017, le Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances présentera au Ministère des recommandations pour l'amélioration de la planification, de la coordination et de l'intégration des services. Le Conseil a chargé un groupe de travail sur les données et la mesure du rendement de formuler ces recommandations. Le groupe de travail est composé d'experts des données et de la mesure du rendement des réseaux de santé, d'experts en politiques de santé et publiques et de dirigeants d'organismes communautaires en santé mentale et toxicomanie et d'hôpitaux.

Le groupe de travail a mis au point une liste de 10 indicateurs que le Ministère étudiera dans le cadre d'une stratégie élargie sur les données, qui permettra d'évaluer l'accessibilité, la disponibilité et l'efficacité des services en santé mentale.

4.8 Il n'y a pas suffisamment de services d'urgence en santé mentale

L'augmentation du nombre de visites répétées aux urgences dans un délai de 30 jours pourrait s'expliquer en partie par l'absence de services d'urgence spécialisés en santé mentale.

Le CTSM compte le seul service d'urgence en Ontario réservé aux personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale. Ce service d'urgence a vu le jour dans les années 1960. Alors que la population de l'Ontario a doublé depuis, il n'existe aucun autre service d'urgence de ce genre actuellement dans la province.

Depuis 2011, les visites au service d'urgence du CTSM ont augmenté de 40 %, passant de 6 604 visites en 2011-2012 à 9 252 visites en 2015-2016. En moyenne, les patients doivent maintenant attendre trois heures de plus qu'il y a cinq ans, ou environ 40 % plus longtemps, soit 7,8 heures en 2011-2012 et 10,8 heures en 2015-2016, pour être hospitalisés au CTSM.

4.8.1 Les salles d'urgence régulières ne sont pas la meilleure solution

Les personnes qui sont incapables de se rendre au CTSM peuvent obtenir une aide immédiate en se rendant dans un service d'urgence régulier. Toutefois, les services d'urgence réguliers ont indiqué qu'ils ne sont pas en mesure de prodiguer des soins aux personnes atteintes d'une maladie mentale ou aux toxicomanes :

- Les patients qui éprouvent des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie aggravent leur situation dans un environnement

chaotique comme celui d'un service d'urgence bondé et bruyant.

- Le personnel a moins d'expérience en général pour identifier une maladie mentale.
- Les salles d'urgence générales ne sont pas configurées de la même façon qu'une salle d'attente spécialisée en santé mentale (chaises rivées au sol, personnel de sécurité toujours présent) qui offre un environnement sécuritaire pour les patients et autres personnes qui attendent qu'on les traite.
- Les patients ne peuvent pas être transférés directement à un hôpital psychiatrique spécialisé et sont donc obligés d'attendre plus longtemps dans des installations où l'on est moins en mesure de répondre à leurs besoins.

Les services de police amènent parfois les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie au service des urgences le plus proche. Les policiers doivent alors attendre en compagnie de la personne jusqu'à ce qu'elle soit évaluée par un médecin. En 2015, cette attente a été en moyenne de 80 minutes par visite : c'est presque deux fois plus long que lorsque les policiers amènent une personne au service d'urgence du CTSM. L'attente plus longue de la police aux services des urgences réguliers par rapport à l'attente au CTSM en 2015 représentait un coût de près de 400 000 \$. De plus, le temps ainsi passé à attendre empêche les policiers de se consacrer à leurs tâches policières régulières.

Alors que les salles d'urgence consacrées à la santé mentale comportent de nombreux avantages, notamment offrir une expérience plus sécuritaire aux patients et leur permettre d'être hospitalisés directement dans un hôpital psychiatrique spécialisé, le Ministère ne prévoit aucunement de créer d'autres services d'urgence en santé mentale dans la province.

RECOMMANDATION 11

Pour que les patients ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie obtiennent le

plus rapidement possible les soins dont ils ont besoin, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit effectuer un examen pour déterminer s'il serait avantageux de créer d'autres services d'urgence en santé mentale dans les hôpitaux généraux ou les hôpitaux psychiatriques spécialisés. Les patients pourraient ainsi être traités dans un endroit sécuritaire et pourraient être transférés directement du service des urgences à un lit psychiatrique de longue durée dans un hôpital psychiatrique spécialisé si besoin est.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accepte cette recommandation et collaborera avec les RLISS et les fournisseurs de services de santé à la création de solutions visant à améliorer le système d'urgence pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, ce qui comprend des espaces appropriés dans les services d'urgence.

Le Ministère s'emploie à améliorer l'accès à des soins particuliers pour les patients qui utilisent le système d'urgence et ont besoin de services en santé mentale. Les urgences sont un des maillons d'un vaste système de services d'urgence en Ontario, qui comprend les services médicaux d'urgence (SMU), CritiCall Ontario, Ornge, les postes de soins infirmiers et la télé-médecine. Le système d'urgence comporte déjà des éléments adaptés expressément aux besoins en matière de santé mentale, notamment des équipes d'intervention en cas de crise, des équipes communautaires de traitements actifs, les maillons santé communautaires et autres fournisseurs dans la collectivité.

