

Rapport sur les hôpitaux



20
03

S O I N S D E C O U R T E D U R É E



Une initiative conjointe de l'Association des hôpitaux
de l'Ontario et du gouvernement de l'Ontario



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Rapport sur les hôpitaux



2003

S O I N S D E C O U R T E D U R É E



Une initiative conjointe de l'Association des hôpitaux
de l'Ontario et du gouvernement de l'Ontario



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que les auteurs du rapport soient identifiés. Certaines données incluses dans le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* proviennent du *Hospital Report '99: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, avec l'autorisation de la réimpression.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-340-5

© 2003 Institut canadien d'information sur la santé, Gouvernement de l'Ontario, Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Université de Toronto

This publication is also available in English under the title:
Hospital Report 2003: Acute Care, ISBN 1-55392-338-3

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme pancanadien, autonome et sans but lucratif, œuvre à améliorer la santé du système de santé et celle des Canadiens en fournissant une information fiable et opportune sur la santé. Le mandat de l'Institut, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, est de développer et de maintenir un système commun d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS fournit l'information visant à faire progresser les politiques canadiennes de la santé, à améliorer la santé de la population, à renforcer notre système de santé et à aider les dirigeants du secteur de la santé à prendre des décisions avisées.

Voici la composition du Conseil d'administration de l'ICIS en date du 1^{er} novembre 2003 :

- **M. Michael Decter** (président), Lawrence Decter Investment Counsel Inc.
- **M. Richard Alvarez** (d'office), président-directeur général, ICIS
- **D^{re} Penny Ballem**, sous-ministre, British Columbia Ministries of Health Planning and Health Services
- **D^r Laurent Boisvert**, directeur des Affaires cliniques et administratives, Association des hôpitaux du Québec
- **D^r Ivan Fellegi**, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada
- **M. Ian Green**, sous-ministre de la Santé, Santé Canada
- **M. Phil Hassen**, sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- **M. David Levine** (observateur), président-directeur général, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- **M. Cameron Mustard**, président, Institut de recherche sur le travail et la santé
- **D^r Brian Postl**, président-directeur général, Winnipeg Regional Health Authority
- **M. Rick Roger**, président-directeur général, Vancouver Island Health Authority
- **D^r Thomas F. Ward**, sous-ministre, Nova Scotia Department of Health
- **M^{me} Sheila Weatherill**, présidente-directrice générale, Capital Health Authority, Edmonton

À propos du Groupe de recherche sur le Rapport sur les hôpitaux

Depuis 1997, certains membres du Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation des soins de santé de l'Université de Toronto dirigent un groupe de recherche, auquel participe également des membres du corps professoral de la *Wilfrid Laurier University*, de la *University of Western Ontario* et de la *University of North Carolina at Chapel Hill*, afin d'élaborer la structure de la carte de pointage équilibrée et la base méthodologique de la série du *Rapport sur les hôpitaux*. Cette recherche a mené à la création d'une carte de pointage détaillée sur le rendement des hôpitaux de soins actifs de l'Ontario. En 2001 et 2002, une équipe de base formée des mêmes chercheurs a apporté son soutien à l'ICIS afin de produire ce rapport sur les soins actifs, à partir des méthodes élaborées auparavant par l'équipe de recherche.

Depuis 2001, le Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation des soins de santé a collaboré avec des experts affiliés à plusieurs autres organisations dans le but d'accroître la portée. À du projet du *Rapport sur les hôpitaux* et d'améliorer les méthodes utilisées dans le cadre de ce projet. Cette année, le Groupe de recherche réunit l'ICIS, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), le Département des études supérieures en sciences de la réadaptation et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto, la *University Health Network Research Institute*, le *Toronto Rehabilitation Institute*, la *Wilfrid Laurier University*, la *University of Western Ontario*, le Centre de

toxicomanie et de santé mentale et la *University of North Carolina at Chapel Hill*. Au cours de l'automne 2001, le Groupe de recherche a élaboré des cartes de pointage équilibrées servant à mesurer le rendement des systèmes de soins d'urgence et de soins de longue durée complexes, des études de faisabilité en santé mentale et en réadaptation ainsi que des rapports portant sur les soins infirmiers, sur la santé des femmes et sur la santé de la population. Cette année, le groupe de recherche développe des rapports propres aux hôpitaux sur les soins à l'urgence et les soins complexes de longue durée, ainsi qu'un rapport à l'échelle du système sur la réadaptation. L'équipe de recherche vise à soutenir les efforts en matière d'amélioration de la qualité, à accroître la responsabilité du système de santé ontarien et à favoriser l'application de la recherche nouvelle aux mesures et aux facteurs déterminants qui servent à mesurer le rendement des hôpitaux.

Avant-propos du gouvernement de l'Ontario

Je suis heureux de vous présenter la composante « soins de courte durée » de la série de rapports de 2003 portant sur les hôpitaux ontariens. La série comprend également des rapports sur les soins d'urgence, les soins complexes de longue durée et les soins de réadaptation.

Les rapports sur les hôpitaux s'avèrent être une ressource importante tant pour le système de santé que pour le public en général. Ils font état du rendement et de l'engagement de nos hôpitaux envers la responsabilisation. Les rapports permettent également de rassembler les planificateurs des services de santé, les dispensateurs de soins et le milieu de la recherche. Ce qui importe avant tout, c'est que les rapports appuient l'opinion de notre gouvernement voulant que les Ontariens ont le droit de savoir comment se porte leur système de santé.

Ce rapport sur les hôpitaux souligne les accomplissements des hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario. Il nous indique non seulement les secteurs des soins de santé où on excelle dans la prestation de services de soins de courte durée, mais aussi ceux qu'il faudrait améliorer. Cela cadre bien avec les opinions du gouvernement en ce qui concerne l'importance de la responsabilisation et de la transparence du système public de soins de santé. Par ailleurs, le rapport présente les tendances concernant la manière dont le rendement change d'une année à l'autre.

Je désire remercier l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) pour son engagement envers la qualité des soins. Cet engagement se manifeste clairement dans le partenariat de l'OHA avec le milieu de la recherche — ce qui comprend l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Université de Toronto — qui a produit la série de rapports sur les hôpitaux. Je voudrais également remercier les personnes qui ont offert leur expertise dans la conception des indicateurs de la série. Ces personnes, ainsi que de nombreux autres individus dévoués, nous aident grandement à atteindre notre objectif commun de fournir des services de soins de courte durée améliorés d'un bout à l'autre de la province.

Le régime d'assurance-maladie témoigne le mieux de nos valeurs. Afin de maintenir la confiance du public en notre système de soins de santé, notre gouvernement est déterminé à faire de la responsabilisation un principe central du régime d'assurance-maladie de l'Ontario. Ce rapport, ainsi que les autres rapports de la série, constituent un outil important dans l'élaboration d'un système de soins de santé solide; un système qui répond aux besoins des Ontariens de la meilleure façon qu'il soit.

George Smitherman
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée

Avant-propos de l'OHA

À un moment ou un autre de leur vie, la plupart des gens se présentent à un hôpital pour y recevoir des services de soins de santé, soit pour eux-mêmes, soit pour leurs proches. Qu'il s'agisse des soins de courte durée ou des soins d'urgence, tous les Ontariens s'attendent à pouvoir y accéder en temps opportun et ils le méritent.

En tant que chefs de file en matière de responsabilisation et en raison de leur engagement envers l'amélioration des soins dans la province, les hôpitaux et l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) ont lancé des rapports sur le rendement des hôpitaux, dont le premier, portant sur les hôpitaux de soins de courte durée, a été publié en 1998. Les rapports renseignent les Ontariens sur leurs hôpitaux et montrent à ces derniers comment ils peuvent améliorer la qualité de leurs soins et de leur gestion hospitalière.

En 2000, nous avons eu le plaisir d'accueillir le gouvernement de l'Ontario en tant que coparrain des rapports sur les hôpitaux, appuyé par l'équipe de recherche sur les hôpitaux et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Au fil des années, le projet des rapports sur les hôpitaux a évolué et couvre maintenant d'autres secteurs qui fournissent des renseignements sur le rendement des hôpitaux ontariens. D'autres rapports se penchent sur les soins d'urgence, les soins complexes de longue durée, la réadaptation, la santé mentale, les soins infirmiers et la santé des femmes.

Nous félicitons l'ICIS et l'équipe de recherche sur les hôpitaux pour le dévouement, le professionnalisme et les solides connaissances scientifiques qu'ils ont apportés à la production du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*.

Nous désirons également remercier les chercheurs de l'Université de Toronto pour le leadership dont ils ont fait preuve dans la production des rapports sur les hôpitaux portant sur les soins d'urgence, les soins complexes de longue durée et la réadaptation, publiés dans le cadre de la série de rapports de 2003.

Enfin, sans l'engagement et la participation volontaire des hôpitaux, nous n'aurions pas été en mesure d'atteindre de nouveaux sommets chaque année en ajoutant d'autres domaines d'études au projet. Ce dossier de recherche de fond représente l'un des examens et des processus de responsabilisation à l'égard du public les plus importants et complets du pays à l'échelle des hôpitaux. Il soulève l'intérêt du monde entier.

Hilary Short
Présidente-directrice générale,
Association des hôpitaux de l'Ontario

Contenu

Remerciements	ix
Introduction	3
Série du Rapport sur les hôpitaux	3
Carte de pointage équilibrée	3
Sélection des indicateurs	4
Participation des hôpitaux en 2003	5
Mesure du rendement des hôpitaux	5
Quelques renseignements supplémentaires au sujet du présent rapport	6
Prochaines étapes	7
Rapport 2003	8
Intégration et changement du système	13
Comment les recherches sont-elles menées?	14
Source des données	14
Sélection des indicateurs	14
Processus lié à la qualité de données	15
Indicateurs de l'intégration et du changement du système	16
Indicateur de la technologie de l'information clinique	16
Données cliniques : collecte, diffusion et analyse comparative	18
Intensité de l'utilisation des renseignements	19
Élaboration et utilisation de protocoles normalisés	20
Coordination des soins	22
Hôpitaux dans la communauté	23
Collaboration avec les autres partenaires en soins de santé	24
Continuité des soins	26
Stratégies de gestion des patients nécessitant d'autres niveaux de soins	27
Soutien au personnel de l'hôpital	28
Sommaire	31
Prochaines étapes	31
Utilisation et résultats cliniques	35
Un portrait instantané des hôpitaux de l'Ontario	36
Comment la recherche a-t-elle été menée?	37
La source des données	37
Choix des groupes de patients et des indicateurs	38
Méthodologie	39
Interprétation des résultats	40
Indicateurs d'utilisation et de résultats cliniques	42
Recours à la technologie pour les patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde	42
Efficacité clinique	43
Recours à la chirurgie le jour même pour une cholécystectomie ou une libération du nerf médian au niveau du canal carpien	44
Taux de réadmission pour les groupes de patients en chirurgie et en soins médicaux	45
Taux de complication chez les patients en chirurgie et en soins médicaux	46
Résultats liés aux soins infirmiers	47
Santé des femmes	50
Résumé	52
Prochaines étapes	53

Satisfaction des patients	57
Satisfaction des patients : Un instantané des hôpitaux de l'Ontario	57
Comment la recherche a-t-elle été menée?	59
Source des données	59
Sélection des indicateurs	59
Méthodes	60
Qualité globale	61
Qualité du processus	62
Satisfaction à l'égard des soins non médicaux	63
Satisfaction à l'égard des soins médicaux	64
Services de soutien	65
Entretien ménager	66
Autres dispensateurs de soins	67
Résultats des soins	68
Augmentation de la satisfaction des patients	69
Changement du degré de satisfaction : qualité du processus	70
À l'écoute des patients	70
Sommaire	72
Prochaines étapes	72
Rendement et état financiers	77
Un portrait instantané des hôpitaux de l'Ontario	77
Comment la recherche a-t-elle été menée?	78
La source des données	78
La sélection des indicateurs	79
Méthodologie	80
Indicateurs du rendement et de l'état financiers	80
Viabilité financière	80
Marge totale	80
Efficacité	82
Rendement du coût unitaire	82
Services généraux	83
Nombre de jours en inventaire	85
Liquidités	86
Ratio de liquidité générale	86
Fonds de roulement par rapport au revenu	88
Immobilisations	89
Dépenses d'équipement	89
Ressources humaines	90
Heures de soins infirmiers	90
Heures de soins aux patients	91
Heures de soins infirmiers par cas pondéré	93
Heures du personnel infirmier autorisé	93
Soins directs aux patients	94
Résumé	95
Prochaines étapes	96

Annexe A : Hôpitaux de l'Ontario faisant partie du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*

Annexe B : Attribution du rendement des hôpitaux participant à la section du rapport spécifique aux hôpitaux

Annexe C : Comité consultatif, *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*

À vous la parole

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite reconnaître la participation de nombreux organismes et collaborateurs et les remercier d'avoir contribué à l'élaboration du rapport.

Jack Bingham et Sarah Lenz ont géré et coordonné le projet. Les quatre quadrants sur les tableaux de pointage équilibrés ont été préparés par : Ian Button, Linda Choy, Nita Dharwarkar, Anyk Glussich, Jeff Green, Nicole Howe, Erik Markhauser, Mary Neill, Amy Ramos, Marc Tallentire, Jaya Weerasooriya et Greg Zinck. Les autres membres de l'équipe du projet de l'ICIS comprennent Geoff Ballinger, Gary Bellamy, Steve Brierley, Steve Buick, Marielle Charest, Jeremy Chrystman, Lynne Duncan, Patricia Finlay, Lise Gagnon, Glenda Gagnon, Sandra Kopmann, Francis Law, Marcus Loreti, Anick Losier, Eugene Wen, Scott Young et Andrew Zuravels.

L'ICIS souhaite remercier tout spécialement Adalsteinn D. Brown, chercheur principal, Projet du rapport sur les hôpitaux, Université de Toronto; Paula Blackstien-Hirsch, directeur de projet, Projet du rapport sur les hôpitaux, Université de Toronto; Bill Kreuzweiser, gestionnaire, Tableaux de pointage et satisfaction des patients, Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO), Kristine Thompson, gestionnaire de projet, Rapport sur les hôpitaux et satisfaction des patients (AHO) et Sandra Conley, directrice, Communications (AHO) de leur dévouement et de leur engagement.

L'ICIS souhaite également reconnaître le soutien des hôpitaux de l'Ontario, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour son leadership et pour avoir entamé le projet ainsi que celui du gouvernement de l'Ontario pour avoir financé l'initiative.

Le rapport a grandement tiré avantage de la généreuse aide des hôpitaux de l'Ontario, du comité consultatif stratégique sur les tableaux de pointage de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et du comité de direction conjoint sur les tableaux de pointage de l'AHO et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Plus de 200 experts de toutes les provinces ont également participé à de nombreux groupes consultatifs. Certains noms sont inscrits dans le rapport *Hospital Report '98* ou sur la liste de l'annexe 4 du rapport *Hospital Report '99*. Une liste des membres des groupes consultatifs qui ont participé de façon directe à l'élaboration du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* se trouve à l'annexe C du rapport.

Les méthodologies du rapport de cette année utilisées à titre de fondation sont adaptées de celles que les chercheurs en milieu universitaire responsables de l'élaboration des premiers volumes de la série du *Rapport sur les hôpitaux* ont publié en 1999. L'équipe comptait G.R. Baker, Ph.D., (Département de la politique, de la gestion et de l'évaluation en matière de santé, Université de Toronto), G.M. Anderson, Ph.D., (Département de la politique, de la gestion et de l'évaluation en matière de santé, Université de Toronto); A.D. Brown, Ph.D., (Département de la politique, de la gestion et de l'évaluation en matière de santé, Université de Toronto), I. McKillop, Ph.D. (école de commerce et d'économie, Université Wilfrid Laurier), M.M. Murray, Ph.D. (Département de la politique, de la gestion et de l'évaluation en matière de santé, Université de Toronto) et G.H. Pink, Ph.D. (Dept. of Health Policy & Administration, University of North Carolina, campus de Chapel Hill).

Le rapport de cette année s'appuie sur les concepts et les méthodologies que les chercheurs susmentionnés ont élaboré. Nous avons continué de tirer profit de leur grande expérience et de leurs bons conseils. De plus, pour le rapport de cette année, nous avons reçu les conseils de Miin Alikhan, gestionnaire de projet, Projet du rapport sur les hôpitaux, Université de Toronto; Imtiaz Daniel, conseiller, Projet du rapport sur les hôpitaux, Université de Toronto; Diane Doran, doyenne associée de la recherche et des relations internationales de la faculté des soins infirmiers, Université de Toronto; Frank Markel, professeur adjoint, Université de Toronto; Heather K. Spence Laschinger, professeure, directrice adjointe de la recherche sur les soins infirmiers à l'Université de Western Ontario, école de soins infirmiers et faculté des sciences de la santé et Linda McGillis Hall, professeure adjointe, faculté des soins infirmiers, Université de Toronto.

Introduction



Série du Rapport sur les hôpitaux

En 1997, l'Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO) s'engageait publiquement à produire des rapports sur le rendement des hôpitaux. Au cours de cette même année, la série du *Rapport sur les hôpitaux* a été présentée par des chercheurs affiliés au Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation des soins de santé de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. L'AHO a également fourni un financement considérable et assuré son soutien aux activités de recherche initiales.

« Remaniement continu »

Chaque année, un quadrant du *Rapport sur les hôpitaux : Soins de courte durée* fera l'objet d'un remaniement majeur, ce qui permettra à la fois de s'assurer de l'exactitude des données à l'aide de comparaisons effectuées au fil du temps et de la pertinence de ces données. La partie intitulée Utilisation et résultats cliniques a été identifiée comme la principale priorité pour 2003. Les résultats seront disponibles dans le *Rapport sur les hôpitaux 2004 : Soins de courte durée*. En 2004, la partie intitulée Satisfaction des patients fera l'objet d'un remaniement lorsque le nouvel outil d'enquête sur la satisfaction des patients sera disponible.

En 2000, le gouvernement de l'Ontario s'est joint à l'AHO afin de soutenir l'initiative de recherche, une collaboration qui a mené à la création du Groupe de recherche sur le Rapport sur les hôpitaux. Le Groupe de recherche, qui a son siège au Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation des soins de santé, compte également sur la participation de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), du Département des études supérieures en sciences de la réadaptation et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto, de l'Institut de recherche en services de la santé (IRSS), de la Wilfrid Laurier University, du Toronto Rehabilitation Institute, du University Health Network Research Institute, du Centre de toxicomanie et de santé mentale, de la University of Western Ontario et de la University of North Carolina at Chapel Hill. Le Groupe de recherche vise à promouvoir l'avancement de la science portant sur la mesure du rendement dans le secteur de la santé.

En 2000, l'ICIS s'est chargé de produire le volume portant sur les soins de courte durée de la série du *Rapport sur les hôpitaux*. L'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif œuvrant dans le secteur de la santé qui a travaillé en étroite collaboration avec les chercheurs du Groupe de recherche en vue de permettre l'élaboration et à l'amélioration des méthodologies utilisées dans les volumes précédents. Ce projet a grandement profité des capacités de l'ICIS en matière d'analyse, de gestion des données et de communication.

Grâce au généreux soutien de l'AHO et du gouvernement de l'Ontario, le Groupe de travail a pu étendre la portée de la série à des secteurs autres que les soins de courte durée et publier plusieurs nouveaux rapports et études en 2001. Cette année, pour la première fois, des rapports individuels correspondant aux différents hôpitaux sont disponibles dans les secteurs des soins d'urgence et des soins de longue durée complexes. De plus, un rapport à l'échelle du système sur les soins de réadaptation sera également offert.

Le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* n'est pas un guide destiné à aider les patients à choisir un hôpital lorsqu'ils ont besoin de soins. Ses trois principaux objectifs, qui sont également ceux de tous les autres rapports de la série du *Rapport sur les hôpitaux*, visent à :

- favoriser l'application de la recherche nouvelle aux mesures et aux facteurs déterminants qui servent à mesurer le rendement des hôpitaux;
- soutenir les efforts d'amélioration de la qualité au sein des établissements hospitaliers;
- accroître la responsabilité du système hospitalier.

Carte de pointage équilibrée

Dans un milieu hospitalier, la prestation de soins est une activité complexe qui met à contribution une multitude de compétences, d'expériences et de technologies. Une personne ou une discipline n'est jamais la seule responsable du bon ou du mauvais rendement d'un hôpital. Pour cette raison, les experts sont de plus en plus nombreux à convenir que les activités de mesure du rendement doivent englober un ensemble de mesures qui, une fois combinées, fournissent un aperçu du rendement *global* d'un hôpital. En effet, il s'agit d'une approche plus compatible avec les objectifs visant une gestion et une administration saines comparativement aux nombreux autres outils de mesure du rendement utilisés par le passé, qui étaient axés sur des éléments plus précis. Kaplan et Norton [1992]¹ préconisaient d'ailleurs ce type d'approche lorsqu'ils ont proposé le développement d'une « carte de pointage équilibrée » constituée d'indicateurs au sein des organisations.

En 1998, dans le cadre du projet du Rapport sur les hôpitaux, on a commencé à examiner les travaux Baker et Pink [1995]², qui analysaient les façons d'adapter l'approche fondée sur la « carte de pointage équilibrée » de Kaplan et Norton dans le milieu hospitalier canadien. Il est devenu évident que cette adaptation convenait parfaitement aux hôpitaux ontariens. Cette approche décrit le rendement dans quatre dimensions (ou « quadrants ») critiques au succès stratégique de tout organisme de soins de santé. Ces quadrants sont décrits comme suit : Intégration et changement du système, Utilisation et résultats cliniques, Satisfaction des patients et Rendement et état financiers.

Sélection des indicateurs

Chacun des quadrants comprend plusieurs mesures de rendement des hôpitaux. Au cours de l'élaboration de la méthodologie du document intitulé *Hospital Report '99*, ces mesures de rendement (ou indicateurs) ont été sélectionnées en fonction de leur bien-fondé du point de vue scientifique, de leur pertinence et de leur faisabilité. Les chercheurs ont restreint le nombre d'indicateurs à un niveau gérable en raison de la nécessité d'être concis malgré la vaste portée de cette étude. Les sélections finales ont été fondées sur la littérature scientifique actuelle, sur les commentaires des groupes consultatifs formés d'experts des hôpitaux et des secteurs communautaires ainsi que sur une série de tests de validation. Le même processus de sélection des indicateurs a été appliqué au *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*.

Pour calculer ces indicateurs, on a fait appel à différentes données, ce qui signifie que les sources, méthodes de collecte et périodes peuvent varier d'un quadrant à un autre. Les facteurs de correction pertinents ont été appliqués à chaque indicateur afin de tenir compte des différences importantes quant à la complexité des problèmes des patients, à la démographie des patients et aux caractéristiques des différents types d'hôpitaux. Pour assurer des comparaisons aussi significatives que possibles, des résultats normalisés en fonction de l'âge et du sexe sont utilisés pour présenter les données correspondant aux quatre exercices déclarés dans le quadrant Utilisation et résultats cliniques.

Comprendre les quatre quadrants

Le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* mesure le rendement dans quatre différentes dimensions, que l'on nomme également « quadrants ».

Intégration et changement du système :

Ce quadrant décrit la capacité d'un hôpital à s'adapter aux changements qui surviennent dans l'environnement des soins de santé. Plus spécifiquement, il examine comment les technologies d'information clinique, les processus de travail et les relations entre l'hôpital et la collectivité fonctionnent au sein du système hospitalier.

Utilisation et résultats cliniques :

Ce quadrant décrit le rendement clinique des hôpitaux en ce qui a trait à l'accès aux services, à l'efficacité clinique et à la qualité des soins.

Satisfaction des patients :

Ce quadrant examine les perceptions du patient face à son expérience d'hospitalisation, notamment son opinion de la qualité globale des soins, des résultats des soins et des soins non médicaux.

Rendement et état financiers :

Ce quadrant décrit comment les hôpitaux gèrent leurs ressources financières et humaines. Il tient compte de la santé financière de l'hôpital, de son efficacité, des pratiques en matière de gestion et de l'affectation des ressources humaines.

TABEAU 1.1 : SOMMAIRE DES QUADRANTS

Quadrant	Intégration et changement du système	Utilisation et résultats cliniques	Satisfaction des patients	Rendement et état des finances
Source des données	Rapport sur les hôpitaux : Soins de courte durée et enquêtes internes sur l'intégration et le changement du système	Base de données sur les congés des patients (DAD) de l'ICIS	Enquête SHoPPS (<i>Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey</i>)	Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario (SPRHO)
Période correspondant aux données	EF 2001-2002	EF 2001-2002	De janvier à mars 2002	EF 2001-2002
Nombre d'indicateurs	10	12 au niveau provincial; 81 au niveau des hôpitaux individuels	8	9

Participation des hôpitaux en 2003

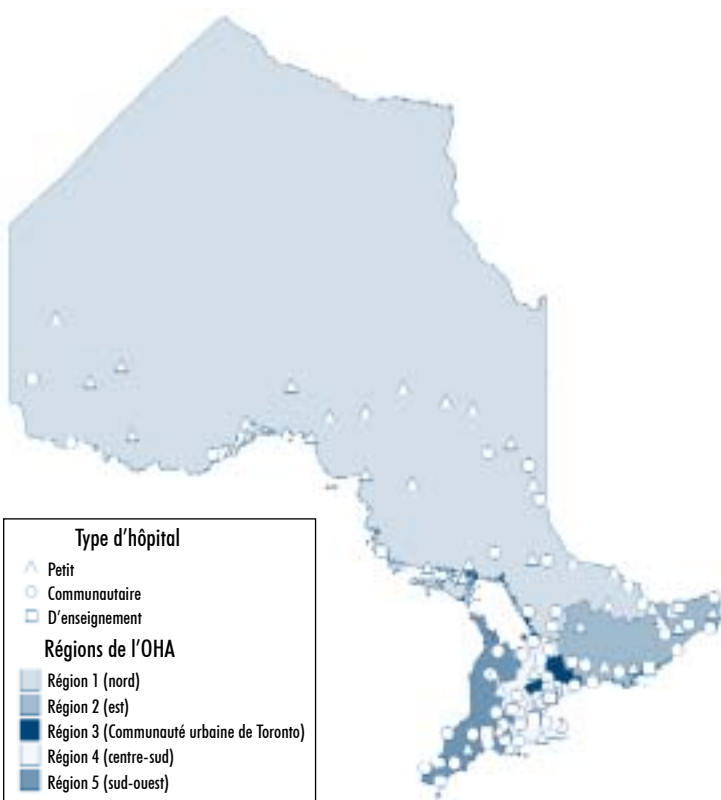
Le Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée contient des constatations générales concernant l'ensemble des hôpitaux participants ainsi que les résultats propres à chacun. En tout, 120 organisations de soins de courte durée représentant 185 sites hospitaliers ont accepté de participer à une analyse à l'échelle provinciale (Annexe A). Trente-huit d'entre elles sont considérées comme des petits hôpitaux selon la définition du Joint Policy and Planning Committee (JPPC). Cela signifie que ces établissements comptent généralement moins de 3 500 cas pondérés, ont moins de 20 000 cas référés et sont les seuls hôpitaux dans leur communauté. Treize autres sont des hôpitaux pédiatriques ou d'enseignement (bien qu'un de ces derniers dépose un rapport distinct sur l'un de ses sites) et les 68 autres hôpitaux sont des hôpitaux communautaires.

Parmi ces 120 organisations, 92 ont choisi de participer à la partie du rapport portant sur le rendement individuel des hôpitaux, ce qui représente 99 p. cent de toutes les hospitalisations aux soins de courte

durée en Ontario. Quant aux hôpitaux restants, la plupart n'étaient pas admissibles puisqu'ils n'avaient pas participé à l'enquête *Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey (SHoPSS)*. Mentionnons également qu'un des établissements admissibles a choisi de ne pas participer au rapport portant sur le rendement individuel des hôpitaux, ce qui porte à 99 p. cent la proportion des hôpitaux admissibles qui ont participé à cette partie du rapport.

FIGURE 1.1 : ASSOCIATIONS HOSPITALIÈRES DE SOINS DE COURTE DURÉE DE L'ONTARIO

La carte affichée ci-dessous illustre l'emplacement des 120 petits hôpitaux, hôpitaux communautaires et hôpitaux d'enseignement en Ontario. Dans le cas des partenariats et des associations hospitalières comptant plusieurs sites, seul le principal est présenté.



Mesure du rendement des hôpitaux

Depuis 1999, année de publication du premier rapport sur le rendement individuel des hôpitaux en matière de soins de courte durée, l'étoile a été utilisée comme symbole pour représenter visuellement la cote de rendement attribuée à chaque hôpital. On croyait alors que ce symbole illustrerait clairement les différences parmi les hôpitaux et serait facile à comprendre par le public en général. De plus, le système basé sur le nombre d'étoiles était suffisamment spécifique pour empêcher toute interprétation erronée quant à la précision de la méthodologie des indicateurs. Par conséquent, au cours des dernières années, l'équipe responsable du projet a converti les notes numériques attribuées au rendement individuel des hôpitaux en une classification à l'aide d'étoiles, qui sera incluse dans le rapport final. Le niveau de rendement le plus élevé possible est représenté par cinq étoiles alors que le niveau le plus bas est représenté par une seule étoile.

Toutefois, pour la première fois cette année, pour chaque indicateur et pour chaque hôpital participant, nous présentons une plage numérique qui inclut la note numérique de l'hôpital.

Ce changement est motivé par plusieurs raisons, dont les suivantes :

1. Des préoccupations au sujet de la perception et de la compréhension que pourrait avoir le public du système de classification à l'aide d'étoiles et l'amener à conclure qu'un hôpital ayant une cote de cinq étoiles offre un rendement cinq fois supérieur à celui d'un hôpital ayant une cote d'une seule étoile.
2. Le système de classification à l'aide d'étoiles ne fournissait pas d'information suffisante aux patients et aux consommateurs au sujet de la qualité des soins assurés dans les hôpitaux.
3. Il était parfois difficile de distinguer visuellement les groupes d'étoiles.

Les plages numériques pour chaque indicateur varient entre les secteurs de compétence et les quadrants.

Nous avons aussi inclus un symbole qui indique si la note de l'hôpital pour cet indicateur était « au-dessus de la moyenne », « moyenne provinciale » ou « au-dessous la moyenne ». Dans le cas des quadrants sur la satisfaction des patients ainsi que sur l'utilisation et les résultats cliniques, des notes « au-dessus de la moyenne » et « au-dessous la moyenne » signifient que la note de l'hôpital s'écartait de la note moyenne de tous les hôpitaux dans le groupe pair approprié (hôpitaux d'enseignement/communautaires ou petits hôpitaux). Il n'y a pas de symboles dans le quadrant sur le rendement et l'état financiers; la méthodologie est en cours de développement.

Les symboles de rendement sont attribués comme suit :

● : La note de l'hôpital était nettement au-dessus de la moyenne provinciale;

◐ : La note de l'hôpital se rapprochait de la moyenne provinciale;

○ : La note de l'hôpital était nettement au-dessous de la moyenne provinciale;

ND : Non déclarable (certains résultats n'ont pas été affichés pour protéger la confidentialité du patient ou du médecin ou parce que les données étaient incomplètes).

Où trouver les résultats individuels des hôpitaux

Les résultats de chaque hôpital correspondant aux 92 associations hospitalières sont fournis dans l'encart qui accompagne le présent rapport.

Quelques renseignements supplémentaires au sujet du présent rapport

Le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* fournit un « instantané » du système ontarien de soins de courte durée. Il a été conçu spécifiquement à l'intention des administrateurs d'hôpitaux et autres intervenants qui désirent obtenir des renseignements détaillés au sujet du rendement relatif des hôpitaux dans l'ensemble de la province.

Le rapport est constitué d'une introduction et de quatre chapitres contenant les cartes de pointage équilibrées et fournissant les résultats à l'échelle de la province sur l'intégration et le changement du système, sur l'utilisation et les résultats cliniques, sur la satisfaction des patients ainsi que sur le rendement et l'état financiers. Encore une fois cette année, la santé des femmes ainsi que des indicateurs spécifiques aux soins infirmiers ont été intégrés aux chapitres des quadrants. Le rapport est également accompagné d'un encart contenant les résultats individuels de chaque hôpital et d'un autre document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*, qui fournit une description plus approfondie des méthodologies utilisées pour calculer les valeurs des indicateurs. De plus, un aperçu condensé des résultats décrits dans le présent rapport a été préparé à des fins de distribution à grande échelle.

Chaque quadrant du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* décrit toutes les méthodologies ainsi que les résultats correspondant. Ainsi, chacun des chapitres contiendra des sections décrivant les éléments suivants :

- Documentation générale
- Méthode utilisée pour mener les recherches
- Méthodologies propres au quadrant
- Guide d'interprétation des résultats
- Examen détaillé des conclusions et des résultats des indicateurs
- Sommaire des conclusions.



Ces sections permettent aux utilisateurs de lire le rapport sans suivre l'ordre des chapitres, s'ils le désirent. Tous les rapports susmentionnés sont offerts sans frais aux sites Web des partenaires et des commanditaires de la série du *Rapport sur les hôpitaux*. Vous trouverez une liste de ces sites Web sur la couverture arrière du présent rapport. Pour commander une copie par courrier, veuillez communiquer avec la ligne INFO du ministère de la Santé et de Soins de longue durée, au 1 877 234-4343 (ou par téléimprimeur au 1 800 387-5559).

Vos commentaires nous seront utiles pour les prochains rapports. Pour nous faire parvenir votre opinion et vos idées, veuillez remplir le formulaire de commentaires affiché sur le Web ou sur la couverture arrière du présent rapport.

Prochaines étapes

Le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* contient, pour la première fois, des plages numériques décrivant le rendement individuel de chaque hôpital. Dans les prochains rapports sur les soins de courte durée, nous envisagerons la possibilité d'inclure des analyses comparatives et nous développerons davantage les sujets abordés à l'échelle provinciale et du point de vue de chaque hôpital.

La recherche visant à définir des références spécifiques à l'Ontario dans chacun des quadrants permettra de mieux évaluer les initiatives de rendement et d'amélioration axées sur les soins aux patients et l'accès aux services dans les hôpitaux ontariens. L'élaboration d'une stratégie propre à chaque référence sera basée sur un ensemble de principes définissant ce qui constitue une référence appropriée et se déroulera en trois étapes :

- L'analyse des données disponibles afin d'établir la référence, y compris l'identification de la gamme de rendement réelle, des variations entre les différents hôpitaux et de la pertinence perçue.
- L'acceptation à l'unanimité de la référence par un groupe de spécialistes ou un groupe de consultation afin de définir les niveaux acceptables et réalisables ou les gammes de rendement.
- La validation de la référence à partir des données fournies dans la documentation scientifique ainsi que par les organismes d'information sur la santé et par d'autres sources.

Le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* renseigne les citoyennes et les citoyens de l'Ontario au sujet de leurs hôpitaux et du système dans lequel ces hôpitaux sont administrés. Pour assurer une utilisation du rapport à son plein potentiel, nous espérons que les hôpitaux, communautés, intervenants et chercheurs trouveront les moyens nécessaires pour en intégrer les résultats dans les plans d'amélioration continue et les autres initiatives.

Les autres rapports et études de la série du *Rapport sur les hôpitaux* comprennent notamment des rapports sur les soins d'urgence, sur les soins de longue durée complexes, sur la réadaptation et sur la santé mentale et fournissent d'autres renseignements utiles sur le rendement des hôpitaux ontariens.

Le rapport de cette année

Les soins cliniques et de soutien assurés par le personnel infirmier dans le milieu hospitalier sont essentiels aux soins de courte durée dispensés dans les hôpitaux. Cette réalité a d'ailleurs été exposée à toute la population ontarienne lors des récentes épidémies de SRAS.

Afin de fournir un contexte quant à l'importance des services de soins infirmiers dans les hôpitaux de soins de courte durée, mentionnons qu'en 2001-2002, les soins infirmiers aux personnes hospitalisées et les soins ambulatoires combinés représentaient 46 p. cent des dépenses totales des hôpitaux, un chiffre pratiquement identique à celui de 1999-2000.

Tel qu'illustré dans la figure 1.3, on remarque un changement dans les dépenses relatives aux soins infirmiers pour les patients hospitalisés vers les activités de soins ambulatoires, notamment la chirurgie d'un jour et les cliniques de consultations externes. Ce transfert reflète les changements dans la pratique clinique; par exemple, les volumes de chirurgie le jour même et les visites aux soins ambulatoires ont tout deux augmenté de plus de 6 p. cent, et les visites aux services des urgences ont augmenté de plus de 3 p. cent. Inversement, les hospitalisations ont diminué de plus de 1 p. cent (tel qu'illustré dans la figure 1.4).

FIGURE 1.2 : À QUELS SECTEURS SONT CONSACRÉS LES BUDGETS DES HÔPITAUX?

Ce graphique illustre comment les hôpitaux de l'Ontario ont réparti leurs ressources financières en fonction des diverses dépenses en 2001-2002. Les soins infirmiers aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires représentent près de la moitié des dépenses des hôpitaux ontariens.

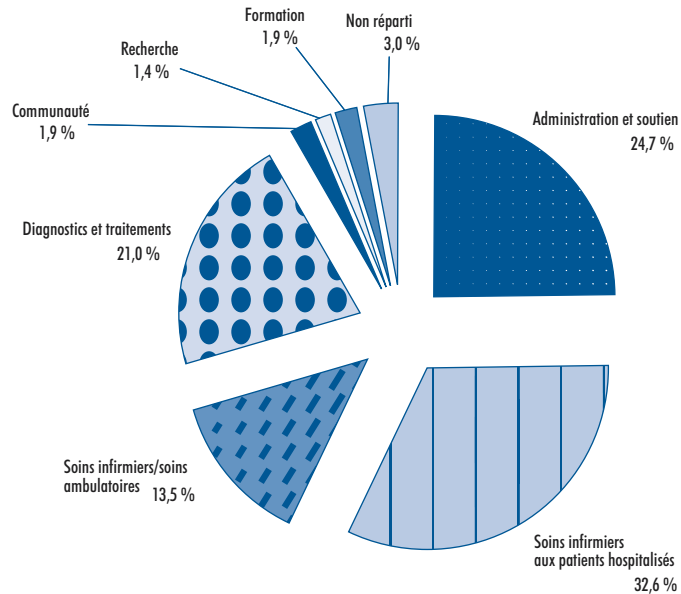


FIGURE 1.3 : CHANGEMENTS DANS LES DÉPENSES DES HÔPITAUX

Les soins infirmiers aux patients hospitalisés et les services de soins ambulatoires représentent une proportion importante des dépenses totales des hôpitaux. Toutefois, le pourcentage de changement au cours des trois dernières années est minime.

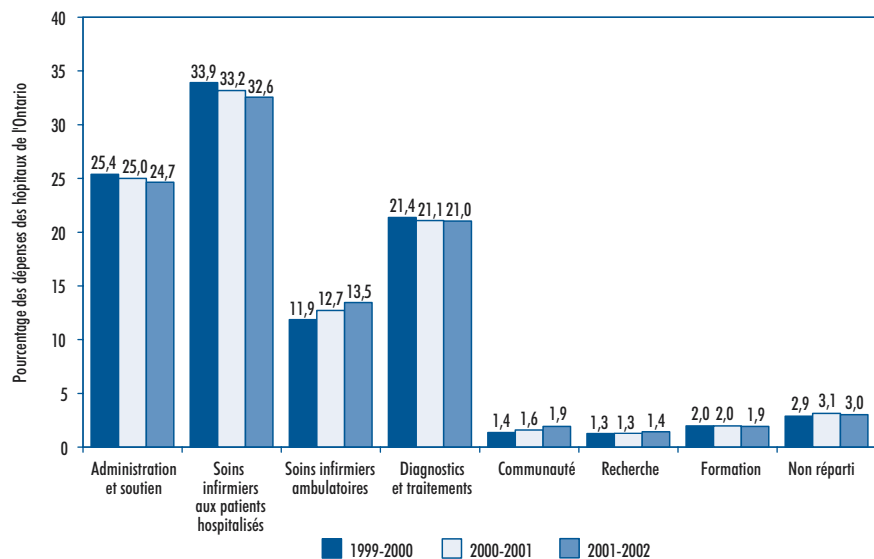
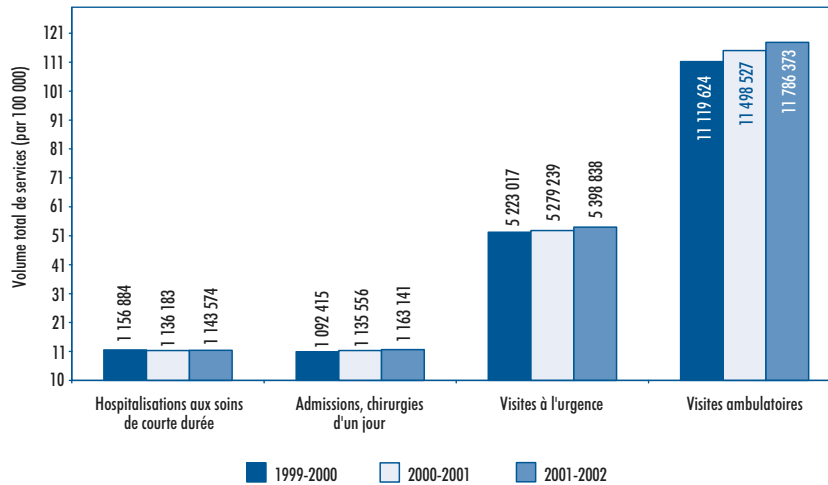


FIGURE 1.4 : TENDANCES SUR LE PLAN DES PRINCIPAUX VOLUMES DE SERVICES DANS LES HÔPITAUX DE SOINS DE COURTE DURÉE

Au cours de la période entre 1999-2000 et 2001-2002, les volumes de services associés aux soins aux patients hospitalisés sont demeurés relativement constants alors que les secteurs axés sur les soins ambulatoires ont continué de se développer.



efforts des infirmières autorisées et de mieux comprendre la façon dont les ressources en soins infirmiers sont utilisées au sein de l'hôpital.

Pour obtenir de plus amples renseignements

¹ KAPLAN, RS et DP NORTON. « The Balanced Scorecard – measures that drive performance », *Harvard Business Review*, 70(1), 1992, p. 71-80.