CritiCall Ontario fournit des services d'aiguillage d'urgence pour les médecins à l'échelle de la province. Ces services 24 heures sur 24 facilitent les consultations et la prise de décisions concrètes pour l'aiguillage de patients en phase critique ayant un besoin pressant de soins. En décembre 2015, CritiCall Ontario a

créé un conseil provincial des ressources en santé mentale et toxicomanie pour adultes, ainsi qu'un tableau de bord connexe. Le conseil des ressources et le tableau de bord fournissent de l'information à jour concernant le nombre de lits disponibles pour des patients ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie dans l'ensemble des hôpitaux de la province offrant des programmes en santé mentale et toxicomanie, ce qui comprend les hôpitaux psychiatriques spécialisés. Pour la première fois, le Ministère, les RLISS et les hôpitaux disposent de données en temps réel sur la disponibilité des lits des patients en santé mentale ou toxicomanie, afin d'améliorer l'accès, le roulement des patients et l'utilisation des lits. Un conseil provincial des ressources en santé mentale et toxicomanie pour adolescents a été créé en mars 2016.

4.9 Absence d'échange d'information concernant les patients

Les patients ayant des problèmes de maladie mentale ou de toxicomanie ne reçoivent pas uniquement des soins dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés. Par exemple, les patients des programmes de consultations externes offerts dans les hôpitaux reçoivent peut-être aussi des services de santé mentale fournis par des organismes communautaires en santé mentale. Il est également possible que durant le séjour d'un patient à l'hôpital la police soit appelée à intervenir si le patient a agressé un autre patient ou un membre du personnel ou s'il a quitté l'hôpital sans autorisation. Par conséquent, il est important que les hôpitaux psychiatriques spécialisés et les autres intervenants en santé mentale échangent de l'information pour permettre aux patients de recevoir les meilleurs soins de manière sécuritaire.

4.9.1 Il faut que les RLISS disposent d'une base de données sur les soins prodigués aux patients et qu'ils communiquent ces renseignements

Le Ministère n'a pris aucun moyen pour s'assurer qu'il existe un même niveau de coordination et d'échange d'information dans la province entre les différents intervenants en santé mentale. Nous avons remarqué qu'un seul RLISS (Centre-Toronto) dispose d'une base de données que tous les fournisseurs de services de santé mentale peuvent consulter pour prendre connaissance des renseignements relatifs aux patients afin de connaître les soins et les services que ceux-ci reçoivent. On s'assure ainsi que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin et qu'ils ne les reçoivent pas en double.

4.9.2 Le partage limité de l'information accroît les risques pour les patients et pour la police

Le même problème se pose concernant la communication de l'information sur les patients aux services de police. Par exemple, certains patients dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés risquent de se suicider ou peuvent devenir agressifs envers les autres. Si ces patients quittent l'hôpital sans autorisation, ils pourraient représenter un danger important pour eux-mêmes ou pour la population. Par conséquent, la police devrait être avisée sans attendre. Or, la police nous a dit qu'elle n'est pas toujours avisée immédiatement. En fait, il est arrivé qu'elle ne soit avisée que quelque six heures plus tard qu'un patient avait quitté l'hôpital sans autorisation ou qu'il ne s'était pas présenté à l'hôpital à l'heure convenue.

La police nous a également dit que certains hôpitaux ne sont pas disposés à communiquer les renseignements relatifs aux patients et invoquent l'obligation de protéger la vie privée des patients. Sans ces renseignements, la police doit supposer que les patients représentent un danger important pour la population, ce qui peut entraîner un

recours excessif à la force. Nous avons remarqué que le Service de police d'Ottawa avait conclu un protocole d'entente avec l'Hôpital d'Ottawa, qui est un hôpital général. Ce protocole contient des règles claires qui régissent l'échange d'information entre les deux parties et garantissent la protection de la vie privée des patients tout en permettant aux deux parties de faire leur travail de façon sécuritaire et efficace. Bien qu'il existe un protocole d'entente semblable entre le CTSM et le Service de police de Toronto, les commentaires que nous avons reçus de la police indiquent que le CTSM – et cela vaut également pour les autres hôpitaux psychiatriques spécialisés – pourrait communiquer davantage de renseignements aux services de police locaux.