² BAKER, GR et GH PINK. « A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals », *Healthcare Management Forum*, 8(4), 1995, p. 7-13.

Dans le rapport de cette année, de nouvelles mesures ont été mises au point pour évaluer le rendement. Ces efforts s'inscrivent dans la foulée du travail amorcé par l'équipe de recherche pour mieux comprendre l'incidence du rôle essentiel des infirmières dans les soins aux patients et fournir des mesures éclairées de cet élément de l'équipe clinique.

Dans le quadrant sur le rendement et l'état financiers, on remarque trois nouveaux indicateurs sur les services infirmiers. Cette année, ces indicateurs — Heures en soins infirmiers par cas pondéré, Heures du personnel infirmier autorisé et Soins directs aux patients — ont été appliqués partout dans le système afin d'obtenir une information essentielle sur les

Intégration et changement du système





Intégration et changement du système

De nos jours, le système de santé en constante évolution pose bien des problèmes aux hôpitaux ontariens. Plusieurs moyens peuvent être utilisés par les hôpitaux afin de suivre le rythme de cet environnement toujours en mouvement, notamment l'amélioration de la collecte et de l'utilisation des renseignements tant au sein de l'établissement qu'à l'externe, la création de nouveaux partenariats avec d'autres fournisseurs de soins de santé, l'établissement de liens au sein des communautés et l'amélioration des compétences des professionnels et autres membres du personnel et du soutien accordé à ces derniers.

Tout comme pour les années précédentes, les indicateurs du quadrant intitulé Intégration et changement du système (ICS) ont été utilisés afin de savoir dans quelle mesure les hôpitaux ontariens travaillaient à mettre en œuvre ces stratégies particulières ainsi que d'autres stratégies. Deux de ces indicateurs sont fondés sur l'évaluation des soins reçus effectuée par les patients dans le cadre de l'enquête SHoPSS (*Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey*) alors que les huit autres indicateurs sont basés sur les résultats d'enquêtes menées par les hôpitaux. Ces indicateurs peuvent être répartis dans trois grands groupes :

- **Utilisation de l'information et pratiques cliniques au sein de l'hôpital** : Par exemple, les cliniciens ont-ils accès à la messagerie électronique, à des données de surveillance en temps réel (p. ex. électrocardiogrammes) et à l'imagerie médicale (p. ex. rayons X, tomodensitomètres)? Les hôpitaux ont-ils élaboré et mis en place des protocoles normalisés afin de déterminer quelle est la combinaison de services convenant le mieux aux patients souffrant de troubles de santé spécifiques et à quel moment ces services doivent être dispensés? Dans quelle mesure les hôpitaux utilisent-ils les données sur les résultats cliniques et les mesures d'applicabilité afin de comparer leurs résultats à ceux de leurs pairs et de procéder à une analyse comparative des pratiques exemplaires? Les hôpitaux assurent-ils le suivi de leurs données (les enquêtes auprès des employés et des patients, par exemple) afin d'assurer la planification et la gestion de leurs activités?
- **Relations entre les hôpitaux et leurs partenaires communautaires et la communauté en général** : Ces indicateurs examinent de quelle manière les hôpitaux collaborent avec les organisations qui contribuent aux services à domicile, à la santé mentale de la communauté et à d'autres services (p. ex. les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les établissements de soins de longue durée (SLD) et les services de santé publics). De nombreux hôpitaux ont fait état des contributions apportées par les bénévoles et des relations avec les communautés, en plus des diverses stratégies utilisées pour réduire le nombre de patients hospitalisés en attente de services de soins à domicile, de soins de longue durée complexes, de soins de réadaptation et de services autres que des soins de courte durée.
- **Questions touchant les ressources humaines** : Cet indicateur englobe notamment le soutien assuré par les hôpitaux à leur personnel par le biais d'activités de développement professionnel, les nouveaux rôles professionnels occupés dans les hôpitaux ainsi qu'une variété de pratiques en matière de ressources humaines.

Quoi de neuf pour 2003?

Dans le rapport de cette année, les faits saillants du quadrant ICS comprennent notamment les éléments suivants :

- L'élaboration d'une enquête interne sur l'ICS ainsi qu'une enquête spécifique sur les soins de courte durée.
- De nouvelles données sur les stratégies de recrutement et de conservation des médecins.
- De nouvelles stratégies permettant d'identifier les mécanismes de soutien émotionnel mis en place pour aider le personnel des hôpitaux.
- De nouvelles sections portant sur les considérations déontologiques.
- L'emploi de plages numériques qui comprennent la note numérique d'un hôpital.

De façon globale, les hôpitaux ontariens s'efforcent d'améliorer la coordination avec les partenaires communautaires, d'assurer une meilleure gestion grâce à l'utilisation des renseignements et de mettre en œuvre de nouvelles pratiques cliniques et en matière de ressources humaines en santé. Toutefois, puisque ces activités varient d'un hôpital à un autre, il semble qu'il serait encore possible d'améliorer l'intégration du système et de procéder à des modifications qui permettront d'accroître le rendement.

Comment les recherches ont-elles été menées?

Source des données

Des dix indicateurs de l'ICS, huit proviennent de deux outils, soit l'enquête interne sur l'ICS et l'enquête sur l'ICS pour les soins de courte durée. Cette première enquête a été élaborée suite aux commentaires formulés par les hôpitaux qui ont participé à la série du *Rapport sur les hôpitaux*. Au cours des années précédentes, une enquête distincte a été menée pour chacun des aspects suivants du programme : soins d'urgence, soins de longue durée complexes et soins de réadaptation. De l'avis des hôpitaux, les questions des deux enquêtes sur l'ICS se chevauchaient. Ainsi, afin de réduire le fardeau du répondant et d'assurer la cohérence et la qualité des données relatives aux questions qui étaient les mêmes pour les différents aspects des programmes de chaque association hospitalière, l'enquête interne sur l'ICS a été mise au point par l'équipe de recherche sur l'ICS. Les sections de l'enquête de 2002 sur l'ICS pour les soins de courte durée qui étaient considérées comme étant de nature interne (p. ex. celles touchant les ressources humaines) ont été réorganisées afin de créer l'enquête interne sur l'ICS, alors que les sections spécifiques aux programmes ont été conservées dans l'enquête de 2003 sur l'ICS pour les soins de courte durée (p. ex. celles portant sur la collecte et l'utilisation des données cliniques).

L'enquête interne de 2003 sur l'ICS comportait 33 questions réparties dans sept sections ayant trait aux pratiques des hôpitaux entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002. L'enquête de 2003 sur l'ICS pour les soins de courte durée, qui s'échelonnait sur la même période, était plus restreinte que l'an dernier et ne comptait que 43 questions réparties dans huit sections.

Les deux enquêtes ont été distribuées à 120 hôpitaux, associations ou partenariats de soins de courte durée au début du mois de janvier 2003 et devaient être complétées au plus tard au mois de février 2003. On a demandé à tous les hôpitaux de l'Ontario de remplir les deux questionnaires pour leur association hospitalière afin qu'il soit possible d'obtenir une vue d'ensemble des activités d'intégration et de changement du système dans l'ensemble de la province. Au total, 108 associations hospitalières de soins de courte durée ont retourné le questionnaire rempli, ce qui équivaut à un taux de réponse de 90 p. cent. La totalité des 92 hôpitaux participant à la partie sur le rendement individuel des hôpitaux, fournie dans le présent rapport, ont retourné leur questionnaire.

Tout comme en 2002, le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* comprend des indicateurs de la coordination et de la continuité des soins tirés de l'enquête SHoPSS. (Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette enquête et sur le point de vue des patients relativement aux soins reçus à l'hôpital, veuillez vous reporter au chapitre intitulé Satisfaction des patients, dans le présent rapport).

Sélection des indicateurs

Dans le cadre de l'ICS, la sélection d'indicateurs réalisables, pertinents, vérifiables et rigoureusement scientifiques pose un véritable défi. Par exemple, bien que certains hôpitaux recueillent des données sur les compétences et la formation des employés, peu de mesures portant sur le capital humain et l'apprentissage organisationnel sont disponibles par le biais des bases de données normalisées existantes. Dans les hôpitaux où des mécanismes normalisés ont été mis en place, ces derniers sont souvent inutilisables puisque les variations de codification des données rendent difficile la comparaison du rendement entre les différentes organisations.

Les indicateurs de l'ICS ont été fondés sur la méthodologie utilisée dans le rapport intitulé *Hospital Report 2002: Acute Care*. Bien que la majorité des indicateurs restent les mêmes, quelques mises à jour méthodologiques mineures ont été apportées à quatre des dix indicateurs suite à la modification des questions de l'enquête et à l'élaboration de l'enquête interne sur l'ICS.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'élaboration des questionnaires et sur le calcul des indicateurs, veuillez vous reporter au document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*.



Contenu portant sur les soins infirmiers dans les indicateurs sur l'intégration et le changement du système

Cette année, les questions du dernier rapport portant sur les soins infirmiers ont été incorporées à l'enquête interne sur l'ICS et à l'enquête sur l'ICS pour les soins de courte durée. La liste qui suit indique les secteurs dans lesquels l'aspect touchant les soins infirmiers a été pris en compte de façon spécifique.

Technologie de l'information clinique

- Le pourcentage des postes de travail cliniques qui ont accès aux applications de notes des soins infirmiers.
- La disponibilité des systèmes de messagerie électronique internes et externes et l'accès en ligne aux données de surveillance et à l'imagerie médicale pour le personnel infirmier.
- L'accès à des ressources documentaires en ligne pour le personnel clinique.

Intensité de l'utilisation des renseignements

- Les stratégies permettant de transmettre, au personnel infirmier, les résultats des enquêtes portant sur la satisfaction des patients et des employés ainsi que les résultats du rapport intitulé *Hospital Report 2002: Acute Care*.
- L'analyse comparative externe des résultats des enquêtes sur la satisfaction du personnel infirmier.

Stratégies de gestion des patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS)

- La formation du personnel infirmier et la participation de celui-ci à la planification des soins.
- La formation en cours d'emploi destinée au personnel infirmier et mettant l'accent sur leur rôle dans l'identification rapide des patients dont la sortie pose un défi et dans l'estimation rapide de la date et de l'heure de sortie.

Personnel de soutien de l'hôpital

- L'existence de rôles de soutien au sein du personnel infirmier : infirmier praticien et infirmière praticienne, infirmier et infirmière spécialiste de clinique et infirmier enseignant et infirmière enseignante.
- Les investissements dans des programmes de formation en cours d'emploi, des cours et des conférences à l'externe destinés au personnel infirmier.
- Les mécanismes de soutien émotionnel mis en place pour le personnel.
- L'existence de pratiques visant l'amélioration du rendement pour le personnel infirmier (p. ex. des évaluations de rendement officielles).
- Les mesures de soutien au personnel infirmier en matière de formation professionnelle continue et de développement (p. ex. le remboursement des frais de cours, la formation et les programmes officiels en cours d'emploi).
- L'existence de pratiques officielles spécifiques au sein de l'hôpital destinées au personnel infirmier (p. ex. la conception flexible des tâches, l'établissement de ses propres horaires de travail, la participation du personnel infirmier à la régie interne).
- Les stratégies de recrutement et de conservation visant le personnel infirmier (p. ex. les primes pour recommandation d'un membre du personnel, les programmes de reconnaissance des employés, les augmentations générales basées sur le coût de la vie).
- Les aspects des programmes d'orientation officiels destinés au personnel infirmier (p. ex. la formation dans un environnement clinique, le préceptorat, etc.);
- Le nombre de plaintes, de différends et de griefs officiels déposés par le personnel infirmier, par les autres membres du personnel chargés des soins aux patients et par les autres employés de l'hôpital.
- Les stratégies établies pour faire face aux pénuries dans les soins infirmiers (p. ex. les heures supplémentaires volontaires, le personnel infirmier engagé par des agences, les équipes de remplacement).

Processus lié à la qualité de données

Les huit indicateurs de l'ICS sont inévitablement influencés par un « parti pris lié à la désirabilité sociale ». Cela signifie que, consciemment ou non, les personnes interrogées peuvent répondre aux questions d'une manière faisant en sorte d'augmenter les notes attribuées à un hôpital. Pour contrebalancer ce biais potentiel, les chercheurs se sont efforcés d'élaborer des questions axées davantage sur des comportements spécifiques que sur des attitudes. Néanmoins, il est possible que les réponses fournies pour plusieurs questions fassent l'objet d'une certaine interprétation.

Pour s'assurer de l'exactitude et de la fiabilité des données, certaines mesures ont été appliquées au processus de qualité des données. Toutes les réponses ont été entrées dans deux bases de données protégées et les questions ont été examinées afin de déceler les réponses manquantes. Dans les cas où les questions qui forment les indicateurs ont été laissées sans réponses ou étaient ambiguës, on a demandé aux hôpitaux de fournir une réponse. Les questions qui comportaient plus qu'un faible pourcentage de réponses manquantes (un signe possible de problèmes d'interprétation) ont été exclues de l'élaboration des indicateurs. Des notes brutes préliminaires ont ensuite été fournies aux hôpitaux à des fins d'examen. Cette année, aucune modification des données de l'enquête proprement dite n'a été autorisée. Des modifications à l'ensemble de données n'ont été apportées que dans les cas où des renseignements manquants ont été identifiés, où des problèmes sont survenus relativement aux calculs des indicateurs ou lorsqu'un problème en matière de qualité des données pouvait être étayé par un certain niveau de documentation.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus de qualité des données et sur les autres méthodologies utilisées dans le présent rapport, veuillez consulter le document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*, qui est accessible sans frais sur les sites Web des partenaires et des commanditaires de la série du *Rapport sur les hôpitaux*. Une liste de ces sites Web est fournie à l'endos du présent guide.

Comment le rendement est-il attribué?

Dans les rapports précédents, les hôpitaux se sont vus attribuer la cote « supérieur à la moyenne », « légèrement supérieur à la moyenne », « dans la moyenne provinciale », « légèrement inférieur à la moyenne » et « inférieur à la moyenne » pour les indicateurs de l'ICS à l'aide d'un système de classification basé sur le nombre d'étoiles. Cette année, une plage numérique qui comprend la note numérique d'un hôpital sera présentée dans l'encart des résultats individuels des hôpitaux, qui accompagne le présent rapport. Ce changement a été motivé par plusieurs raisons, dont les suivantes :

1. Des préoccupations au sujet de la perception et de la compréhension que pourrait avoir le public du système de classification à l'aide d'étoiles. Le public croyait qu'un hôpital ayant une cote de cinq étoiles offrait un rendement cinq fois supérieur à celui d'un hôpital ayant une cote d'une seule étoile.
2. Le système de classification à l'aide d'étoiles ne fournissait pas d'information suffisante aux patients et aux consommateurs sur la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux.
3. Il était difficile de distinguer visuellement les différents groupes d'étoiles.

Pour fournir un contexte aux résultats, les valeurs des hôpitaux sont comparées à la moyenne nationale du groupe de pairs. Si le rendement correspond à « supérieur à la moyenne » ou « inférieur à la moyenne », cela signifie que la note de l'hôpital était statistiquement différente de la note moyenne de tous les hôpitaux dans le groupe de pairs correspondant. Un hôpital est considéré « moyen » si sa valeur associée aux indicateurs se situait à l'intérieur de l'écart type de 1,645 (ou intervalle de confiance de 90 %) de la valeur provinciale moyenne associée aux indicateurs pour tous les hôpitaux dans le groupe de pairs.

Le rendement de chaque hôpital sera illustré au moyen de symboles et attribué comme suit :

- : La note de l'hôpital était statistiquement au-dessus de la moyenne provinciale;
 - ◐ : La note de l'hôpital était statistiquement dans la moyenne provinciale;
 - : La note de l'hôpital était statistiquement inférieure à la moyenne provinciale;
- ND : Non déclarable.

Comme ce fut le cas pour les rapports précédents, les notes relatives aux hôpitaux pour les huit indicateurs de l'intégration et du changement du système qui sont tirées de l'enquête sur l'ICS pour les soins de courte durée seront calculées séparément pour chaque groupe de pairs. Les petits hôpitaux seront comparés entre eux. Puisque les notes correspondant aux hôpitaux d'enseignement et aux hôpitaux communautaires sont généralement plutôt similaires, leurs résultats seront combinés et présentés ensemble. Dans le cas de certains des indicateurs, le nombre total d'hôpitaux ne correspond pas à 108 (le nombre total d'hôpitaux qui ont retourné le sondage) en raison du fait que certains hôpitaux comptaient des notes non déclarables.

Les résultats à l'échelle provinciale du quadrant de l'intégration et du changement du système sont présentés ici. De plus, les résultats individuels correspondant à 92 associations hospitalières ontariennes sont également fournis dans l'encart qui se trouve à l'endos du présent rapport. Les notes de rendement des hôpitaux correspondant aux indicateurs de la coordination et de la continuité des soins ont été calculées de la même façon que celles des autres indicateurs, soit en fonction de l'enquête SHoPSS. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le chapitre intitulé Satisfaction des patients dans le présent rapport.

Indicateurs de l'intégration et du changement du système

Indicateur de la technologie de l'information clinique

La technologie de l'information est un outil qui joue un rôle de plus en plus important en ce qui a trait à l'amélioration des activités de soins aux patients. Les systèmes d'information permettent d'améliorer les communications internes et externes de l'hôpital, d'accroître la qualité des dossiers des patients, d'accélérer la transmission des diagnostics et la réception des commandes, de diminuer le nombre d'erreurs qui peuvent survenir relativement aux médicaments administrés, d'assurer un suivi rapide des patients et d'améliorer l'accès au matériel de formation.

Dans l'ensemble des hôpitaux, la tranche des 50 p. cent du milieu (c'est-à-dire les hôpitaux dont les notes se situent entre le 25^e centile et le 75^e centile) ont obtenu entre 30,0 et 53,7 sur 100 comparativement à l'an dernier, alors que les notes se situaient entre 23,4 et 51,6.

La moyenne pour les hôpitaux d'enseignement et communautaires s'élevait à 47,7, ce qui représente une légère augmentation par rapport à la valeur moyenne de 2000-2001, qui était de 45,6. Ces chiffres suggèrent que les hôpitaux ont accompli certains progrès relativement à l'accès aux renseignements électroniques, tant au sein des organisations qu'à l'externe.

Les petits hôpitaux ont eu moins recours à la technologie de l'information clinique que les deux autres types d'hôpitaux, mais le nombre de petits hôpitaux qui utilisent cette technologie a augmenté au cours de la dernière année. La moyenne pour l'année 2001-2002 était de 27,2, comparativement à 21,6 en 2000-2001, ce qui représente une augmentation globale de presque six points de pourcentage. Cette augmentation semble indiquer que les petits hôpitaux ont davantage recours à la technologie de l'information dans l'ensemble des établissements.

Ce que vous trouverez dans la présente section

Chacun des huit indicateurs de l'ISC provenant des deux enquêtes a été déterminé en fonction de plusieurs questions. Les deux indicateurs de la satisfaction des patients s'appuient sur les questions tirées du SHoPSS. Pour chaque indicateur, les résultats globaux correspondants sont fournis de même que des points importants sur certaines questions plus intéressantes afin de fournir plus de contexte à l'indicateur dans son ensemble.

Sur quels éléments l'indicateur de la technologie de l'information clinique est-il fondé?

L'indicateur de la technologie de l'information clinique est fondé sur cinq questions portant sur les aspects suivants :

- La disponibilité et l'utilisation de documents électroniques et de données informatiques dans des domaines spécifiques (p. ex. admissions, sorties et transferts (AST), services de pharmacologie, imagerie médicale).
- L'accès à des fonctions ou à des composants spécifiques d'un système électronique de dossiers médicaux (p. ex. postes de travail cliniques offrant des fonctions d'entrée des commandes, de rapports sur les résultats et de soutien à la prise de décision).
- L'accès interne/externe, par Internet et par messagerie électronique, aux données de surveillance et à l'imagerie médicale.
- L'accès à des fonctions électroniques spécifiques de renseignements sur les patients pour le personnel clinique assurant les soins.
- La disponibilité d'ordinateurs de bureau ou de postes de travail pour le personnel à temps plein.

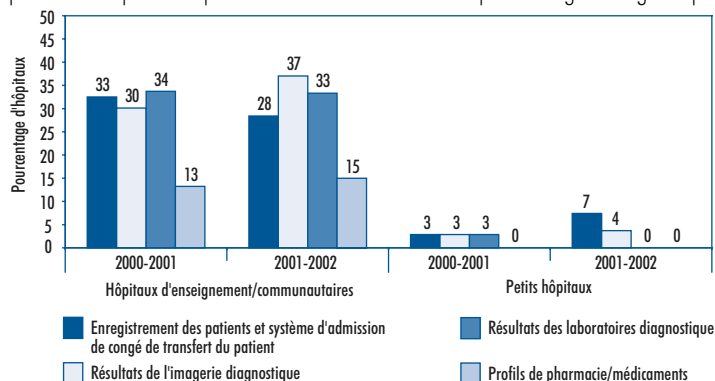
Pour l'année 2001-2002, 47 p. cent des hôpitaux ont indiqué que plus de 50 p. cent des médecins possédaient une adresse électronique interne; 38 p. cent des hôpitaux ont dit que plus de 50 p. cent des médecins avaient une adresse électronique externe. Cela se compare à 33 p. cent et 27 p. cent respectivement en 2000-2001. Il s'agit d'une augmentation d'environ 14 points de pourcentage pour l'adresse électronique interne et de 11 points de pourcentage pour l'adresse électronique externe. L'utilisation des communications électroniques par le personnel infirmier a également connu une augmentation : en effet, 54 p. cent des hôpitaux ont déclaré que plus de la moitié de leur personnel infirmier possédait une adresse électronique interne et 31 p. cent des hôpitaux ont dit que plus de 50 p. cent de leur personnel infirmier disposait d'une adresse électronique externe. L'accès en ligne à la surveillance « en temps réel » et aux images médicales est demeuré faible, bien que l'on ait observé quelques légères différences. Par exemple, l'accès en ligne à la surveillance « en temps réel » par plus de 50 p. cent des médecins déclaré par les hôpitaux a diminué légèrement pour passer de 12 p. cent en 2000-2001 à 10 p. cent en 2001-2002. Toutefois, en 2001-2002, plus d'hôpitaux (13 p. cent) ont dit que plus de la moitié des médecins avaient accès en ligne à des images médicales, comparativement à 8 p. cent en 2000-2001.

L'accès à des ressources électroniques spécifiques pour le personnel de soins aux patients s'est également amélioré au cours de la dernière année. Un peu plus de la moitié des hôpitaux ont déclaré que le personnel de soins aux patients dans tous les secteurs du milieu hospitalier pouvait, en ligne et « en temps réel », accéder aux données cliniques relatives aux visites précédentes d'un patient (54 p. cent en 2001-2002 contre 41 p. cent en 2000-2001), procéder à des recherches documentaires dans des bases de données médicales (51 p. cent contre 36 p. cent) et accéder à d'autres ressources documentaires et à du matériel de formation (51 p. cent contre 34 p. cent).

Les notes associées à cet indicateur semblent révéler que les hôpitaux font un usage plus intensif de la technologie de l'information dans l'ensemble de leur établissement comparativement au dernier exercice. Toutefois, il est possible que les hôpitaux n'utilisent pas leurs systèmes d'information à leur plein potentiel en raison, peut-être, des coûts élevés liés au développement de systèmes cliniques efficaces et au manque de soutien technique disponible.

FIGURE 2.1 : UTILISATION DES DONNÉES ÉLECTRONIQUES COMME SOURCE PRIMAIRE AU SEIN DE L'HÔPITAL

Divers services et domaines cliniques ont recours à des données et à des documents électroniques à des fins administratives ou cliniques. Ce graphique illustre, par groupes de pairs, le pourcentage d'hôpitaux qui ont déclaré utiliser des documents électroniques et des données comme source primaire dans l'ensemble de l'établissement au cours des deux dernières années. Ces données ont été regroupées ainsi afin de tenir compte des changements survenus quant à la taille de l'échantillon au cours de la même période. Depuis deux ans, les hôpitaux d'enseignement et communautaires ont de plus en plus recours aux données et aux documents électroniques comme principale ressource en ce qui a trait aux profils de pharmacie et de médicaments et pour l'imagerie diagnostique.



Technologie de l'information

Dans l'ensemble, il semble y avoir eu une augmentation de l'utilisation de la technologie de l'information pour tous les types d'hôpitaux au cours de la dernière année. Ce changement peut exprimer une augmentation *réelle* ou refléter les changements apportés à la formulation des questions. Dans les enquêtes précédentes, les hôpitaux devaient, pour certaines questions, fournir des renseignements sur le personnel infirmier, sur les autres membres du personnel chargé des soins aux patients et sur les autres employés de l'hôpital. Cette année, dans l'enquête interne sur l'ICS et dans l'enquête sur l'ICS pour les soins de courte durée, les hôpitaux doivent fournir des renseignements sur les autres professionnels de la santé réglementés et sur le personnel de soins aux patients non réglementé, qui formaient l'an dernier le groupe désigné par le terme « autre personnel de soins aux patients ».

Il est possible que l'inclusion de ces groupes d'employés plus spécifiques ait eu une incidence sur l'augmentation des notes de l'indicateur. Par exemple, lorsque les hôpitaux ont eu à fournir, dans le rapport de cette année, le pourcentage d'employés qui possédaient une adresse électronique interne, 74 p. cent ont indiqué que la plupart (> 50 p. cent) des professionnels de la santé réglementés avaient accès à cette fonction alors que le pourcentage s'élevait à 52 p. cent pour la plupart des employés de soins non réglementés. En 2000-2001, 54 p. cent des hôpitaux ont indiqué que plus de la moitié des autres employés de soins aux patients bénéficiaient d'une adresse électronique.

Données cliniques : collecte, diffusion et analyse comparative

Les données portant sur les résultats cliniques et sur la pertinence des soins peuvent aider à identifier les variations de résultats entre les praticiens, les services médicaux et les hôpitaux. Cette source de renseignements peut s'avérer importante pour l'évaluation du rendement clinique et des possibilités d'amélioration.

La note moyenne de l'indicateur des données cliniques pour l'ensemble des hôpitaux a été de 60,4 sur 100. Cela signifie que les hôpitaux dont la note se situe dans la moyenne se consacrent à environ 60 p. cent des activités relatives à la collecte, à la diffusion et à l'analyse comparative des données cliniques. Les hôpitaux qui se situent dans la tranche des 50 p. cent du milieu ont obtenu des notes entre 40,6 et 73,4. De plus, les notes des hôpitaux d'enseignement et communautaires différaient de celles des petits hôpitaux : la note moyenne correspondant aux hôpitaux d'enseignement et communautaires s'élevait à 64,1, comparativement à 60,9 en 2000-2001, alors que la note moyenne des petits hôpitaux était de 35,0 contre 39,6 en 2000-2001.

Parmi les trois groupes d'hôpitaux, les hôpitaux d'enseignement ont procédé à la collecte et à l'analyse comparative interne des données entre les différentes spécialités au moins une fois de plus que les hôpitaux communautaires et les petits hôpitaux à chaque trimestre. Par exemple, 92 p. cent des hôpitaux d'enseignement ont partagé des données portant sur la mortalité à l'hôpital avec les différentes spécialités au moins une fois par trimestre, comparativement à 74 p. cent des hôpitaux communautaires et 44 p. cent des petits hôpitaux. De plus, 92 p. cent des hôpitaux d'enseignement ont procédé à une analyse comparative interne des données relatives aux réadmissions imprévues au même hôpital entre les spécialités au moins une fois par trimestre, une proportion qui s'élève à 65 p. cent pour les hôpitaux communautaires et à 30 p. cent pour les petits hôpitaux.

Ces différences entre les groupes d'hôpitaux peuvent être attribuables aux ressources disponibles. En effet, les grands hôpitaux disposent de systèmes d'information plus évolués et de ressources en personnel plus imposantes pour recueillir, analyser et utiliser les données cliniques. De plus, il est possible que certaines mesures cliniques soient moins significatives pour les hôpitaux qui ne comptent aucun patient du type auquel la mesure s'applique. Cela signifie, par exemple, que les petits hôpitaux n'effectuent pas d'analyses comparatives dans les domaines cliniques dans lesquels ils comptent peu de patients. Mentionnons toutefois que le contexte plus intime des petits hôpitaux se prête à d'autres méthodes d'examen du rendement clinique.

Sur quels éléments l'indicateur des données cliniques est-il fondé?

Cet indicateur est fondé sur les réponses fournies par les hôpitaux à des questions portant sur les activités de collecte, de diffusion et d'analyse comparative pour 16 différentes mesures cliniques (notamment neuf mesures des résultats cliniques, comme la mortalité à l'hôpital, et sept mesures de la pertinence des soins, comme la réadmission imprévue au même hôpital). Pour chacune de ces 16 mesures, des points sont attribués en fonction des stratégies suivantes en matière de collecte, de diffusion et d'analyse comparative :

- Collecte : Les données doivent avoir été recueillies dans plus de 50 p. cent des cas applicables.
- Diffusion : Les données doivent avoir été partagées avec un groupe de gestionnaires du personnel médical ou avec le groupe responsable de la qualité des soins;
- Analyse comparative interne : Les données doivent avoir été comparées à l'interne entre les différentes spécialités ou en fonction du rendement antérieur au moins une fois par trimestre.
- Analyse comparative externe : Les données doivent avoir été comparées à l'externe avec celles d'autres organisations.

FIGURE 2.2 : ANALYSE COMPARATIVE EXTERNE DES MESURES CLINIQUES

Les hôpitaux tendent à comparer leurs mesures cliniques à celles d'autres organisations de même taille. Certaines des mesures cliniques utilisées pour calculer l'indicateur de données cliniques (collecte, diffusion et analyse comparative) sont les mêmes que celles des quatre dernières enquêtes sur l'ICS pour les soins de courte durée. Le tableau ci-dessous illustre le pourcentage d'hôpitaux ontariens, par groupe de pairs, qui ont comparé diverses mesures cliniques à l'externe avec celles d'autres organisations. Cette année, les données sont présentées par groupes de pairs afin de fournir une représentation plus exacte des tendances observées lors des enquêtes sur l'ICS utilisées dans les quatre rapports sur les hôpitaux. Les données partagées relativement aux réadmissions imprévues au même hôpital et à la mortalité à l'hôpital ont connu une augmentation constante pendant cette période pour les hôpitaux d'enseignement/communautaires. Au cours de la dernière année, on a également observé une augmentation du volume d'information partagée par tous les types d'hôpitaux relativement aux blessures subies à l'hôpital.

Année du rapport	Hôpitaux d'enseignement/communautaires				Petits hôpitaux			
	1999	2001	2002	2003	1999	2001	2002	2003
Infection nosocomiale ou sepsie	29 %	30 %	45 %	56 %	8 %	19 %	29 %	15 %
Réaction indésirable à un médicament	12 %	18 %	16 %	22 %	4 %	6 %	6 %	7 %
Réadmission imprévue au même hôpital	25 %	34 %	45 %	53 %	8 %	9 %	11 %	19 %
Mortalité à l'hôpital	20 %	25 %	27 %	40 %	6 %	19 %	6 %	19 %
Blessure subie à l'hôpital	27 %	29 %	31 %	41 %	9 %	8 %	6 %	19 %
Taux de complication à l'hôpital	15 %	24 %	22 %	35 %	2 %	6 %	6 %	4 %

Intensité de l'utilisation des renseignements

Il est difficile de gérer ce qu'on ne peut mesurer, mais il arrive que la mesure seule ne soit pas suffisante. Les données relatives aux patients, aux médecins et aux employés sont de plus en plus utilisées pour la planification et la gestion des activités de l'hôpital. Par exemple, les données portant sur les soins aux patients peuvent aider à l'attribution des ressources, à la planification des nouveaux programmes et à

l'évaluation des soins aux patients. Dans le même ordre d'idées, l'hôpital est mieux outillé pour recruter et conserver des employés compétents et pour élaborer des stratégies de changement lorsqu'il comprend le point de vue des médecins et des employés. L'indicateur d'intensité de l'utilisation des renseignements a été conçu afin d'exprimer dans quelle mesure les hôpitaux font état de ces renseignements et d'autres types de données et les utilisent (au lieu de s'intéresser uniquement à la collecte).

Dans le cas des hôpitaux ontariens qui occupent la tranche des 50 p. cent du milieu, les notes correspondant à l'indicateur d'intensité de l'utilisation des renseignements se situaient entre 41,8 et 72,1 sur 100, comparativement à des notes entre 35,6 et 65,1 l'an dernier. La note moyenne des hôpitaux d'enseignement et communautaires est passée à 60,5, ce qui constitue une augmentation de 6,1 points de pourcentage par rapport à la valeur de l'an dernier, qui s'élevait à 54,4.

Les hôpitaux d'enseignement et communautaires dont la note se situe dans la moyenne exécutent plus de la moitié des activités de partage des renseignements et d'analyse comparative comprises dans cet indicateur. Les petits hôpitaux, qui ont moins recours à ces outils d'information que les deux autres types d'hôpitaux, ont vu leur note moyenne passer à 30,6 comparativement à 38,3 en 2000-2001.

Les pratiques internes et externes en matière d'analyse comparative font partie des activités courantes exécutées dans les hôpitaux afin d'évaluer la qualité des soins. En 2001-2002, environ 65 p. cent des hôpitaux se sont engagés dans des activités d'analyse comparative interne, dont la comparaison des variations sur le plan des pratiques et des résultats cliniques spécifiques aux médecins, alors que 7 p. cent ont indiqué qu'ils travaillaient à mettre en œuvre ces pratiques d'analyse comparative interne.

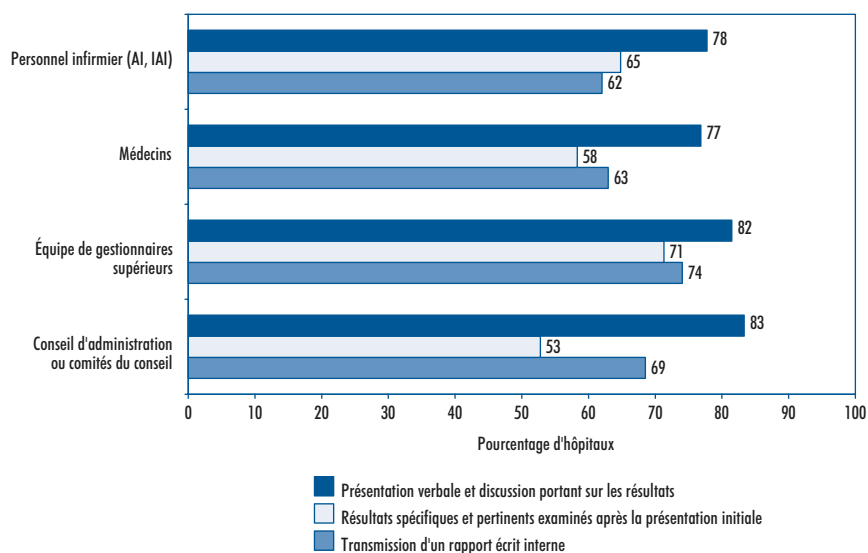
Sur quels éléments l'indicateur de l'intensité de l'utilisation des renseignements est-il fondé?

L'indicateur de l'intensité de l'utilisation des renseignements est basé sur les réponses des hôpitaux aux questions touchant les aspects suivants :

- La communication des renseignements sur la satisfaction des patients aux médecins, au personnel (y compris le personnel infirmier) et au conseil d'administration de l'hôpital.
- La mesure dans laquelle les hôpitaux procèdent à des analyses comparatives internes des variations sur le plan des pratiques et des résultats cliniques spécifiques aux médecins.
- La communication des résultats du document *Hospital Report 2002: Acute Care* dans l'ensemble de l'hôpital (p. ex. aux médecins, au personnel infirmier et au conseil d'administration de l'hôpital).
- Les rôles liés à l'utilisation de l'information au sein du personnel de l'organisation.
- L'analyse comparative externe des données portant sur la satisfaction des médecins et du personnel (notamment le personnel infirmier).
- La communication de l'information sur la satisfaction du personnel aux médecins, aux membres du personnel (dont le personnel infirmier) et aux conseils d'administration des hôpitaux.

FIGURE 2.3 : DIFFUSION DES RÉSULTATS RELATIFS À LA SATISFACTION DES PATIENTS

Plus de 75 p. cent des hôpitaux ont partagé les résultats des enquêtes portant sur la satisfaction des patients avec leur équipe de gestion supérieure, leur conseil d'administration ou les comités formés au sein de ce conseil, leur personnel infirmier et leurs médecins par le biais d'une présentation verbale et d'une discussion. Plus de 60 p. cent des hôpitaux ont partagé ces résultats en faisant circuler un rapport écrit interne, alors qu'un peu plus de 50 p. cent ont continué à examiner les résultats après leur présentation initiale. Ce graphique illustre le pourcentage d'hôpitaux qui, en 2001-2002, ont partagé avec les groupes indiqués les résultats relatifs à la satisfaction des patients obtenus de ces derniers par l'intermédiaire d'une enquête quantitative.



Plus des deux tiers des hôpitaux (69 p. cent) ont affirmé qu'en 2001-2002, ils n'avaient procédé à aucune analyse comparative externe des données sur la satisfaction du personnel et des médecins entre les différentes organisations. Des 31 p. cent des hôpitaux qui ont procédé à des analyses comparatives des données concernant les médecins et le personnel, seuls 24 p. cent ont indiqué qu'ils avaient partagé les données recueillies relativement à la satisfaction du personnel infirmier avec d'autres organisations. En outre, 18 p. cent des hôpitaux ont déclaré procéder au partage des données sur la satisfaction des autres professionnels de la santé réglementés et des autres membres du personnel de l'hôpital avec d'autres organisations.

La majorité des hôpitaux ontariens (83 p. cent) ont affirmé avoir partagé d'une quelconque façon les données et les résultats portant sur la satisfaction des patients tirés du document *Hospital Report 2002: Acute Care* au sein de leur organisation, alors que 77 p. cent des hôpitaux ont affirmé avoir fait de même avec les données sur la satisfaction des employés.

Plus de la moitié des hôpitaux (soit 56 p. cent) ont affirmé employer en permanence un « analyste de l'utilisation ». Environ 40 p. cent des hôpitaux ont déclaré employer en permanence un travailleur polyvalent chargé des renseignements sur les patients et un coordonnateur de l'aide à la décision. Ces types de postes étaient plus répandus dans les hôpitaux d'enseignement et communautaires : en effet, 49 p. cent de ces hôpitaux employaient un coordonnateur de l'aide à la décision et 42 p. cent, un travailleur polyvalent chargé des renseignements sur les patients, comparativement à seulement 4 p. cent et 37 p. cent, respectivement, dans les petits hôpitaux.

Les différences observées entre les groupes d'hôpitaux peuvent être attribuables en partie à la disponibilité des ressources financières et humaines. Par exemple, il arrive que des petits hôpitaux ne comptent pas suffisamment d'employés pour permettre la création de certains postes liés à l'information.

De plus, il peut être difficile pour certains hôpitaux de recruter des employés possédant les compétences nécessaires sur le plan de l'analyse des renseignements. Malgré ces limites potentielles, les fourchettes et les valeurs moyennes des notes attribuées pour cet indicateur sous-entendent que les hôpitaux ont encore des progrès à accomplir en ce qui a trait à la saisie et à l'utilisation des rétroactions provenant de diverses sources et à l'optimisation des possibilités qui se présentent à eux en matière d'analyse comparative.

Élaboration et utilisation de protocoles normalisés

Les protocoles cliniques normalisés sont des outils pratiques permettant d'éclairer la prise de décisions relativement à la gestion clinique et administrative des patients. Ces protocoles, que l'on nomme également « plans de soins », sont généralement créés par une équipe multidisciplinaire formée de professionnels de la santé à partir des données médicales les plus récentes. Entre autres exemples, les protocoles normalisés comprennent les commandes préimprimées, les lignes directrices en matière de pratiques cliniques et les mécanismes de soins. Ces protocoles identifient et décrivent de façon exhaustive les plans et les interventions destinés aux patients en fonction de leur état de santé particulier. Les protocoles cliniques normalisés aident à mieux identifier les besoins des patients et à coordonner plus efficacement les activités au sein de l'équipe soignante.

La valeur moyenne de l'indicateur de l'élaboration et de l'utilisation des protocoles normalisés pour l'ensemble des hôpitaux a connu une augmentation, passant de 43,8 en 2000-2001 à 47,4 en 2001-2002. Les notes correspondant aux hôpitaux d'enseignement et communautaires étaient supérieures à celles obtenues par les petits hôpitaux. Cela dit, les notes des petits hôpitaux se retrouvant dans la tranche des 50 p. cent du milieu ont connu une légère augmentation, se situant dans une fourchette de 15,3 à 41,7 en 2001-2002 comparativement à une fourchette de 10,3 à 40,3 en 2000-2001. Dans le cas des hôpitaux d'enseignement et communautaires qui se situent dans la tranche des 50 p. cent du milieu, les notes obtenues variaient entre 42,5 et 56,5, comparativement à 2000-2001, où les notes variaient entre 36,9 et 57,0.

Sur quels éléments l'indicateur de l'élaboration et de l'utilisation des protocoles normalisés est-il fondé?

L'indicateur de l'élaboration et de l'utilisation des protocoles normalisés est fondé sur des questions portant sur les aspects suivants :

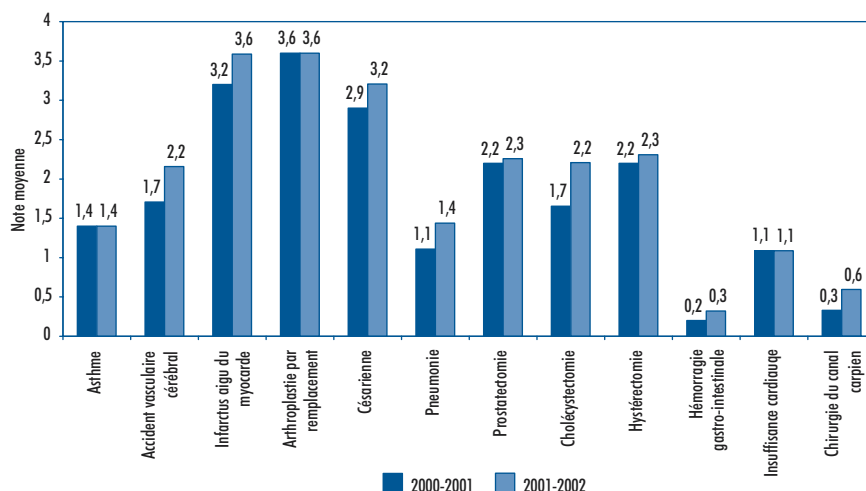
- Dans quelle mesure des protocoles normalisés ont été élaborés et sont utilisés par l'hôpital pour certaines interventions ou certains cas médicaux ou chirurgicaux.
- Les stratégies d'élaboration ou de mise à jour des protocoles normalisés.
- Dans quelle mesure les protocoles normalisés englobent des aspects des soins assurés par les autres organisations de soins de santé.

L'indicateur de l'élaboration et de l'utilisation des protocoles normalisés exprime dans quelle mesure les hôpitaux ont élaboré et utilisé des protocoles normalisés au sein de leur organisation. Les chiffres qui suivent indiquent le pourcentage d'hôpitaux dans lesquels un protocole était en place pour chacune de ces douze maladies ou interventions médicales courantes comprises dans le sondage ICS sur les soins de courte durée entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 :

- Asthme : 39 p. cent
- Accident vasculaire cérébral : 60 p. cent
- Infarctus aigu du myocarde (IAM), que l'on nomme également crise cardiaque : 92 p. cent
- Arthroplastie par remplacement : 91 p. cent
- Césarienne : 81 p. cent
- Pneumonie : 41 p. cent
- Prostatectomie : 58 p. cent
- Cholécystectomie : 58 p. cent
- Hystérectomie : 60 p. cent
- Hémorragie gastro-intestinale : 11 p. cent
- Insuffisance cardiaque : 29 p. cent
- Chirurgie du canal carpien : 15 p. cent

FIGURE 2.4 : UTILISATION DES PROTOCOLES NORMALISÉS

Nous avons demandé aux hôpitaux dans quelle mesure des protocoles normalisés ont été élaborés et utilisés dans leur établissement entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002. Des variations ont été observées sur le plan de l'élaboration de protocoles pour un état clinique donné parmi les hôpitaux admissibles (c'est-à-dire qui comptaient au moins douze cas/interventions pour un domaine clinique particulier en 2001-2002). Ce graphique illustre une comparaison de la note moyenne pour les douze maladies ou interventions courantes correspondant à l'ensemble des hôpitaux au cours des deux dernières années. L'utilisation des protocoles normalisés a connu une augmentation pour la totalité des maladies et interventions cliniques depuis le rapport de 2002 sur hôpitaux, à l'exception de l'asthme, de l'insuffisance cardiaque et de l'arthroplastie par remplacement, qui sont demeurés stables.



Combinés, ces douze groupes de patients représentent environ 10 p. cent des hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée en Ontario en 2001-2002.

Au cours de la dernière année, les hôpitaux ont affirmé travailler plus étroitement avec d'autres hôpitaux de soins de courte durée à l'élaboration de protocoles normalisés. Par exemple, 30 p. cent des hôpitaux admissibles ont indiqué qu'ils collaboraient avec d'autres hôpitaux de soins de courte durée dans le but d'élaborer des protocoles normalisés pour la gestion des IAM, comparativement à 24 p. cent en 2000-2001, ce qui représente une augmentation de six points de pourcentage. En plus de l'élaboration de protocoles normalisés avec d'autres établissements de soins de courte durée, les hôpitaux ont également tenté d'accroître la portée de leurs protocoles de façon à englober certains aspects des soins assurés par d'autres organisations de soins de santé

La santé des femmes et les protocoles normalisés

Le rythme d'élaboration des protocoles normalisés associés aux interventions spécifiques aux femmes varie d'un hôpital à un autre. Tout comme l'année dernière, la note moyenne pour l'utilisation des protocoles relatifs à la césarienne était plus élevée dans les hôpitaux d'enseignement et communautaires (3,4 sur 4,0 contre 3,0 sur 4,0 en 2000-2001) que dans les petits hôpitaux (2,5 contre 2,4 en 2000-2001). Contrairement à l'an dernier, la note moyenne pour les protocoles relatifs à l'hystérectomie était plus élevée dans le cas des hôpitaux d'enseignement et communautaires (2,4 contre 2,2 en 2000-2001) que dans les petits hôpitaux (1,6 contre 2,3 en 2000-2001). Notons, toutefois, que pour être admissible dans un domaine clinique donné, l'hôpital doit compter au moins douze cas ou interventions en 2001-2002. En ce qui concerne les hystérectomies, le nombre d'hôpitaux admissibles était moindre parmi les petits hôpitaux. Par contre, les notes moyennes obtenues par les hôpitaux d'enseignement et communautaires relativement aux protocoles liés à la prostatectomie et à l'hystérectomie étaient identiques (2,2 pour ces deux types d'hôpitaux en 2000-2001 et en 2001-2002).

comme les autres hôpitaux de soins de courte durée, les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux de réadaptation et les établissements de soins de longue durée complexes. Cette année, 23 p. cent des hôpitaux admissibles ont affirmé collaborer avec des hôpitaux de réadaptation à l'élaboration de protocoles normalisés pour la gestion des accidents vasculaires cérébraux. De façon globale, 79 p. cent des hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient mis en place un processus officiel d'élaboration et de mise à jour des protocoles normalisés ayant recours, notamment, à une équipe multidisciplinaire chargée d'examiner régulièrement les protocoles et les politiques.

Coordination des soins

Au cours de leur hospitalisation, les patients entrent en contact avec plusieurs médecins, membres du personnel infirmier, autres professionnels de la santé et autres membres du personnel de l'hôpital. Les efforts déployés par les hôpitaux pour assurer la planification des soins aux patients et améliorer la communication entre les différents dispensateurs de soins permettent d'accroître le niveau de satisfaction du patient. L'indicateur de la coordination des soins exprime dans quelle mesure l'hôpital réussit, du point de vue du patient, à faire en sorte que les renseignements soient transmis à toutes les parties concernées et que les soins soient dispensés en temps opportun.

Selon les résultats de l'enquête SHoPSS présentés dans le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de longue durée*, environ 67 p. cent des patients ontariens ont qualifié d'excellente la coordination des soins. Le niveau de satisfaction des patients à cet égard semble influencé par l'âge. En effet, parmi les patients âgés entre 65 et 84 ans, 73 p. cent ont attribué une cote « excellente » à la coordination des soins, comparativement à 63 p. cent chez les patients de moins de 65 ans.

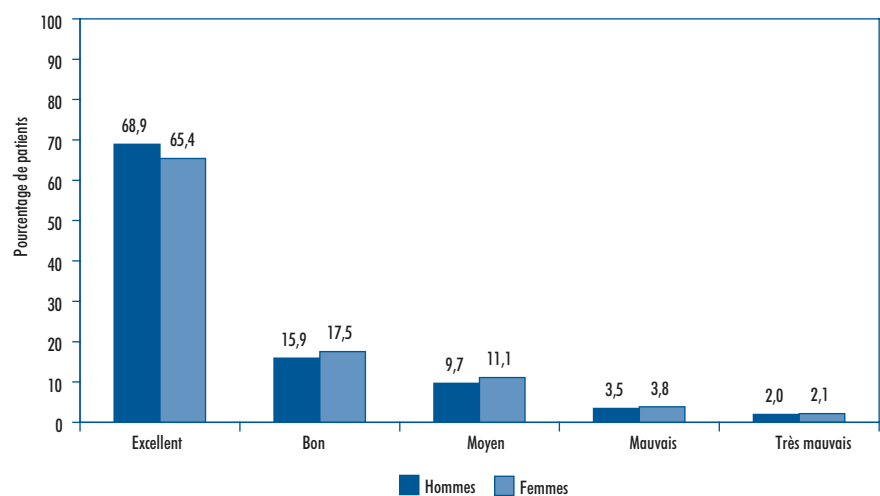
Sur quels éléments l'indicateur de la coordination des soins est-il fondé?

L'indicateur de la coordination des soins est fondé sur les réponses à quatre questions de l'enquête SHoPSS :

1. Donnez votre appréciation globale de la coordination de vos soins.
2. Croyez-vous qu'il y avait suffisamment de communication entre les soignants au sujet de vos soins?
3. Si vous étiez dans plus d'une unité de soins, est-ce que le transfert entre les unités s'est bien passé?
4. Est-ce que les soins ont été administrés dans un délai raisonnable?

FIGURE 2.5 : PERCEPTION DES PATIENTS RELATIVEMENT À LA COORDINATION DES SOINS

Les résultats de l'enquête SHoPSS relativement aux niveaux de satisfaction attribués par les patients de sexe masculin et féminin à l'indicateur de la coordination des soins (en se basant sur quatre questions) révèlent que plus d'hommes qualifient d'excellente la coordination de leurs soins alors que les femmes sont généralement portées à attribuer la cote « bon ».





Hôpitaux dans la communauté

Les hôpitaux font partie intégrante de toute communauté. Pour qu'elle soit positive, la relation entre ces deux éléments doit être axée sur des interactions significatives et sur la participation de la communauté, par le biais, notamment, de programmes de bénévolat dans les hôpitaux, d'initiatives de financement, de la diffusion dans la communauté des résultats des enquêtes portant sur la satisfaction des patients, de la disponibilité d'un personnel multilingue et de l'existence de rôles professionnels axés sur la communauté. L'indicateur des hôpitaux dans la communauté exprime la solidité de la relation entre l'hôpital et la communauté par l'intermédiaire de ces types d'initiatives.

Dans l'ensemble des hôpitaux, la note moyenne de l'indicateur des hôpitaux dans la communauté a

été 41,0 sur 100. En général, les petits hôpitaux ont obtenu des notes plus faibles, soit entre 19,7 et 39,8 pour la tranche des 50 p. cent du milieu, alors que les notes obtenues par les hôpitaux d'enseignement et communautaires variaient entre 35,3 et 46,5.

Le nombre moyen de bénévoles par jour-patient dans l'organisation s'élevait à 6,3 et le nombre moyen d'heures de bénévolat par jour-patient entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 était de 0,63. En général, les petits hôpitaux comptent plus de bénévoles (17,2 en moyenne) qui travaillent davantage d'heures (1,0 heure en moyenne) comparativement aux hôpitaux d'enseignement et communautaires, qui comptent en moyenne 5,6 bénévoles travaillant 0,60 heure par jour-patient.

Plus de 30 p. cent des hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient communiqué aux patients et à leur famille des renseignements sur la nature des changements découlant des résultats de l'enquête sur la satisfaction des patients, sous la forme d'un bulletin d'information ou d'un courriel (32 p. cent), d'une présentation ou d'une discussion portant sur les résultats (23 p. cent) ou en les affichant sur les babillards de l'hôpital (27 p. cent).

Quatre-vingt-un pour cent des hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient communiqué ou communiqueraient éventuellement aux bénévoles les

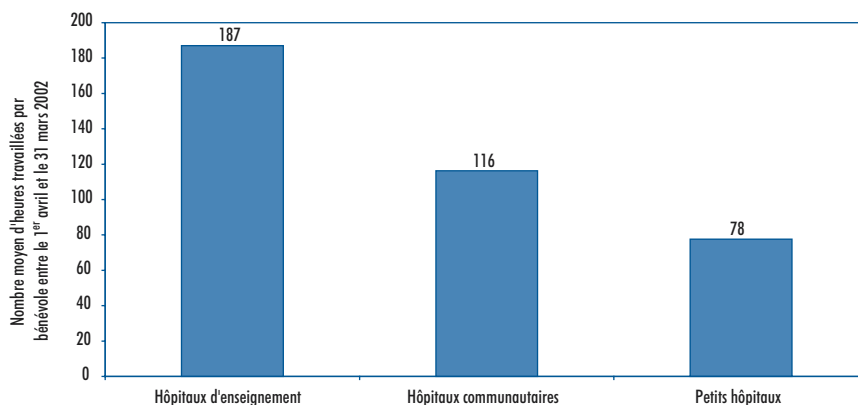
Sur quels éléments l'indicateur des hôpitaux dans la communauté est-il fondé?

Pour calculer cet indicateur, les hôpitaux ont dû répondre à des questions touchant un certain nombre de domaines clés, dont les suivants :

- La disponibilité d'un site Web accessible à la communauté.
- Les rôles professionnels liés à la communauté.
- La diffusion dans la communauté des données portant sur la satisfaction des patients.
- L'accessibilité des services pour les patients ayant des besoins particuliers en matière de communication.
- La communication des résultats du rapport intitulé Report 2002: Acute Care aux bénévoles et à la communauté.
- Le nombre total de bénévoles.
- Le nombre total d'heures contribuées par les bénévoles.
- L'existence de campagnes de financement conjointes avec d'autres organisations de soins de santé.

FIGURE 2.6 : NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR BÉNÉVOLE

Les bénévoles constituent une ressource importante pour les hôpitaux. Ce graphique illustre le nombre moyen d'heures travaillées par bénévole entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002. Pour les hôpitaux d'enseignement, ce nombre équivaut à environ quatre heures de travail par semaine par bénévole, alors que dans le cas des hôpitaux communautaires et des petits hôpitaux, ces chiffres équivalent à environ deux heures de travail par semaine par bénévole.



résultats du rapport de l'année 2002, une augmentation par rapport à 2000-2001, où la proportion s'élevait à 78 p. cent. De plus, 66 p. cent ont affirmé avoir communiqué les résultats du rapport dans l'ensemble de la communauté (une hausse de 9 points de pourcentage par rapport à 57 p. cent l'an dernier). La méthode la plus courante utilisée pour communiquer ces renseignements aux bénévoles était les bulletins de nouvelles internes (67 p. cent) et les babillards affichés dans les hôpitaux (54 p. cent) alors que les méthodes les moins fréquentes étaient la diffusion de résultats spécifiques et pertinents après la présentation initiale (30 p. cent) et la messagerie électronique (25 p. cent).

Les rôles en lien avec la communauté sont courants au sein du personnel des hôpitaux ontariens. Entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002, la plupart des hôpitaux (79 p. cent) employaient en permanence un coordonnateur des bénévoles. Dans le même ordre d'idées, plusieurs hôpitaux (77 p. cent) ont affirmé avoir employé un coordonnateur du financement pendant cette même période, alors que 4 p. cent ont indiqué qu'ils avaient créé un poste de coordinateur des bénévoles depuis le 31 mars 2002 ou travaillaient actuellement à le faire. Trente-quatre pour cent des employés ont indiqué que le personnel comptait un membre désigné chargé de régler les problèmes d'équité et 21 p. cent ont déclaré qu'un membre permanent du personnel avait été désigné pour agir à titre de personne-ressource auprès de l'ensemble des patients et de leur famille.

Les deux mécanismes les plus couramment utilisés pour communiquer avec les patients ayant des besoins particuliers en matière de communication ont été les suivants :

1. Une base de données identifiant les différentes langues parlées par le personnel de l'hôpital ou par les bénévoles (73 p. cent).
2. Le recours à des interprètes permanents ou contractuels au sein de l'hôpital (57 p. cent).

Ces deux stratégies ont été utilisées davantage dans les hôpitaux d'enseignement et communautaires (63 p. cent et 78 p. cent) que dans les petits hôpitaux (41 p. cent et 59 p. cent).

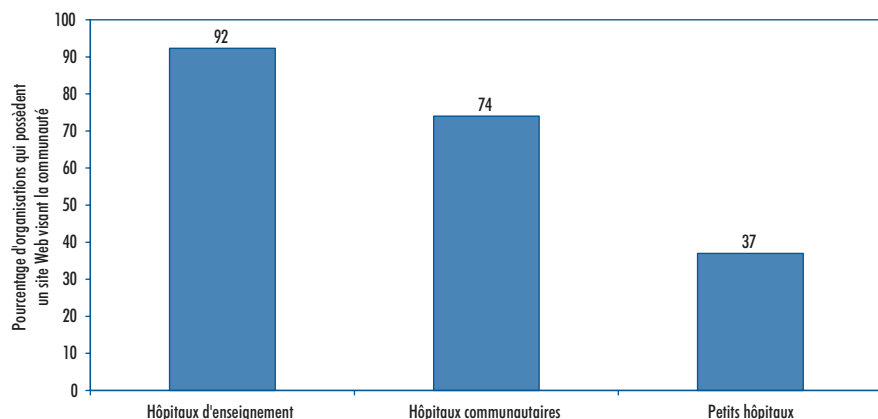
Bien que les notes correspondant à cet indicateur aient connu une légère augmentation par rapport à l'an dernier, les hôpitaux pourraient déployer des efforts encore plus significatifs afin de s'intégrer à la communauté et d'établir un contact avec leurs voisins. D'autres enquêtes sur l'ICS seront examinées afin d'identifier les activités d'action sociale potentielles.

Collaboration avec les autres partenaires en soins de santé

L'Ontario possède un système de soins de santé des plus vastes et des plus complexes, qui réunit plusieurs types d'organisations et d'établissements de soins de santé, des pharmacies aux hôpitaux en passant par les bureaux de santé publique, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les maisons de soins infirmiers et d'autres. Idéalement, ils travaillent de concert afin d'assurer des soins continus. À l'intérieur de la province, diverses coentreprises, associations stratégiques, stratégies globales et autres relations de travail ont vu le jour dans le but d'améliorer les liens qui existent entre les services de soins de courte durée et les autres partenaires du système de santé. L'indicateur de la collaboration avec les autres partenaires en soins de santé examine dans quelle mesure les hôpitaux travaillent de concert avec les autres fournisseurs de soins de santé pour améliorer les approches communes en matière de soins aux patients.

FIGURE 2.7 : SITES WEB AXÉS SUR LA COMMUNAUTÉ

Les hôpitaux ont recours à diverses méthodes pour communiquer avec le public et la communauté en général. L'une des méthodes de communication avec la communauté se déroule par l'intermédiaire du site Web de l'hôpital, qui sert notamment à informer le public en matière de santé communautaire et à annoncer les événements et programmes à venir. Ce graphique illustre le pourcentage d'hôpitaux qui disposent d'un site visant spécifiquement la communauté.





Dans le cas de l'indicateur de la collaboration avec les autres partenaires en soins de santé, la note moyenne correspondant à l'ensemble des hôpitaux ontariens s'élevait à 49,5 en 2001-2002 contre 53,9 en 2000-2001. Mentionnons toutefois que les notes diffèrent selon qu'il s'agit d'hôpitaux d'enseignement/communautaires ou de petits hôpitaux. La valeur moyenne obtenue par les hôpitaux d'enseignement et communautaire est passée à 52,0, comparativement à 57,2 l'an dernier, alors que la note moyenne attribuée aux petits hôpitaux est restée relativement stable à 41,2. Les légères diminutions observées peuvent être attribuables aux modifications apportées aux questions correspondant à l'indicateur. Par exemple, cette année, le rapport présente la proportion de cadres de gestion supérieure qui ont siégé au conseil d'administration d'organisations de soins de santé en fonction du nombre total de cadres de gestion supérieure. Le rapport de l'an dernier faisait état du nombre d'organisations pour lesquelles des cadres de gestion supérieure siégeaient au conseil d'administration. Ces changements peuvent donc entraîner certains écarts entre les chiffres des deux années.

Sur quels éléments l'indicateur de la collaboration avec les autres partenaires en soins de santé est-il fondé?

L'indicateur de la collaboration avec les autres partenaires en soins de santé est fondé sur un certain nombre de questions touchant six différents domaines d'intérêt de l'enquête sur l'ICS pour les soins de courte durée. Il mesure les éléments suivants :

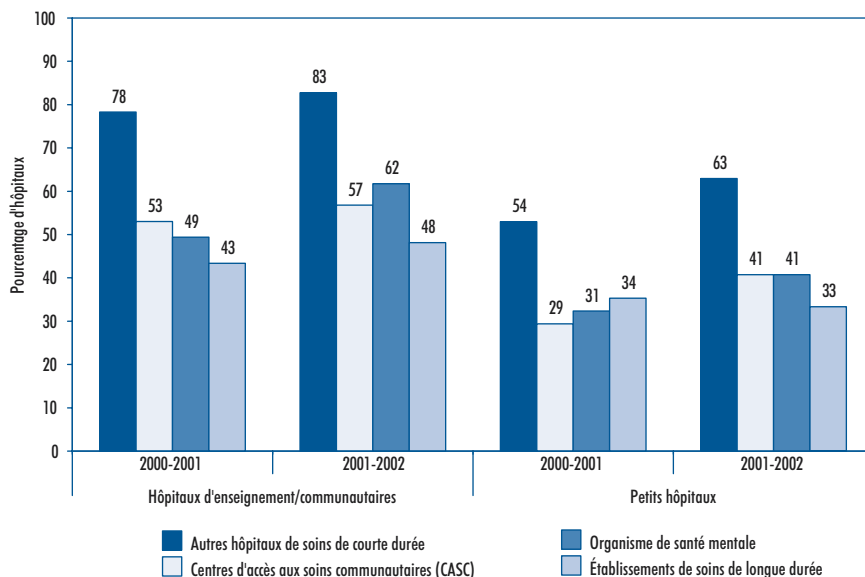
- Les contrats d'association, notamment les alliances stratégiques et les coentreprises.
- La présence de représentants du conseil de la haute direction au sein d'organisations liées à la santé.
- La participation à des programmes régionaux avec d'autres hôpitaux.
- La fréquence des rencontres entre la direction des hôpitaux et des organisations de soins de santé afin de discuter des questions relatives aux rapports qu'ils entretiennent.
- Les stratégies globales mises en œuvre par le personnel des hôpitaux et des organisations de soins de santé.
- La présence, au sein des hôpitaux, d'employés chargés de promouvoir l'intégration de l'hôpital et de la communauté.

En ce qui a trait à la collaboration avec les autres organisations de soins de santé, 70 p. cent des hôpitaux ont affirmé avoir participé à au moins un programme régional, comparativement à 91 p. cent en 2000-2001. Cette différence peut, une fois de plus, être attribuable aux modifications apportées à la question. L'an dernier, nous avons demandé aux hôpitaux d'indiquer s'ils avaient participé à un programme régional désigné ou financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ou indépendant du MSSLD. Cette année, les organisations devaient indiquer si elles avaient participé à au moins un programme régional désigné ou non par le MSSLD.

Dans l'ensemble des hôpitaux ontariens de soins de courte durée, 64 p. cent ont indiqué avoir formé des associations stratégiques ou des coentreprises avec d'autres hôpitaux de soins de courte durée. Plus de la moitié des hôpitaux (environ 59 p. cent) déclaraient avoir établi des associations stratégiques avec des CASC, des bureaux de santé publique et des organismes de santé mentale. Seulement un quart des hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient formé une coentreprise avec un hôpital de soins de longue durée complexes.

FIGURE 2.8 : COENTREPRISES AVEC D'AUTRES ORGANISMES DE SOINS DE SANTÉ

La collaboration des hôpitaux avec d'autres organismes de soins de santé s'effectue souvent par le biais d'une coentreprise. Ce terme désigne un groupement par lequel plusieurs organisations concluent une entente ou signent un contrat officiel afin d'entreprendre et de mener à bien une initiative ou un programme spécifique. Ce graphique indique, par groupe de pairs, le pourcentage d'hôpitaux qui ont établi des liens avec d'autres organisations en s'associant en coentreprises au cours des deux dernières années. Ces résultats démontrent que des liens ont été créés avec plus d'hôpitaux de soins de courte durée, des CASC et des organismes de santé mentale au cours de cette période.



Dans l'ensemble des hôpitaux ontariens de soins de courte durée, 64 p. cent ont indiqué avoir formé des associations stratégiques ou des coentreprises avec d'autres hôpitaux de soins de courte durée. Plus de la moitié des hôpitaux (environ 59 p. cent) déclaraient avoir établi des associations stratégiques avec des CASC, des bureaux de santé publique et des organismes de santé mentale. Seulement un quart des hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient formé une coentreprise avec un hôpital de soins de longue durée complexes.

Le plus souvent, les hôpitaux ont déclaré avoir participé à des stratégies globales avec des CASC, dont les suivantes :

- Fournir au personnel de l'organisation partenaire un espace de bureau, ordinateur, téléphone ou adresse Internet sur la propriété de l'organisation (89 p. cent).
- Analyser la planification des soins à l'hôpital et déterminer les critères appropriés relativement à la sortie des patients (82 p. cent).
- Faire siéger des représentants du personnel communautaire à un comité permanent sur les soins des patients ou sur la planification des sorties (79 p. cent).
- évaluer la pertinence de la sortie (75 p. cent).
- Analyser les problèmes de gestion de l'utilisation à l'hôpital (73 p. cent).

Les hôpitaux ont également indiqué qu'ils travaillaient en étroite collaboration avec d'autres hôpitaux de soins de courte durée sur diverses stratégies globales, notamment les deux suivantes :

- Planifier et offrir des séances de formation au personnel du partenaire communautaire et à celui de l'hôpital (76 p. cent);
- Analyser les problèmes de gestion de l'utilisation à l'hôpital (74 p. cent).

Les hôpitaux communautaires et d'enseignement ont fait état d'une plus grande collaboration avec les CASC que les petits hôpitaux. Cet écart peut être attribuable en partie aux différences en matière d'organisation des services de santé dans les milieux urbains et ruraux. Par exemple, il est possible que les centres ruraux ne comptent pas autant d'établissements et de services de soins de santé, alors que les hôpitaux situés dans les centres urbains ont accès à une grande variété de services de santé et de partenaires avec lesquels ils peuvent créer des liens.

À la lumière des notes correspondant à cet indicateur, il semble que les hôpitaux maintiennent leurs relations avec les autres organisations de soins de santé mais qu'il existe encore certains aspects où les hôpitaux pourraient améliorer et intensifier leurs liens avec ces organisations.

Continuité des soins

Les besoins des patients en matière de soins s'étendent parfois bien au-delà de leur sortie de l'hôpital. En raison du nombre croissant de chirurgies le jour même et de la diminution de la durée des hospitalisations, la communication entre les hôpitaux et les organismes communautaires s'avère particulièrement importante pour assurer aux patients une transition sans heurt. L'indicateur de la continuité des soins mesure la perception des patients à l'égard de leur préparation en vue de leur départ de l'hôpital, des soins de suivi et de la transition vers leur domicile après un séjour à l'hôpital.

De façon globale, la plupart des patients qui ont répondu aux questions de l'enquête SHoPSS transmis dans le cadre du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* se sont dits satisfaits de la continuité des soins. Les résultats étaient semblables à ceux des rapports sur les hôpitaux de 2002 et de 2001. Environ 70 p. cent des patients ont qualifié cet aspect d'excellent. De façon plus précise, 82 p. cent des patients ont affirmé que leur départ de l'hôpital s'était déroulé sans problème et 78 p. cent ont déclaré qu'ils se sentaient prêts à retourner à la maison lorsqu'ils ont reçu leur congé. Parmi les patients qui ont eu besoin d'un suivi à l'hôpital, 86 p. cent ont indiqué qu'ils avaient reçu les soins nécessaires. À l'inverse, près d'un patient sur trois était d'avis qu'eux-mêmes ou leurs soignants n'ont pas été préparés par le personnel de l'hôpital (ou ont été préparés de façon insuffisante) à la gestion des soins à domicile.

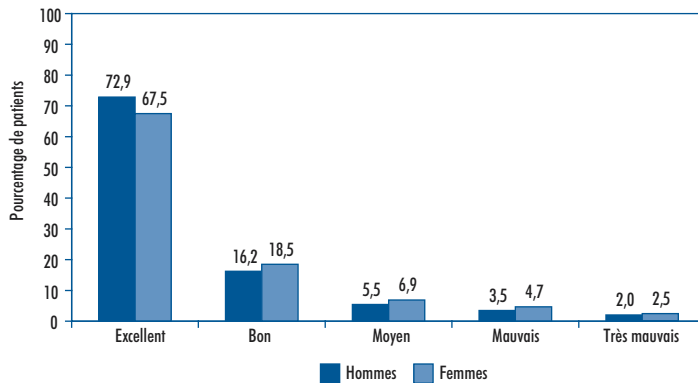
Sur quels éléments l'indicateur de la continuité des soins est-il fondé?

L'indicateur de la continuité des soins est basé sur les réponses fournies par les patients à quatre questions de l'enquête SHoPSS :

1. Avant de quitter l'hôpital, est-ce que le personnel hospitalier vous a expliqué, à vous ou à votre soignant, comment administrer les soins chez vous?
2. Est-ce que les formalités de départ se sont bien déroulées?
3. Si d'autres soins étaient requis à l'hôpital, ont-ils été administrés?
4. Avez-vous quitté l'hôpital alors que vous ne vous sentiez pas encore prêt(e)?

FIGURE 2.9 : PERCEPTION DES PATIENTS À L'ÉGARD DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

Les résultats de l'enquête SHoPPS relativement aux niveaux de satisfaction attribués par les patients de sexe masculin et féminin à l'indicateur de la continuité des soins démontrent que les hommes sont plus enclins à qualifier d'excellente la qualité de la continuité de leurs soins alors que les femmes qualifient plus souvent ce niveau de « bon ».



Ces résultats sont similaires à ceux des années précédentes et révèlent que les hôpitaux et les travailleurs de la santé doivent encore déployer certains efforts afin d'améliorer la coordination des soins aux patients entre les différents fournisseurs, informer et impliquer les patients et leurs familles dans le processus de gestion clinique et renseigner ces derniers relativement aux activités de soutien nécessaires après le départ de l'hôpital.

Stratégies de gestion des patients nécessitant d'autres niveaux de soins

Puisque les besoins des patients évoluent tout au long de leur maladie, le contexte approprié aux soins qu'ils requièrent peut également changer. Entre autres exemples, certains services ne sont dispensés que dans des hôpitaux de soins de courte durée, mais d'autres services sont offerts hors de cet établissement. En 2001-2002, les hôpitaux ontariens ont révélé que les patients en attente d'un autre niveau de soins (ANS) représentaient 9,1 p. cent de toutes les journées d'hospitalisations. Cela signifie que ces patients ont toujours besoin de soins, mais pas nécessairement dans un hôpital de soins de courte durée. Par exemple, il pouvait s'agir de patients ayant besoin de soins à domicile, dans une maison de soins

Sur quels éléments l'indicateur de l'ANS est-il fondé?

Cet indicateur est fondé sur les réponses fournies par les hôpitaux à des questions concernant les stratégies mises en place afin de diminuer le nombre de jours d'ANS, dont les suivantes :

- Les stratégies de gestion des patients nécessitant un ANS au sein de l'organisation (p. ex. les efforts visant à suspendre l'admission de patients à l'urgence, la création d'unités spéciales destinées aux patients nécessitant un ANS).
- Les stratégies visant à transférer les patients plus rapidement vers l'unité pertinente (p. ex. la création d'un partenariat avec des organismes de santé communautaire et des centres d'hébergement pour personnes âgées).

FIGURE 2.10 : PRINCIPALES STRATÉGIES DE GESTION DES PATIENTS NÉCESSITANT UN ANS

Dans l'ensemble des hôpitaux de l'Ontario, diverses stratégies sont mises en place afin de réduire le nombre de jours d'ANS. Le tableau ci-dessous illustre les cinq principales stratégies appliquées par les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux communautaires et les petits hôpitaux dans les rapports sur les hôpitaux de 2001, 2002 et 2003.

Stratégies de gestion des patients nécessitant un ANS	Hôpitaux d'enseignement			Hôpitaux communautaires			Petits hôpitaux		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Effectuer une analyse quotidienne de l'utilisation afin de déterminer la pertinence de l'admission et la capacité du patient à recevoir son congé.				✓	✓	✓	✓		✓
Développer une relation de travail plus étroite avec les organismes communautaires.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
S'efforcer de suspendre l'admission de patients provenant de l'urgence.	✓		✓		✓	✓			
Mettre en place une politique selon laquelle les patients doivent sélectionner plusieurs établissements de soins de longue durée et accepter d'être hébergés dans le premier établissement de la liste qui peut le recevoir.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Accroître la formation et la participation de la famille à la planification des soins.		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Accroître la formation et la participation du personnel infirmier à la planification des soins.		✓				✓		✓*	
Accroître la formation et la participation des médecins à la planification des soins.	✓	✓	✓	✓				✓*	
Assurer aux membres du personnel infirmier une formation en cours d'emploi axée spécifiquement sur leur rôle dans l'identification rapide des patients dont la sortie pose un défi et dans l'estimation rapide de la date et de l'heure de sortie.	✓								
Fournir des laissez-passer temporaires et assurer des évaluations à domicile.							✓	✓	
Fournir des services de réadaptation adaptés aux patients nécessitant un ANS.									✓

* Dans le cas des petits hôpitaux, le nombre d'hôpitaux ayant mis en place des stratégies visant à « accroître la formation et la participation du personnel infirmier à la planification des soins » et à « accroître la formation et la participation des médecins à la planification des soins » étaient identiques; les deux chiffres ont donc été présentés.

infirmiers, dans un centre de réadaptation ou dans un établissement de soins de longue durée complexes alors qu'aucun service ou lit n'était disponible immédiatement dans ces établissements.

L'indicateur des stratégies de gestion des patients nécessitant un ANS calcule l'ampleur de la mise en œuvre, dans les hôpitaux, de stratégies visant à réduire le nombre de patients de soins de courte durée qui sont en attente de ces autres types de services.

En général, il semble que les petits hôpitaux ont mis en place un nombre moins élevé de stratégies de gestion des jours d'ANS comparativement aux hôpitaux d'enseignement et communautaires. Toutefois, les petits hôpitaux comptaient des activités plus variées. Chez les petits hôpitaux qui se situent dans la tranche des 50 p. cent du milieu, les notes variaient entre 17,9 et

45,3 points, ce qui représente un écart plus important que celui observé en 2000-2001, alors que les notes s'échelonnaient de 23,5 à 45,1. Par contre, les valeurs de l'indicateur sont restées relativement stables pour les hôpitaux d'enseignement et communautaires compris dans la tranche des 50 p. cent du milieu, où les notes se sont échelonnées entre 44,2 et 65,2 points comparativement à 44,6 et 66,4 en 2000-2001. Il est possible que les jours d'ANS n'aient pas été répartis uniformément entre les différents types d'hôpitaux et que les petits hôpitaux appliquent un moins grand nombre de stratégies en raison du fait qu'ils comptent moins de jours d'ANS comparativement aux hôpitaux d'enseignement et communautaires.

Soutien au personnel de l'hôpital

La structure du système hospitalier repose sur son personnel. Le recrutement et la conservation des médecins ainsi que le recrutement, le développement et la formation du personnel hospitalier constituent les éléments clés qui permettent à l'organisation d'offrir des services de qualité tout en se préparant aux défis à venir. Ainsi, bon nombre d'hôpitaux offrent à leur personnel des mécanismes de développement professionnel et de soutien social, mettent en œuvre des pratiques innovatrices et des stratégies connexes en matière de ressources humaines, procèdent à des évaluations officielles du rendement et assurent un suivi du taux de rotation des employés. L'indicateur du soutien au personnel de l'hôpital sert à mesurer les pratiques mises en œuvre par les organisations afin d'apporter un soutien au personnel des hôpitaux.

La note moyenne globale pour l'indicateur du soutien au personnel de l'hôpital était de 54,3 sur 100, ce qui signifie qu'un peu plus de la moitié des organisations ont mis en œuvre un type quelconque de stratégie de formation ou de développement destiné au personnel. Suivant la tendance des années précédentes, les hôpitaux d'enseignement et communautaires ont obtenu des notes supérieures à celles des petits hôpitaux en ce qui a trait à cet indicateur, soit une note moyenne de 58,8 comparativement à 43,5 pour les petits hôpitaux.

En ce qui concerne la planification de la relève aux postes de direction, 75 p. cent des hôpitaux ont affirmé avoir mis en place un processus d'entrevue officiel pour les médecins candidats aux postes de direction. Certains de ces processus prévoyaient la mise sur pied d'un comité de sélection multidisciplinaire formé de directeurs médicaux, de médecins-chefs et de chefs adjoints. De plus, 60 p. cent des hôpitaux ont indiqué avoir mis en place des plans de relève officiels visant à combler le poste de président du conseil d'administration et 44 p. cent ont fait de même pour les postes de présidents des comités permanents du conseil, alors que seuls 27 p. des hôpitaux disaient avoir mis en place des plans de relève pour les postes de haute direction.

Les hôpitaux ont également eu recours à diverses stratégies de recrutement et de conservation visant le personnel infirmier, les autres professionnels de la santé réglementés, le personnel de soins aux patients non réglementé et les autres membres du personnel

de l'hôpital. En ce qui concerne la conservation de leurs employés, plus de 78 cent des hôpitaux offraient la possibilité de poursuivre des études dont les coûts seraient défrayés par l'hôpital, 81 p. cent ont affirmé

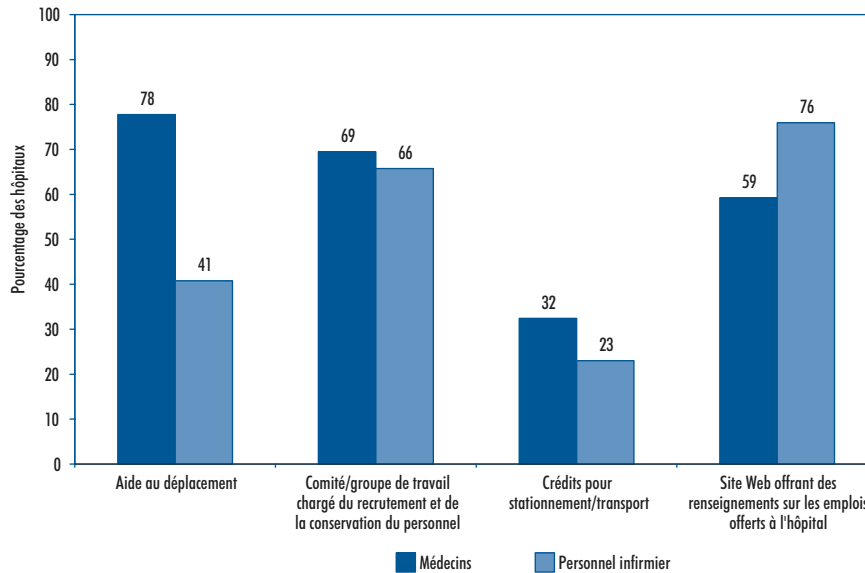
Sur quels éléments l'indicateur du soutien au personnel de l'hôpital est-il fondé?

L'indicateur de soutien au personnel de l'hôpital est fondé sur les aspects suivants :

- Les stratégies de recrutement et de conservation visant le personnel.
- Les stratégies de recrutement et de conservation visant les médecins.
- Le suivi du taux de rotation du personnel de l'hôpital.
- La création de rôles innovateurs au sein du personnel de l'hôpital.
- La mise en place de mécanismes de soutien émotionnel destinés aux employés.
- La promotion de la formation continue et du développement professionnel.
- Les activités de formation continue organisées pour le personnel (notamment des programmes de formation officiels en cours d'emploi, des cours et des conférences à l'externe).
- Le suivi et les évaluations effectuées relativement au rendement des médecins et des autres membres du personnel (par le biais, notamment, de rencontres directes et de commentaires écrits).
- Les demandes présentées à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail (CSPAAT) par des membres du personnel opérationnel.
- Les stratégies visant à faire face aux pénuries dans les soins infirmiers.
- Les investissements des organisations dans la formation en cours d'emploi et dans la formation professionnelle.
- Les pratiques officielles spécifiques destinées au personnel opérationnel mises en œuvre dans les hôpitaux, notamment l'établissement de ses propres horaires de travail et la conception flexible des tâches pour le personnel infirmier.
- Les programmes d'orientation officiels.
- L'existence d'un processus d'entrevue officiel pour les médecins désirant accéder à un poste de direction.
- Les processus officiels de planification de la relève.
- Le nombre de différends, de plaintes et de griefs officiels déposés par le personnel opérationnel (y compris le personnel infirmier, les autres professionnels de la santé réglementés, les autres employés de soins aux patients non réglementés et les autres membres du personnel de l'hôpital).

FIGURE 2.11 : STRATÉGIES DE RECRUTEMENT ET DE CONSERVATION DU PERSONNEL VISANT LE PERSONNEL INFIRMIER ET LES MÉDECINS

Les hôpitaux ont recours à diverses stratégies de recrutement et de conservation du personnel à l'intention du personnel infirmier et des médecins. Ce graphique compare les différentes stratégies.



offrir des salaires concurrentiels à leur personnel et 69 p. cent disaient avoir mis sur pied des programmes de reconnaissance tels que des récompenses spéciales pour souligner l'excellence ou les réalisations.

Toute une variété de nouveaux rôles visant à améliorer les soins aux patients et à accroître l'efficacité opérationnelle ont vu le jour. Par exemple, en 2001-2002, 35 p. cent des hôpitaux ont indiqué employer en permanence un coordonnateur du recrutement des médecins, comparativement à 31 p. cent l'année précédente. En outre, 34 p. cent des hôpitaux disaient employer un infirmier praticien ou une infirmière praticienne, une baisse par rapport à 36 p. cent en 2000-2001. Cette année, 45 p. cent des hôpitaux ont également fait appel à un infirmier ou une infirmière spécialiste de clinique, contre 44 p. cent en 2000-2001, et un nombre plus élevé d'hôpitaux (77 p. cent) ont indiqué

qu'un poste d'infirmier enseignant ou d'infirmière enseignante était occupé en permanence dans leur organisation, comparativement à 68 p. cent l'an dernier. Un pourcentage plus élevé de ces rôles sont occupés dans des hôpitaux d'enseignement ou communautaires que dans des petits hôpitaux : en effet, 84 p. cent des hôpitaux d'enseignement/communautaires déclaraient employer en permanence un infirmier enseignant ou une infirmière enseignante contre 56 p. cent des petits hôpitaux.

Dans l'ensemble des hôpitaux, 12 p. cent ont affirmé ne pas être affectés par la pénurie dans les soins infirmiers, la plupart étant des petits hôpitaux. Par contre, la totalité des hôpitaux d'enseignement et 91 p. cent des hôpitaux communautaires ont indiqué que des pénuries de personnel infirmier touchaient leurs établissements. Les stratégies courantes utilisées pour faire face à ces pénuries comprennent les heures

supplémentaires volontaires (83 p. cent), le recours accru au personnel infirmier occasionnel (à temps partiel) par rapport à l'exercice précédent (39 p. cent), le recours aux équipes de remplacement (35 p. cent) et l'utilisation de personnel infirmier engagé par des agences (24 p. cent).