RECOMMANDATION 12

Pour améliorer la communication de l'information par les intervenants en santé mentale dans l'ensemble de la province, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- établir de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) un calendrier d'échange d'information dans chaque RLISS pour que les fournisseurs de services régionaux en santé mentale se fassent part des services qu'ils fournissent aux patients;
- élaborer de concert avec les RLISS et les hôpitaux psychiatriques spécialisés des processus pour que les hôpitaux échangent de l'information à l'échelle des RLISS (aux autres fournisseurs de services de santé mentale et aux autres hôpitaux) pour le bien des patients et des fournisseurs de services;
- élaborer pour les hôpitaux des protocoles d'échange d'information avec les services de police pour que ceux-ci puissent obtenir les renseignements dont ils ont besoin pour faire leur travail tout en protégeant la vie privée des patients.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère continuera de travailler avec les RLISS en vue de faciliter l'échange d'information entre les hôpitaux psychiatriques spécialisés et les RLISS.

L'outil d'évaluation en santé mentale d'Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) a été implanté dans 200 organismes communautaires. L'information de l'évaluation peut, avec le consentement du patient, être téléchargée dans le Dossier d'évaluation médicale intégré (DEMI), qui renferme également l'information d'évaluation des soins en santé mentale, des soins de longue durée des patients hospitalisés et du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC). Au moyen du DEMI, les fournisseurs peuvent obtenir la même information sur les patients pour les différents services. Le Ministère se questionne sur la pertinence d'exiger l'utilisation de l'ECBO par tous les organismes communautaires en santé mentale financés par le Ministère.

Le Ministère se penchera sur des moyens d'améliorer la communication de l'information à la police. On pourrait miser sur le cadre pour les protocoles de transition des emplacements entre les services de police et les hôpitaux. Le cadre a été élaboré en partenariat avec le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, le comité provincial de coordination des services à la personne et des services juridiques et l'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario. Une fois que le cadre aura été lancé publiquement, un ensemble d'outils seront également offerts pour aider à l'élaboration de protocoles de transition, ce qui comprendra la communication d'information, dans la mesure permise par la loi, avec les collectivités de l'Ontario.

RÉPONSE DES RLISS

Le partage et l'adoption de pratiques efficaces dans les RLISS et chez les fournisseurs de soins de santé sont une recommandation positive. Les groupes existants entre les RLISS (p. ex. conseil des PDG, conseil des directeurs principaux et comité consultatif provincial sur la SMLD) pourraient servir de tribune aux fins du partage de l'information et de consultation sur les politiques.

Les RLISS utilisent déjà des systèmes de partage de l'information, comme le Community Care Information Management System (CCIM), qui permet le partage de l'information entre les fournisseurs de soins d'un patient.

4.10 Le personnel demande que l'on améliore la sécurité

En plus d'améliorer les protocoles de sécurité pour les interactions entre les patients et la police, des améliorations s'imposent pour que le personnel qui travaille dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés de la province se sente davantage en sécurité.

4.10.1 Les préoccupations du personnel en matière de sécurité ne sont pas résolues rapidement

Le fait de travailler directement auprès de patients atteints des formes de maladie mentale les plus graves et les plus complexes, dont certains n'ont aucun contrôle sur leur comportement et risquent de se blesser ou de causer des blessures physiques à d'autres personnes, peut poser des difficultés au personnel qui travaille dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés. C'est pourquoi il est important que la direction de l'hôpital prenne toutes les mesures nécessaires pour offrir un milieu sécuritaire au personnel et aux patients.

Durant notre audit, nous avons examiné les résultats des sondages effectués auprès du personnel dans chaque hôpital depuis 2014. D'après

les résultats les plus récents, près de 60 % des 1 715 répondants des quatre hôpitaux ont indiqué que la direction ne prend pas de mesures efficaces à la suite des incidents de sécurité signalés. Certains incidents peuvent être prévenus. On peut penser à un membre du personnel infirmier qui est brûlé par un patient qui a eu accès à de l'eau bouillante ou à un patient qui quitte sans autorisation une pièce verrouillée dont la porte est défectueuse.

Notre examen des politiques des hôpitaux concernant la suite à donner aux incidents signalés a révélé que les hôpitaux n'exigent pas que la direction communique au personnel les mesures qu'elle prend pour prévenir la répétition des incidents de sécurité signalés.

RECOMMANDATION 13

Pour que le personnel se sente en sécurité au travail, les hôpitaux psychiatriques spécialisés doivent :

- mettre à jour leurs politiques pour exiger que la direction informe régulièrement le personnel des changements apportés pour améliorer la sécurité en général et celle du personnel afin d'éviter la répétition des incidents de sécurité signalés;
- continuer de sonder le personnel pour savoir s'il est satisfait de la suite donnée par la direction aux incidents de sécurité signalés, et prendre des mesures correctives quand le niveau de satisfaction du personnel demeure faible.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés acceptent la recommandation et sont engagés à l'égard de la santé et sécurité des milieux de travail. Des initiatives sont déjà en place pour améliorer la sécurité du personnel, ce qui comprend des dispositifs de sécurité personnelle, de la formation et des évaluations périodiques des risques. Nous nous employons à apporter des améliorations comme l'adoption de Safewards

dans le cadre de l'initiative soutenue Safe & Well. Les hôpitaux continueront d'étudier des moyens d'améliorer la sécurité et collaboreront avec leurs comités respectifs de santé et sécurité à cet égard. Nous procédons à des sondages d'opinion bisannuels auprès des employés qui traitent de différentes questions, comme la sécurité, et nous continuerons d'accorder une grande importance aux commentaires reçus, notamment les résultats ayant trait à la sécurité, et de leur donner suite. Nous nous assurerons que les processus de communication sont en place pour informer le personnel des changements apportés pour renforcer la sécurité du personnel.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accorde une très grande importance à la sécurité des patients et du personnel.