Dans plusieurs organisations, les évaluations du rendement servent à mesurer la performance individuelle des membres du personnel et à déterminer l'attribution des ressources professionnelles. La majorité des hôpitaux (90 p. cent) ont assuré un suivi des évaluations de rendement officielles effectuées auprès des médecins et des autres membres du personnel entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002. De ce total, 31 p. cent des hôpitaux ont effectué des évaluations annuelles, 45 p. cent, des évaluations aux deux ans et 13 p. cent, aux trois ans ou moins. En outre, 75 p. cent des hôpitaux ont déclaré avoir assuré un suivi du taux de rotation des employés entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002, une diminution par rapport à la proportion de 88 p. cent enregistrée au cours du dernier exercice.

Investissement dans les activités de formation continue destinées au personnel infirmier

La proportion du personnel infirmier qui a pris part à des activités de formation continue, tels que des programmes officiels en cours d'emploi, des cours et des conférences à l'externe, varie au cours de la dernière année. Vingt-six pour cent des hôpitaux ont indiqué que certains membres (entre 25 et 75 p. cent) de leur personnel infirmier ont assisté à des programmes ou à des cours sur la gestion des conflits. Trente-six pour cent des hôpitaux ont participé à des activités de développement de l'esprit d'équipe alors que 31 p. cent des hôpitaux ont affirmé que certains membres (entre 25 et 75 p. cent) de leur personnel infirmier avaient suivi un cours organisé sur les questions relatives à la déontologie. Le personnel infirmier a consacré moins de temps aux cours et aux activités de développement du leadership : en effet, 52 p. cent des hôpitaux ont indiqué que moins de 25 p. cent de leur personnel infirmier avait participé à ce type de formation.

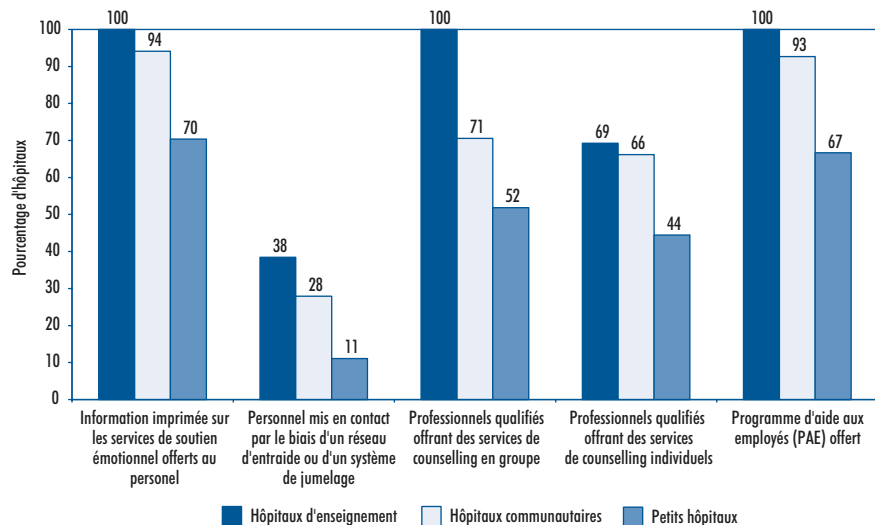
Le nombre moyen de demandes soumises à la CSPAAT par des employés des hôpitaux était de 0,10 au sein du personnel opérationnel (cette valeur s'élevait à 0,03 l'an dernier mais ne tenait compte que des réclamations d'heures perdues), alors que le nombre moyen de différends, de plaintes et de griefs officiels déposés par écrit par les hôpitaux s'élevait à 0,04 au sein du personnel opérationnel, comparativement à 0,05 en 2000-2001.

Selon les chiffres de l'enquête, les dépenses encourues par les hôpitaux relativement à la formation professionnelle et en cours d'emploi, qui comprend les frais de scolarité, le matériel de formation et le salaire des enseignants, sont demeurées relativement constantes depuis le rapport produit en 2002. Pour l'année 2001-2002, ces dépenses s'élevaient à 6,6 pour chaque tranche de mille dollars consacrée au fonctionnement (ce qui représente moins d'un pour cent des dépenses de fonctionnement totales) contre 6,3 dans le rapport de l'an dernier.

Les types de formation professionnelle les plus couramment offerts aux médecins ont été les cours dispensés sur place par des organisations externes (57 p. cent) et les cours dispensés sur place par le personnel de l'hôpital (55 p. cent). Soixante et un pour cent des hôpitaux ont indiqué que le personnel infirmier avait droit au remboursement des frais inhérents aux cours de formation continue alors que 37 p. cent déclaraient offrir à leur personnel infirmier des bourses d'études leur permettant de profiter d'une formation continue ou d'un développement professionnel.

FIGURE 12.12 : PERFECTIONNEMENT ET FORMATION DU PERSONNEL

Pour assurer au personnel une bonne qualité de vie au travail, il est important que celui-ci puisse accéder à des mécanismes de soutien émotionnel afin de l'aider à faire face aux problèmes qui peuvent survenir dans la vie personnelle et au travail. Ce graphique illustre les différents mécanismes implantés par les hôpitaux, en fonction du type d'établissement.



Considérations d'ordre déontologique dans le milieu de travail

Chaque jour, les hôpitaux doivent faire face à des questions d'ordre déontologique relativement au traitement et à la gestion de leurs patients. Afin de connaître les stratégies mises en place par les hôpitaux pour faire face à ces problèmes, nous avons ajouté une nouvelle section à l'enquête interne sur l'ICS, intitulée « Considérations d'ordre déontologique ». D'après les résultats de l'enquête, il semble que presque tous les hôpitaux disposent d'une structure quelconque leur permettant de traiter les questions d'ordre déontologique : 74 p. cent ont déclaré avoir mis en sur pied un comité de déontologie, alors que plus de 68 p. cent affirmaient disposer d'une équipe de consultation spéciale pour traiter ces questions. La majorité des hôpitaux offraient à leur personnel un type quelconque de formation en déontologie. Ainsi, 92 p. cent des hôpitaux ont indiqué que le personnel infirmier avait accès à du matériel écrit portant sur des questions d'ordre déontologique. Cette proportion était de 86 p. cent dans le cas des médecins et de 62 p. cent dans le cas des travailleurs sociaux. Les cours à l'externe dans le domaine étaient un autre type de formation offert par les hôpitaux. Soixante-deux p. cent des hôpitaux ont dit que le personnel infirmier avait suivi un cours en déontologie. Cette proportion était de 56 p. cent dans le cas des médecins et de seulement 45 p. cent pour les travailleurs sociaux. Le type de formation en déontologie le moins utilisé est l'accès à une formation sur place dispensée par un éthicien; en effet, moins de la moitié des hôpitaux ont déclaré y avoir recours.



Sommaire

Dans la présente section, nous avons présenté les données basées sur les indicateurs calculés en fonction de l'enquête interne sur l'ICS et de l'enquête sur l'ICS pour les soins de courte durée, y compris :

- Les hôpitaux ont indiqué que le personnel de soins aux patients dans tous les secteurs et programmes de l'hôpital disposait d'un accès électronique à des recherches documentaires dans des bases de données médicales (51 p. cent) et à d'autres ressources documentaires ou à du matériel d'enseignement (51 p. cent).
- Quatre-vingt-douze p. cent des hôpitaux d'enseignement ont affirmé partager leurs données concernant la mortalité à l'hôpital avec d'autres organisations comparativement à 74 p. cent des hôpitaux communautaires et 44 p. cent des petits hôpitaux. Plus de 30 p. cent des hôpitaux ont déclaré qu'ils avaient communiqué aux patients et à leurs familles des renseignements relatifs aux modifications apportées suite aux résultats des enquêtes sur la satisfaction des patients, sous la forme d'un bulletin d'information ou d'un message électronique (32 p. cent), de présentations et de discussions portant sur les résultats (23 p. cent) ou par le biais des babillards de l'hôpital (27 p. cent).
- Soixante-cinq pour cent des hôpitaux ont procédé à des analyses comparatives internes telles que des comparaisons des écarts sur le plan des pratiques et des résultats cliniques spécifiques aux médecins.
- Environ 67 p. cent des patients des hôpitaux ontariens ont qualifié d'excellente la coordination des soins reçus.
- Quatre-vingt-dix pour cent des hôpitaux ont déclaré assurer un suivi officiel des évaluations auxquelles sont soumis les médecins et les autres membres du personnel.
- Soixante-dix-neuf pour cent des hôpitaux ont affirmé disposer d'un processus officiel d'élaboration et de mise à jour des protocoles normalisés.
- Dans l'ensemble de la province, plus de 73 p. cent des hôpitaux ont offert des cours de développement professionnel au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé réglementés par le biais de mécanismes tels que des congés non rémunérés pour suivre une formation, des cours sur place dispensés par le personnel de l'hôpital et des cours hors de l'hôpital assurés par des organisations externes.

Dans l'ensemble, les hôpitaux ont réalisé des progrès dans les domaines de la technologie de l'information clinique, de la collecte des données cliniques et de l'intensité de l'utilisation des renseignements. Par contre, une amélioration moindre a été observée sur le plan des indicateurs de la collaboration avec les autres partenaires en soins de santé, des hôpitaux dans la communauté et du soutien au personnel de l'hôpital, mais ce changement peut être attribuable aux modifications apportées aux indicateurs. Dans le cas des indicateurs des stratégies de gestion des patients nécessitant d'autres niveaux de soins, de la coordination des soins et de la continuité des soins, les notes sont demeurées les mêmes au cours des deux dernières années.

Prochaines étapes

Le quadrant CIS examine les différentes stratégies et initiatives mises en place par les hôpitaux afin d'améliorer la technologie de l'information, de maintenir les liens créés avec les organismes communautaires, de communiquer l'information recueillie tant au sein de l'hôpital qu'à l'externe pour favoriser la prise de décision et d'accroître le niveau de compétence des professionnels de la santé. Ces stratégies varient d'un hôpital à l'autre dans l'ensemble de la province. Par exemple, une stratégie de gestion des patients requérant un autre niveau de soins qui peut être en place dans un hôpital d'enseignement peut ne pas s'appliquer à un petit hôpital. Pour cette raison, et pour d'autres identifiées par les hôpitaux au cours des séances régionales, les enquêtes ICS seront modifiées à nouveau l'an prochain. Cette modification comprendra entre autres la révision et l'ajout de nouvelles questions afin de tenir compte des changements apportés au sein des hôpitaux. De plus, dans le futur, nous espérons être en mesure de fournir un document technique pour aider les hôpitaux à interpréter les questions dans le but d'assurer la cohérence entre les hôpitaux et de refléter avec plus d'exactitude les pratiques de ces derniers.

Utilisation et résultats cliniques



Utilisation et résultats cliniques

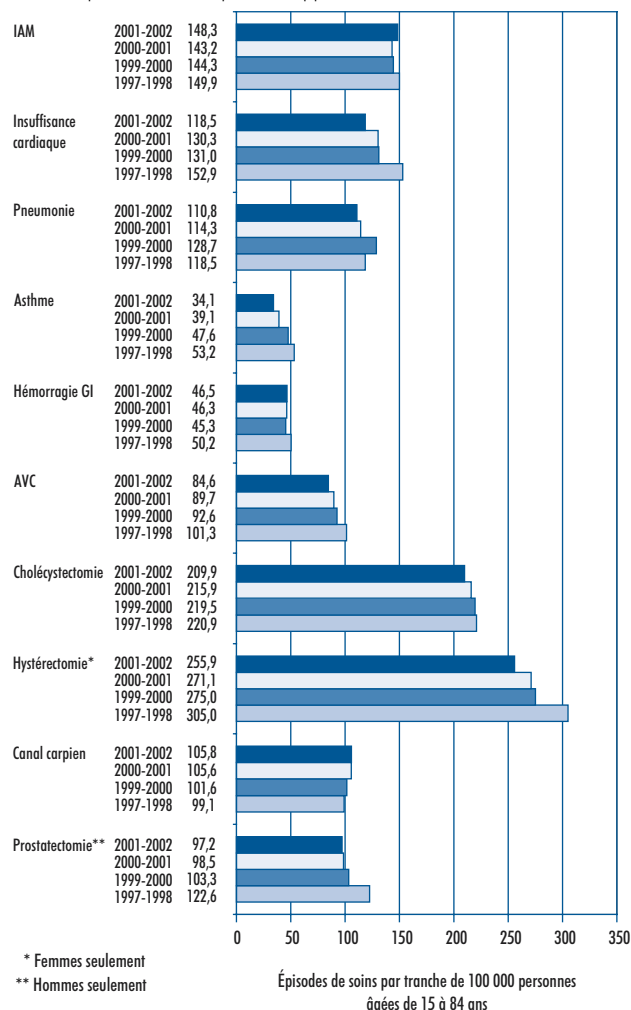
Chaque année, les hôpitaux de l'Ontario dispensent des soins à plus de deux millions de patients de chirurgie le jour même ou de patients hospitalisés. Afin de tirer partie de leur expérience mutuelle, les hôpitaux comparent leur propre niveau de rendement au chapitre de la prestation de ces soins à celui d'autres hôpitaux.

Le quadrant qui traite de l'utilisation et des résultats cliniques (URC) dans le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* a pour but d'aider les hôpitaux à évaluer les services cliniques qu'ils dispensent et à déterminer dans quelle mesure ils se comparent à des hôpitaux semblables en Ontario. Comme c'était le cas de ses prédécesseurs, soit les documents intitulés *Hospital Report '99*, *Hospital Report 2001: Acute Care* et *Hospital Report 2002: Acute Care*, le présent rapport s'appuie sur des données hospitalières pour décrire l'utilisation et les résultats cliniques dans les hôpitaux de l'Ontario.

Malgré que les indicateurs demeurent pratiquement inchangés (quoique l'on ait ajouté deux nouveaux indicateurs liés aux soins infirmiers), on raffine constamment la méthodologie pour s'assurer que les résultats obtenus sont pertinents et adéquats d'une année à l'autre. Pour des précisions concernant les modifications apportées à la méthodologie depuis le rapport de l'année dernière, veuillez consulter le *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*.

FIGURE 3.1 : TAUX D'HOSPITALISATION SELON LES GROUPES DE PATIENTS

Entre 1997-1998 et 2001-2002, le nombre d'épisodes de soins, par tranche de 100 000 Ontariens âgés de 15 à 84 ans, dans les hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario, a diminué pour la plupart des groupes de patients dont il est question dans le présent rapport.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

Quoi de neuf en 2003?

Cette année, au nombre des nouveaux éléments et caractéristiques que comprend le quadrant relatif à l'URC, on retrouve :

- La présentation, à l'échelle des hôpitaux, d'indicateurs axés sur la santé des femmes normalisés selon l'âge et le sexe;
- Deux nouveaux indicateurs axés sur les résultats liés aux soins infirmiers : plaies de pression après l'admission et fractures après l'admission à l'hôpital;
- Des méthodes de calcul améliorées pour certains indicateurs d'utilisation et de résultats cliniques. Pour de plus amples détails sur ces améliorations, veuillez consulter le *Rapport de 2003 sur les hôpitaux : Acute Care Technical Summary*;
- La présentation, dans l'encart propre aux hôpitaux qui accompagne ce rapport, des données numériques et d'un symbole indiquant si le résultat de l'hôpital pour cet indicateur est « supérieur à la moyenne », « la moyenne provinciale » ou « inférieur à la moyenne » ;
- Comme l'année dernière, des études des données de sortie de l'hôpital qui constituent le fondement des mesures d'utilisation et de résultats cliniques indiquent des problèmes de cohérence et de qualité relativement à la codification des complications et des comorbidités. L'analyse suggère que ces questions liées à la qualité des données ont une incidence importante sur la comparabilité des taux de complication de chaque hôpital. Pour cette raison, on a supprimé du présent rapport les résultats propres aux hôpitaux qui avaient trait aux quatre indicateurs de complication. Pour de plus amples renseignements, consultez l'encadré intitulé « Variations de codification et qualité des données » dans le présent chapitre.

Un portrait instantané des hôpitaux de l'Ontario

Au cours des dernières années, en Ontario, comme c'est le cas dans tous les territoires du Canada, on a assisté à une diminution graduelle du taux d'hospitalisation des patients et à une augmentation des chirurgies le jour même. Au cours des quatre années de déclaration mentionnées dans le présent chapitre, le pourcentage des patients de chirurgie le jour même en proportion de tous les patients de soins de courte durée en Ontario est passé d'une valeur inférieure à 47 p. cent à environ 50 p. cent. On voit l'évidence de modèles similaires dans les groupes de patients particuliers que couvre le rapport. Ces groupes sont représentatifs de dix états médicaux et chirurgicaux traités dans la plupart des hôpitaux de la province. Chez sept des dix groupes de patients, les taux d'hospitalisation ont généralement décliné au cours des quatre années de déclaration. Les trois groupes d'exception sont ceux des patients en chirurgie visant à libérer le nerf médian au niveau du canal carpien et des patients en hémorragie gastro-intestinale, chez lesquels les taux d'hospitalisation ont augmenté de 1999-2000 à 2001-2002, ainsi que celui des patients en infarctus aigu du myocarde, pour lequel les taux ont décliné en 2000-2001 pour remonter une fois de plus en 2001-2002. C'est principalement en chirurgie le jour même qu'on procède à la chirurgie visant à libérer le nerf médian au niveau du canal carpien. Au cours des quatre dernières années, la proportion d'interventions effectuées dans ces cadres est demeurée élevée (environ 98 p. cent). Le rapport de l'année prochaine ne comprendra vraisemblablement pas ce groupe de patients puisqu'on procède régulièrement aux interventions au niveau du canal carpien en chirurgie le jour même.

Groupes de patients en chirurgie et en soins médicaux

L'infarctus aigu du myocarde (IAM), communément appelé crise cardiaque, est un état qui résulte de la diminution ou du blocage du flux sanguin qui irrigue le cœur.

L'insuffisance cardiaque est un trouble où des lésions au cœur limitent la capacité de cet organe de faire circuler suffisamment de sang dans tout le corps.

La pneumonie d'origine extrahospitalière est une infection des poumons contractée avant que le patient ne soit admis à l'hôpital.

L'asthme est une affection des poumons caractérisée par l'enflure et le rétrécissement des voies aériennes susceptible d'entraîner une respiration sifflante, de l'essoufflement et d'autres symptômes.

Le terme hémorragie gastro-intestinale s'entend de saignements dans l'une des parties du système digestif. Cette manifestation peut survenir en raison de bon nombre d'affections, notamment des ulcères.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) (parfois appelé « atteinte du cerveau »), est provoqué soit par la présence de caillots sanguins qui diminuent ou freinent le flux sanguin au cerveau, soit par des effusions sanguines à la suite de l'hémorragie (ou du saignement) d'un vaisseau sanguin qui irrigue le cerveau. Ces deux types de facteurs peuvent entraîner des lésions au cerveau et une paralysie.

La cholécystectomie est une intervention chirurgicale au cours de laquelle on procède à l'ablation de la vésicule biliaire. Ce type d'intervention est souvent effectué en raison des douleurs et autres symptômes causés par des calculs biliaires. La méthode par laparoscopie ou méthode dite « fermée » (petites incisions pratiquées dans l'abdomen) est la plus couramment employée. On peut également retirer la vésicule biliaire en pratiquant une plus grande incision dans la partie supérieure de l'abdomen (une cholécystectomie dite « ouverte »).

L'hystérectomie est une intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation de l'utérus et parfois même des ovaires et des trompes de Fallope. On peut l'effectuer en pratiquant une incision dans l'abdomen ou en passant par le vagin.

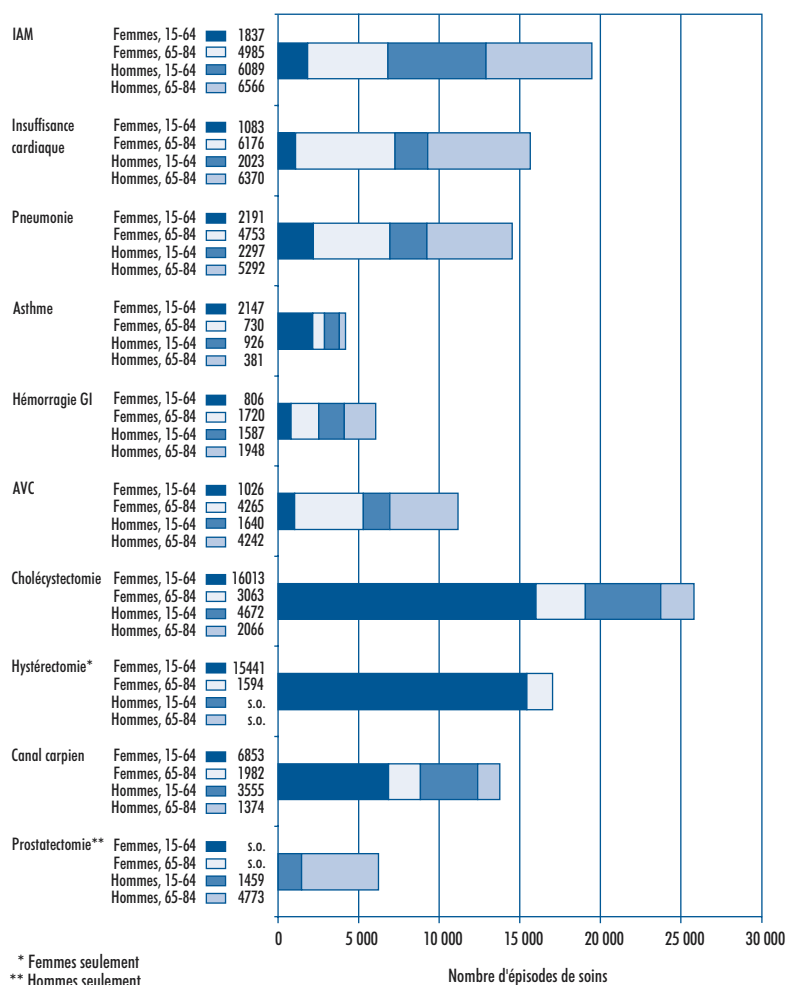
La prostatectomie est une intervention chirurgicale qui consiste en l'enlèvement de la totalité ou d'une portion de la prostate. On peut effectuer cette chirurgie en insérant un cystoscope dans l'urètre ou en pratiquant une incision dans la portion inférieure de l'abdomen.

La chirurgie visant à libérer le nerf médian au niveau du canal carpien est une intervention pratiquée sur le poignet qui soulage la tension exercée sur un nerf dans le but de faire disparaître la douleur, l'engourdissement ou la perte de fonction de la main.

Malgré que la population de l'Ontario ait augmenté d'environ 5,8 p. cent entre 1997-1998 et 2001-2002,¹ les taux d'hospitalisation en général continuent d'accuser un recul, et ce, même après normalisation en fonction de l'âge et du sexe. Plusieurs facteurs peuvent être en cause. À titre d'exemple, le nombre total de patients admis dans les hôpitaux a chuté, ce qu'on peut attribuer, en partie, au fait que les soins aux malades ambulatoires ont supplanté les soins aux malades hospitalisés chez certains groupes de patients en chirurgie et en soins médicaux.

FIGURE 3.2 : QUI A ÉTÉ HOSPITALISÉ EN 2001-2002?

Les données démographiques des patients diffèrent au sein des groupes de patients.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 2001-2002

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

Même si on admet moins de patients à l'hôpital pour un séjour de plus de 24 heures, les données démographiques sur les patients qui forment les groupes de patients en chirurgie et en soins médicaux dont il est question dans ce rapport sont demeurées relativement stables. À titre d'exemple, les femmes continuent de représenter près des deux tiers des patients traités au niveau du canal carpien et environ 69 p. cent des patients qui reçoivent des traitements contre l'asthme, tandis que les hommes représentent toujours près des deux tiers des patients traités pour un infarctus aigu du myocarde.

Comment la recherche a-t-elle été menée?

La source des données

Chaque fois qu'un patient reçoit son congé d'un hôpital de soins de courte durée de l'Ontario ou décède dans un tel hôpital, l'établissement en question consigne des renseignements au sujet de l'hospitalisation dans ses dossiers.² On transmet ensuite ces renseignements, qu'on appelle « abrégé de sortie », à l'ICIS aux fins de compilation et d'analyse. Les abrégés de sortie d'un hôpital renferment des renseignements codifiés au sujet des séjours à l'hôpital et ils sont protégés par les politiques de l'ICIS en matière de renseignements personnels et de confidentialité. L'ICIS publie des données uniquement en formats globaux, ce qui empêche d'établir l'identité des patients ou des dispensateurs de soins individuels.

Variations de codification et qualité des données

L'analyse du quadrant qui traite de l'URC dépend de la codification conséquente des données sur l'état de santé des patients dans tous les hôpitaux de l'Ontario. De nombreuses études ont relevé des incohérences au niveau de la codification de ces données. De plus, des études menées conjointement par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Joint Policy and Planning Committee (JPPC) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ont décelé des différences dans la façon dont les comorbidités des patients sont codifiées dans certains hôpitaux de l'Ontario. Ces différences au niveau des pratiques de codification réduisent la comparabilité des calculs des indicateurs des hôpitaux. Des analyses effectuées par l'ICIS et le Groupe de recherche sur les rapports sur les hôpitaux ont démontré qu'il est peu probable que ces variations de codification aient des répercussions importantes en ce qui a trait aux comparaisons de la durée moyenne de séjour, du taux de réadmission ou de l'accès aux chirurgies le jour même ou aux angiographies au niveau des hôpitaux. Cependant, les variations de codification sont susceptibles d'influencer grandement les comparaisons des indicateurs de taux de complication chez les patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde, une pneumonie, une cholécystectomie ou une hystérectomie. Il importe de prendre note que la décision de ne pas tenir compte des indicateurs de taux de complication propres à l'hôpital, dans le présent rapport, est fondée sur des préoccupations au niveau de la cohérence des données soumises et non pas au niveau de la méthode de calcul des valeurs des indicateurs. Les hôpitaux qui sont confiants que leurs données sont exactes devraient être en mesure de se servir des mesures des indicateurs de taux de complication dans leurs efforts d'amélioration de la qualité. Les taux de complication mentionnés ici fournissent des normes de comparaison à ces hôpitaux.

Dans le présent rapport, les données employées dans le quadrant qui traite de l'URC proviennent des abrégés de sortie de l'année financière 2001-2002. Ces documents renferment des données qui servent de fenêtre aux services cliniques dispensés par les hôpitaux de l'Ontario. Aux fins de comparaison, on a employé, dans la plupart des cas, les données de sortie des années financières 1997-1998, 1999-2000 et 2000-2001. Dans chacun des hôpitaux de l'Ontario, un personnel formé (« rédacteurs de sommaires ») recueille les abrégés de sortie en se servant des lignes directrices de l'ICIS comme cadre de travail. L'ICIS procède à des vérifications rigoureuses de la qualité des abrégés et demande aux hôpitaux de corriger les erreurs qui y sont décelées. Cela étant dit, quelques incohérences existent toujours.

Horaire de soumission et de vérification des données de la DAD

Le tableau suivant présente l'horaire depuis la soumission des données de la DAD jusqu'au moment où ces données sont prêtes à être analysées. Les dates indiquées sont basées sur une année de traitement qui emploie les données de la CMI-9. Le passage à la CMI-10 a retardé cette période de traitement.

Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre
31 mars : Fin de l'année Financière.	Avril-juin : Les hôpitaux poursuivent la codification et le dépouillement des données.			1 ^{er} au 15 juillet : Corrections et édition des données 31 juillet : Fermeture de la base de données sur les congés des patients (DAD) pour traitement des données.	Août-septembre : Production des résultats trimestriels/annuels des hôpitaux; compilation des ensembles de données pour les ministères de la Santé; examen de la qualité des données.	
						30 septembre : Base de données sur les congés des patients (DAD) prête à être analysée.

Choix des groupes de patients et des indicateurs

Aux fins d'amélioration de la qualité et de présentation de rapports destinés au public, il est utile de se concentrer sur des groupes de patients précis et bien définis. Le rapport de cette année s'appuie sur les mêmes mesures de l'URC qui ont servi au *Hospital Report '99*, au *Hospital Report 2001: Acute Care* et au *Hospital Report 2002: Acute Care*. Les six groupes de patients en soins médicaux et les quatre groupes de patients en soins chirurgicaux choisis présentent des états communs traités dans la plupart des hôpitaux de l'Ontario. Ce sont des chercheurs de l'Université de Toronto et des comités consultatifs formés de médecins, de personnel infirmier, de thérapeutes et d'experts en information sur la santé nommés par les hôpitaux qui ont procédé au choix des groupes de patients.

Une fois les groupes choisis, les chercheurs ont défini 29 indicateurs de l'accès aux technologies, de l'efficacité clinique et des résultats des soins aux fins d'analyse à travers la province. On a choisi ces indicateurs sur la base de l'examen approfondi de la documentation et sur les conseils des comités consultatifs.

On a ensuite calculé, pour chaque hôpital, un sous-ensemble d'indicateurs. Comment a-t-on choisi ces indicateurs? Tout d'abord, un comité consultatif a suggéré que la communauté manifestait un intérêt beaucoup plus marqué envers la durée de séjour, l'accès à la technologie et les résultats. Ensuite, des analyses statistiques ont permis d'établir les indicateurs dont les propriétés étaient les plus propices à une évaluation du rendement. Enfin, on a préféré deux secteurs cliniques, soit l'infarctus aigu du myocarde et l'hystérectomie, pour en faire les objets d'activités de formation continue auprès d'un groupe d'hôpitaux choisis. En fonction de ces critères, on s'est servi de huit mesures aux fins de comparaison propre aux hôpitaux et on a intégré douze mesures au niveau provincial. Ces douze mesures, basées sur sept des dix groupes de patients qui ont participé à l'analyse à travers la province, se trouvent dans le tableau ci-dessous.

Groupe de patients	QUALITÉ		EFFICACITÉ	ACCÈS
	Complications	Réadmissions	Durée de séjour	Technologie/Chirurgie le jour même
IAM		H		H
AVC			H	
Asthme		H		
Pneumonie				
Cholécystectomie				H
Hystérectomie		H	H	
Prostatectomie		H		

Propre au secteur provincial

H Propre à l'établissement



Les résultats de ces indicateurs sont présentés pour chacun des hôpitaux participants. Dans le but de préserver la confidentialité au niveau des patients et des médecins, on ne déclare pas les données des hôpitaux dont le nombre de médecins soignants et de patients était peu élevé en 2001-2002.

De plus, cette année, le quadrant qui traite de l'URC renferme une analyse plus poussée et des indicateurs supplémentaires orientés sur les soins infirmiers et la santé des femmes. On a calculé ces nouveaux indicateurs à un niveau provincial ou propre aux hôpitaux.

Pour l'exercice 2003, on présente, à un niveau provincial, quatre indicateurs liés aux soins infirmiers — infection des voies urinaires à la suite d'une intervention chirurgicale, pneumonie nosocomiale, plaies de pression nosocomiales et fractures subies par les patientes à la suite d'une hospitalisation. On a choisi d'intégrer ces quatre indicateurs cliniques dans le rapport sur les soins de courte durée de cette année en raison de l'accessibilité des données recueillies à l'échelle de la province par l'ICIS.

La démarche d'élaboration des indicateurs de la santé des femmes se voulait le reflet de celle des indicateurs liés aux soins infirmiers. On a établi une liste d'indicateurs en s'appuyant sur une analyse documentaire et un comité de consensus. On a ensuite formé un sous-ensemble à partir de ces indicateurs en cherchant à savoir s'ils étaient possibles à calculer. Ces indicateurs sont les suivants :

- Ratio des taux rajustés du risque pour les femmes comparativement aux hommes au niveau des indicateurs fondamentaux de l'URC;
- Taux de césarienne primaire (césarienne) dans les hôpitaux;
- Taux d'hystérectomies vaginales par rapport aux hystérectomies abdominales dans les hôpitaux.

Méthodologie

La méthodologie employée aux fins du présent rapport est décrite en détail dans le *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary* que l'on peut se procurer gratuitement sur les sites Web des partenaires et commanditaires de la série du *Rapport sur les hôpitaux*. Pour obtenir une liste des sites Web, consultez le plat verso de ce rapport. Au nombre des éléments importants de la méthodologie figure ce qui suit :

- L'analyse porte sur tous les résidents de l'Ontario âgés de 15 à 84 ans qui ont reçu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée de l'Ontario ou sont décédés dans un tel hôpital, entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002.
- L'unité d'analyse est une « période de traitement ». Si un patient est transféré d'un hôpital de soins de courte durée à un autre, chaque période peut mettre en cause plus d'un hôpital. Lorsque c'est le cas, on attribue des données aux hôpitaux individuels comme suit :
 - Complications → à l'hôpital qui traitait le patient lorsque sont survenues les complications.
 - Réadmissions → au dernier hôpital compris dans la période de traitement qui précède la réadmission.
 - Durée du séjour → à l'hôpital où le patient a séjourné le plus longtemps.
 - Recours à la technologie → à l'hôpital qui a admis le patient au début de la période de traitement.
- Les patients qui présentent un état ou des caractéristiques cliniques voient constamment leur durée de séjour ou leur taux de complication ou de réadmission s'accroître. Pour tirer le maximum de la comparabilité, on a exclu de l'analyse tous les patients chez qui on avait diagnostiqué un cancer, le virus d'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou des traumatismes violents. De plus, on a établi des exemptions exceptionnelles pour des indicateurs et des groupes de patients en particulier.
- Au cours de l'été 2003, on a fait parvenir aux hôpitaux des données préliminaires brutes et non rajustées relativement aux 12 indicateurs fondamentaux de l'URC. Les hôpitaux ont examiné ces données; aucune modification n'y a été apportée à la suite de cette démarche.

Interprétation des résultats

Ce quadrant présente des résultats quantitatifs relativement à l'utilisation et aux résultats cliniques.

Pour parvenir aux résultats finaux, les données ont suivi une démarche à stades multiples qui touchait la sélection des cas, l'élaboration d'un épisode de soins et le rajustement en fonction des risques. Au nombre des aspects de cette démarche qu'il faut prendre en considération au moment de l'interprétation des résultats, on observe notamment que :

- Plusieurs facteurs affectent l'utilisation et les résultats cliniques d'un hôpital, y compris les caractéristiques des patients desservis. Puisque différents hôpitaux prodiguent des soins à des populations différentes, il peut être difficile de comparer ces résultats. Dans le but de fournir une base de comparaison plus adéquate, on a employé une association de techniques statistiques pour rajuster, en fonction des risques, les comparaisons relatives à la durée de séjour et aux résultats en vue de déceler les écarts au niveau de l'état de santé des patients traités par chaque hôpital. Une stratégie de rajustement en fonction des risques comporte toutefois des limites. Un tel rajustement réduit l'effet des écarts observés au sein des populations de patients desservies par différents établissements sans toutefois pouvoir éliminer lesdits écarts. Certains hôpitaux prodiguent des soins à des patients très gravement atteints ou qui présentent des affections très rares. Il est difficile de saisir avec exactitude la complexité de ces groupes de patients à l'aide de techniques statistiques. En conséquence, le rendement de certains hôpitaux, en particulier quelques hôpitaux d'enseignements et grands hôpitaux communautaires, peut sembler présenter des résultats inférieurs à la moyenne malgré le fait qu'ils prodiguent de bons soins.
- Lorsque l'on prend en considération les résultats présentés dans ce rapport, on devrait se représenter les mesures de rendement clinique en tant que tests de dépistage. En médecine, on a souvent recours aux tests de dépistage tels que le test de Papanicolaou ou la mammographie. Aux tests de dépistage, on peut obtenir des résultats faux positifs (patients dont les résultats des tests de dépistage du cancer sont positifs mais qui ne présentent pas la maladie) et des résultats faux négatifs (patients atteints du cancer mais dont les résultats des tests de dépistage sont négatifs). La même logique s'applique aux mesures du rendement comparatif des hôpitaux. On a déployé des efforts pour minimiser le nombre de résultats faux positifs, sans toutefois pouvoir entièrement y parvenir. En médecine, les tests de dépistage ne procurent pas de diagnostic définitif; ils peuvent cependant servir à déterminer les cas qui requièrent un suivi. En outre, il ne faut pas considérer les mesures de rendement clinique présentées dans ce rapport comme une évaluation définitive de l'accès, de l'efficacité clinique ou de la qualité. Elles constituent plutôt un premier pas dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité qui devrait comporter une analyse plus détaillée.
- Pour tous les indicateurs fondamentaux, on présente les tendances qui se dégagent au fil des ans. Dans le but d'assurer la comparabilité, on a recalculé les valeurs de 1997-1998, 1999-2000 et 2000-2001 afin qu'elles soient le reflet de la méthodologie mise à jour. De plus, on a normalisé les résultats en fonction de l'âge ou de l'âge et du sexe lorsqu'il était opportun de le faire. Cette normalisation permet de comparer plus sérieusement les résultats sur plusieurs années en créant une population « normale » et en appliquant à cette dernière les taux par âge ou par âge et sexe issus des années de comparaison. Les résultats des années 1997-1998, 1999-2000 et 2000-2001 présentés dans ce rapport seront donc légèrement différents de ceux qui ont été rapportés antérieurement dans la série du *Rapport sur les hôpitaux*.

Distribution du rendement

Dans ce chapitre, on compare les hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario en fonction de huit indicateurs d'accès, d'efficacité et de résultats. Pour la première fois, on présente des fourchettes de valeurs numériques réelles des indicateurs des hôpitaux, et non pas des étoiles, dans l'encart propre aux hôpitaux qui accompagne le présent rapport. Comparativement aux années précédentes, ces valeurs fourniront au lecteur une indication plus exacte du rendement réel de chaque hôpital. De nombreuses raisons expliquent ce passage à la communication des fourchettes de valeurs des indicateurs, notamment :

1. Le système des étoiles ne fournissait pas suffisamment de renseignements pour étayer les exercices d'amélioration de la qualité au sein des hôpitaux.
2. Le fait que le public pourrait mal interpréter le système des étoiles et en arriver à la conclusion qu'un hôpital auquel on aurait décerné cinq étoiles est cinq fois meilleur qu'un hôpital auquel on n'aurait décerné qu'une seule étoile, est préoccupant.
3. La difficulté de faire la différence à vue entre les groupes d'étoiles.

Dans la plupart des cas, on a créé plusieurs fourchettes de valeurs afin de montrer la répartition des cotes dans les hôpitaux. Selon l'indicateur, on peut présenter le résultat d'un hôpital sous une, trois ou cinq fourchettes de valeurs.

Pour donner un contexte à ces résultats numériques, on attribue également aux valeurs des indicateurs propres aux hôpitaux une mention « supérieur à la moyenne », « moyenne provinciale » ou « inférieur à la moyenne » à l'aide de techniques statistiques normalisées. Dans l'encart propre aux hôpitaux, trois symboles indiquent ces trois niveaux de rendement. Voici ces symboles de rendement :

● : Sur le plan statistique, le résultat de l'hôpital était supérieur à la moyenne provinciale;

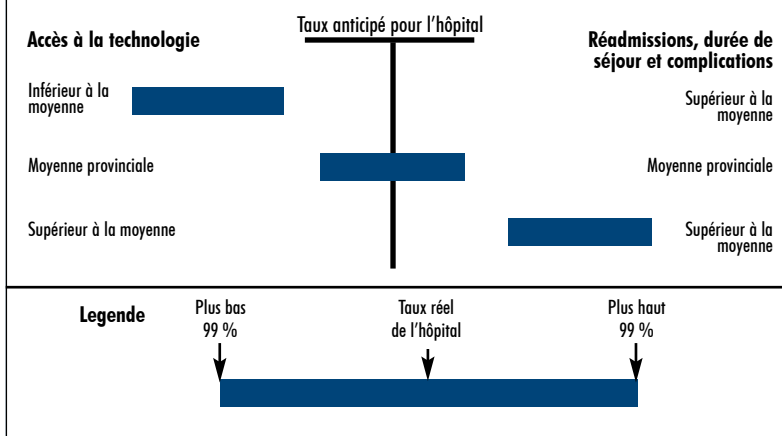
◐ : Sur le plan statistique, le résultat de l'hôpital était semblable à la moyenne provinciale;

○ : Sur le plan statistique, le résultat de l'hôpital était inférieur à la moyenne provinciale;

ND : Signifie « non déclarable » (certains résultats n'ont pas été divulgués afin de protéger la confidentialité du patient ou du médecin, ou parce que les données étaient incomplètes).

On a assigné les résultats des hôpitaux au chapitre du rendement à l'aide d'un intervalle de confiance de 99 p. cent. Cet intervalle détermine la fourchette de valeurs dans laquelle tomberaient uniquement par hasard, 99 fois sur 100, les résultats des hôpitaux. On a ensuite comparé cet intervalle au rendement prévu de chaque hôpital, en fonction des moyennes provinciales, dans le but d'établir les écarts qui ne risquent guère d'arriver par hasard. À titre d'exemple, si l'intervalle de confiance de 99 p. cent dépasse le niveau de rendement prévu, on assigne un niveau de rendement supérieur à la moyenne. Parce que les intervalles de confiance des hôpitaux dont le nombre de patients est plus important sont plus étroits, les estimations du rendement prévu sont plus précises et, de ce fait, elles entraînent une plus grande certitude. Par conséquent, il est plus probable de retrouver des écarts entre les taux réels et prévus dans les hôpitaux plus importants. La figure 3.3 illustre la distribution des résultats au niveau du rendement.

FIGURE 3.3 : COMMENT EST ATTRIBUÉ LE RENDEMENT DE L'UTILISATION ET DES RÉSULTATS CLINIQUES



Selon la façon dont sont assignées les attributions du rendement, la majorité des hôpitaux se retrouvent dans la catégorie « moyenne provinciale » tandis qu'un nombre inférieur d'établissements se situent au-dessous ou au-dessus de la moyenne. On observe cette distribution dans les indicateurs des quatre quadrants. Le chapitre portant sur le quadrant qui traite de l'utilisation et des résultats cliniques est axé sur des résultats à l'échelle de la province, tandis que les attributions du rendement présentées dans l'encart qui accompagne le rapport sont propres à chaque hôpital. Les attributions du rendement au titre de chaque indicateur sont résumées à l'Annexe B. De plus, les résultats hôpital par hôpital de 92 associations d'hôpitaux sont indiqués dans l'encart.

Dans le but d'établir des comparaisons entre les hôpitaux qui soient aussi justes que possible, on s'est servi d'une association de techniques statistiques pour rajuster, en fonction des risques, les durées de séjour et les résultats en

vue de déceler les écarts au niveau de l'état de santé des patients traités par chaque hôpital. Une stratégie de rajustement en fonction des risques comporte toutefois des limites. Un tel rajustement réduit l'effet des écarts observés au sein des populations de patients desservies par différents établissements sans toutefois pouvoir éliminer lesdits écarts.

Dans le but de préserver la confidentialité au niveau des patients et des médecins, on ne déclare pas les résultats des hôpitaux dont le nombre de cas traités était faible ou celui de médecins soignants était limité. Il est également possible qu'on attribue une cote non déclarable à un hôpital en raison de problèmes liés à la qualité des données ou si le nombre de cas admissibles était suffisamment peu élevé qu'un ou deux cas de réadmission, de complication ou de recours à la technologie aurait pu avoir une incidence marquée sur le rendement observé.

Indicateurs d'utilisation et de résultats cliniques

Recours à la technologie pour les patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde

De nos jours, par rapport à jadis, on dispense des soins de santé de façon très différente. Des pharmacothérapies innovatrices, de nouveaux appareils de diagnostic et des appareils thérapeutiques, ainsi que des techniques et des traitements de pointe changent la façon dont les patients reçoivent des soins. En même temps, toutefois, ce ne sont pas tous les patients qui peuvent bénéficier de ces changements, puisqu'on doit évaluer les options de diagnostic et de traitement sur une base individuelle.

Dans cette section, le rapport met l'accent sur la fréquence à laquelle les patients qui ont subi un infarctus du myocarde se sont vus traiter au moyen de certaines technologies de diagnostic et technologies thérapeutiques :

- On a souvent recours à la **coronarographie** pour évaluer le débit sanguin des patients qui ont subi un infarctus aigu du myocarde. Dans le cadre de cette intervention, on injecte des teintures opaques aux rayons X, ce qui permet aux médecins d'observer le débit sanguin à travers le cœur.
- Les **chirurgies de revascularisation**, telles que le pontage aortocoronarien (PA) et l'angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP), sont des interventions thérapeutiques destinées à accroître le débit sanguin vers le muscle cardiaque chez certains patients qui ont subi un infarctus aigu du myocarde.

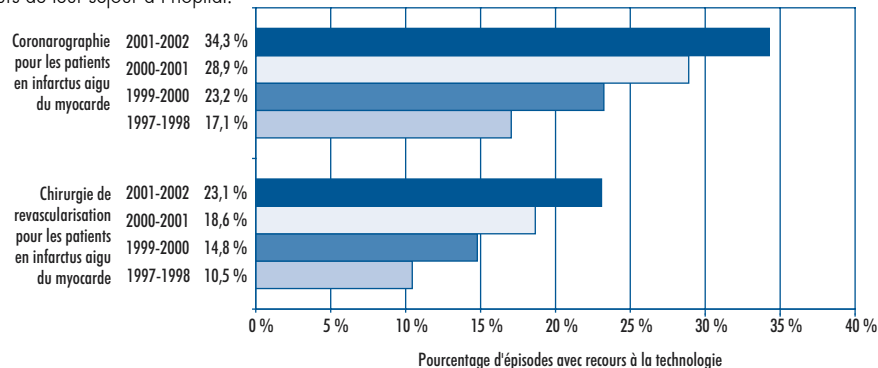
On a mesuré le recours à ces technologies au cours de l'hospitalisation d'un patient. On demande aux hôpitaux d'indiquer sur l'abrégé de sortie si un patient a reçu ou non ces services. On a compté les services administrés par le premier hôpital où le patient a été admis, ainsi que ceux administrés par les autres hôpitaux où on a transféré le patient. On n'a pas tenu compte des patients qui ont subi une intervention à d'autres moments (à titre d'exemple, un mois après avoir reçu son congé de l'hôpital).

Malgré que le recours à ces technologies ne soit pas indiqué chez tous les patients qui ont subi une crise cardiaque, il a augmenté de façon générale au cours des quatre années de déclaration. En 2001-2002, on a fait passer, au cours de leur séjour à l'hôpital, une coronarographie à près de 35 p. cent des patients qui avaient subi un infarctus aigu du myocarde. Il s'agit d'une hausse par rapport à la valeur d'environ 17 p. cent enregistrée en 1997-1998. En outre, environ 23 p. cent des patients qui ont subi un infarctus aigu du myocarde ont dû subir une chirurgie de revascularisation (PA ou ACTP) en 2001-2002; il s'agit d'une hausse par rapport à la valeur tout juste supérieure à 10 p. cent enregistrée en 1997-1998.

On observe des écarts relativement au recours à ces technologies dans toute la province. À titre d'exemple, les patients admis dans des hôpitaux d'enseignement étaient plus susceptibles de subir une coronarographie ou une chirurgie de revascularisation que les patients admis dans la plupart des petits hôpitaux ou des hôpitaux communautaires. Il existe également des écarts au niveau des hommes et des femmes. Après normalisation en fonction de l'âge, les hommes admis dans des hôpitaux d'enseignement étaient 26 p. cent plus susceptibles que les femmes de subir une coronarographie et environ 45 p. cent plus susceptibles de subir une chirurgie de revascularisation telle qu'un pontage aortocoronarien ou une angioplastie coronarienne. Au chapitre du recours à la technologie, on remarque une plus grande équité

FIGURE 3.4 : RECOURS À LA TECHNOLOGIE CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS POUR UN IAM

Au cours des quatre années de déclaration, le recours aux chirurgies médicales chez les patients traités pour un IAM ont progressivement augmenté. Le graphique suivant illustre le pourcentage de patients traités pour un IAM qui ont subi une chirurgie de revascularisation (pontage aortocoronarien ou ACTP) et une coronarographie au cours de leur séjour à l'hôpital.

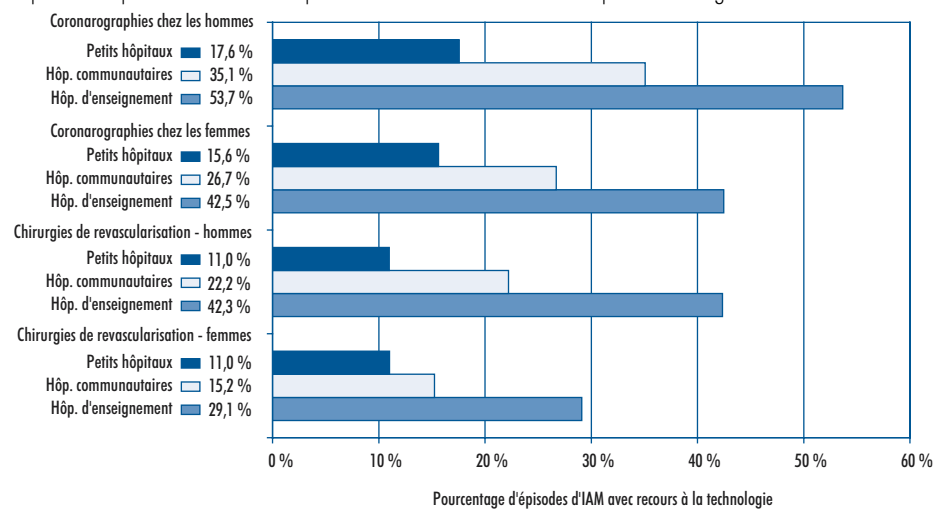


Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

FIGURE 3.5 : RECOURS À LA TECHNOLOGIE CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS POUR UN AIM SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET LE SEXE

Le graphique suivant illustre la variation au niveau du recours à la technologie chez les patients traités pour un IAM selon le type d'hôpital et le sexe. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de subir une angiographie ou une chirurgie de revascularisation. Il existe une plus grande équité entre les patientes et les patients traités pour un IAM au niveau du recours à la technologie, lorsqu'ils sont initialement admis à de petits hôpitaux comparativement à des hôpitaux communautaires ou à des hôpitaux d'enseignement.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 2001-2002
Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

entre les patientes et les patients qui ont subi un infarctus aigu du myocarde lorsque, au départ, ces derniers avaient été admis à de petits hôpitaux plutôt que des hôpitaux communautaires ou des hôpitaux d'enseignement. Il est possible que cet écart soit attribuable à des différences au niveau de la gravité des cas; à titre d'exemple, les hommes admis dans des hôpitaux communautaires et des hôpitaux d'enseignement sont peut-être plus malades et, par conséquent, ils satisfont davantage aux critères qui justifient le recours à une angiographie ou à une chirurgie de revascularisation.

Les taux de chirurgie de revascularisation et de coronarographie ont augmenté au cours des quatre années de déclaration dans toutes les catégories d'hôpitaux, tant chez les hommes que chez les femmes. À titre d'exemple, entre 1997-1998 et 2001-2002, le nombre d'hommes

L'accès à la coronarographie varie d'un bout à l'autre de la province

Certains hôpitaux sont en mesure de procéder à des coronarographies sur place, pendant la période d'hospitalisation du patient. D'autres, en particulier les plus petits hôpitaux, doivent transférer les patients à d'autres établissements pour qu'ils aient accès à cette technologie. À titre d'exemple, approximativement 92 p. cent des hôpitaux d'enseignement disposent de laboratoires de cathétérisme cardiaque comparativement à moins de 15 p. cent des hôpitaux communautaires. Cet écart peut être attribuable, en partie, au fait que bon nombre de petits hôpitaux n'ont pas un nombre de patients suffisamment important pour justifier le personnel médical et technique nécessaire non plus que l'équipement coûteux requis pour effectuer les coronarographies.

Pour l'accès aux indicateurs de la technologie liée à l'IAM, on attribue des valeurs à l'hôpital où s'est présenté le patient lors d'un épisode de soins. À titre d'exemple, si un patient est admis à un petit hôpital de la campagne ontarienne en raison de symptômes présumés d'une crise cardiaque et qu'on le transfère ensuite à un plus grand hôpital afin qu'il subisse une coronarographie, le présent rapport reconnaît le mérite du petit hôpital de campagne pour avoir décelé le besoin d'une coronarographie. Toutefois, il existe des différences substantielles au niveau des taux d'accès à la coronarographie dans les hôpitaux de l'Ontario. En 2001-2002, les patients ayant subi un IAM admis dans des hôpitaux dotés de laboratoires de cathétérisme cardiaque étaient 75 p. cent plus susceptibles de subir une coronarographie que les patients qui présentaient le même état mais qui étaient admis dans des hôpitaux qui ne disposaient pas de tels laboratoires.

et de femmes qui ont subi une coronarographie dans des hôpitaux communautaires a crû respectivement de 20 et de 12 points de pourcentage. Il existe toutefois une exception à cette hausse générale; elle se situe au niveau des chirurgies de revascularisation effectuées sur des hommes admis dans de petits hôpitaux. Dans ces établissements, les taux ont diminué de 1,6 point de pourcentage entre 2000-2001 et 2001-2002. De plus, les taux d'angiographie chez les femmes admises dans des hôpitaux d'enseignement ont fléchi de quatre points de pourcentage au cours de la même période.

Efficacité clinique

Le temps que les patients passent à l'hôpital constitue l'une des mesures de l'efficacité clinique. La durée de séjour correspond au nombre de jours qui s'écoulent depuis l'admission d'un patient à sa sortie de l'hôpital, à son décès à l'hôpital ou au moment où on établit qu'il serait opportun qu'il reçoive des soins à d'autres niveaux (p. ex. réadaptation ou soins de longue durée). Il est possible que le rendement de l'hôpital soit influencé par l'accessibilité à ces autres niveaux de soins au sein de la communauté. Puisque la durée de séjour « appropriée » aux différentes catégories de patients n'est pas claire, il est difficile d'établir des repères vers lesquels les hôpitaux devraient tendre. Plus particulièrement, la durée de séjour la plus courte n'est pas nécessairement la « meilleure » si, parce qu'on lui a signalé son congé trop hâtivement, un patient doit être réadmis à l'hôpital en raison de complications liées au même état de santé.

De tous les groupes de patients qui forment ce quadrant, les patients dont la durée moyenne de séjour est la plus longue, soit tout juste en deçà de dix jours, sont ceux qui ont subi un AVC. Les

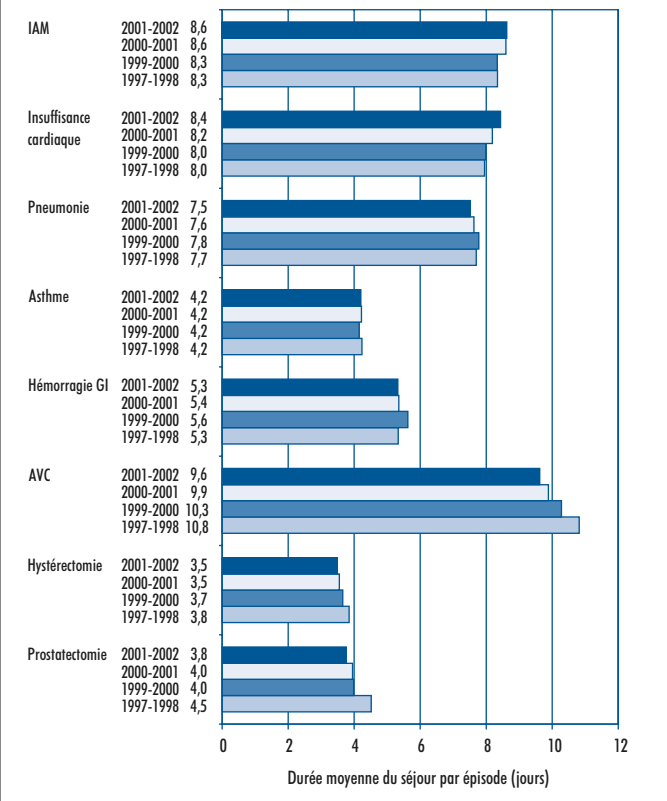
durées de séjour des patients traités pour un IAM, une insuffisance cardiaque ou une pneumonie sont relativement longues; en 2001-2002, elles oscillaient entre 7,5 et 8,6 jours.

Les durées moyennes de séjour pour la plupart des groupes de patients ont été relativement stables au fil des années de déclaration. Toutes les modifications d'une année à l'autre étaient égales ou inférieures à une demi-journée. On a progressivement enregistré chez les deux groupes de patients en chirurgie — hystérectomie et prostatectomie — des durées de séjour moyennes plus courtes au cours des quatre années de déclaration. Il est possible que ce résultat soit attribuable au recours à des techniques chirurgicales moins effractives. La durée moyenne de séjour relative à la plupart des patients en soins médicaux a elle aussi diminué. Au niveau des patients traités pour insuffisance cardiaque, cependant, on a observé une légère hausse (0,4 jour) au cours de la période allant de 1997-1998 à 2001-2002. Chez les patients traités pour un IAM, la durée moyenne de séjour a augmenté de 0,3 jour de 1997-1998 à 2001-2002, alors qu'il n'y a eu aucun changement entre 2000-2001 et 2001-2002. De 1997-1998 à 2001-2002, la durée de séjour des patients traités pour l'asthme est demeurée stable, soit 4,2 jours.

On a remarqué quelques écarts au chapitre de la durée moyenne de séjour dans les différents types d'hôpitaux. À titre d'exemple, la durée moyenne de séjour des patients traités en raison d'un AVC était de 11,6 jours dans les petits hôpitaux, comparativement à 10,5 jours dans les hôpitaux d'enseignement et à 9,7 dans les hôpitaux communautaires. On a rajusté ces taux en fonction des risques de façon à tenir compte des écarts relatifs à l'état de santé des patients dans les divers hôpitaux. Chez les patientes traitées pour une hystérectomie, on a observé des écarts beaucoup plus faibles au chapitre de la durée moyenne de séjour : 3,6 jours dans les hôpitaux d'enseignement, 3,5 jours dans les hôpitaux communautaires et 3,4 jours dans les petits hôpitaux.

FIGURE 3.6 : DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR SELON LES GROUPES DE PATIENTS

Au cours des quatre années de déclaration, les durées moyennes de séjour en Ontario sont demeurées relativement stables pour la plupart des états médicaux et chirurgicaux sur lesquels on s'est penché dans ce rapport.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

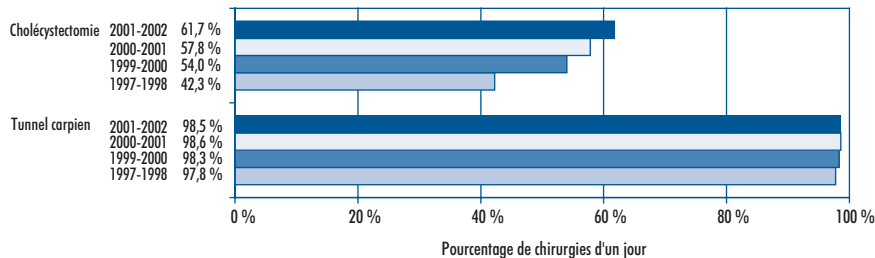
Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

Recours à la chirurgie le jour même pour une cholécystectomie ou une libération du nerf médian au niveau du canal carpien

Il y a dix ans, les patients chez qui on procédait à l'ablation de la vésicule biliaire pouvaient s'attendre à passer plusieurs jours à l'hôpital. De nos jours, grâce à un recours plus marqué aux techniques par laparoscopie avec effraction minimale, on traite un nombre croissant de patients en chirurgie le jour même. Non seulement ces patients passent-ils moins de temps à l'hôpital, mais ils tendent également à éprouver moins de douleurs après la chirurgie et à récupérer plus rapidement. En 2001-2002, on a effectué plus de la moitié (61,7 p. cent) de toutes les cholécystectomies en chirurgie le jour même, ce qui représente une hausse d'environ huit points de pourcentage par rapport aux trois dernières années de déclaration. Dans le cadre des programmes de chirurgie le jour même, on pratique fréquemment d'autres types d'intervention. À titre d'exemple, la libération du nerf médian au niveau du canal carpien est l'une des interventions les plus couramment effectuées sur la base d'un séjour d'une journée ou « ambulatoire »; en 2001-2002, plus de 98 p. cent de ces interventions ont été pratiquées en chirurgie le jour même. Cette observation est conforme aux taux notés lors des trois années de déclaration précédentes. Le rapport de l'année prochaine ne comprendra vraisemblablement pas ces indicateurs puisque les cholécystectomies et les libérations du nerf médian au niveau du canal carpien sont des interventions toujours effectuées en chirurgie le jour même.

FIGURE 3.7 : CHOLÉCYSTECTOMIE ET LIBÉRATION DU NERF MÉDIAN AU NIVEAU DU CANAL CARPIEN EN CHIRURGIE D'UN JOUR

Un nombre croissant de patients sont maintenant traités en chirurgie d'un jour. Le graphique suivant illustre le pourcentage de patients traités pour une cholécystectomie ou une libération du nerf médian au niveau du canal carpien en 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

Qu'entend-on par réadmission?

Une réadmission a lieu au cours d'un épisode de soins si l'hospitalisation subséquente (soit dans le même hôpital ou dans un autre hôpital de soins de courte durée en Ontario) réunit tous les critères suivants :

1. Elle vise l'établissement d'un diagnostic ou la pratique d'une intervention en relation avec la raison à l'origine du séjour initial à l'hôpital.
2. Elle ne suit pas une sortie que le patient a lui-même décidée (ou le décès du patient après sortie).
3. Elle se produit dans une période de temps précise après la sortie initiale.
4. Il s'agissait d'une admission d'extrême urgence ou d'urgence (et non pas une admission élective).
5. *Modification au niveau des méthodes :* Au cours des années précédentes, on comptait les réadmissions multiples attribuables à des cas d'asthme chaque fois que le patient était réadmis à l'hôpital. Cette année, toutefois, dans les cas de réadmissions multiples attribuables à des cas d'asthme, on ne compte qu'une seule réadmission au cours de chaque tranche de 28 jours qui suit la réadmission initiale, et ce, dans le but d'empêcher que les réadmissions de patients souffrant d'asthme chronique ne faussent les résultats de l'indicateur.

Taux de réadmission pour les groupes de patients en chirurgie et en soins médicaux

Après avoir reçu leur congé de l'hôpital, la plupart des patients récupèrent à la maison ou dans d'autres types d'établissements de soins. Toutefois, en raison d'un problème de santé connexe, certains d'entre eux sont réadmis à l'hôpital peu de temps après.

Au sein des groupes de patients à l'étude, on a observé que les patients traités pour un IAM étaient plus couramment réadmis à l'hôpital.

En 2001-2002, un peu plus de 7 p. cent des patients traités pour un IAM présentaient un état connexe qui nécessitait leur retour urgent ou extrêmement urgent à l'hôpital dans les 28 jours suivant leur sortie initiale. Par opposition, les taux de réadmission observés chez les groupes de patients en chirurgie étaient beaucoup plus faibles : 1,0 p. cent pour les cas d'hystérectomie, 1,7 p. cent pour les cas de cholécystectomie et 2,4 p. cent pour les cas de prostatectomie.

Entre 2000-2001 et 2001-2002, les taux de réadmission de la plupart des groupes de patients sont demeurés stables ou ils n'ont affiché qu'une très légère hausse (moins de 0,5 point de pourcentage chez les patients traités pour insuffisance cardiaque, une hémorragie gastro-intestinale et une pneumonie). Les deux exceptions à cette tendance se situent au niveau des patients traités pour un IAM ou l'asthme. Chez ces patients, les taux de réadmission ont respectivement chuté de 0,1 et 0,3 point de pourcentage.

Comparativement aux taux de réadmission au chapitre des cas d'asthme en 2000-2001 que renferme le rapport de l'année dernière, les taux qui figurent dans le rapport de cette année pour la même période ont reculé de 1,9 point de pourcentage. C'est une modification apportée à la méthode de calcul qui explique l'écart : cette année, au lieu de comptabiliser chacune des fois où un patient était réadmis à l'hôpital, les réadmissions multiples dans une période de 28 jours n'ont compté que pour une seule réadmission.

Les taux de réadmission ont varié entre les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires. On ne peut tenir compte des petits hôpitaux dans la comparaison des taux moyens de réadmission puisque trop peu de ces établissements qui ont participé à l'étude avaient un nombre de patients suffisamment important pour générer des résultats significatifs. Au chapitre des taux, on a relevé de relativement petites différences absolues chez les groupes de patients en chirurgie. À titre d'exemple, pour les cas d'hystérectomie, les taux moyens de réadmission dans les hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement étaient respectivement de 0,8 p. cent et 1,3 p. cent. Les taux moyens de réadmission pour les cas de prostatectomie étaient de 2,6 p. cent pour les hôpitaux communautaires et de 2,5 p. cent pour les hôpitaux d'enseignement. En ce qui a trait aux groupes de patients en soins médicaux, on a relevé des écarts légèrement supérieurs entre les deux catégories d'hôpitaux : chez les patients traités pour l'asthme, le taux de réadmission dans les hôpitaux d'enseignement était de 1,9 p. cent comparativement à 3,1 p. cent dans les hôpitaux communautaires.

Bon nombre des facteurs liés aux décisions en matière de gestion clinique prises au cours de la période d'hospitalisation initiale, y compris l'accessibilité aux technologies diagnostiques ou thérapeutiques adéquates ou aux types de médicaments prescrits à la sortie, peuvent affecter les taux de réadmission. Plusieurs autres facteurs sont importants, notamment le respect, par le patient, du traitement postérieur à la sortie ou la qualité et l'accessibilité du suivi dans la communauté. Par ailleurs, le traitement des états chroniques tels que l'asthme et l'insuffisance cardiaque exige une coordination et une intégration diligentes des soins entre l'hôpital et les dispensateurs de soins de la communauté.

Toutefois, malgré que les réadmissions liées à des états pathologiques puissent mettre en cause des facteurs externes au contrôle direct exercé par l'hôpital, des taux élevés peuvent inciter les établissements à examiner plus attentivement leurs propres pratiques. À titre d'exemple, ils peuvent se pencher sur des facteurs tels que le risque associé à une sortie trop hâtive des patients, ou leur relation avec les médecins de la communauté et les soins en milieu communautaire. L'indicateur de travail avec d'autres partenaires de santé et l'indicateur de la continuité des soins dont il est question dans le chapitre consacré au quadrant qui traite de l'intégration et du changement du système mesurent certaines de ces relations avec la communauté.

Taux de complication chez les patients en chirurgie et en soins médicaux

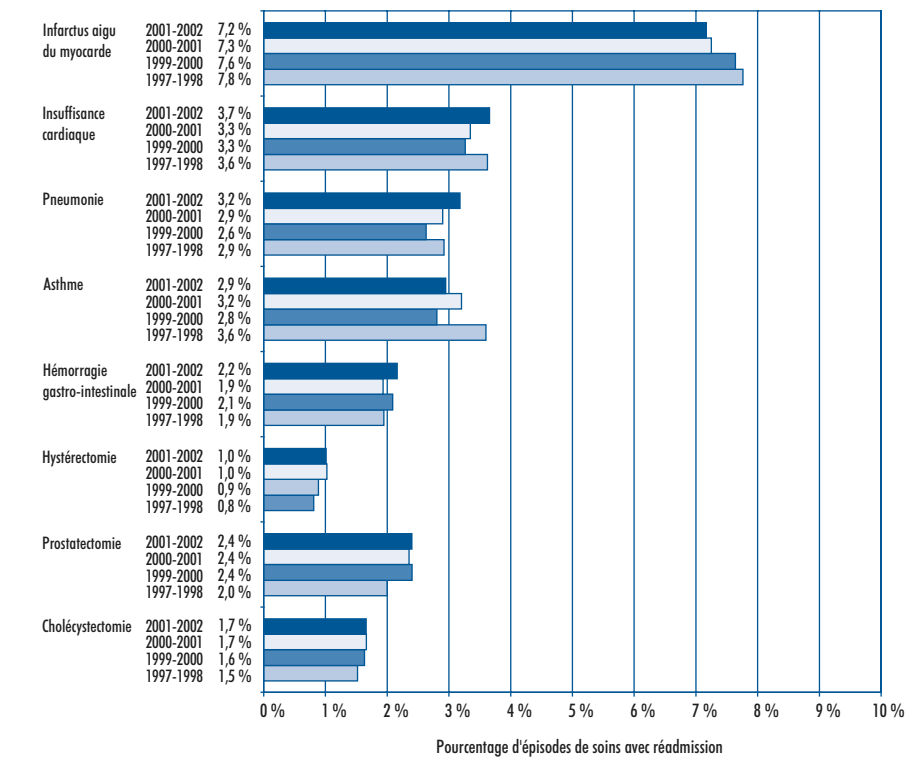
On peut associer l'apparition de complications durant le séjour à l'hôpital à la qualité des soins dispensés par les professionnels de la santé et à l'état de santé du patient au moment de son admission à l'établissement. Lorsqu'on interprète les taux de complication, il faut tenir compte de bon nombre de considérations fondamentales, à savoir :

- Les patients qui présentent des problèmes de santé antérieurs (comorbidités) ou des pathologies plus graves sont plus susceptibles de présenter des complications à l'hôpital, peu importe la qualité des soins dispensés. Le rajustement en fonction des risques aide à atténuer l'effet des écarts au niveau de l'état de santé des patients dans les comparaisons, sans toutefois les éliminer.
- Les complications peuvent également résulter d'interventions diagnostiques effractives et de traitements plus audacieux qui font partie des soins médicaux modernes. Il se peut que les avantages à longue échéance de telles avancées s'accompagnent de risques à court terme. Ce compromis met l'accent sur la nécessité de voir plus loin que les mesures de rendement individuelles.
- La mesure dans laquelle les complications, la gravité des pathologies et les comorbidités sont consignées avec exactitude peut avoir une incidence sur la mesure du rendement. Les hôpitaux dont les taux de complication sont élevés peuvent consigner des renseignements plus détaillés sur leurs patients. En tant que tels, des taux de complication faibles et élevés peuvent souligner le besoin pour les hôpitaux d'examiner de plus près la façon dont ils dispensent les soins et consignent les renseignements qui s'y rattachent.

En général, les taux de complication ont connu une hausse entre 1997-1998 et 2001-2002. Cependant, dans toute la province, le pourcentage de cas de prostatectomies avec complications a légèrement diminué (mais seulement de

FIGURE 3.8 : TAUX DE RÉADMISSION SELON LES GROUPES DE PATIENTS

Après que les patients aient reçu leur congé de l'hôpital, ils doivent parfois y être réadmis en raison d'un problème de santé connexe. Le graphique suivant illustre les taux de réadmission en 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002 pour huit groupes de patients étudiés dans ce rapport.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

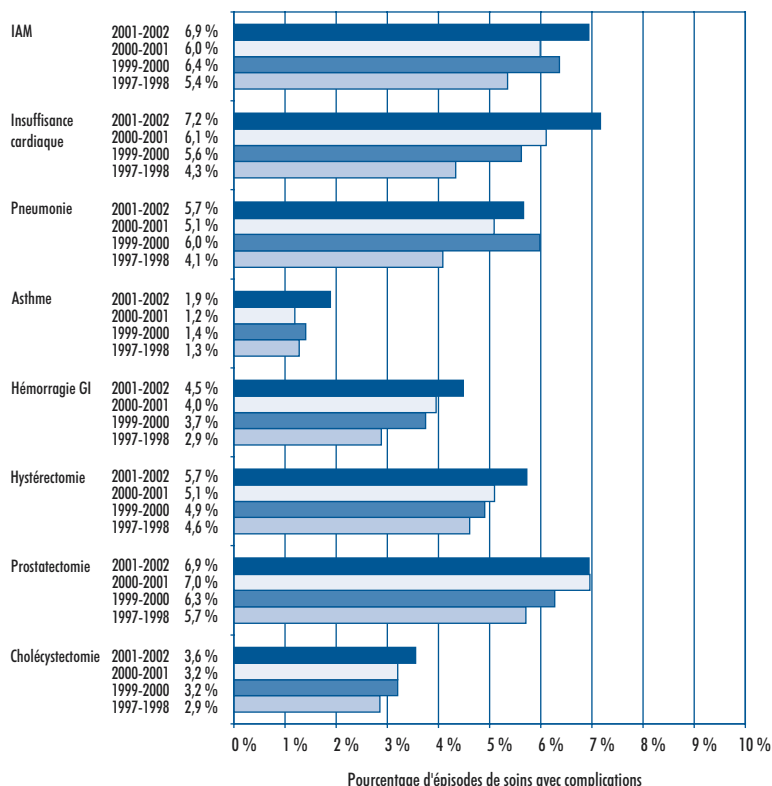
Qu'entend-on par complication?

On considère qu'un épisode de soins présente des complications si tous les éléments suivants sont réunis :

1. L'abrégé de sortie relatif à l'épisode en question comporte un diagnostic que le comité consultatif juge pertinent à la qualité des soins.
2. L'hôpital a indiqué que le diagnostic avait été posé après l'admission du patient à l'hôpital et a établi qu'il avait une incidence sur la durée de séjour ou de traitement.
3. La durée de séjour relativement à cet épisode s'est prolongée au-delà de ce qui avait été prévu ou le patient est décédé à l'hôpital.

FIGURE 3.9 : TAUX DE COMPLICATIONS SELON LES GROUPES DE PATIENTS

Les taux de complications ont augmenté chez la plupart des groupes de patients au cours des quatre années de déclaration. On peut associer cette hausse à des changements à ces niveaux : pratiques de codification des complications, état de santé du patient au moment de son admission à l'établissement et qualité des soins dispensés aux patients.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

0,1 point de pourcentage) entre 2000-2001 et 2001-2002. Les taux de complication chez les autres groupes de patients ont augmenté de 0,4 à 1,1 point de pourcentage. On a relevé l'augmentation proportionnelle la plus importante chez les patients traités pour insuffisance cardiaque, et l'augmentation la plus faible chez les patients traités pour cholécystectomie.

Il se peut que ces hausses du taux de complication soient attribuables aux modifications apportées aux pratiques de codification ainsi qu'à des changements à l'égard de la qualité des soins. De plus, il est probable qu'elles résultent d'une augmentation globale de l'acuité chez les patients dans les hôpitaux de l'Ontario au cours des quatre années de déclaration. Les modèles de rajustement en fonction des risques qui ont servi à l'analyse, et qui tentent de minimiser les écarts au chapitre de l'état de santé des patients admis aux différents hôpitaux, ne rajustent les données que d'une année, et non pas celles de toutes les années. En tant que tels, les écarts relatifs à l'acuité chez les patients, d'une année à l'autre, ne sont pas abordés.

Résultats liés aux soins infirmiers

Cette année, le quadrant du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* qui traite de l'URC comporte quatre indicateurs fondés sur des preuves et axés sur les résultats liés aux soins infirmiers. On a établi ces indicateurs au moyen d'une évaluation

critique de la documentation et de la consultation avec des intervenants clés.³ Les quatre indicateurs fondés sur les complications sont : les infections des voies urinaires à la suite d'interventions chirurgicales précises, les pneumonies bactériennes nosocomiales, les plaies de pression et les fractures à la suite d'une admission à l'hôpital. On présente les indicateurs pour les sous-ensembles pertinents des dix groupes de patients qui servent aux indicateurs fondamentaux de l'URC.

Les infections qu'un patient contracte durant son séjour à l'hôpital, appelées infections nosocomiales, sont largement considérées comme un indicateur de la qualité des soins infirmiers.⁴ Malgré que le personnel infirmier ne soit pas le seul responsable de la prévention des infections, il est le seul, dans l'hôpital, à côtoyer le patient à toute heure du jour et de la nuit. Par conséquent, il peut exercer une supervision continue et professionnelle au chapitre de la prévention des infections. En outre, on considère que l'hygiène de base, tel le lavage des mains, constitue la mesure de prévention

la plus efficace en ce qui a trait aux infections nosocomiales.⁴ Un patient peut contracter une infection des voies urinaires, une infection nosocomiale courante, en raison d'une inattention portée aux techniques de stérilisation relatives à la mise en place de sondes urinaires à demeure ou à l'hygiène liée aux précautions à prendre avec une sonde urinaire à demeure. La mise en place de ces sondes et les précautions connexes à prendre sont des tâches qui reviennent surtout au personnel infirmier.

Où se trouvent les résultats propres aux hôpitaux en matière de complications?

Cette année, en raison de problèmes au niveau de la qualité des données, on a retiré des résultats propres aux hôpitaux les quatre indicateurs relatifs aux complications (complications associées aux IAM, aux pneumonies, aux cholécystectomies et aux hystérectomies) (le rapport comporte tout de même les résultats à l'échelle de la province). Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter l'encadré intitulé « Variations de codification et qualité des données » qui se trouve dans le présent chapitre.

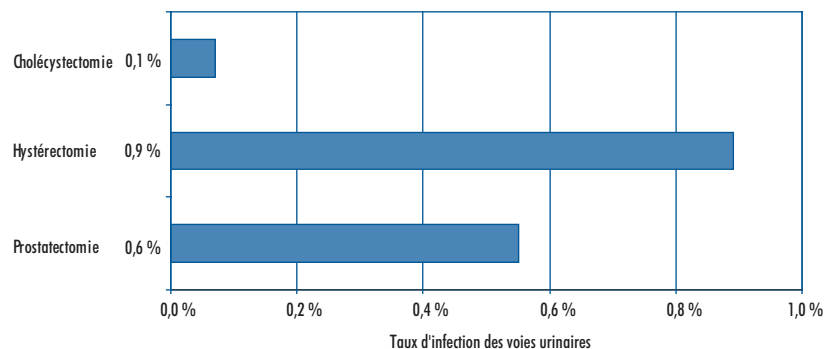
En Ontario, les taux rajustés en fonction de l'âge et du sexe au chapitre des infections des voies urinaires chez les trois groupes en chirurgie ressemblent beaucoup aux taux présentés dans le document intitulé *Hospital Report 2002: Acute Care*. Ils vont de 0,1 p. cent à 0,9 p. cent. Ces taux de complication paraissent faibles en comparaison avec les données d'une étude américaine menée dans plusieurs états. Cependant, il importe de préciser que les données américaines sont totalement différentes des données canadiennes et qu'une étude plus approfondie est nécessaire dans le but d'établir si ces résultats sont véritablement faibles.⁵ Les taux plus élevés observés chez les groupes de patients traités pour une hystérectomie (0,9 p. cent) et une prostatectomie (0,6 p. cent) peuvent signifier qu'on emploie plus souvent les sondes urinaires à demeure à la suite d'une chirurgie chez ces patients comparativement aux patients traités pour une cholécystectomie (0,1 p. cent).

L'immobilité prolongée du patient et des techniques d'hygiène pulmonaire inadéquates ou le défaut d'effectuer les techniques d'hygiène pulmonaire sont deux principaux facteurs de risque associés à la pneumonie nosocomiale. Les soins infirmiers influent sur ces deux facteurs de risque en minimisant l'immobilité et en enseignant et en consolidant les exercices pulmonaires pour favoriser une ventilation adéquate des poumons. Les taux rajustés en fonction de l'âge et du sexe au niveau des pneumonies nosocomiales au sein des groupes de patients spécifiques sont faibles; ils oscillent entre 0,36 p. cent et 3,15 p. cent. Les taux sont plus élevés chez les groupes en soins médicaux (patients traités pour un AVC et un IAM), comparativement aux groupes en chirurgie, ce qui peut expliquer en partie le fait que ces patients ont tendance à être moins mobiles et à demeurer à l'hôpital pendant de plus longues périodes. Pour chaque groupe de patients, les taux calculés cette année sont plus élevés que les taux présentés, pour le même groupe, dans le document intitulé *Hospital Report 2002: Acute Care*.

Dans le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*, les escarres de décubitus, ou ulcères cutanés, constituent un nouvel indicateur fondé sur des preuves. Les ulcères cutanés résultent d'une tension prolongée exercée sur des régions cutanées, laquelle est habituellement attribuable à un manque de mobilité. On s'est souvent servi de cet indicateur pour mesurer la qualité des soins infirmiers.⁵ Les taux de l'Ontario sont plus élevés chez les groupes en soins médicaux tels que les AVC, les insuffisances cardiaques, les pneumonies et les IAM, que chez les groupes en chirurgie, ce qui est conforme aux facteurs de risque reconnus au chapitre des ulcères cutanés.⁶

FIGURE 3.10 : TAUX D'INFECTION DES VOIES URINAIRES SUITE À CERTAINES INTERVENTIONS CHIRURGICALES EN 2001-2002

Les faibles taux d'infection des voies urinaires chez les patients traités pour hystérectomie, prostatectomie et cholécystectomie témoignent favorablement de la qualité des soins infirmiers dans les hôpitaux de l'Ontario.

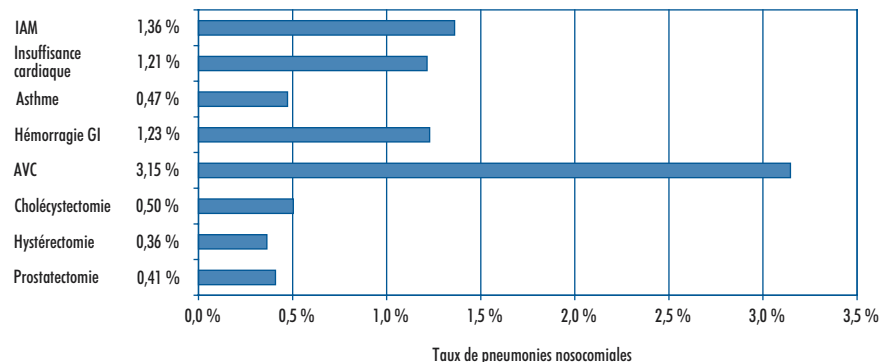


Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 2001-2002.

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

FIGURE 3.11 : TAUX DE PNEUMONIE NOSOCOMIALE SELON LES GROUPES DE PATIENTS EN 2001-2002

Les taux de pneumonie nosocomiale sont beaucoup plus élevés chez les patients en soins médicaux que chez les patients en chirurgie.

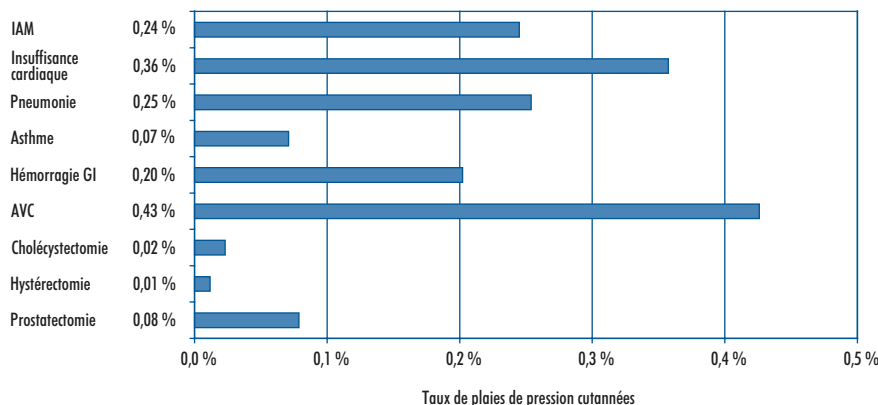


Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 2001-2002.

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

FIGURE 3.12 : TAUX DE PLAIES DE PRESSION CUTANÉES SELON LES GROUPES DE PATIENTS EN 2001-2002

Les taux d'ulcère cutané nosocomial sont beaucoup plus élevés chez les patients en soins médicaux que chez les patients en chirurgie.