En août 2005, en partenariat avec le ministère du Travail, le Ministère a mis sur pied un Comité de leadership pour la prévention de la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé visant à mieux protéger les professionnels de la santé. Ce Comité de leadership est composé de représentants des intervenants de première ligne, des intervenants en faveur des patients et d'experts en la matière, ainsi que de cadres supérieurs des deux ministères et du secteur de la santé.

Le Comité fournira des conseils en vue de réduire et de prévenir la violence en milieu de travail touchant les professionnels de la santé. Pour commencer, il se penchera sur la prévention de la violence à l'endroit du personnel infirmier dans les hôpitaux, puis sur la violence à l'endroit de tous les travailleurs hospitaliers et de l'ensemble du secteur de la santé.

Un plan de mise en œuvre sera élaboré afin :

- de rendre les hôpitaux plus sûrs;
- de réduire les incidents de violence en milieu de travail dans les hôpitaux et dans l'ensemble du secteur de la santé;

- de changer les attitudes à l'égard de la violence en milieu de travail;
- d'améliorer la culture de la sécurité en milieu de travail eu égard à la violence.

4.10.2 Le nouvel édifice de Waypoint pour la psychiatrie légale est moins sécuritaire pour le personnel

Alors que l'absence de réponse de la direction aux problèmes de sécurité soulevés par le personnel hospitalier était un problème dans tous les hôpitaux psychiatriques spécialisés, l'un d'entre eux, Waypoint, ressortait du groupe comme présentant un problème plus important.

Waypoint offre le seul programme médico-légal à sécurité maximale en Ontario. Ce programme compte 160 lits pour traiter les patients en psychiatrie légale qui posent le plus grand risque de se blesser ou de blesser d'autres personnes. Les patients sont aiguillés vers ce programme directement par les tribunaux ou par les programmes de psychiatrie légale d'autres hôpitaux parce que ces programmes ne sont pas en mesure de traiter le patient d'une façon permettant d'assurer la sécurité de celui-ci, celle des autres patients et celle du personnel.

En mai 2014, Waypoint a déménagé dans un tout nouvel édifice ses patients en psychiatrie légale, y compris ceux traités dans son programme médico-légal à sécurité maximale. Le nouvel édifice, construit au coût de 474 millions de dollars par un partenariat public-privé encadré par Infrastructure Ontario, était censé offrir un milieu sécuritaire au personnel et aux patients.

Depuis le déménagement, 90 lacunes ayant des répercussions sur la sécurité du personnel et des patients ont été recensées. Ces lacunes, dont une clôture mal construite et un mécanisme électronique de fermeture des portes défectueux, ont donné lieu au signalement de plus de 470 risques pour la sécurité (reliés à des agressions d'employés, des dommages aux biens, au vandalisme et à la fuite de patients en passant au-dessus d'une clôture

sans autorisation) au cours de la première année suivant le déménagement. C'est près du triple du nombre d'incidents de sécurité signalés dans l'année précédant le déménagement.

Les résultats d'un sondage effectué par l'hôpital environ six mois après le déménagement indiquaient que 85 % des 108 employés sondés qui travaillaient dans le nouvel édifice ne se sentaient « pas du tout davantage en sécurité » par rapport au moment où ils travaillaient dans l'ancien édifice.

Entre mai 2014 et avril 2016, le ministère du Travail a émis 12 ordres de conformité pour corriger les problèmes de sécurité survenus dans le nouvel édifice. Sept de ces ordres étaient reliés à deux incidents au cours desquels des employés ont été agressés ou blessés; un membre du personnel ayant été poignardé par un patient lors d'un de ces incidents. Bien que le nombre d'incidents de sécurité signalés ait diminué dans la deuxième année suivant le déménagement, c'est encore plus du double du nombre d'incidents signalés l'année précédant le déménagement.

RECOMMANDATION 14

Pour faire en sorte que le personnel puisse se sentir davantage en sécurité dans le nouvel édifice de psychiatrie légale, le Centre de soins de santé mentale Waypoint, en collaboration avec le personnel, doit :

- corriger toutes les lacunes de conception qui ont des répercussions sur la sécurité du personnel et des patients en établissant un plan d'action formel comportant des dates cibles pour la correction de chaque lacune;
- communiquer ce plan au personnel;
- informer régulièrement le personnel des lacunes qui ont été corrigées.