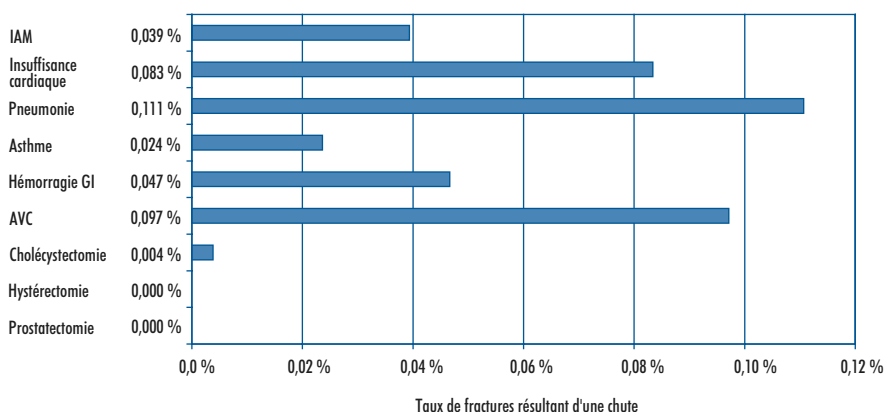


Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 2001-2002.

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

FIGURE 3.13 : TAUX DE FRACTURES SUITE À UNE ADMISSION À L'HÔPITAL EN 2001-2002

Les taux de fracture à la suite d'une admission à l'hôpital étaient faibles, particulièrement chez les patients en chirurgie. On prévoit des taux plus élevés chez certains groupes de patients en soins médicaux en raison des facteurs de risque reconnus associés aux chutes.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 2001-2002.

Remarque : Pour les groupes de patients en chirurgie, les résultats de 2001-2002 n'excluent pas les interventions annulées ou antérieures. Cela est attribuable à un changement du format de collecte relatif aux données de cette période.

Les fractures à la suite d'une admission à l'hôpital constituent un autre nouvel indicateur fondé sur des preuves dans le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*. Ces fractures sont souvent le résultat d'une chute, laquelle est la première cause de morbidité chez les personnes âgées.⁷ Les patients sont à risque de faire une chute pour une foule de raisons, y compris les troubles de la vision et les limites fonctionnelles qu'entraînent un AVC, l'arthrite ou une maladie aiguë. Puisque les pratiques sans danger, telles que l'emploi d'aides au transfert et les modifications au milieu physique, ayant pour but de réduire les dangers de chute éventuels sont des activités centrales effectuées par le personnel infirmier, on s'est souvent servi de cet indicateur pour mesurer la qualité du personnel infirmier.^{7,8,9} Les taux rajustés en fonction de l'âge et du sexe au chapitre des patients hospitalisés qui ont subi une fracture d'un membre supérieur ou inférieur ou une fracture du crâne après leur admission à l'hôpital étaient les plus élevés chez les patients souffrant d'une pneumonie (0,111 p. cent), ceux en AVC (0,097 p. cent) et ceux en insuffisance cardiaque (0,083 p. cent). On prévoit observer des taux plus élevés auprès de ces groupes de patients en raison des facteurs de risque connus au niveau des chutes. Le taux de fracture après admission à l'hôpital chez les groupes de patients en chirurgie était nul, sauf chez les patients traités pour une cholécystectomie (0,004 p. cent).

Santé des femmes

Depuis longtemps, les chercheurs et les décideurs reconnaissent l'existence d'importants écarts dans la façon dont les hommes et les femmes vont chercher, reçoivent et tirent partie des soins.

De nombreuses raisons potentielles expliquent ces écarts, y compris :

- Les dissemblances d'ordre biologique, telles que l'âge auquel les pathologies touchent les hommes et les femmes ou la façon dont ces pathologies progressent en raison de différences hormonales, corporelles et autres sur le plan biologique.
- Les différents rôles que jouent souvent les hommes et les femmes dans la société. Puisque les femmes dispensent l'essentiel des soins non constitués dans notre société et prennent la plupart des décisions en matière de santé pour leur famille, la façon dont elles vont chercher les soins et les choix qu'elles font en tant qu'usagères de soins de santé peuvent être différents.
- Un biais dans le système. Depuis le rapport de 1991 qui a fait date et rédigé par les National Institutes of Health des états-Unis¹⁰, on savait que parce que la recherche médicale avait historiquement porté sur les hommes, on en connaissait moins sur la façon de traiter les femmes. En relation avec ce problème « d'absence de preuves », il est probable que des biais soient le résultat d'écarts au niveau de la formation clinique et d'autres facteurs qui ont une incidence sur le mode d'interaction entre les dispensateurs de soins et les patientes.

Cette section décrit certains des indicateurs propres aux femmes, tels que les taux de césarienne. Elle compare également les résultats observés chez les hommes et les femmes qui sont pertinents aux deux sexes, tels les résultats des soins au niveau des pneumonies. D'autres chapitres du rapport comparent le rendement des femmes comparativement à celui des hommes ou soulignent les politiques qui sont pertinentes à la santé des femmes, notamment la mise en œuvre des lignes directrices et des protocoles cliniques dans le but d'aider à assurer le recours adéquat à des interventions telles que les césariennes.

À l'échelle nationale, de récents débats portant sur l'avenir des soins de santé au Canada ont mis l'accent sur les valeurs telles que l'équité en matière d'accessibilité aux soins. Pour savoir si on parvient à cette équité, il faut être capable de mesurer le rendement du système de soins de santé. L'emploi d'indicateurs variés pour comparer les écarts entre les soins dispensés aux hommes et les soins dispensés aux femmes constitue une première étape, mais il faudra également s'appuyer sur d'autres types d'analyses, notamment, peut-être, l'examen du rendement relativement à la situation géographique des patients, à leur niveau d'éducation ou de revenu ou à d'autres facteurs caractéristiques de la population diversifiée du Canada.

En 2001-2002, la proportion de naissances par césarienne primaire (accouchements par césarienne chez les femmes qui n'avaient jamais subi ce type d'intervention) était de 16,5 p. cent. Cela représente approximativement 19 500 naissances en Ontario, soit une hausse de près de 20 p. cent par rapport à 1997-1998.

Le taux de césariennes a longtemps été un indicateur de rendement courant, avec d'autres indicateurs connexes. Récemment, de nombreux experts ont suggéré que les accouchements vaginaux chez les femmes qui avaient déjà subi une césarienne pouvaient comporter des risques, et que des césariennes répétées étaient davantage recommandées qu'on ne le laissait entendre par le passé. Pour cette raison, nous ne

retenons pas le taux d'accouchements vaginaux après césarienne en tant qu'indicateur.

Le débat se poursuit également au sujet de ce qu'est un taux de césarienne « approprié ». De nombreuses études ont démontré qu'une importante proportion de femmes préféreraient accoucher par césarienne. Dans plusieurs cas, également, on peut pratiquer des césariennes pour éviter des complications éventuelles qui nécessiteraient des ressources qui ne sont pas promptement accessibles dans plusieurs hôpitaux. Par conséquent, il n'existe pas de « bon » taux d'accouchements par

TABLE 3.1 : TENDANCES AU NIVEAU DES TAUX DE CÉSARIENNES PRIMAIRES ET DES RATIOS D'HYSTÉRECTOMIES VAGINALES PAR RAPPORT AUX HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES EN ONTARIO

Le tableau suivant illustre le pourcentage d'accouchements par césarienne primaire ainsi que les ratios d'hystérectomies vaginales par rapport aux hystérectomies abdominales pour les quatre années de déclaration.

Résultat clinique	Année financière			
	1997-1998	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Taux de césariennes primaires	13,9 %	14,7 %	16,0 %	16,5 %
Ratios d'hystérectomies vaginales par rapport aux hystérectomies abdominales	0,52	0,45	0,44	0,41

Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002



césarienne primaire. L'élément important associé à la déclaration des taux d'accouchements par césarienne consiste à permettre l'examen de l'écart au niveau des taux dans les hôpitaux. La figure 3.14 compare les variations au niveau de la proportion d'accouchements selon le taux de césariennes primaires avec le nombre d'accouchements vaginaux pour chaque hôpital.

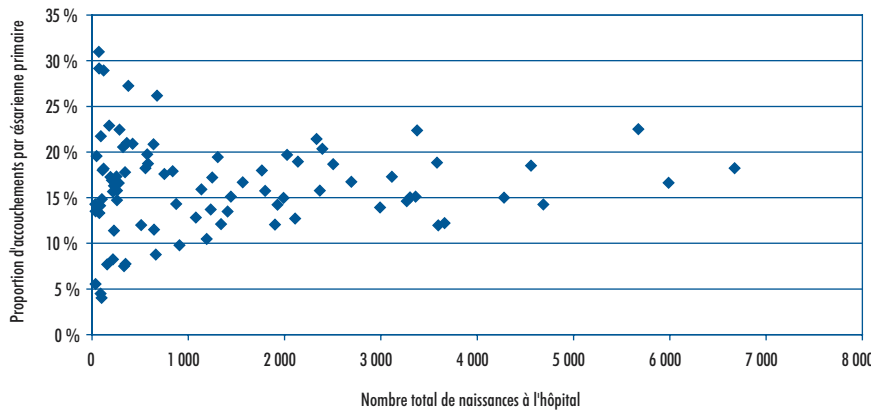
La figure 3.14 montre que la variation est plus importante lorsqu'il y a moins d'accouchements dans un hôpital. Toutefois, il subsiste une variation marquée de ces taux dans les hôpitaux qui affichent des

nombre d'accouchements plus élevés. Cette variation laisse supposer que les médecins et les autres dispensateurs de soins ont des occasions de communiquer avec les patientes et de leur en apprendre davantage au niveau des risques et des avantages associés aux diverses options en matière d'accouchement et d'assurer que les ressources appropriées sont accessibles pour appuyer la prise de décisions et les préférences des patientes.^{11,12}

La figure 3.15 présente des renseignements semblables en ce qui a trait aux ratios d'hystérectomies vaginales par rapport aux hystérectomies abdominales. Ces ratios sont le reflet de la variation de la fréquence des hystérectomies pratiquées par le vagin comparativement à celles pratiquées par l'abdomen. Puisqu'on associe les hystérectomies vaginales à moins de complications et à des durées de séjour plus courtes, des ratios plus élevés (supérieurs à 1,00) sont généralement meilleurs. Une fois de plus, cependant, il n'existe pas de ratio dit « correct »; il vaut plutôt mieux examiner la variation et en faire un point de départ vers le recensement des hôpitaux dont les taux sont élevés ainsi que d'autres résultats favorables associés à ces taux.

FIGURE 3.14 : PROPORTION DE NAISSANCES PAR CÉSARIENNE PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES DANS CHAQUE HÔPITAL DE L'ONTARIO

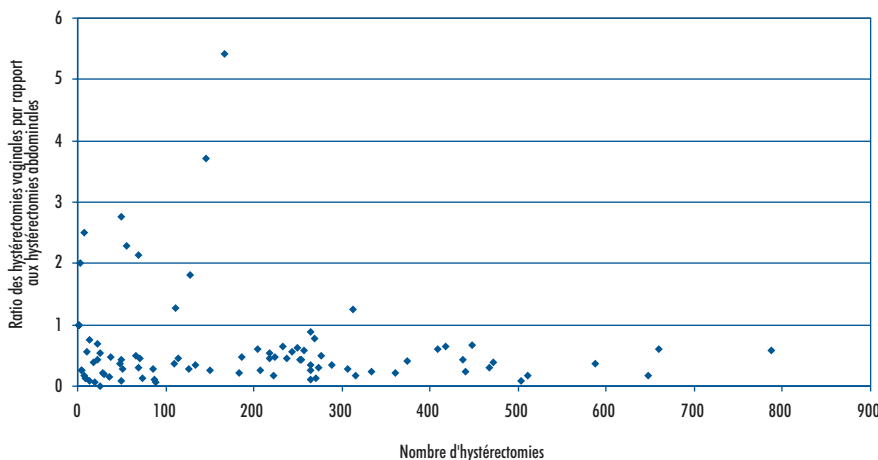
Les taux de césariennes primaires (accouchements par césarienne chez les femmes qui n'avaient jamais subi une telle intervention) varient à l'échelle des hôpitaux de l'Ontario.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 2001-2002.

FIGURE 3.15 : RATIO D'HYSTÉRECTOMIES VAGINALES AUX HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL D'HYSTÉRECTOMIES EN ONTARIO EN 2001-2002

Peu d'hôpitaux ont un ratio d'hystérectomies vaginales par rapport aux hystérectomies abdominales élevé. Un ratio supérieur à un indique que, comparativement aux hystérectomies abdominales, davantage d'hystérectomies vaginales ont été pratiquées. Un taux d'hystérectomies vaginales plus élevé est généralement considéré meilleur puisque les hystérectomies vaginales sont associées des complications moindres et à des durées de séjour plus courtes.



Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 2001-2002.

Le tableau 3.2 décrit les tendances au fil des années en ce qui a trait aux soins dispensés aux femmes par rapport à ceux qui sont dispensés aux hommes. Dans chacun des cas, on calcule séparément, pour les hommes et les femmes, les taux des indicateurs, rajustés en fonction des risques, que l'on retrouve plus tôt dans ce chapitre. On calcule ensuite le ratio du taux rajusté en fonction des risques chez les femmes comparativement aux hommes. Des ratios supérieurs à 1,00 indiquent que les femmes ont tendance à obtenir de résultats plus élevés au niveau d'un certain indicateur, notamment des durées de séjour plus longues, des taux de réadmission plus élevés ou un plus grand accès à une technologie. Des ratios inférieurs à 1,00 démontrent la situation inverse. Il est peu probable d'en arriver à un ratio semblable pour un même indicateur chez les hommes et les femmes. À titre d'exemple, il est plus typique chez les femmes de souffrir de maladies cardiaques à un âge plus avancé, ce qui rend plusieurs interventions, telle l'angiographie, éventuellement plus difficiles à pratiquer. Lorsqu'on se penche sur ces graphiques, la question cruciale est de savoir si le ratio se rapproche de 1,00, ce qui laisse supposer que l'équité en matière de soins s'améliore.

Le tableau 3.2 démontre qu'il y a eu relativement peu de changements dans bon nombre de ces ratios au cours des quatre dernières années : de petits changements tels

qu'un léger recul au niveau de l'accès à l'angiographie sont équilibrés par un petit recul au niveau des complications associées à l'IAM. Les femmes sont toujours moins susceptibles de subir une angiographie et plus susceptibles d'être réadmisses en raison de pathologies connexes à la suite d'un IAM. Par opposition, les femmes sont beaucoup plus susceptibles de subir une cholécystectomie en chirurgie le jour même et beaucoup moins susceptibles de présenter des complications attribuables à une cholécystectomie.

TABLE 3.2 : TENDANCES AU NIVEAU DES RÉSULTATS DES INDICATEURS POUR LES HOMMES ET LES FEMMES

Ce tableau montre qu'il y a eu des changements au chapitre des ratios des taux rajustés en fonction des risques chez les femmes comparativement aux hommes, plus précisément au niveau des IAM et des pneumonies. Plus le ratio se rapproche de 1,00, plus on dénote une équité au niveau des soins que reçoivent les hommes et les femmes. Un ratio supérieur à 1,00 indique que le taux provincial au niveau de l'indicateur est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, tandis qu'un ratio inférieur à 1,00 signifie l'inverse.

Résultat clinique	Année financière			
	1997-1998	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Accès à l'angiographie	0,81	0,79	0,79	0,77
Complications reliées à un IAM	1,19	1,36	1,29	1,24
Réadmissions reliées à un IAM	1,10	1,12	1,06	1,23
Cholécystectomies en chirurgie d'un jour	1,32	1,28	1,23	1,27
Complications reliées à une cholécystectomie	0,39	0,37	0,38	0,38
Complications reliées à une pneumonie	0,93	1,02	1,09	1,05

Source : Base de données sur les congés des patients (DAD), 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002

Résumé

Le présent rapport compare les résultats de 2001-2002 (les données disponibles les plus récentes) à ceux de 2000-2001 (l'exercice dont il est question dans le document intitulé *Hospital Report 2002: Acute Care*), de 1999-2000 (l'exercice dont il est question dans le document intitulé *Hospital Report 2001: Acute Care*) et de 1997-1998 (l'exercice dont il est question dans le document intitulé *Hospital Report '99*). Au nombre des observations, on remarque ce qui suit :

- Le pourcentage de patients en chirurgie le jour même en terme de proportion de tous les patients en soins de courte durée en Ontario est passé de moins de 47 p. cent à près de 50 p. cent au cours des quatre années de déclaration que couvre ce rapport.
- Les taux d'hospitalisation ont baissé chez sept des dix groupes de patients. À ce chapitre, les groupes de patients traités pour libération du nerf médian au niveau du canal carpien, hémorragie gastro-intestinale et infarctus aigu du myocarde constituent les trois exceptions (figure 3.1).
- Près de 35 p. cent des patients traités pour un IAM en 2001-2002 ont subi une coronarographie durant leur épisode de soins hospitaliers; il s'agit d'une hausse par rapport à la valeur de près de 17 p. cent enregistrée en 1997-1998. En outre, en 2001-2002, environ 23 p. cent des patients traités pour un IAM ont subi une chirurgie de revascularisation (pontage aortocoronarien ou angiographie coronarienne transluminale percutanée). Il s'agit d'une hausse par rapport à la valeur d'un peu plus de 10 p. cent enregistrée en 1997-1998 (figure 3.4).
- De tous les groupes de patients qui forment ce quadrant, les patients dont la durée moyenne de séjour est la plus longue, soit tout juste en deçà de dix jours, sont ceux qui ont subi un AVC. Les durées de séjour des patients traités pour un IAM, une insuffisance cardiaque ou une pneumonie sont relativement longues; en 2001-2002, elles oscillaient entre 7,5 et 8,6 jours (figure 3.6).

- Au sein des groupes de patients à l'étude, on a observé que les patients traités pour un IAM étaient plus couramment réadmis à l'hôpital. En 2001-2002, un peu plus de 7 p. cent de ces patients présentaient un état connexe qui nécessitait leur retour urgent ou extrêmement urgent à l'hôpital dans les 28 jours suivant leur sortie initiale (figure 3.8).
- En général, les taux de complication ont connu une hausse entre 1997-1998 et 2001-2002. Cela peut être attribuable à des changements de codification, à une hausse de l'acuité chez les patients dans les hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario et à la qualité des soins. Cependant, dans toute la province, le pourcentage de cas de prostatectomies avec complications a diminué entre 2000-2001 et 2001-2002. Les taux de complication calculés chez les autres groupes de patients ont augmenté de 0,4 à 1,1 point de pourcentage (figure 3.9).
- Les résultats liés aux soins infirmiers (infections des voies urinaires, pneumonie nosocomiale, plaies de pression et fractures subies à la suite d'une admission à l'hôpital) présentent des taux qui semblent faibles en comparaison avec les données d'une étude américaine menée dans plusieurs états.⁵ Cependant, il importe de préciser que les données américaines sont totalement différentes des données canadiennes et qu'une étude plus approfondie est nécessaire dans le but d'établir si ces résultats sont véritablement faibles.
- Les femmes sont toujours moins susceptibles de subir une angiographie et plus susceptibles d'être réadmisées en raison de complications à la suite d'un IAM. Par opposition, les femmes sont beaucoup plus susceptibles de subir une cholécystectomie en chirurgie le jour même et beaucoup moins susceptibles de présenter des complications attribuables à une cholécystectomie.

Prochaines étapes

Cette année, l'analyse du quadrant de l'URC porte sur les mêmes groupes de patients que par les années passées. Cependant, dans le rapport de cette année, on a apporté de nombreux changements aux méthodes sous-jacentes aux indicateurs cliniques, ce qui traduit le fait que l'élaboration des méthodes de calcul de chaque indicateur est une démarche continue qui évolue.

Au cours de la prochaine année, le quadrant de l'URC sera une fois de plus remanié de façon importante dans le cadre de la stratégie de « développement révisable » pour les futurs rapports sur les hôpitaux de soins de courte durée. L'analyse documentaire relative à ce remaniement est entamée et comporte une étude détaillée des indicateurs actuels pour assurer leur pertinence continue au niveau des hôpitaux. Elle examinera également de nouvelles approches, de nouvelles mesures des résultats et de l'utilisation, et l'intégration de nouveaux groupes de patients. À titre d'exemple, on se penchera sur diverses façons de quantifier les questions relatives à l'accès aux soins et on prendra en considération les résultats en matière de sécurité des patients afin de les inclure dans le rapport de l'année prochaine. Enfin, l'analyse incorporera davantage les indicateurs liés à la santé des femmes et aux soins infirmiers dans le quadrant. L'équipe de remaniement sera composée d'experts techniques et cliniques qui seront guidés par des groupes consultatifs nommés par les directeurs généraux des hôpitaux composés de médecins, d'infirmières et d'infirmiers et d'administrateurs d'hôpitaux.

On suivra plusieurs recommandations pour le développement futur de la composante liée aux soins infirmiers des indicateurs de l'URC. On entreprendra d'autres recherches et consultations avec des cliniciens dans le but de raffiner la méthode de rajustement en fonction des risques au niveau des indicateurs de résultats cliniques liés aux soins infirmiers. Cela permettra de raffiner le niveau auquel les données de rendement seront présentées avec l'aspiration d'une présentation au niveau hospitalier pour les groupes de patients déterminés par diagnostic et ceux déterminés par procédure. Présentement, on mène des recherches pour établir le caractère réalisable de la collecte de données sur l'état fonctionnel, l'état de l'autonomie en matière de santé et le contrôle de symptômes. On prévoit que les résultats de cette recherche fourniront des renseignements sur l'élaboration d'indicateurs de rendement des soins infirmiers pour les *Rapports sur les hôpitaux* à venir.

Des travaux futurs consacrés à la section portant sur la santé des femmes détermineront de meilleures pratiques au chapitre de l'équité, de meilleures façons de mesurer l'équité et des indicateurs plus utiles au niveau des exercices d'amélioration qui répondront aux questions importantes telles que la santé des femmes.

Pour de plus amples renseignements

- ¹ STATISTIQUE CANADA. *Estimations démographiques postcensitaires définitives, 1^{er} octobre 1997, et Estimations démographiques postcensitaires mises à jour, 1^{er} octobre 1999 et 2001*, Ottawa : Statistique Canada, juillet 2003.
- ² INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Canadian Coding Sourcebook*, Ottawa : ICIS, 1999.
- ³ MCGILLIS HALL. L., DORAN. D., SPENCE LASCHINGER. H., MALLETT. C., O'BRIEN-PALLAS, L. et C. PEDERSEN. *Nursing Report 2001: Preliminary Study for Hospital Report 2001*, 2001.
- ⁴ AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Nursing care report card for acute care*, American Nurses Publishing: Washington DC, 1995.
- ⁵ NEEDLEMAN, J., BUERHAUS, P., MATTKE, S., STEWART, M. et K. ZELEVINSKY. *Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals*, Boston: Harvard School of Public Health, Final report, 2002
- ⁶ RNAO REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO. *Nursing Best Practice Guideline Shaping the Future of Nursing: Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers.*, Toronto: RNAO, 2002
- ⁷ RNAO REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO. *Nursing Best Practice Guideline Shaping the Future of Nursing: Risk Assessment & Prevention of Falls*, Toronto: RNAO, 2002.
- ⁸ MAJESKY, S.J., BRESTER, M.H. et K.T. NISHIO. « Development of a research tool: patient indicators of nursing care », *Nursing Research*, 27(6), 1978, p. 365-371.
- ⁹ BLEGAN M.A., VAUGHN, T.E. et C.J. GOODE. « Nurse experience and education: effect on quality of care », *Journal of Nursing Administration*, 31, 2001, p. 33-39.
- ¹⁰ NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. *Agenda for Research on Women's Health for the 21st Century*, 1999, p. 10.
- ¹¹ GROUPE DE TRAVAIL SUR LES CÉSARIENNES. *Adoption et maintien de pratiques exemplaires concernant le recours aux césariennes*, Toronto : Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, octobre 2000. Affiché sur le site www.womenshealthcouncil.on.ca
- ¹² LOMAS, J., ANDERSON, G.M., DOMNICK-PIERRE. K, et al. « Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians », *New England Journal of Medicine*, 321, 1989, p. 1306-11.

Satisfaction des patients



Satisfaction des patients

Quoi de neuf pour 2003

Les résultats de l'année 2003 s'ajoutent aux indicateurs de satisfaction des patients présentés dans les versions précédentes des rapports sur les hôpitaux. Comme c'est le cas pour les autres quadrants, une plage numérique qui comprend une note numérique de l'hôpital a remplacé le système d'évaluation du rendement basé sur le nombre d'étoiles.

Le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*, le quatrième de cette série de rapports, décrit une fois de plus l'opinion qu'ont les patients de la qualité des soins reçus à l'hôpital. Ainsi, le quadrant intitulé Satisfaction des patients, dans lequel on demande aux patients ce qu'ils pensent de la qualité des soins et des services assurés, fournit une mesure importante du point de vue des patients.

L'enquête *Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey (SHoPSS)*, sur laquelle se base ce quadrant, est l'une des plus importantes enquêtes sur la satisfaction des patients menées au Canada. Dans le rapport 2003, les conclusions du quadrant étaient basées sur le sondage Parkside, qui interrogeait des patients dans l'ensemble de la province quant à leur opinion sur la qualité des soins reçus. Toutefois, les hôpitaux ontariens ont adopté un nouveau questionnaire produit par la National Research Corporation (NRC) et Picker Group Canada, qui remplacera dorénavant le questionnaire Parkside et constituera la base du quadrant sur la satisfaction des patients de la série de rapports de 2004. Ce changement est décrit plus en détail dans la section intitulée « Prochaines étapes », qui se trouve à la fin du présent chapitre.

Comment les hôpitaux ontariens utilisent-ils cette information? Un an après avoir reçu les résultats de l'enquête SHoPSS menée en 2002, 92 p. cent des hôpitaux affirmaient avoir apporté des modifications en fonction des conclusions formulées, ce qui représente une augmentation par rapport à l'année précédente. L'enquête menée cette année relativement à l'intégration et aux changements au sein du système de soins de courte durée a permis d'identifier plusieurs thèmes communs dans les méthodes utilisées par les hôpitaux ontariens pour faire face aux problèmes liés à la satisfaction des patients. Veuillez consulter la section intitulée « À l'écoute des patients » du présent chapitre pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de ces initiatives, de même que la figure 4.13, qui fournit une répartition des occasions spécifiques de changement identifiées par les hôpitaux.

Satisfaction des patients : Un instantané des hôpitaux de l'Ontario

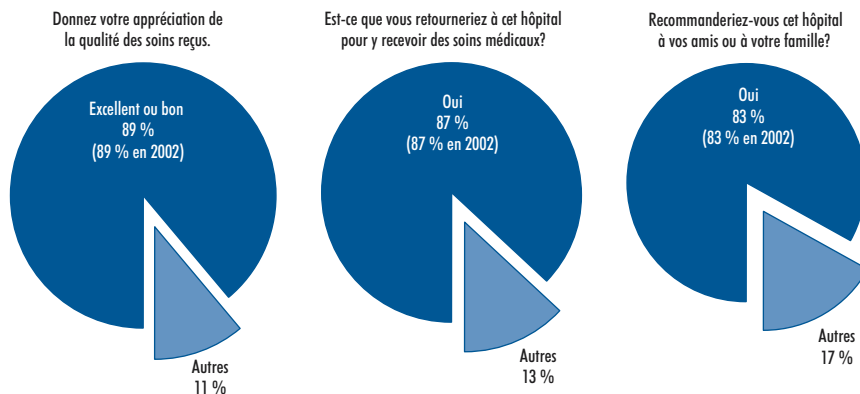
L'introduction, en 1999, de l'enquête SHoPSS comme outil dans le cadre du projet Rapport sur les hôpitaux a rendu possible la comparaison entre les différents hôpitaux. Trois des 65 questions de l'enquête interrogent les patients sur leur expérience d'hospitalisation en général. Considérées comme des questions « de base », c'est-à-dire fondamentales, elles forment ensemble l'indicateur de qualité globale.

Parmi les résultats correspondant à ceux des rapports précédents, 89 p. cent des patients ont indiqué que la qualité globale des soins reçus était excellente ou bonne. Tout comme pour l'année 2000-2001, une très grande majorité des patients (87 p. cent) ont affirmé qu'ils retourneraient à l'hôpital en question alors que 83 p. cent affirmaient qu'ils recommanderaient cet hôpital à des amis ou à des membres de leur famille.

Ceci dit, il est utile d'ajouter que bien que l'indicateur de qualité globale constitue une mesure efficace des perceptions générales des patients relativement aux soins reçus, il peut être influencé par les efforts déployés par l'hôpital pour améliorer les soins ainsi que par d'autres facteurs tels que l'état de santé du patient, les rencontres avec les dispensateurs de soins et le type de chambre occupée (privée ou à plusieurs lits, par exemple).

D'autres questions de l'enquête SHoPSS sont également combinées afin de fournir des mesures sommaires ou des indicateurs de certaines dimensions uniques de la satisfaction des

FIGURE 4.1 : QUESTIONS CONSTITUANT L'INDICATEUR DE QUALITÉ GLOBALE



Source : Enquête SHoPSS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2001-2002.

des patients. Ces indicateurs peuvent servir de guide afin d'aider les hôpitaux à définir leurs objectifs et à mesurer les progrès accomplis en matière d'amélioration des soins et de la satisfaction. Au total, dix indicateurs sont calculés à partir des réponses fournies par les patients dans le cadre de l'enquête SHoPPS, desquels huit sont présentés dans le quadrant intitulé Satisfaction des patients alors que les deux autres se retrouvent dans le quadrant intitulé Intégration et changement du système.

La figure 4.2 présente les notes des indicateurs à l'échelle provinciale, pondérées en fonction des différences entre les volumes de patients. La pondération des notes des hôpitaux en fonction du volume de patients tient compte du modèle de sortie réel de chaque hôpital pour le calcul des indicateurs à l'échelle provinciale.

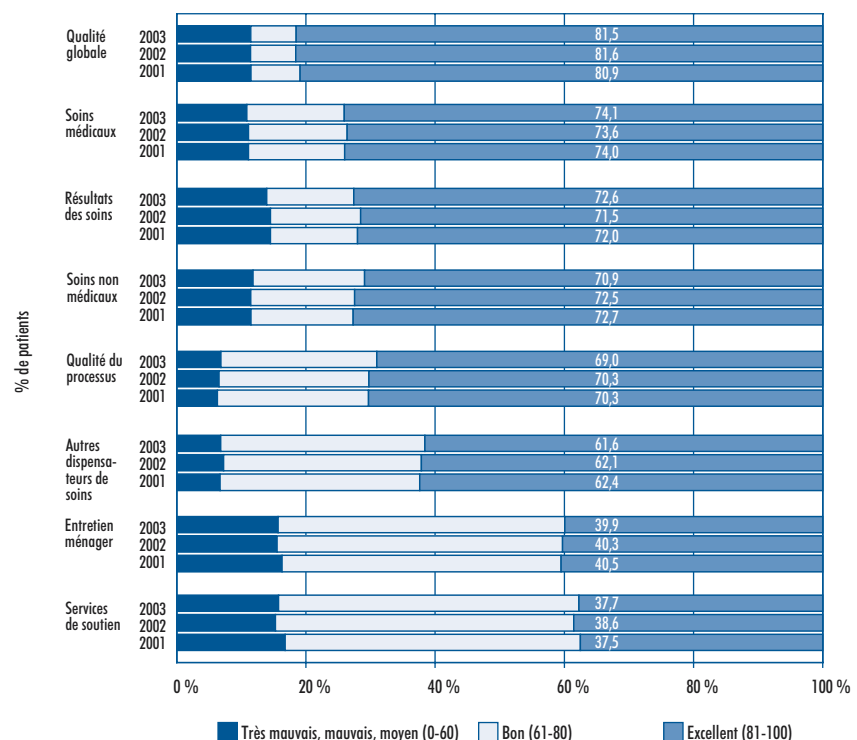
Sur quels éléments sont fondés les huit indicateurs de la satisfaction des patients?

- **Qualité globale** – Trois questions portant sur la qualité globale des soins reçus à l'hôpital et demandant au patient s'il retournerait à l'hôpital ou s'il le recommanderait à d'autres personnes ayant besoin de soins.
- **Qualité du processus** – Il s'agit de l'indicateur global complet le plus efficace de la satisfaction des patients puisqu'il englobe la plupart des aspects de la qualité des soins et des services. Cet indicateur est basé sur 55 questions et neuf sous-échelles d'évaluation.
- **Soins non médicaux** – Dix questions portant sur la perception des patients relativement aux compétences, à la courtoisie, à la délicatesse, au niveau de communication et à l'efficacité des dispensateurs de soins non médicaux (le personnel infirmier, par exemple).
- **Soins médicaux** – Dix questions portant sur la perception des patients relativement aux compétences, à la courtoisie, à la délicatesse, au niveau de communication et à l'efficacité des soins assurés par les médecins.
- **Services de soutien** – Cinq questions au sujet de la courtoisie du personnel de l'hôpital (travailleurs sociaux, bénévoles et réceptionnistes) ainsi que sur la qualité de la nourriture servie.
- **Entretien ménager** – Cinq questions portant sur les impressions générales du patient relativement aux services d'entretien ménager assurés dans l'hôpital, notamment la propreté de l'hôpital et la courtoisie du personnel d'entretien.
- **Autres dispensateurs de soins** – Quatre questions portant sur la satisfaction des patients relativement aux compétences et à la courtoisie du personnel de l'hôpital chargé des prélèvements sanguins et de la radiologie ainsi que des physiothérapeutes.
- **Résultats des soins** – Trois questions portant sur la satisfaction des patients relativement aux résultats des soins reçus à l'hôpital.

Remarque : Pour connaître les questions spécifiques correspondant à chaque indicateur, veuillez consulter le document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*.

FIGURE 4.2 : SATISFACTION DES PATIENTS À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

Les résultats à l'échelle provinciale correspondant aux huit indicateurs de la satisfaction des patients sont présentés dans la figure ci-dessous. Les notes des indicateurs sont réparties dans trois groupes, soit très mauvais, mauvais et moyen, bon ou excellent. Pour quatre des huit indicateurs, plus de 70 p. cent des patients ont indiqué des niveaux de satisfaction élevés (ce qui équivaut à la cote « excellent »). L'indicateur de qualité globale a obtenu le plus haut pourcentage de patients ayant attribué un niveau de satisfaction « excellent », soit 81,5 p. cent). Par contre, seulement 37,7 p. cent ont qualifié les services de soutien d'excellents, alors que 15,8 p. cent ont déclaré que la qualité de ces services était très mauvaise, mauvaise ou moyenne. Au cours des trois dernières années où des rapports ont été produits, le nombre de patients qui ont qualifié d'excellente la qualité de l'entretien ménager, des autres dispensateurs de soins, du processus et des soins non médicaux a connu une baisse constante. Au cours de cette même période, les indicateurs de la qualité globale, des soins médicaux, des résultats des soins et des services de soutien, se sont vus attribuer la cote « excellent » par un nombre croissant de patients.



Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2000-2002*

*Les populations échantillonnées ne sont pas les mêmes d'année en année, ni les hôpitaux participants. Les chiffres sont identiques à ceux présentés dans le Rapport sur les hôpitaux : Soins de courte durée correspondant à chaque année.

Pour obtenir de plus amples renseignements...

Les indicateurs de satisfaction des patients qui mesurent la qualité de la coordination et de la continuité des soins sont présentés dans le chapitre intitulé *Intégration et changement du système*. Ce quadrant décrit dans quelle mesure les hôpitaux ontariens intègrent leurs services à ceux de leurs partenaires communautaires et mettent au point des pratiques innovatrices. De plus, l'indicateur d'intensité de l'utilisation des renseignements et l'indicateur des hôpitaux dans la communauté décrits dans le chapitre intitulé *Intégration et changement du système* décrivent comment les résultats en matière de satisfaction des patients sont transmis aux médecins, aux membres du personnel, aux conseils d'administration des hôpitaux et à la communauté.

Notes des indicateurs et pourcentages de patients?

Lorsqu'il est question de la « note d'un indicateur » et du « pourcentage de patients », il peut arriver que la différence ne soit pas immédiatement évidente. La note de l'indicateur désigne simplement la moyenne de toutes les réponses fournies pour un indicateur donné dans l'ensemble de la province. Les notes des indicateurs peuvent varier de 0 à 100 et chaque nombre entier dans cette fourchette se nomme « point indicateur ». La figure 4.2 et les figures 4.4 à 4.11 illustrent les résultats en fonction de cinq catégories d'évaluation : excellent, bon, moyen, mauvais et très mauvais. Dans le cas de ces figures, il est en fait question du pourcentage de patients dont les notes individuelles fournies pour les différents indicateurs se retrouvent dans chacune de ces catégories, en fonction d'une échelle définie. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter le document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*.

Par exemple, les hôpitaux d'enseignement ont généralement des volumes de patients plus élevés que les petits hôpitaux et auront donc une incidence plus considérable sur la note de l'indicateur à l'échelle provinciale. De tous les hôpitaux qui ont participé à cette enquête, les hôpitaux d'enseignement ont traité en moyenne 2,5 fois plus de patients que les hôpitaux communautaires qui, quant à eux, ont traité approximativement 5,6 fois plus de patients que les petits hôpitaux.

Tout comme les volumes de patients peuvent varier selon qu'il s'agit d'un hôpital d'enseignement, d'un petit hôpital ou d'un hôpital communautaire, il existe également entre ces trois groupes des différences correspondantes en ce qui a trait aux notes moyennes des indicateurs. En moyenne, les patients traités dans les petits hôpitaux ont rapporté des niveaux de satisfaction supérieurs à ceux des patients traités dans des hôpitaux d'enseignement ou communautaires. La différence la plus marquée a été observée sur le plan de l'indicateur d'entretien ménager, qui était neuf fois supérieur pour les petits hôpitaux que pour les hôpitaux d'enseignement et huit fois supérieur pour les hôpitaux communautaires. Pour obtenir un sommaire des comparai-

sons à l'échelle provinciale entre ces trois types d'hôpitaux, veuillez consulter le document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*.

Les notes à l'échelle provinciale sont décrites en détail pour chacun des huit indicateurs de la satisfaction des patients et les résultats sont également présentés en fonction du sexe. Pour chaque indicateur, les notes de satisfaction sont légèrement plus élevées chez les hommes que chez les femmes. En moyenne, les hommes ont attribué des notes 1,7 fois supérieures à celles des femmes pour chacun des indicateurs. (Remarque : Dans les sections traitant de chacun des indicateurs, ci-après, les différences entre ces indicateurs sont décrites en détail.) La plus grande différence entre les hommes et les femmes se retrouve au plan de l'indicateur de soins non médicaux, dont les résultats, chez les hommes, sont supérieurs d'un écart-type ou de 2,9 points. La satisfaction des patients en ce qui a trait aux soins hospitaliers semble également varier selon l'âge¹ et le sexe. En effet, les hommes âgés de 60 ans et plus présentent en moyenne les niveaux de satisfaction les plus élevés pour tous les indicateurs alors que les femmes âgées dans la vingtaine ont les niveaux de satisfaction les plus faibles pour tous les indicateurs.

Comment la recherche a-t-elle été menée?

Source des données

Des questionnaires normalisés ont été envoyés par courrier à plus de 71 700 patients qui ont été hospitalisés pendant au moins une nuit dans un hôpital de soins de courte durée de l'Ontario et ont reçu leur congé entre janvier et mars 2002. Environ 50 p. cent des questionnaires ont été remplis et retournés. Pour que la note correspondant à un indicateur soit présentée pour un hôpital donné (consultez l'encart sur la couverture arrière du présent rapport), il fallait qu'au moins 100 réponses valides aient été reçues de patients hospitalisés ayant reçu des soins médicaux généraux ou chirurgicaux (à l'exception des patients ayant reçu des soins psychiatriques ou d'obstétrique). Les hôpitaux qui n'ont pas atteint cette exigence minimale se sont vus attribuer une cote non déclarable (CND), ce qui signifie que les valeurs individuelles propres à l'hôpital n'ont pas été calculées.

Sélection des indicateurs

Cette année, les indicateurs de la satisfaction des patients sont les mêmes que ceux utilisés dans les *Rapports sur les hôpitaux : Soins de courte durée* des années antérieures. Au cours de l'élaboration du quadrant sur la satisfaction des patients pour le rapport intitulé *Hospital Report '99*, un groupe consultatif formé de représentants des hôpitaux a sélectionné le sondage Parkside à partir des réponses reçues suite à la demande de propositions émise par l'Association des hôpitaux de l'Ontario. En se basant sur les données d'un essai pilote effectué pour ce sondage et les conseils du groupe consultatif, des chercheurs ont mis au point dix échelles d'indicateur en combinant les questions ayant un lien entre elles du point de vue conceptuel ou statistique. Pour ce faire, les questions ont été converties en notes sur 100 et une moyenne a été calculée à partir des résultats des questions qui constituaient des échelles d'indicateur.

Méthodes

La méthodologie utilisée pour le présent rapport est décrite en détail dans le document intitulé *Acute Care Technical Summary*, qui est accessible sans frais à partir des sites Web des partenaires et des commanditaires de la série du *Rapport sur les hôpitaux*. Pour obtenir une liste des sites Web, consultez la couverture arrière du présent rapport. Voici quelques caractéristiques importantes de la méthodologie utilisée :

- L'enquête a été menée auprès de patients ayant reçu des soins dans les trois différents types d'hôpitaux, soit 15 petits hôpitaux, 64 hôpitaux communautaires et 13 hôpitaux d'enseignement, pour un total de 92 hôpitaux. Parmi les petits hôpitaux, huit n'ont pas atteint l'exigence minimale de 100 réponses qui doit être satisfaite pour que les résultats individuels propres aux hôpitaux soient pris en compte dans le quadrant portant sur la satisfaction des patients, ce qui signifie que cette partie du rapport contient les valeurs de l'indicateur correspondant à 84 hôpitaux seulement.
- Dans certains formulaires, les patients n'ont pas répondu à toutes les réponses. Au total, 764 questionnaires (ce qui représente approximativement 2 p. cent) ont été omis de l'analyse car plus de la moitié des questions avaient été laissées sans réponse.
- Des recherches ont démontré que l'âge, le sexe et l'état de santé tels que perçus par le patient tendent à influencer les niveaux de satisfaction.^{2,3} Afin de pouvoir faire des comparaisons équitables, une technique statistique « d'ajustement en fonction des risques » a été appliquée pour contrôler les influences préexistantes.

De plus amples renseignements dans le Résumé technique

Le document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary* fournit des renseignements généraux supplémentaires sur plusieurs sujets, dont les suivants :

- L'historique de l'outil d'enquête.
- Comment les réponses par catégorie ont été converties en notes numériques.
- Les techniques d'ajustement en fonction des risques et d'analyse de régression multiple.
- La pondération des notes des indicateurs en fonction du volume de patients.