RÉPONSE DE WAYPOINT

Le centre Waypoint convient que le personnel doit se sentir en sécurité et a accordé une grande importance au suivi et à l'élaboration de plans visant à assurer la sécurité à l'édifice

Atrium dans le cadre de son plan stratégique, prévoyant que 90 % des lacunes énoncées dans le rapport de suivi soient réglées en octobre 2016. Les résultats du sondage auprès du personnel indiquaient que, un an après le déménagement, la perception globale du personnel à l'égard de la sécurité était meilleure que dans l'ancien édifice. L'hôpital continuera d'inclure le personnel dans la résolution des problèmes de conception et à faire part des solutions ayant été apportées. Conjointement avec le comité mixte de santé et sécurité, l'hôpital a convenu de procéder à une troisième évaluation externe des risques afin de guider les mesures et les plans futurs en matière de sécurité du personnel, et il en informera le personnel.

4.11 La dotation ne repose pas sur le niveau nécessaire pour offrir les meilleurs soins aux patients

Pour fournir des soins appropriés, les hôpitaux doivent disposer du nombre nécessaire d'effectifs infirmiers, de psychiatres et d'autres employés qui travaillent directement auprès des patients. Nous avons constaté que le nombre d'employés dans les quatre hôpitaux qui fournissent des soins aux patients hospitalisés n'avait à peu près pas changé entre 2011-2012 et 2015-2016. Au Royal, les effectifs ont diminué de 5 % et à Waypoint, de 2 %. Les effectifs ont augmenté de 5 % au CTSM et à Ontario Shores. Alors que les quatre hôpitaux ont fermé 32 lits au cours de cette même période, le changement global de la dotation dans les quatre hôpitaux était plutôt minime et, par conséquent, leur ratio employé-patient est demeuré de deux employés pour trois patients.

4.11.1 Il n'y a pas suffisamment de personnel pour les activités

Même si globalement le nombre d'employés par patient n'a pas changé, les résultats des sondages

menés auprès du personnel et des patients des quatre hôpitaux indiquent qu'il n'y a pas suffisamment de personnel dans certains programmes. Dans les sondages effectués dans chaque hôpital psychiatrique spécialisé depuis 2014, la moitié des 3 361 employés sondés ont indiqué qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour faire leur travail et près des deux tiers des 594 patients qui ont répondu à une question sur les activités organisées (comme les thérapies de groupe) durant les fins de semaine ont indiqué qu'il n'y en avait pas suffisamment. D'après un échantillon des dossiers de patients que nous avons examinés au CTSM et à Ontario Shores, seulement 20 % des patients au premier hôpital et 40 % des patients au second hôpital participaient à des activités la fin de semaine. Bien que le nombre d'employés par patient n'ait à peu près pas changé globalement dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés entre 2011-2012 et 2015-2016, les hôpitaux n'ont pas de ratios cibles à cet égard et, par conséquent, il est difficile de savoir si les niveaux de dotation actuels dans les hôpitaux sont appropriés.

4.11.2 Le nombre d'employés à temps plein a diminué

Nous avons également remarqué que les hôpitaux ont embauché davantage de personnel à temps partiel au cours des cinq dernières années et que la composition d'effectifs à temps plein et à temps partiel varie d'un hôpital à l'autre.

Le personnel à temps partiel peut certes prodiguer d'aussi bons soins, mais nous avons pris connaissance de plusieurs études dans des revues scientifiques qui révèlent qu'un plus grand recours au personnel à temps plein plutôt qu'au personnel à temps partiel se traduisait par de meilleurs soins pour les patients ayant des problèmes de santé mentale, car les patients en viennent à établir une relation thérapeutique à plus long terme avec les personnes qui leur prodiguent des soins à temps plein.

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a recommandé

constamment au cours des dernières années que 70 % du personnel infirmier soit du personnel à temps plein afin d'offrir des soins de meilleure qualité. Plus de 70 % des effectifs prodiguant des soins directs dans trois hôpitaux psychiatriques spécialisés étaient à temps plein en 2011-2012. Cinq ans plus tard, un seul de ces hôpitaux dépassait ce pourcentage, et les trois hôpitaux comptaient moins d'employés à temps plein par rapport au pourcentage de l'ensemble des employés qu'il y a cinq ans.

La **figure 18** montre l'évolution des niveaux de dotation à temps plein dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés en 2011-2012 et 2015-2016.

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés n'ont pas de cibles de dotation pour leurs unités de programme. Il est donc difficile de déterminer si les hôpitaux ont la composition la plus efficace d'effectifs à temps plein et à temps partiel.

RECOMMANDATION 15

Pour que le niveau des effectifs hospitaliers permette que les patients reçoivent les meilleurs soins, les hôpitaux psychiatriques spécialisés doivent :

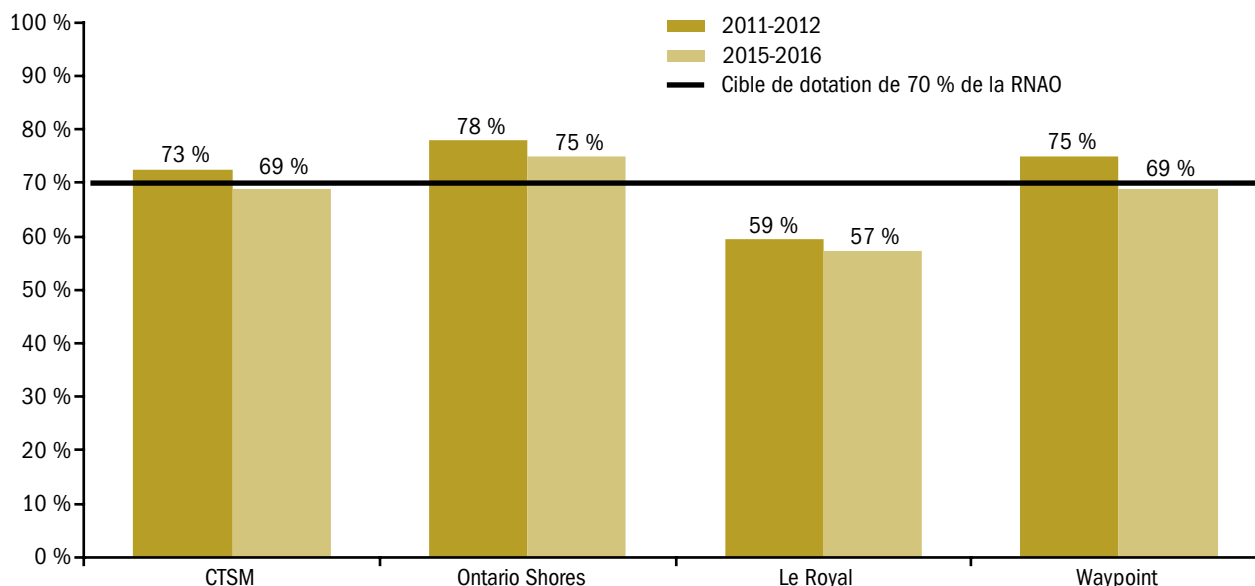
- examiner la documentation sur les pratiques exemplaires en vue d'élaborer des lignes directrices, s'il y a lieu, concernant le ratio employé-patient et la composition d'employés à temps plein et d'employés à temps partiel pour la dotation des programmes hospitaliers;
- utiliser cette information au moment de prendre des décisions pour la dotation des programmes hospitaliers.

RÉPONSE DES HÔPITAUX

Les hôpitaux acceptent cette recommandation et continueront d'assurer le suivi de l'information utile sur la dotation conformément aux Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario. Nous sommes également engagés à examiner la documentation relative aux pratiques exemplaires pour la dotation dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés, afin de procéder à une comparaison par rapport aux pratiques courantes et d'appuyer la prise de décisions transparente pour répondre aux

Figure 18 : Pourcentage des employés prodiguant des soins directs aux patients hospitalisés étant à temps plein, selon l'hôpital psychiatrique spécialisé, en 2011-2012 et 2015-2016

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés



besoins des patients. Nous tiendrons compte de cette information, s'il y a lieu, dans l'élaboration de lignes directrices concernant le ratio employé-patient et la composition d'employés à temps plein et d'employés à temps partiel.

Les hôpitaux psychiatriques spécialisés sont également engagés à offrir des soins de qualité supérieure, ainsi qu'à procéder à des analyses comparatives, comme prévu dans l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie. Un établissement spécialisé en santé mentale doit

pouvoir compter sur les services de cliniciens ayant les compétences nécessaires pour soigner des personnes souffrant de maladies mentales graves et résistantes aux traitements. Au cours des dernières années, nous avons assisté à une forte hausse du nombre de personnes atteintes de maladies mentales complexes. Des changements ont donc dû être apportés pour répondre aux besoins des patients et pour fournir un milieu thérapeutique sûr aux patients et au personnel.