Comment le rendement des hôpitaux est-il attribué?

Dans les rapports antérieurs, les hôpitaux de soins de courte durée ontariens qui ont participé à l'enquête ont été évalués en fonction de huit indicateurs de la satisfaction des patients. Selon les résultats obtenus, chaque hôpital a reçu une des cinq attributions de rendement possibles : « supérieur à la moyenne », « légèrement supérieur à la moyenne », « dans la moyenne provinciale », « légèrement inférieur à la moyenne » et « inférieur à la moyenne ».

Au fil du temps, le contenu et les méthodologies de la série du *Rapport sur les hôpitaux* ont évolué et les méthodes utilisées pour mesurer le rendement dans le rapport de 2003 ont été mises à jour. Pour la première fois cette année, pour chaque indicateur et chaque hôpital participant, on présente une plage numérique qui comprend le résultat numérique de l'hôpital. De plus, à la plage numérique s'ajoute un symbole qui précise si le résultat de l'hôpital pour chaque indicateur était « supérieur à la moyenne », « la moyenne provinciale » ou « inférieur à la moyenne ».

Le passage d'un système de classification à l'aide d'étoiles à une déclaration par plage numérique a été motivé par plusieurs raisons, dont les suivantes :

1. Des préoccupations ont été soulevées concernant la perception et la compréhension du public envers le système de classification à l'aide d'étoiles; les gens croyaient qu'un hôpital ayant une cote de cinq étoiles offrait un rendement cinq fois supérieur à celui d'un hôpital ayant une cote d'une étoile.
2. Le système de classification à l'aide d'étoiles ne fournissait pas suffisamment d'information aux patients et aux clients sur la qualité des soins fournis dans les hôpitaux.
3. Il peut être difficile de distinguer à vue les différents groupes d'étoiles.

On a assigné à chaque hôpital l'un des trois symboles de rendement en fonction de la façon dont un intervalle de confiance de 99,9 p. cent. (une plage où la valeur réelle de l'indicateur devrait se situer avec un intervalle de 99,9 p. cent.) de la note d'un hôpital est comparable à la moyenne provinciale. Selon ce système d'attribution, les rendements « supérieurs à la moyenne » et « inférieurs à la moyenne » signifient que la note de l'hôpital diffère, sur le plan statistique, de la moyenne provinciale (voir le document *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary* pour obtenir une définition détaillée de la notion de « différence statistique »). Le *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary* donne une présentation graphique de l'attribution en fonction de l'intervalle de confiance. Ce type de comparaison de détails vise à établir les écarts qui ne risquent guère d'arriver par hasard. Avant d'assigner les attributions de rendement, on a rajusté les valeurs des indicateurs en fonction des risques (au moyen d'une analyse de régression multiple) afin de contrôler les différences entre les différents hôpitaux en fonction des principales caractéristiques des patients, soit l'âge, le sexe, l'état de santé déclaré par le patient, le nombre d'hospitalisations récentes et le fait qu'une personne autre que le patient a répondu au questionnaire d'enquête. Les valeurs ajustées des indicateurs du patient sont ensuite générées afin d'obtenir une évaluation pour chaque hôpital.

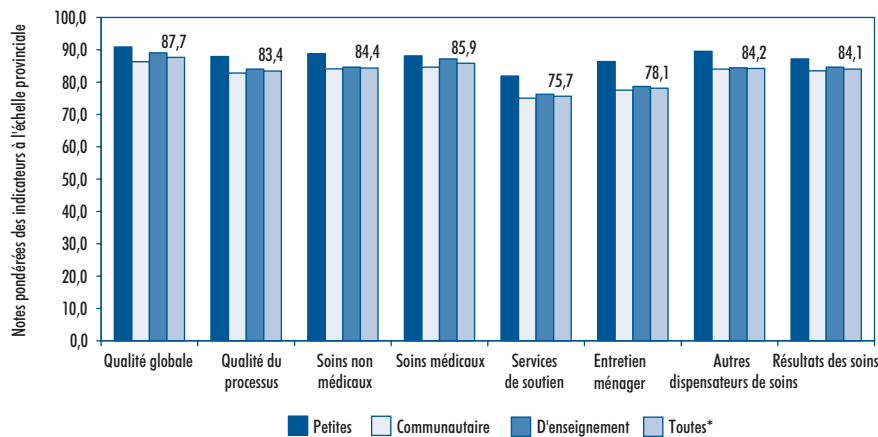
On peut trouver les fourchettes numériques et les attributions de rendement propres à 84 hôpitaux de l'Ontario dans l'encart au dos du présent rapport. Voici les symboles des attributions de rendement :

- : Sur le plan statistique, la note de l'hôpital était supérieure à la moyenne provinciale;
- ◐ : Sur le plan statistique, la note de l'hôpital était semblable à la moyenne provinciale;
- : Sur le plan statistique, la note de l'hôpital était inférieure à la moyenne provinciale;

ND : Signifie « non déclarable » (certaines notes n'ont pas été divulguées afin de protéger la confidentialité du patient ou du médecin, ou parce que les données étaient incomplètes)

FIGURE 4.3 : SATISFACTION DES PATIENTS PAR GROUPE DE PAIRS

Lorsque l'on compare la satisfaction des patients par groupe de pairs, on constate que les petits hôpitaux ont obtenu, de façon constante, les notes les plus élevées pour chaque indicateur, affichant une différence moyenne de 4,7 points par rapport à la moyenne provinciale pour tous les groupes de pairs. Les hôpitaux d'enseignement ont obtenu des notes légèrement plus élevées que la moyenne provinciale, soit une moyenne de 0,7 point indicateur de plus. Les hôpitaux communautaires, quant à eux, ont obtenu des notes inférieures de 0,7 point indicateur à la moyenne provinciale pour tous les groupes de pairs.



*Seules les étiquettes de données correspondant aux notes des indicateurs à l'échelle provinciale pour tous les groupes de pairs ont été présentées.
Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002.

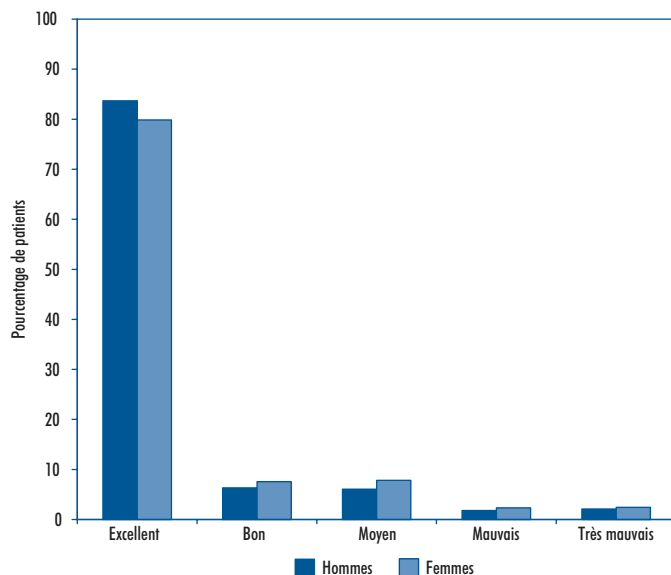
Qualité globale

L'indicateur de qualité globale mesure les réponses globales des patients relativement aux soins reçus après leur hospitalisation. Il s'agit de l'indicateur qui affiche, de façon constante, la note la plus élevée. Dans le cas du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*, l'indicateur de qualité globale à l'échelle provinciale était de 87,7 points sur 100. L'analyse de l'indicateur de qualité globale en fonction du sexe a révélé que les hommes interrogés ont attribué des notes légèrement plus élevées que les femmes, soit 88,8 comparativement à 86,9 points sur 100, respectivement, alors que globalement, 81,5 p. cent des patients ontariens ont attribué des niveaux de satisfaction élevés (équivalents à « excellent »). L'indicateur de qualité globale est le seul indicateur pour lequel plus

de 80 p. cent des patients (tant les hommes que les femmes) ont indiqué un degré de satisfaction « excellent ». Bien qu'on ait observé une légère diminution de 2002 à 2003, l'indicateur de qualité globale présente toujours la plus importante augmentation au cours des quatre années où des rapports sur les hôpitaux ont été produits (plus de deux points indicateurs de 1999 à 2003).

FIGURE 4.4 : PERCEPTIONS GLOBALES DES PATIENTS

Ce graphique illustre le pourcentage de patients de sexe masculin et féminin qui ont attribué des notes dans chacune des cinq catégories de réponse correspondant à l'indicateur de la qualité globale.



Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002.

Sur quels éléments l'indicateur de qualité globale est-il fondé?

L'indicateur de qualité globale est fondé sur trois questions de l'enquête :

1. Donnez votre appréciation globale de la qualité des soins reçus.
2. Est-ce que vous retourneriez à cet hôpital pour y recevoir des soins médicaux?
3. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait des soins hospitaliers?

Qualité du processus

L'indicateur de qualité du processus est considéré comme l'indicateur global complet le plus efficace de la satisfaction des patients. Il est lié plus étroitement aux soins proprement dits que l'indicateur de qualité globale. L'indicateur de qualité du processus est constitué de neuf sous-échelles (comprenant 55 questions) qui englobent la plupart des aspects de la satisfaction des patients touchant la qualité des soins et des services. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter le document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*.

Les sous-échelles de soins non médicaux et de soins médicaux combinées forment 41 p. cent de l'indicateur de qualité du processus, alors que les services de soutien, l'entretien ménager, les autres dispensateurs de soins et la continuité des soins représentent près de 42 p. cent du même indicateur (ces six sous-échelles sont également présentées sous forme d'indicateurs individuels dans le présent rapport). Les sous-échelles de l'admission, de la gestion de la douleur et des finances (les coûts défrayés par un patient pour obtenir des béquilles, par exemple) constituent les 17 p. cent restants de la note de l'indicateur de qualité du processus.

La note de l'indicateur de qualité du processus à l'échelle provinciale a été de 83,4 points sur 100, alors que 69,0 p. cent des patients ontariens indiquaient des niveaux de satisfaction très élevés (l'évaluation « excellent »). L'analyse de l'indicateur de la qualité du processus en fonction du sexe a révélé que les hommes ont attribué des notes légèrement plus élevées que les femmes, soit 84,4 comparativement à 82,6 points sur 100, respectivement.

Quels ont été les changements observés sur le plan des notes des indicateurs du rendement des hôpitaux au cours de la dernière année? Parmi les hôpitaux qui ont participé à l'enquête au cours de l'exercice précédent, 19 p. cent ont vu la note de l'indicateur de qualité du processus augmenter de plus d'un point indicateur, alors qu'une diminution de plus d'un point indicateur a été observée pour le même pourcentage.

Sur quels éléments l'indicateur de qualité du processus est-il fondé?

L'indicateur de qualité du processus est constitué de neuf sous-échelles, desquelles six sont également présentées individuellement dans le présent rapport alors que trois autres ne sont utilisées qu'à des fins de calcul. Le tableau ci-dessous indique la proportion, en pourcentage, de chacune des neuf sous-échelles de l'indicateur de qualité du processus.

TABLEAU 4.1 : SOUS-ÉCHELLES DE L'INDICATEUR

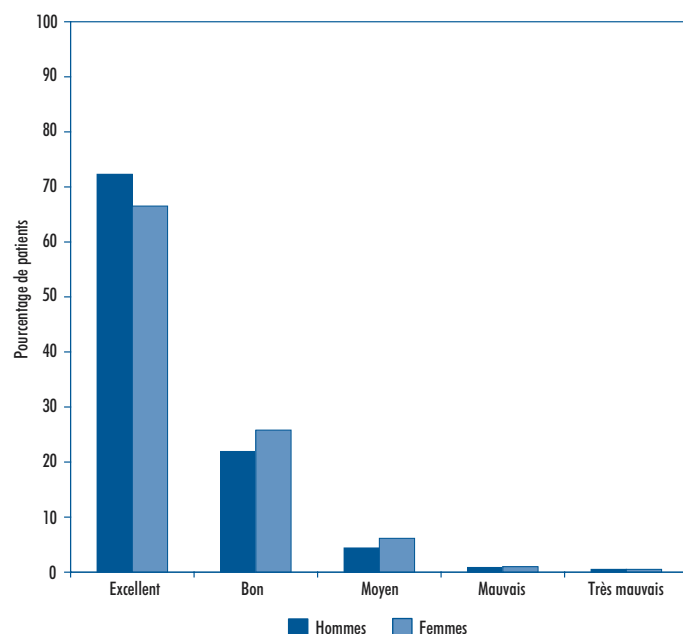
Sous-échelles de l'indicateur	Pondération
Soins non médicaux*	26 %
Soins médicaux*	15 %
Services de soutien*	13 %
Entretien ménager*	11 %
Gestion de la douleur	10 %
Autres dispensateurs de soins*	9 %
Continuité des soins*	9 %
Admissions	5 %
Finances	2 %

*Ces sous-échelles sont également présentées sous forme d'indicateurs individuels dans le présent rapport.

Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002

FIGURE 4.5 : PERCEPTIONS GLOBALES DES PATIENTS À L'ÉGARD DE LA QUALITÉ DU PROCESSUS

Ce graphique illustre le pourcentage de patients de sexe masculin et féminin qui ont attribué des notes dans chacune des cinq catégories de réponse correspondant à l'indicateur de la qualité du processus.



Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002

Satisfaction à l'égard des soins non médicaux

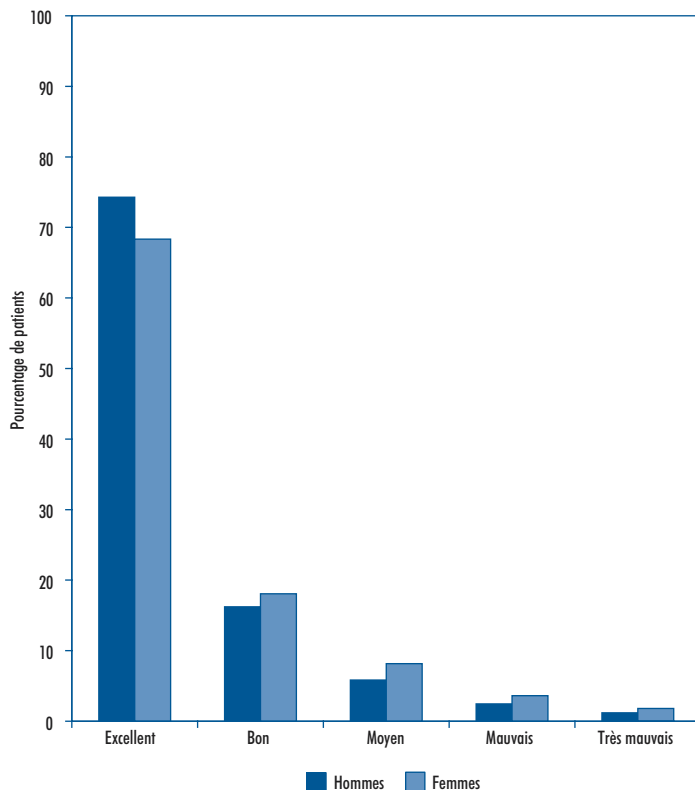
Au cours de leur hospitalisation, les patients entrent en contact avec différents membres du personnel. Les réponses aux questions correspondant à cet indicateur tiennent compte des nombreux types

d'employés de première ligne et non uniquement du personnel infirmier. Le personnel qui assure les soins non médicaux comprend les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, les aides ainsi que différents types de travailleurs polyvalents. La majeure partie des soins est toutefois assurée par le personnel infirmier autorisé.

La note de l'indicateur de soins non médicaux à l'échelle provinciale était de 84,4 points sur 100. L'analyse de l'indicateur en fonction du sexe a révélé que les hommes ont attribué des notes légèrement plus élevées que les femmes, c'est-à-dire 86,0 et 83,1 points sur 100, respectivement. Dans l'ensemble des indicateurs de la satisfaction des patients, la plus importante différence entre la proportion d'hommes et de femmes qui ont rapporté un degré de satisfaction « excellent » est celle observée pour l'indicateur de soins non médicaux, alors que les niveaux de satisfaction chez les hommes étaient supérieurs de six points indicateurs comparativement à ceux des femmes. Plus de 14 patients sur 20 ont affirmé que la qualité des soins non médicaux était excellente, alors que moins d'un patient sur 20 a indiqué avoir reçu des soins de mauvaise ou de très mauvaise qualité.

FIGURE 4.6 : OPINION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES SOINS NON MÉDICAUX

Ce graphique illustre le pourcentage de patients de sexe masculin et féminin qui ont attribué des notes dans chacune des cinq catégories de réponse correspondant à l'indicateur des soins non médicaux.



Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002

Sur quels éléments l'indicateur de soins non médicaux est-il fondé?

L'indicateur de soins non médicaux est fondé sur dix questions de l'enquête :

1. Donnez votre appréciation globale des soins infirmiers.
2. Étiez-vous satisfait de la qualité des soins administrés par le personnel infirmier?
3. Sentiez-vous que le personnel s'intéressait à vous en tant que personne?
4. Donnez votre appréciation de la courtoisie du personnel infirmier.
5. Étiez-vous satisfait des réponses du personnel infirmier?
6. Donnez votre appréciation des compétences du personnel infirmier.
7. Est-ce que vous vous sentiez à l'aise de parler de vos inquiétudes avec le personnel infirmier?
8. Est-ce que le personnel infirmier a rangé vos objets à votre portée?
9. Étiez-vous satisfait du temps de réponse avec le bouton d'appel?
10. Est-ce que le personnel infirmier vous a appelé(e) par votre nom?

Satisfaction à l'égard des soins médicaux

Bien que les médecins ne soient généralement pas des employés des hôpitaux, les soins qu'ils dispensent contribuent largement à la satisfaction globale des patients. Après l'indicateur de qualité globale, l'indicateur de soins médicaux obtient la deuxième note la plus élevée.

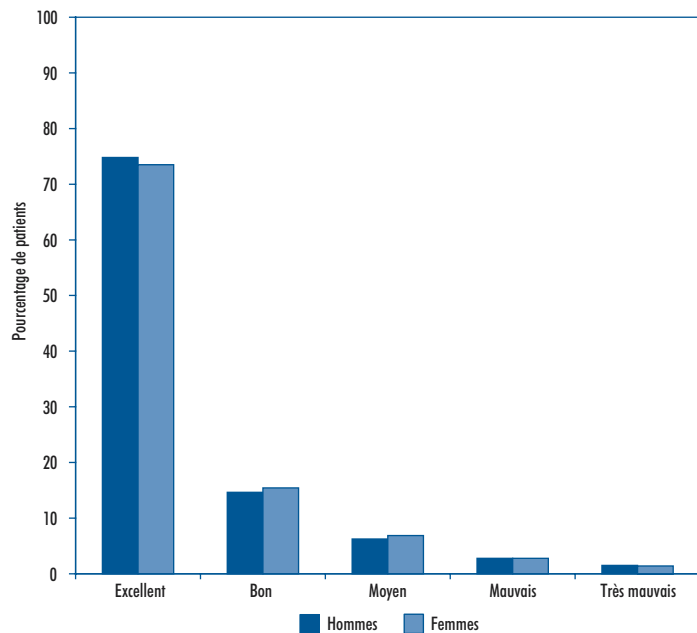
La note de l'indicateur de soins médicaux à l'échelle provinciale était de 85,9 points sur 100, alors que la qualité des soins médicaux a été qualifiée d'excellente par 74,1 p. cent des patients.

Plus particulièrement, 95 p. cent des patients ont affirmé que les compétences de leur médecin étaient bonnes ou excellentes, des résultats semblables à ceux des rapports précédents. À l'inverse, 22 p. cent des patients ont affirmé que leur médecin ne les avait pas tenus au courant de leur état de santé ou avait fourni des renseignements insuffisants, ce qui est également similaire aux résultats des derniers rapports. Plus particulièrement, 21 p. cent des patients ont affirmé que les réponses à leurs questions au sujet des examens et des traitements subis étaient formulées d'une façon incompréhensible ou peu compréhensible. Des renseignements supplémentaires au sujet des méthodes permettant d'améliorer les communications interpersonnelles entre les patients et les dispensateurs de soins de santé sont fournis dans la section intitulée « À l'écoute des patients », que l'on peut trouver à la fin du présent chapitre.

Observe-t-on des différences entre les notes des indicateurs de la satisfaction des patients selon qu'il s'agit d'un petit hôpital, d'un hôpital communautaire ou d'un hôpital d'enseignement? Pour tous les indicateurs, la plus faible différence observée entre la note moyenne des différents types d'hôpitaux se retrouve sur le plan des soins médicaux. Seulement 3,5 points séparent les notes moyennes correspondant aux petits hôpitaux, aux hôpitaux communautaires et aux hôpitaux d'enseignement (veuillez consulter la figure 4.3 pour obtenir les notes des indicateurs par type d'hôpital).

FIGURE 4.7 : OPINION DES PATIENTS À L'EGARD DES SOINS MÉDICAUX

Ce graphique illustre le pourcentage de patients de sexe masculin et féminin qui ont attribué des notes dans chacune des cinq catégories de réponse correspondant à l'indicateur des soins médicaux.



Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002

Sur quels éléments l'indicateur de soins médicaux est-il fondé?

L'indicateur de soins médicaux est fondé sur dix questions de l'enquête :

1. Donnez votre appréciation globale des soins des médecins.
2. Est-ce que vos médecins vous ont bien expliqué le diagnostic et les traitements?
3. Étiez-vous satisfait de la qualité des soins administrés par les médecins?
4. Est-ce que vos médecins vous ont tenu(e) au courant de votre état et des soins prévus?
5. Donnez votre appréciation de la courtoisie des médecins.
6. Donnez votre appréciation des compétences des médecins.
7. Avez-vous pu participer aux décisions concernant vos soins?
8. Avez-vous bien compris les réponses à vos questions sur les tests et traitements?
9. Étiez-vous satisfait de la mesure dans laquelle vos proches étaient informés de votre état?
10. Est-ce qu'on vous avait dit à quoi vous deviez vous attendre pendant votre hospitalisation?

Services de soutien

Dès le moment où un patient est hospitalisé, il entre en contact avec plusieurs travailleurs de soutien de l'hôpital. L'indicateur des services de soutien mesure la courtoisie des travailleurs sociaux, des réceptionnistes et des bénévoles ainsi que l'opinion des patients à l'égard de la nourriture qui leur a été servie.

La note de l'indicateur des services de soutien à l'échelle provinciale a été de 75,7 points sur 100, ce qui en fait la note la plus basse parmi les notes des huit indicateurs de la satisfaction des patients qui sont présentés dans le présent chapitre. En fait, on retrouve un pourcentage plus élevé de patients ayant qualifié de « bons » plutôt que « d'excellents » les services de soutien et d'entretien ménager.

L'une des questions relatives à l'indicateur des services de soutien porte sur l'opinion générale du patient à l'égard de la nourriture servie. Près de la moitié des patients ont donné l'évaluation « mauvaise », « très mauvaise » ou « moyenne » à leur satisfaction relativement aux repas servis. Cette évaluation correspond aux résultats de la nourriture servie généralement obtenus par la plupart des établissements de soins de santé nord-américains dans ce type d'enquête. La courtoisie du personnel chargé de servir

les repas aux patients, qui est généralement évaluée séparément et tend à recevoir une évaluation plus positive que la qualité de la nourriture⁴, a été évaluée comme « bonne » ou « excellente » par plus de huit patients sur dix.

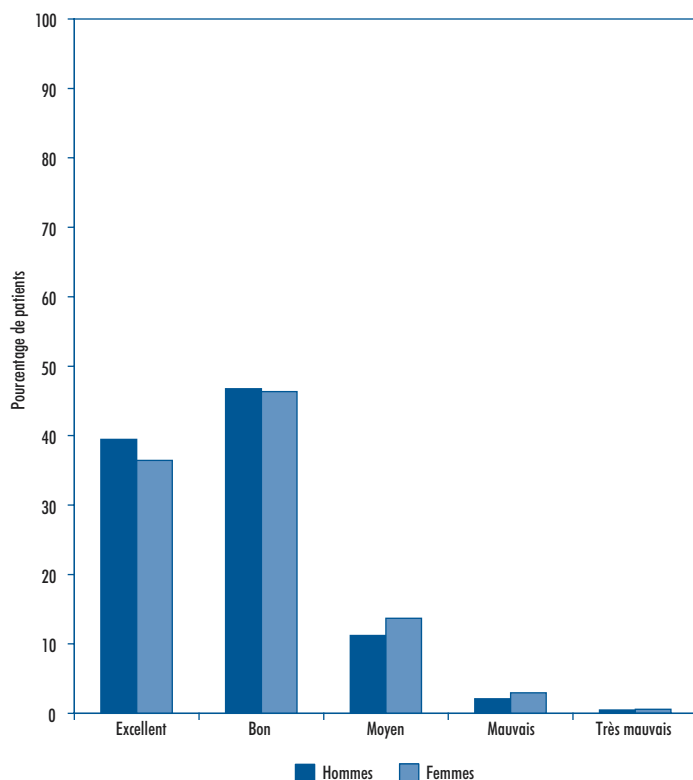
Sur quels éléments l'indicateur des services de soutien est-il fondé?

L'indicateur des services de soutien est fondé sur cinq questions de l'enquête :

1. Donnez votre appréciation de la courtoisie des employés qui vous ont servi vos repas.
2. Donnez votre appréciation de la courtoisie de la réceptionniste/secrétaire.
3. Donnez votre appréciation de la courtoisie des travailleurs sociaux.
4. Donnez votre appréciation de la courtoisie des bénévoles.
5. Donnez votre appréciation globale des repas que vous avez eus pendant votre séjour.

FIGURE 4.8 : OPINION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES SERVICES DE SOUTIEN

Ce graphique illustre le pourcentage de patients de sexe masculin et féminin qui ont attribué des notes dans chacune des cinq catégories de réponse correspondant à l'indicateur des services de soutien.



Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002

Entretien ménager

L'indicateur de l'entretien ménager, qui mesure la satisfaction des patients relativement à la propreté de l'hôpital, est influencé par diverses attentes en matière d'hygiène. Dans le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*, la note de l'indicateur de l'entretien ménager à l'échelle provinciale était de 78,1 points sur 100. L'analyse de l'indicateur en fonction du sexe a révélé qu'une fois de plus, les notes attribuées par les hommes étaient légèrement supérieures à celles des femmes, soit 79,5 et 77,0 points sur 100, respectivement. Dans le dernier rapport, ces notes s'élevaient à 79,8 (hommes) contre 76,9 (femmes).

L'indicateur de l'entretien ménager présente la deuxième note la plus basse de tous les indicateurs. Cet indicateur et l'indicateur des services de soutien sont les seuls indicateurs pour lesquels un pourcentage supérieur de patients ont indiqué un degré de satisfaction « bon » au lieu « d'excellent ». Dans le cas de l'indicateur de l'entretien ménager, ces pourcentages s'élèvent à 44 p. cent (bon) et à 40 p. cent (excellent).

Environ 14 p. cent des participants ont indiqué que le niveau de propreté de l'hôpital était généralement très mauvais, mauvais ou moyen, alors qu'environ 20 p. cent ont affirmé que le niveau de propreté des salles de bain était très mauvais, mauvais ou moyen. Cela dit, 89 p. cent des patients ont qualifié de « bonne » ou « excellente » la courtoisie du personnel d'entretien ménager.

Les patients traités dans différents types d'hôpitaux ont indiqué divers niveaux de satisfaction relativement à l'indicateur de l'entretien ménager. Les notes moyennes de l'indicateur pour les petits hôpitaux étaient de neuf points supérieures à celles des hôpitaux communautaires et huit points supérieur à celles des hôpitaux d'enseignements.

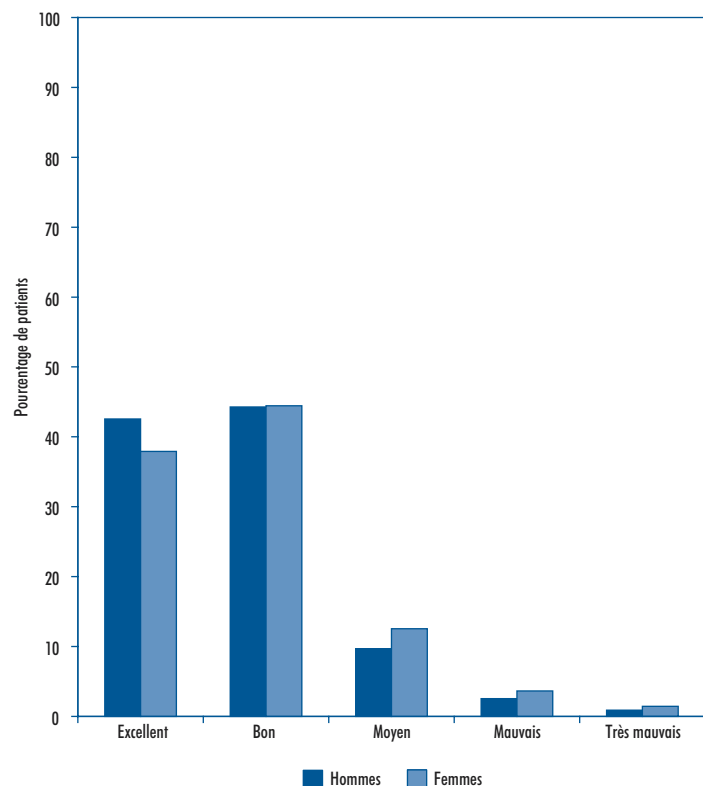
Sur quels éléments l'indicateur d'entretien ménager est-il fondé?

L'indicateur d'entretien ménager est fondé sur cinq questions de l'enquête :

1. Donnez votre appréciation globale des services ménagers.
2. Donnez votre appréciation de la propreté de votre chambre.
3. Donnez votre appréciation de la propreté de la salle de bains.
4. Donnez votre appréciation de la propreté de l'hôpital en général.
5. Donnez votre appréciation de la courtoisie du personnel du service d'entretien.

FIGURE 4.9 : OPINION DES PATIENTS À L'ÉGARD DE L'ENTRETIEN MÉNAGER

Ce graphique illustre le pourcentage de patients de sexe masculin et féminin qui ont attribué des notes dans chacune des cinq catégories de réponse correspondant à l'indicateur d'entretien ménager.



Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002

Autres dispensateurs de soins

En plus du personnel infirmier et des médecins, les patients sont traités par divers dispensateurs de soins lors de leur hospitalisation, notamment des technologues en radiologie, des physiothérapeutes et des techniciens de veinopuncture (chargés des prélèvements sanguins). L'indicateur des autres dispensateurs de soins reflète la perception des patients à l'égard des services assurés par ces autres membres de l'équipe soignante. Puisque les patients ne font parfois pas de distinction entre les différents types de dispensateurs de soins, il est possible que cet indicateur soit davantage une mesure de la satisfaction des processus de soins généraux que des groupes de dispensateurs de soins spécifiques.

La note de l'indicateur des autres dispensateurs de soins à l'échelle provinciale était de 84,2 points sur 100 et 61,6 p. cent des patients ontariens interrogés ont indiqué un degré de satisfaction « excellent ». Mentionnons que ces résultats sont semblables à ceux obtenus l'an dernier.

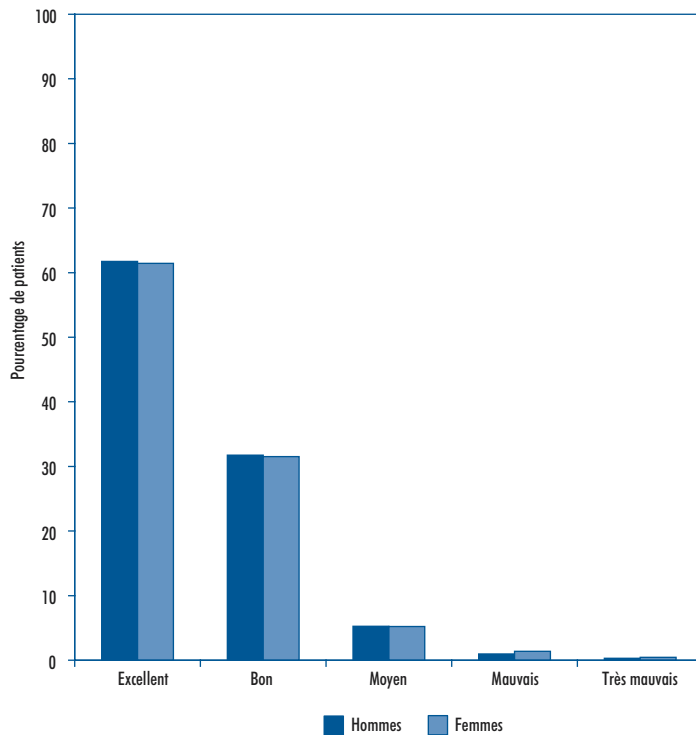
Sur quels éléments l'indicateur des autres dispensateurs de soins est-il fondé?

L'indicateur des autres dispensateurs de soins est fondé sur quatre questions de l'enquête :

1. Donnez votre appréciation des compétences des employés qui vous ont prélevé du sang.
2. Donnez votre appréciation des compétences des employés de radiologie.
3. Donnez votre appréciation de la courtoisie des employés qui vous ont prélevé du sang.
4. Donnez votre appréciation des compétences des physiothérapeutes.

FIGURE 4.10 : OPINION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES AUTRES DISPENSATEURS DE SOINS

Ce graphique illustre le pourcentage de patients de sexe masculin et féminin qui ont attribué des notes dans chacune des cinq catégories de réponse correspondant à l'indicateur des autres dispensateurs de soins.



Source : Enquête SHoPPS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002

Résultats des soins

L'indicateur des résultats des soins permet d'évaluer la qualité des soins en fonction de la perception des patients. En complément, les indicateurs décrits dans le quadrant intitulé Utilisation et résultats cliniques mesurent les résultats obtenus par les patients (les réadmissions, par exemple) à partir des données cliniques.

Sur quels éléments l'indicateur des résultats des soins est-il fondé?

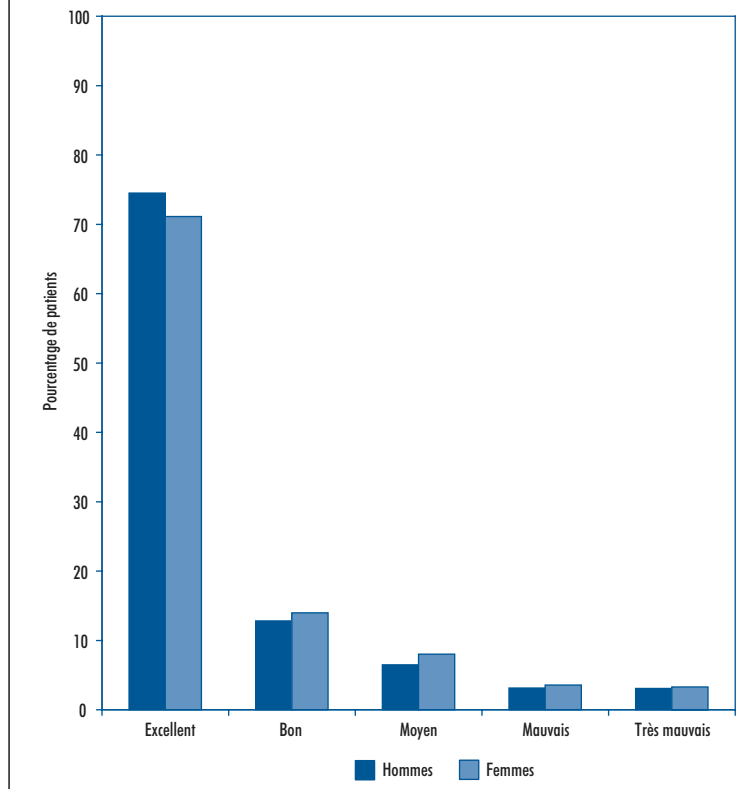
L'indicateur des résultats des soins est fondé sur trois questions de l'enquête :

1. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait des soins hospitaliers?
2. Croyez-vous que l'état pour lequel vous avez été hospitalisé(e) s'est amélioré comme prévu?
3. Aviez-vous une meilleure compréhension de votre état en quittant l'hôpital qu'en y entrant?

La note de l'indicateur des résultats des soins à l'échelle provinciale a été de 84,1 points sur 100. Depuis la première publication des résultats de l'enquête SHoPSS dans le document intitulé *Hospital Report '99*, près de trois patients sur quatre ont indiqué un degré de satisfaction « excellent » pour cet indicateur. L'analyse de l'indicateur en fonction du sexe a révélé que les hommes ont attribué des notes légèrement plus élevées que les femmes, soit 84,8 comparativement à 83,5 points sur 100, respectivement. Toutefois, bien que 83 p. cent des patients se disaient satisfaits des résultats des soins reçus lors de leur hospitalisation, seulement 68 p. cent avaient l'impression de mieux comprendre leur état de santé à leur départ de l'hôpital.

FIGURE 4.11 : OPINION DES PATIENTS À L'ÉGARD DES RÉSULTATS DES SOINS

Ce graphique illustre le pourcentage de patients de sexe masculin et féminin qui ont attribué des notes dans chacune des cinq catégories de réponse correspondant à l'indicateur des résultats des soins.



Source : Enquête SHoPSS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 2002

Lien entre la satisfaction des patients et les résultats cliniques des soins

Les patients qui ont des résultats cliniques positifs attribuent-ils une note plus élevée à l'indicateur des résultats des soins? Des analyses comparatives des quadrants permettront éventuellement d'établir un lien entre la satisfaction des patients et les données cliniques dans les cas où les patients auront donné leur consentement en toute connaissance de cause. Dans le chapitre intitulé Utilisation et résultats cliniques, les variations entre les différents groupes de patients ayant reçu des soins médicaux et chirurgicaux feront l'objet d'une analyse qui sera axée sur la mesure des complications, les réadmissions, l'accès à la technologie et la durée du séjour.

Augmentation de la satisfaction des patients

Les enquêtes menées au cours des quatre dernières années dans le but de connaître les niveaux de satisfaction des patients traités dans les hôpitaux de soins de courte durée en Ontario nous permettent d'examiner comment les notes attribuées ont changé au fil du temps. Depuis 1999, l'enquête SHoPSS est utilisée pour produire des rapports sur la satisfaction des patients à l'égard des soins et des services tant à l'échelle provinciale qu'au niveau de chaque hôpital.

D'année en année, on observe certaines variations sur le plan des échantillons d'hôpitaux et de patients en fonction de la participation des hôpitaux à l'enquête SHoPSS. Par exemple, les données présentées pour les quatre années d'étude présentent certaines différences relativement au moment de l'année où

les patients ont reçu leur congé et, subséquemment, ont été interrogés.

Le caractère saisonnier peut avoir une influence sur la capacité de

comparer les variations des échantillons d'année en année,

c'est-à-dire que cette caractéristique peut avoir une incidence sur

les types de patients échantillonnés et le taux de réponse de ces

patients. Toutefois, au cours de

cette période de quatre ans, les résultats de chacun des indicateurs

à l'échelle provinciale ont été similaires. Pour obtenir de plus

amples renseignements sur les dates de sortie et d'interrogation

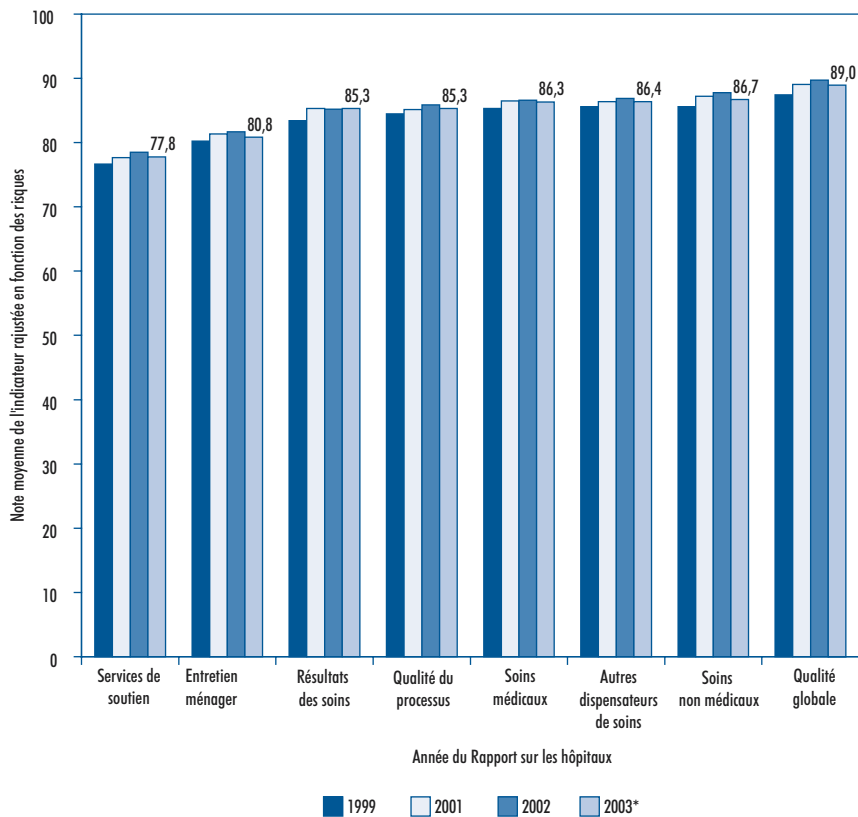
des patients échantillonnés au

cours des quatre années de

rapport, veuillez consulter le document intitulé *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*.

FIGURE 4.12 : COMMENT LES NOTES DES INDICATEURS À L'ÉCHELLE PROVINCIALE ONT-ELLES CHANGÉ?

Après deux années d'augmentation, les résultats de cette année ont affiché une diminution. La note correspondant à l'indicateur des résultats des soins a été la seule à connaître une augmentation, soit 0,1 point indicateur, comparativement au rapport de 2002. L'indicateur des résultats des soins a aussi enregistré l'augmentation la plus importante au chapitre de la note moyenne de l'ensemble des hôpitaux pour les quatre années de rapports (près de deux points indicateurs). L'indicateur de la qualité globale, quant à lui, reste l'indicateur associé au niveau de satisfaction le plus élevé (89,0) malgré une légère diminution par rapport à la note de l'an dernier, qui s'élevait à 89,7. Par contre, les services de soutien (77,8) et l'entretien ménager (80,8) figurent toujours aux derniers rangs des indicateurs de la satisfaction des patients. Les indicateurs de l'entretien ménager et de la qualité du processus ont enregistré la plus faible augmentation, soit 0,61 et 0,79 point indicateur au cours des quatre dernières années.