Annexe 1 : Temps d'attente pour une hospitalisation dans un hôpital psychiatrique spécialisé, 2015-2016

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés

	Temps d'attente (jours) ²
Ontario Shores	
Traitement pour la réintégration des patients en psychiatrie légale dans la collectivité dans un milieu sécurisé	268
Programme spécialisé de traitement des troubles de l'alimentation chez les jeunes	105
Adultes atteints d'une maladie mentale et d'une déficience sur le plan du développement	68
Patients en gériatrie atteints de démence	32
Patients en gériatrie ayant des problèmes de santé mentale graves ou complexes	27
Adultes âgés de 18 à 35 ans aux prises avec une maladie mentale et la toxicomanie	17
Programme de neuropsychiatrie spécialisé pour les adultes	15
Adultes atteints d'une maladie mentale grave et persistante, y compris celles résistant aux traitements	14
Maladie mentale générale chez les jeunes	13
Évaluation du diagnostic et stabilisation des symptômes de santé mentale chez les adultes	12
Programme général pour les patients en psychiatrie légale dans un milieu sécurisé	6
Évaluation des patients en psychiatrie légale exigée par les tribunaux	1
Évaluation des patients en psychiatrie légale exigée par les tribunaux et traitement pour la réintégration des patients dans la collectivité dans un milieu sécurisé	1
Programme général pour les patients en psychiatrie légale	0
Le Royal	
Adultes ayant besoin d'un traitement axé sur le rétablissement en raison d'une longue maladie et d'une longue hospitalisation	80
Adultes aux prises avec une maladie mentale et la toxicomanie	43
Adultes ayant des troubles de l'humeur et des troubles anxieux	6
Adultes atteints de schizophrénie	6
Patients en gériatrie ayant des problèmes de santé mentale graves ou complexes	4
Programme de traitement des dépendances de 28 jours pour les adultes	2
Unité de crise pour les malades externes qui ont besoin de soins urgents	1
Maladie mentale générale chez les jeunes	1
Unité de traitement située à Ottawa pour les patients en psychiatrie légale	0
Unité de traitement située à Brockville pour les patients en psychiatrie légale	0

Waypoint	Temps d'attente (jours) ²
Adultes aux prises avec une maladie mentale et la toxicomanie	85
Programme général pour les patients en psychiatrie légale	48
Adultes atteints d'une maladie mentale et d'une incapacité sur le plan du développement	18
Adultes ayant une maladie mentale grave et persistante qui reçoivent des services de réadaptation psychosociale	12
Patients en gériatrie présentant des signes et des symptômes de trouble psychiatrique ou patients adultes atteints de la maladie d'Alzheimer	11
Programme à sécurité maximale pour les patients en psychiatrie légale atteints d'une maladie mentale et d'une incapacité sur le plan du développement	6
Évaluation des patients en psychiatrie légale exigée par les tribunaux	5
Évaluation à court terme du diagnostic et stabilisation rapide des symptômes de maladie mentale	5 heures
Programme sécurisé pour les patients en psychiatrie légale	0
Programme à sécurité maximale pour les patients en psychiatrie légale ayant reçu un diagnostic de maladie mentale et/ou de toxicomanie	0

1. Le CTSM n'assure pas de collecte ou de suivi centralisé de l'information sur les temps d'attente; 70 % des patients du CTSM proviennent directement de son urgence. L'information sur les temps d'attente n'est pas entièrement comparable entre les hôpitaux. Pour les temps d'attente, le Royal consigne le nombre de jours qui s'écoulent entre la date à laquelle un psychiatre détermine qu'un patient devrait être admis à l'hôpital et la date de l'hospitalisation du patient. Ontario Shores et Waypoint consignent les temps d'attente à compter de la date de réception de l'aiguillage du patient.
2. Les hôpitaux mesurent les temps d'attente médians des programmes. Par conséquent, la moitié des personnes admises ont attendu plus longtemps que les jours indiqués.

Annexe 2 : Indicateurs de la carte de pointage de l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie

Source des données : hôpitaux psychiatriques spécialisés

Catégorie d'indicateurs de rendement		Tendance de 2011-2012 à 2015-2016 selon l'hôpital psychiatrique spécialisé		
Description	CTSM	Ontario Shores	Le Royal	Waypoint
Complexité des patients	Trois indicateurs qui mesurent le pourcentage de patients vus par les hôpitaux qui ont plus d'un diagnostic psychiatrique ou qui ont à la fois un diagnostic médical et un diagnostic psychiatrique.	Augmentation de la complexité des problèmes traités (le pourcentage de patients admis étant atteints de plus d'un trouble de santé mentale est passé de 62 % à 70 %).	Augmentation de la complexité des problèmes traités (le pourcentage de patients admis étant atteints de plus d'un trouble de santé mentale est passé de 56 % à 89 %).	Augmentation de la complexité des problèmes traités (le pourcentage de patients admis étant atteints de plus d'un trouble de santé mentale est passé de 37 % à 55 %).
Résultats chez les patients	Cinq indicateurs : trois mesurent l'amélioration de l'état du patient entre l'admission et le congé et deux mesurent les taux de réadmission des patients dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital.	Diminution de la capacité des patients de soigner leur maladie mentale de manière autonome après avoir obtenu leur congé de l'hôpital (le pourcentage de patients ayant été le mieux en mesure de se soigner avec succès après leur congé est passé de 67 % à 56 %).	Diminution de la capacité des patients de soigner leur maladie mentale de manière autonome après avoir obtenu leur congé de l'hôpital (le pourcentage de patients ayant été le mieux en mesure de se soigner avec succès après leur congé est passé de 59 % à 41 %).	Diminution de la capacité des patients de soigner leur maladie mentale de manière autonome après avoir obtenu leur congé de l'hôpital (le pourcentage de patients ayant été le mieux en mesure de se soigner avec succès après leur congé est passé de 65 % à 62 %).
Sécurité du patient	Trois indicateurs : un premier mesure le pourcentage de patients qui quittent l'hôpital sans autorisation, un deuxième mesure le pourcentage de patients dont la médication fait l'objet d'un examen à l'admission (ce qui réduit le risque de donner à un patient des médicaments qui ne conviennent pas à son état durant son séjour à l'hôpital) et un troisième mesure le pourcentage de patients qui n'ont pas eu besoin de contention durant leur admission à l'hôpital.	Diminution du pourcentage de patients dont la médication a été examinée lors de l'admission (de 92 % à 88 %).	Augmentation du pourcentage de patients dont la médication a été examinée lors de l'admission (de 58 % à 100 %).	Augmentation du pourcentage de patients dont la médication a été examinée lors de l'admission (de 76 % à 93 %).

Tendance de 2011-2012 à 2015-2016 selon l'hôpital psychiatrique spécialisé					
Catégorie d'indicateurs de rendement	Description	CTSM	Ontario Shores	Le Royal	Waypoint
Accès du patient *	Un indicateur qui mesure le pourcentage de l'ensemble des patients qui devraient sortir de l'hôpital, mais ne peuvent pas obtenir leur congé en raison du manque de lits dans les foyers de soins de longue durée ou les logements avec services de soutien.	Augmentation du nombre de patients n'ayant plus besoin de soins hospitaliers, mais ne pouvant pas obtenir leur congé (de 13 % de tous les patients de l'hôpital à 18 %).	Augmentation du nombre de patients n'ayant plus besoin de soins hospitaliers, mais ne pouvant pas obtenir leur congé (de 14 % de tous les patients de l'hôpital à 17 %).	Diminution du nombre de patients n'ayant plus besoin de soins hospitaliers, mais ne pouvant pas obtenir leur congé (de 8 % de tous les patients de l'hôpital à 7 %).	Augmentation du nombre de patients n'ayant plus besoin de soins hospitaliers, mais ne pouvant pas obtenir leur congé (de 5 % de tous les patients de l'hôpital à 7 %).
Sécurité du personnel	Un indicateur qui mesure les absences du personnel en raison de blessures.	Diminution du nombre de réclamations à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail par centaine d'employés (de 2,1 à 1,7).	Diminution du nombre de réclamations à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail par centaine d'employés (de 5,9 à 5,0).	Diminution du nombre de réclamations à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail par centaine d'employés (de 2,0 à 1,1).	Diminution du nombre de réclamations à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail par centaine d'employés (de 3,3 à 1,8).
Absentéisme du personnel	Un indicateur qui mesure les heures de congé de maladie du personnel.	Diminution du pourcentage de congés de maladie des employés (de 2,8 % à 2,0 %).	Diminution du pourcentage de congés de maladie des employés (de 5,7 % à 5,5 %).	Pourcentage de congés de maladie inchangé (demeuré à 3,2 %).	Augmentation du pourcentage de congés de maladie des employés (de 4,5 % à 5,7 %).
Ressources financières	Un indicateur qui correspond au pourcentage de budgets équilibrés au cours des cinq dernières années.	Tous les budgets étaient équilibrés.	Tous les budgets étaient équilibrés.	Tous les budgets étaient équilibrés.	Tous les budgets étaient équilibrés, sauf celui de 2013-2014 (déficit de 664 000 \$).

* L'indicateur d'accès du patient déclaré dans la carte de pointage de l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie pour le CTSM et le Royal est différent des pourcentages indiqués à la figure 10 du présent rapport, qui ont été calculés par notre Bureau. Les pourcentages calculés par le Royal et le CTSM ne tiennent pas compte de l'information complète. Pour la carte de pointage, le Royal ne tient pas compte des patients de l'unité médico-légale située à Brockville dans son calcul. À la figure 10, nous avons indiqué que les pourcentages du Royal étaient de 7,1 % en 2011-2012 et de 2,5 % en 2015-2016. En raison de problèmes liés à la qualité des données, le calcul de 13 % du CTSM pour ce pourcentage en 2011-2012 était inexact et non comparable aux résultats déclarés au cours des années subséquentes. Le CTSM convient que le bon pourcentage était de 17,1 % en 2011-2012, ce qui correspond à la figure 10.