*Seules les étiquettes de données correspondant aux notes moyennes des indicateurs pour 2003 ont été affichées.
Source : Enquête SHoPSS (Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey), 1999-2002

Changement du degré de satisfaction : qualité du processus

Dans quelle mesure les notes décrivant le degré de satisfaction des patients ont-elles changé d'année en année? L'indicateur de qualité du processus a été sélectionné pour cette analyse puisqu'il est considéré, de façon globale, comme la mesure de satisfaction des patients la plus complète et la plus fiable. Les notes de cette année ont été comparées à celles présentées dans le rapport de l'an dernier.

Au total, 78 hôpitaux ont participé à la fois au rapport de 2002 sur les soins de courte durée et au *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*. De ces hôpitaux, 62 p. cent ont signalé un changement de moins d'un point indicateur par rapport aux résultats de l'an dernier. Parmi les autres hôpitaux, la moitié ont signalé une augmentation de plus d'un point indicateur et l'autre moitié, une diminution de plus d'un point indicateur. Ainsi, les notes de l'indicateur de qualité du processus sont restées relativement constantes de 2002 à 2003.

TABLE 4.2 : CHANGEMENTS OBSERVÉS SUR LE PLAN DES NOTES DES HÔPITAUX

Quartile correspondant	Nombre d'établissements	Amélioration la plus faible	Amélioration la plus marquante	Changement moyen de la note de l'indicateur
0-25 %	19	-5,23	-0,86	-2,03
26-50 %	20	-0,86	-0,09	-0,52
51-75 %	20	-0,09	0,65	0,20
76-100 %	19	0,77	3,63	1,59

Source: Standardized Hospital Patient Satisfaction Survey, 2002.

Pour décrire les changements survenus relativement à cet indicateur, les 78 hôpitaux examinés ont été divisés en quartiles. Les hôpitaux qui ont connu la plus importante amélioration de leur note se sont vus attribuer le premier quartile (de 76 p. cent à 100 p. cent) alors que les hôpitaux ayant obtenu la plus importante diminution ont été placés dans le dernier quartile (entre 0 p. cent et 25 p. cent). La fourchette de notes correspondant à chaque quartile est présentée dans les colonnes identifiant les changements les plus favorables et les plus négatifs. Le changement moyen de la note pour chaque quartile est également indiqué.

À l'écoute des patients

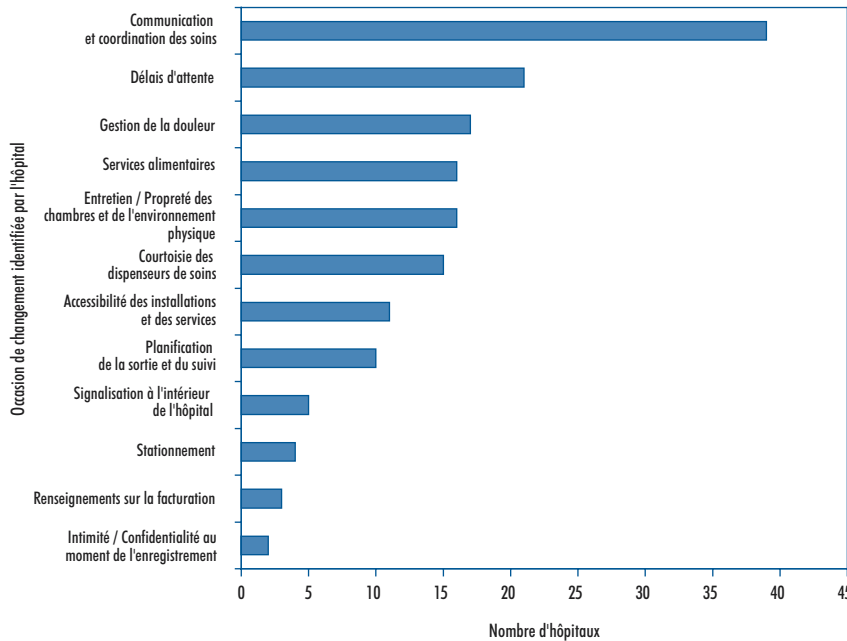
Au cours de chacune des trois dernières années, le questionnaire portant sur l'intégration et le changement du système a été complété par environ 120 hôpitaux ontariens. Dans le questionnaire envoyé cette année, 92 p. cent des hôpitaux ont répondu qu'ils avaient apporté des modifications à leurs pratiques organisationnelles à la suite d'une enquête officielle sur la satisfaction des patients (qui n'est pas nécessairement ni exclusivement l'enquête SHoPPS). Plusieurs thèmes communs ont été identifiés dans l'ensemble des hôpitaux participants.

Les processus de communication et la coordination sont les deux secteurs où les possibilités de changement étaient les plus évidentes. Le premier englobe des sujets tels que la communication entre les dispensateurs de soins et entre ces derniers et les patients ainsi que l'information transmise aux familles et la possibilité pour celles-ci de participer au processus de prise de décision. Parmi les occasions d'amélioration en matière de coordination des soins, on recommandait notamment de s'assurer en tout temps que le patient est au courant des personnes chargées de ses soins, que les explications données par les dispensateurs de soins sont concises et compréhensibles et que toutes les parties ont accès à des renseignements à jour et précis entre les transferts d'unité. La courtoisie des dispensateurs de soins ainsi que la planification de la sortie et les soins de suivi sont des sujets connexes identifiés comme des occasions de changement éventuelles.



FIGURE 4.13 : POSSIBILITÉ DE CHANGEMENT IDENTIFIÉE PAR LES HÔPITAUX À LA SUITE DES RÉSULTATS CONCERNANT LA SATISFACTION DES PATIENTS

Nous avons demandé aux hôpitaux ontariens qui ont répondu à l'enquête sur l'intégration et le changement du système pour les soins de courte durée d'indiquer les deux occasions de changement qu'ils ont identifiées suite à une enquête officielle menée relativement à la satisfaction des patients. Les barres représentent le nombre d'hôpitaux dont les réponses ont pu être regroupées dans l'un des douze catégories affichées. Les catégories ont été attribuées dans les cas où au moins deux hôpitaux ont identifié la même occasion de changement. Les réponses fournies par un seul hôpital n'ont pu être attribuées à une catégorie particulière et ne sont donc pas affichées dans ce graphique.



Source : Enquête sur l'intégration et le changement du système pour les soins de courte durée, 2003

et de confidentialité à l'urgence au moment de l'inscription sont des sujets identifiés moins fréquemment mais qui pourraient faire l'objet d'améliorations.

Viennent ensuite le délai d'attente avant les procédures, les transferts de chambres et le délai de réponse du personnel infirmier aux sonneries d'appel. La gestion de la douleur est également un élément où des possibilités d'amélioration ont été identifiées de façon récurrente.

Les services alimentaires et l'entretien ménager font également partie des aspects souvent identifiés à cet égard. Les patients ont fait part de leur insatisfaction face à la sélection, à la qualité et à la température de la nourriture préparée. Quant aux problèmes liés à l'entretien ménager, les patients font état de la propreté douteuse des chambres, des blocs opératoires et de l'hôpital dans son ensemble. Les patients étaient également insatisfaits des commodités offertes dans les chambres ou dans les lieux de détente communs de l'hôpital.

L'ambiguïté des écriteaux affichés ou des directions indiquées à l'intérieur de l'hôpital, le manque de stationnement, le manque d'information sur la facture envoyée au patient, les installations déficientes pour les personnes handicapées et le manque d'intimité

Sommaire

La mesure de l'efficacité avec laquelle les hôpitaux de l'Ontario répondent aux exigences de leurs patients est un processus complexe. Des recherches suggèrent que, pour assurer un effet maximal, les changements visant à améliorer la satisfaction des patients doivent être très spécifiques et axés sur les soins aux patients. Le quadrant sur la satisfaction des patients fournit un point de vue crucial sur les opinions des patients quant à la qualité des soins et des services assurés. Les huit indicateurs présentés dans ce quadrant servent de guide afin d'aider les hôpitaux à concentrer leurs efforts sur les occasions d'amélioration potentielles. Voici des résultats correspondant à quelques-uns des indicateurs à la lumière des plus récentes données :

- L'indicateur de qualité globale a obtenu de façon constante la note la plus élevée des huit indicateurs au cours des quatre années où des rapports sur les hôpitaux ont été produits. Cette année, cette note s'élevait à 88 points sur 100.
- Parmi les hôpitaux qui ont participé au dernier rapport, 19 p. cent ont connu une augmentation de plus d'un point indicateur de la note de l'indicateur de la qualité du processus, alors qu'une diminution de plus d'un point indicateur a été observée pour le même pourcentage d'hôpitaux.
- Parmi tous les indicateurs de la satisfaction des patients, la plus grande différence entre les hommes et les femmes quant aux niveaux de satisfaction qualifiés d'excellents a été observée pour l'indicateur des soins non médicaux, alors que les hommes ont indiqué des niveaux de satisfaction dans une proportion supérieure de six points indicateurs à ceux des femmes.
- En réponse aux questions relatives à l'indicateur des soins médicaux, 95 p. cent des patients ont qualifié les compétences de leur médecin de « bonnes » ou « excellentes », alors que 22 p. cent des patients ont indiqué que leur médecin ne les tenait pas au courant de leur état de santé ou fournissait des renseignements insuffisants.
- Contrairement aux autres indicateurs de la satisfaction des patients, un pourcentage plus élevé de patients ont attribué aux indicateurs des services de soutien et de l'entretien ménager un niveau de satisfaction « bon » plutôt qu'« excellent ».
- En ce qui a trait à l'indicateur des résultats des soins, bien que 83 p. cent des patients se sont dits satisfaits des résultats des soins reçus au cours de leur hospitalisation, seulement 68 p. cent avaient l'impression de mieux comprendre leur état de santé au moment d'obtenir leur congé de l'hôpital.

Bien que les hôpitaux de l'Ontario obtiennent des notes de plus en plus élevées relativement à la satisfaction des patients, il existe encore des écarts importants entre les différents indicateurs et les différents hôpitaux. Toutefois, l'analyse de l'indicateur de la qualité du processus démontre que des améliorations de la satisfaction des patients à l'échelle de l'hôpital sont possibles. En fait, les augmentations observées sur le plan de la satisfaction à l'échelle provinciale font en sorte que les hôpitaux sont jugés plus sévèrement et ceux-ci doivent maintenant déployer les efforts nécessaires pour accroître le niveau de satisfaction de leurs patients et garder le rythme.

Prochaines étapes

Le défi constant visant à améliorer la satisfaction des patients des établissements ontariens de soins de courte durée exige que l'on aille bien au-delà des simples indicateurs globaux de la satisfaction des patients. Voici quelques-unes des prochaines étapes prévues :

- Un nouvel outil d'enquête sur la satisfaction des patients mis au point par la National Research Corporation (NCR) et Picker Group Canada sera utilisé dans l'ensemble des hôpitaux de soins de courte durée pour produire le prochain rapport. Ainsi, le quadrant intitulé Satisfaction des patients fera l'objet d'un remaniement complet en vue de la publication du *Rapport de 2004 sur les hôpitaux : Soins de courte durée*. Cette initiative prévoit la création de nouveaux indicateurs adaptés spécifiquement à ce nouveau questionnaire.



- Dans le cadre de cette nouvelle enquête, les patients auront également à évaluer des aspects spécifiques des soins. En assurant un suivi systématique des niveaux de satisfaction au fil du temps, les hôpitaux pourront, individuellement et dans leur ensemble, vérifier dans quelle mesure les attentes des patients sont satisfaites. Les renseignements découlant de cette enquête donneront aux hôpitaux un aperçu des aspects sur lesquels ils devront concentrer leurs efforts afin d'accroître les niveaux de satisfaction.
- La durée de l'enquête qui se déroulera en 2004 ne sera plus limitée à trois mois.
- Les prochains rapports examineront de façon plus approfondie le lien entre les résultats des autres quadrants et la satisfaction globale des patients. Par exemple :

Intégration et changement du système — L'enquête sur l'intégration et le changement du système (ICS) permettra peut-être de relier les changements des niveaux de satisfaction associés aux hôpitaux individuels à des efforts spécifiques de la part des hôpitaux dans le but d'améliorer la qualité et les processus en matière de soins.

Utilisation et résultats cliniques — Une analyse comparative des quadrants pourrait permettre d'analyser comment les niveaux de satisfaction varient en fonction des différents groupes de patients et des résultats cliniques.

Rendement et état financiers — La satisfaction des patients à l'égard des services offerts en milieu hospitalier (l'entretien ménager, par exemple) peut être fonction de la dotation en personnel au sein de l'hôpital.

Pour obtenir de plus amples renseignements

¹ ROSENHECK, R., WILSON, N.J. et M. METERKO. « The influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment », *Psychiatric Services*, 48(12), 1997, p. 1553-61.

² TUCKER, J. et V. KELLEY. « The influence of patient socio-demographic characteristics on patient satisfaction », *Military Medicine*, 165(1), 2000, p. 72-76.

³ HALL, J.A., MILBURN, M.A., et A.M. EPSTEIN. « A causal model of health status and satisfaction with medical care », *Medical Care*, 31(1), 1993, p. 84-94.

⁴ LAU, C. et M.B. GREGOIRE. « Quality ratings of a hospital foodservice department by inpatients and postdischarge patients », *Journal of the American Dietetic Association*, 98 (11), 1998, p. 1303-07.

Rendement et état financiers





Rendement et état financiers

Le rendement et l'état financiers sont d'importantes composantes du rendement global des hôpitaux. Pour être en mesure de fournir les services nécessaires, un hôpital se doit d'avoir un rendement financier marqué et une bonne situation financière. Bon nombre d'intervenants, notamment les administrations des hôpitaux, les syndicats, le gouvernement fédéral et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), ont besoin de renseignements qui décrivent le rendement et l'état financiers des hôpitaux de l'Ontario. Ces parties sont chargées d'importantes décisions en matière de soins de santé en Ontario et, pour ce faire, elles doivent comprendre la façon dont les hôpitaux gèrent leurs ressources financières et humaines. Les indicateurs du rendement et de l'état financiers peuvent les aider à y parvenir, plus particulièrement lorsqu'on les examine conjointement avec les indicateurs d'utilisation et de résultats cliniques, de satisfaction des patients et d'intégration et de changement du système.

Le présent chapitre du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* examine les indicateurs financiers qui mesurent la viabilité, la liquidité, l'efficacité et l'utilisation des ressources humaines dans les hôpitaux de l'Ontario pour les quatre années de déclaration, soit 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002 (aucun rapport n'a été publié en 1998-1999). Ces indicateurs aident à décrire la façon dont est géré ce secteur de l'économie de la province.

Un portrait instantané des hôpitaux de l'Ontario

Les hôpitaux reçoivent la majorité de leur revenu du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Depuis la publication du premier rapport de la série sur les soins de courte durée (qui décrivait le rendement et l'état financiers pour l'exercice 1997-1998), les revenus que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a versés aux hôpitaux de soins de courte durée ont augmenté de 36 % pour atteindre un total de 8,57 milliards de dollars en 2001-2002. Ce total représente à lui seul 85,4 % de l'ensemble des revenus relatifs au fonctionnement de l'hôpital enregistrés par les hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario en 2001-2002. Les revenus des sources autres que le ministère ont également grimpé considérablement au cours de cette période (33 %). En 2001-2002, les hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario ont reçu 33 \$ de fonds des sources autres que le ministère pour chaque tranche de 100 \$ versée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Au cours des cinq dernières années, la dette des hôpitaux de soins de courte et de longue durée a fluctué entre 208 millions de dollars et 276 millions de dollars. Le nombre d'employés des hôpitaux a augmenté de 15 % au cours de la même période. De plus, le nombre de jours-présence en soins de courte durée a diminué de 1 %, tandis que les cas de chirurgie d'un jour ont connu une augmentation de 13 % pour atteindre un total de 1,16 millions en 2001-2002. En outre, la durée moyenne du séjour en hospitalisation est un peu plus longue.

Comment la recherche a-t-elle été menée?

La source des données

Les hôpitaux de l'Ontario recueillent des données qui décrivent leurs activités financières sur une base quotidienne. Ces données sont regroupées et résumées dans le système comptable des hôpitaux en fonction des normes établies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et adaptées à l'usage en Ontario. Ces normes renferment les principes comptables généralement reconnus.

Les hôpitaux font rapport des renseignements qui décrivent leurs activités financières dans une multitude de formats. La liste détaillée des soldes comptables du grand livre général à la fin de l'exercice financier constitue l'un de ces formats. Cette liste dresse le portrait de la situation financière de tous les comptes de dépenses, de revenus, d'actif, de passif et de capital. On la transmet par voie électronique au MSSLD, accompagnée d'une déclaration signée par l'hôpital qui certifie que les données soumises correspondent à tous les aspects principaux des états financiers consolidés de l'hôpital et que tous les écarts peuvent être expliqués. Après l'application d'un certain nombre de vérifications de contrôle et d'autres processus d'examen, on soumet les données au Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario (SPRHO) — une banque de données provinciale qui contient les données financières sur les hôpitaux. Le MSSLD se sert du SPRHO à de multiples fins, notamment la surveillance de la situation financière des hôpitaux et la prise de décisions éclairées en matière de financement. Les données employées dans le présent quadrant sont issues de cette base de données.

Les dernières années

Le *Rapport 2003 sur les hôpitaux : Soins de courte durée* fournit un aperçu du rendement et l'état financiers des hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario pour l'exercice 2001-2002. Ci-dessous, on trouve un résumé des principaux indicateurs du fonctionnement et des finances rassemblés pour tous les hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario. Les valeurs des parutions précédentes du rapport sur les soins de courte durée y sont comprises.

	1997-1998	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Revenu total de l'hôpital	8,4 milliards	9,6 milliards	10,5 milliards	11,4 milliards
Revenu des hôpitaux relatif au fonctionnement*	7,5 milliards	8,5 milliards	9,3 milliards	10,0 milliards
Part du total des revenus d'exploitation du gouvernement provincial	84,7 %	85,3 %	85,7 %	85,4 %
Dettes à long terme**	219 millions	208 millions	276 millions	238 millions
Nombre d'employés à l'hôpital (Équivalents à temps plein)	105 000	111 000	115 000	121 000
Jours-présence en soins de courte durée	7,03 millions	7,16 millions	6,97 millions	6,99 millions
Durée moyenne du séjour en soins de courte durée	5,97 jours	6,19 jours	6,13 jours	6,11 jours
Cas de chirurgie d'un jour	1,03 millions	1,09 millions	1,14 millions	1,16 millions

*Ces chiffres représentent le total des revenus des hôpitaux, sans compter les autres sources (autres fonds du gouvernement), ceux de la Protection-Santé de l'Ontario, les subventions, les dons, le remboursement interne et les revenus des recherches financées à l'externe.

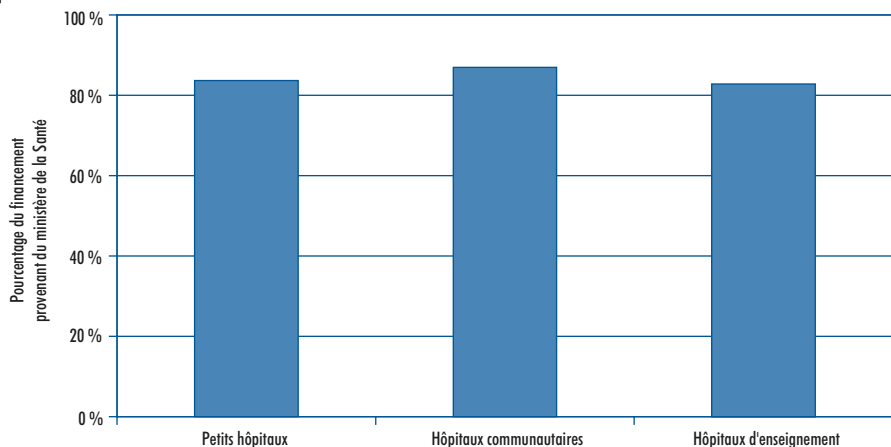
**Ces chiffres ne comprennent pas les obligations émises par un des hôpitaux d'enseignement de la province.

Source : Ontario Hospital Reporting System et Base de données sur les congés des patients.

Remarque : Les chiffres de 1997-1998, 1999-2000 et 2000-2001 ont été reclassés pour être conformes aux méthodologies actuelles. Par conséquent, ils peuvent ne pas être identiques aux chiffres publiés dans les rapports précédents.

FIGURE 5.1 : COMPRENDRE LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

La plupart des revenus des hôpitaux proviennent du ministère de la Santé et des Soins de longue durée tel qu'illustré ci-dessous.



Source : Ontario Hospital Reporting System, 2001-2002.

Financement des hôpitaux de l'Ontario

La plus grande partie du revenu des hôpitaux de l'Ontario provient du MSSLD. Chaque année, une démarche complexe sert à partager cette subvention entre les hôpitaux de la province. La plupart des années, c'est le budget de base de l'année précédente d'un hôpital, rajusté en fonction de l'inflation, qui sert de point de départ. Il est possible qu'on effectue des rajustements supplémentaires à la subvention de base d'un hôpital à l'aide d'un modèle qui mesure l'efficacité relative et les volumes prévus des hôpitaux (pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web du *Joint Policy and Planning Committee (JPPC)* [Comité mixte des

politiques et de la planification (CMPP)] au www.jppc.org — site en anglais seulement).

Les hôpitaux reçoivent également un financement supplémentaire pour les programmes prioritaires tels que les services cardiologiques choisis, les transplantations et les programmes relatifs à l'insuffisance rénale chronique au stade ultime. La subvention au titre des programmes prioritaires est versée sur une base annuelle; elle est redistribuée au besoin au cours de l'exercice en fonction de la demande, de la politique provinciale au chapitre des soins de santé, des objectifs recommandés en matière de population et de la démarche de planification du ministère.

Quoi de neuf en 2003?

- Les résultats de l'indicateur sont présentés à l'aide des données qui proviennent des quatre années de déclaration, soit 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002.
- Dans le présent rapport, on fait état de trois nouveaux indicateurs de rendement financier au niveau des soins infirmiers à l'échelle du système.

La sélection des indicateurs

Les indicateurs financiers employés dans le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* vont de pair avec ceux employés dans les documents intitulés *Hospital Report 2002: Acute Care*, *Hospital Report 2001: Acute Care and Hospital Report '99*. Dans le cas du *Hospital Report '99*, des membres de deux groupes de travail du *Joint Policy and Planning Council* (JPPC), soit le Comité de financement de l'hôpital et l'équipe chargée de l'examen de la qualité des données, ont agi à titre de groupe consultatif des finances dans le processus de sélection des indicateurs. Ces groupes sont constitués de cadres supérieurs des hôpitaux et du ministère, ainsi que d'autres experts qui connaissent bien les finances des hôpitaux et les exigences de l'Ontario en matière de déclaration.

Ce rapport est fondé sur le travail effectué par des chercheurs de l'Université de Toronto dans le cadre de la rédaction du *Hospital Report '99*. L'équipe de recherche a procédé à une analyse documentaire et, sur les conseils du groupe consultatif des finances, elle a choisi un bassin d'indicateurs possibles. L'équipe a eu recours à une démarche itérative pour établir, prendre en considération et évaluer ces indicateurs. Cette démarche comprenait la transmission, au groupe consultatif des finances, de renseignements statistiques destinés à l'aider dans ses délibérations, en particulier lorsqu'il devait faire un choix entre des indicateurs dont les contenus se chevauchaient. Au bout du compte, le groupe a porté son choix sur neuf mesures du rendement et de l'état financiers, lesquelles ont été ajoutées au *Hospital Report '99*.

Variations de codification et qualité des données

Dans le calcul de l'indicateur de rendement du coût unitaire, on se sert des cas pondérés. Ces données proviennent des données de l'abrégié de sortie du patient de soins de courte durée recueillies par l'ICIS. L'ICIS les rassemble en groupes de maladies analogues ou GMA homogènes selon l'emploi des ressources et l'état clinique. On attribue une pondération du volume des ressources à chacun des groupes de maladies analogues. La méthodologie de regroupement élaborée par l'ICIS intègre ce qu'on appelle un degré de complexité ou Plx^{MD} défini par la présence de certaines conditions comorbides dans l'abrégié de sortie du patient. La méthodologie de regroupement utilise alors les GMA et le Plx (combinés avec l'âge du patient) pour attribuer au patient une pondération de la consommation des ressources ou RIW^{MD}. Une RIW est une valeur relative qui décrit la consommation prévue des ressources par le patient par rapport au patient « moyen » dans une année donnée. Des études effectuées conjointement au cours de la dernière année par l'ICIS, le JPPC et le MSSLD ont montré des variations de codification au niveau des comorbidités des patients dans les hôpitaux.

Pour atténuer l'effet que ces variations pourraient avoir sur l'indicateur de rendement du coût unitaire, le JPPC a calculé des valeurs propres aux hôpitaux au titre de cet indicateur pour le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* à l'aide d'une méthodologie mise à jour. Le remplacement du modèle de degré de complexité de l'ICIS par un modèle de degré de complexité « affaîssi », lequel n'établit pas de lien entre la RIW et le niveau de complexité du patient individuel, constitue la première modification apportée à la méthodologie. Cette mise au point devrait réduire les effets du rapport des variations à l'endroit de cet indicateur. De plus, la méthodologie mise à jour tient compte d'autres décisions récentes prises par le sous-comité des tarifs du JPPC au chapitre de l'indicateur de rendement du coût unitaire (pour de plus amples détails, veuillez consulter le *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary*).

^{MD} Marque déposée de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Méthodologie

La méthodologie employée aux fins du présent rapport est décrite en détail dans le *Hospital Report 2003: Acute Care Technical Summary* que l'on peut se procurer gratuitement sur les sites Web des partenaires et commanditaires de la série du *Rapport sur les hôpitaux*. Pour obtenir une liste des sites Web, consulter le plat verso de ce rapport. Au nombre des éléments importants de la méthodologie figurent :

- La remise de rapports de vérification à tous les hôpitaux pour s'assurer de l'exactitude des données. Ces rapports soulignaient les valeurs préliminaires de l'indicateur de chaque hôpital et résumaient les éléments de données ayant servi aux fins du calcul des indicateurs. On a demandé aux hôpitaux d'examiner les documents et de déterminer les modifications devant être apportées aux données qui avaient été soumises, à l'origine, au MSSLD. Un comité conjoint formé de représentants du MSSLD, du JPPC, de l'ICIS et des hôpitaux de l'Ontario a examiné les demandes de modification des données avec le groupe de recherche sur le quadrant financier. En conséquence, en 2003, sept hôpitaux ont apporté des modifications aux données qu'ils avaient soumises. Des cas précis dans lesquels les valeurs de l'hôpital ont changé en raison de nouvelles soumissions de données sont répertoriés avec une note de bas de page sur le document qui se trouve à la fin du présent rapport. En dépit de cette précaution, il est possible qu'il subsiste des questions liées à la qualité des données. À titre d'exemple, des écarts au niveau de l'interprétation des directives en matière de déclaration et de pratiques de codage, les relations de partage du coût/de l'actif dans les hôpitaux et les fondations ou les instituts de recherche affiliés, et d'autres facteurs sont susceptibles d'avoir une incidence sur le caractère comparable des données.
- Le repérage et l'analyse des valeurs aberrantes, à titre d'exemple celles que l'on considère comme étant très supérieures ou très inférieures à la plage normale des valeurs établies pour un indicateur donné. On a communiqué avec tous les hôpitaux qui ont obtenu des valeurs aberrantes afin de vérifier leurs observations et de faciliter les mises au point nécessaires à l'amélioration de la qualité et de la comparabilité des données.

Comment assigner le rendement?

Dans les éditions précédentes de la série intitulée *Hospital Report: Acute Care*, on a groupé les valeurs des indicateurs des hôpitaux dans l'une des cinq catégories suivantes du rendement financier : « supérieur à la moyenne », « assez supérieur à la moyenne », « moyenne provinciale », « assez inférieur à la moyenne » et « inférieur à la moyenne ». Les catégories du rendement étaient représentées par des étoiles. Cette année et pour la première fois, on présente un intervalle numérique qui comprend la note numérique pour chaque hôpital participant et indicateur financier. Cette méthode remplace celle qui avait recours aux étoiles dans le quadrant des finances des rapports précédents. Les résultats par hôpital des 92 établissements sont disponibles dans l'encart qui accompagne le présent rapport.

Indicateurs du rendement et de l'état financiers

Malheureusement, hormis les moyennes de l'industrie, il n'existe ni normes ni repères au chapitre des indicateurs du rendement et de l'état financiers des hôpitaux. Une moyenne de l'industrie ne représente pas un niveau de rendement que tous les hôpitaux devraient s'efforcer de maintenir; en fait, certains hôpitaux bien administrés se situent près de la moyenne alors que ce ne sera pas le cas pour d'autres. Cependant, si les ratios d'un hôpital sont à des lieues des moyennes de l'industrie, cela soulève une mise en garde et on doit mener une enquête plus poussée pour connaître les raisons d'un tel écart. De multiples raisons peuvent expliquer une valeur extrême obtenue à l'égard d'un indicateur. Ces raisons nécessitent la tenue d'une enquête au niveau de la capacité financière et des sources de préoccupation éventuelles. Dans l'analyse qui suit chaque indicateur, on fournit des consignes d'interprétation des valeurs de l'indicateur en question.

Viabilité financière

Viabilité financière s'entend de la capacité d'un hôpital de financer la croissance, les nouveaux programmes, les besoins en fonds de roulement et les nouveaux équipements par le biais d'un revenu excédentaire par rapport aux dépenses. La marge totale constitue un indicateur de viabilité financière.

Marge totale

L'indicateur lié à la marge totale mesure la santé financière relative d'un hôpital. Il s'agit du degré auquel le revenu total d'un hôpital dépasse les dépenses totales pour un exercice donné. On a élaboré cet indicateur d'une façon qui s'ajuste aux différences qui existent entre les divers hôpitaux et à la manière dont le revenu provenant de sources autres que le ministère est comptabilisé. Une valeur positive indique que les revenus dépassent les dépenses, alors qu'une valeur négative signifie l'inverse.

Calcul de la marge totale

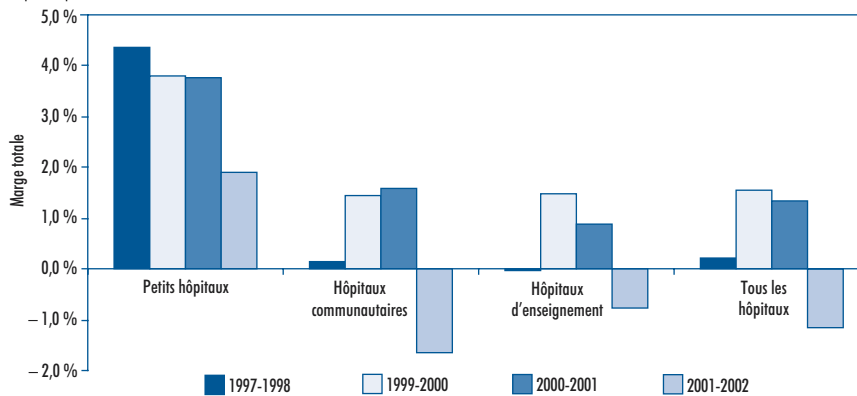
On calcule l'indicateur de la marge totale ainsi :

$$\frac{(\text{Revenu total} - (\text{dépenses totales} - \text{amortissement de l'établissement}), \text{ en ne tenant pas compte du revenu des recherches et des dépenses subventionnées à l'externe}) * 100}{\text{Revenu total, en ne tenant pas compte des autres crédits votés}}$$

(financement du MSSLD spécialement conçu à l'usage des programmes autorisés),
revenu de l'Assurance-santé de l'Ontario, subventions, dons, recouvrements entre les services
(l'effet des activités internes), et revenu des recherches financées à l'externe

FIGURE 5.2 : VARIATION DE LA MARGE TOTALE SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET L'ANNÉE FINANCIÈRE

La marge totale reflète à quel point le revenu total d'un hôpital excède ses dépenses totales, exception faite de l'amortissement de l'établissement. Malgré que les résultats soient appelés à varier d'un hôpital à l'autre, les petits hôpitaux semblent généralement avoir des marges totales plus élevées que les hôpitaux communautaires ou les hôpitaux d'enseignement. Les valeurs indiquées plus bas illustrent les moyennes pondérées par type d'hôpital pour les années financières 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

positive, soit 1,90 p. cent, mais les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires ont dégagé des marges totales négatives, soit - 0,75 p. cent et - 1,66 p. cent, respectivement. Au cours de cette période, 85 des 120 hôpitaux de soins de courte durée en Ontario ont déclaré une baisse de la valeur de leur marge totale, tandis que seulement 35 hôpitaux ont déclaré une hausse.

La viabilité financière d'un hôpital est le résultat net de bon nombre de ses politiques et décisions en matière de gestion. À titre d'exemple, il est possible qu'une marge totale faible soit attribuable à un contrôle des coûts déficient et qu'elle mette en lumière le besoin d'une plus grande efficacité au niveau du fonctionnement. Puisque certains hôpitaux de l'Ontario ont des titres de dette, il est probable qu'une marge totale faible soit également attribuable à un recours massif à la dette. Si deux hôpitaux ont un revenu, des coûts de fonctionnement et des surplus avant intérêt identiques, mais qu'un d'eux a davantage recours à la dette que l'autre, ce dernier aura des frais d'intérêt plus élevés. Ces frais d'intérêt contribueront à réduire un excédent ou à accroître un déficit. Puisque le revenu est constant, cela donnera lieu à une marge totale relativement faible. Dans une telle situation, la faible marge totale ne serait pas l'indice d'un problème de fonctionnement, mais celui d'une différence au niveau des stratégies de financement.

Dans le contexte des hôpitaux à but non lucratif, une marge totale élevée n'est pas nécessairement souhaitable. Une marge totale relativement élevée est susceptible de dénoter que l'hôpital ne dépense pas suffisamment et néglige probablement de répondre aux besoins de la communauté. Par conséquent, la marge totale optimale en est une à la fois suffisamment élevée pour fournir à un hôpital les fonds dont il a besoin pour remplacer les équipements désuets et en acquérir de nouveaux, maintenir et améliorer la qualité des soins dispensés, et ainsi de suite, mais pas élevée au point d'indiquer que l'établissement ne remplit pas son mandat d'hôpital à but non lucratif.

Après rajustement pour exclusions (voir la formule), les hôpitaux de l'Ontario ont déclaré un revenu de près de 10 milliards de dollars en 2001-2002, soit moins que les dépenses totales déclarées à l'échelle de la province. Ils ont déclaré des dépenses qui excèdent de plus de 115 millions de dollars le revenu, ce qui porte la marge totale à - 1,16 p. cent. Cet indicateur a connu une baisse de 2,5 points par rapport à l'exercice financier 2000-2001 alors qu'il se chiffrait à 1,35 p. cent. Au cours de cette période, les dépenses totales se sont accrues de 11 p. cent pour dépasser la croissance du revenu total. La marge totale atteignait 1,55 p. cent en 1999-2000 et 0,22 p. cent en 1997-1998.

En 2001-2002, la santé financière des hôpitaux a varié, et ce, malgré le fait que leurs dépenses ont surpassé leurs revenus. Soixante et un hôpitaux ont déclaré des revenus supérieurs aux dépenses (pour un surplus total de près de 89 millions de dollars) et 59 autres ont déclaré des dépenses supérieures aux revenus (pour un déficit total de près de 205 millions de dollars). Dans l'ensemble, les petits hôpitaux ont dégagé une marge totale

Emploi de la marge totale recommandé : Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur légèrement positive. On doit examiner les valeurs négatives ou les valeurs très positives, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

Efficacité

Dans ce rapport, on présente trois indicateurs de l'efficacité, soit le rendement du coût unitaire, les services généraux et le nombre de jours en inventaire. L'indicateur de rendement du coût unitaire mesure l'efficacité en comparant les services fournis aux patients d'un hôpital (« extrants ») aux ressources (« intrants ») nécessaires à leur production. Les indicateurs des services généraux et du nombre de jours en inventaire mesurent l'efficacité en termes de façon dont on emploie les ressources des hôpitaux.

Rendement du coût unitaire

Le JPPC a consacré des efforts considérables pendant de nombreuses années pour élaborer une méthode de comparaison du rendement du coût unitaire des hôpitaux qui soit adéquate. Cette méthode, qui porte le nom de formule du JPPC pour les tarifs, émet des prédictions relativement au coût prévu par cas équivalent pondéré d'un hôpital en tenant compte des facteurs suivants : la taille de l'établissement, son rôle d'enseignement, son activité au niveau des soins aux malades chroniques, son rôle au chapitre des soins tertiaires et la mesure dans laquelle il est isolé géographiquement des autres établissements. L'indicateur de rendement du coût unitaire compare cette valeur attendue au coût réel par cas équivalent pondéré d'un hôpital. Cela se révèle utile aux fins de comparaison de l'efficacité relative entre les hôpitaux.

Une valeur de rendement du coût unitaire négative signifie que les services coûtent moins cher que prévu, tandis qu'une valeur positive signifie le contraire. On s'est appuyé sur des résultats au niveau du rendement du coût unitaire pour effectuer la répartition d'une proportion substantielle du nouveau financement accordé aux hôpitaux par le gouvernement provincial au cours des exercices financiers 2001-2002 et 2002-2003.

Calcul du rendement du coût unitaire

Pour l'exercice 2001-2002, c'est le JPPC qui a fourni les valeurs au titre de l'indicateur de rendement du coût unitaire.

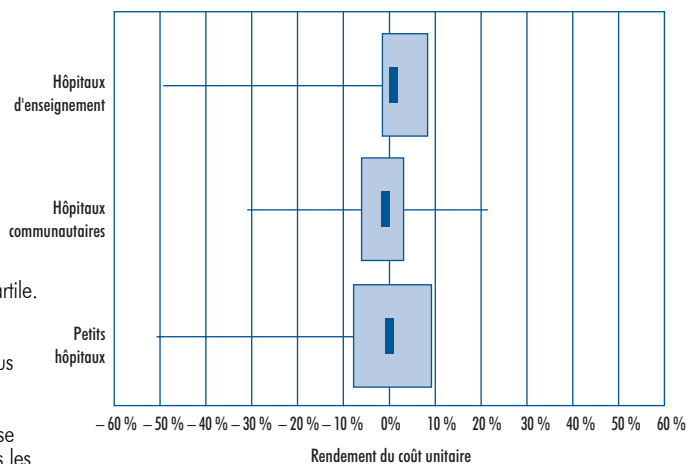
$$\frac{(\text{Coût réel par cas pondéré équivalent} - \text{coût prévu par cas pondéré équivalent}) * 100}{\text{Coût réel par cas pondéré équivalent}}$$

Coût réel par cas pondéré équivalent

Remarque : La formule de financement des hôpitaux du JPPC ne tient pas compte des hôpitaux spécialisés en soins de courte durée tels que le l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario et l'Hôpital pour enfants malades; par conséquent, il a été impossible de calculer l'indicateur de rendement du coût unitaire de ces deux établissements.

FIGURE 5.3 : COMPARAISON DES RÉSULTATS RELATIFS AU RENDEMENT DU COÛT UNITAIRE

Ce tracé en boîte illustre la distribution des valeurs de l'indicateur de rendement unitaire selon de groupe de pairs. La ligne verticale grasse située au milieu de la boîte représente la médiane. La moitié des hôpitaux obtient des résultats supérieurs à ce niveau, tandis que l'autre moitié affiche des résultats inférieurs. La boîte rectangulaire illustre l'écart interquartile. Elle contient 50 p. cent des valeurs de l'indicateur (25 p. cent immédiatement au-dessus de la médiane et 25 p. cent sous la médiane). Les lignes filiformes sont des lignes qui se prolongent jusqu'aux résultats les plus élevés et les plus bas de l'indicateur.



Remarque : Pour des raisons de confidentialité, on a supprimé les lignes « filiformes » supérieures des groupes de pairs des hôpitaux d'enseignement et des petits hôpitaux.
Source : Ontario Joint Policy and Planning Committee, 2001-2002

Dans l'ensemble, en 2001-2002, 51 des 120 hôpitaux de soins de courte durée ont déclaré un coût réel par cas pondéré plus élevé que prévu. Parmi les trois groupes de pairs, les résultats ont varié. Au niveau des hôpitaux d'enseignement, six établissements ont déclaré une valeur négative au titre du rendement du coût unitaire, tandis que six autres établissements ont déclaré une valeur positive au même titre. Trente-huit hôpitaux communautaires ont déclaré une valeur de rendement du coût unitaire négative, tandis que 27 autres ont déclaré une valeur positive. Vingt petits hôpitaux ont dégagé une valeur de rendement du coût unitaire négative alors que 18 ont dégagé une valeur positive. En général, on a observé une plus grande variation des valeurs dans les petits hôpitaux comparativement aux hôpitaux communautaires et aux hôpitaux d'enseignement. On a attribué la cote « non déclarable » à cinq établissements au chapitre de cet indicateur en raison de problèmes liés aux données.

Bon nombre de facteurs, y compris la composition de l'effectif, la productivité, les prix des biens et services au niveau régional, les liaisons communautaires, les pratiques de gestion et les bureaux de médecins, influencent la capacité d'un hôpital de parvenir à une plus grande efficacité au chapitre du coût unitaire.

L'indicateur de rendement du coût unitaire a servi dans le cadre du financement des hôpitaux de la province pendant plusieurs années de même qu'aux fins de la gestion interne, ce qui en fait un précieux instrument de mesure de rendement du coût. Comme c'est le cas avec tout autre indicateur cependant, il ne faut pas considérer l'indicateur de rendement du coût de façon isolée. Un hôpital pourrait arriver à un coût très bas par cas pondéré équivalent, mais si bon nombre de patients obtiennent des résultats médiocres avec un tel niveau de rendement, on pourrait débattre que, en matière de prestation de services de piètre qualité, l'hôpital est très efficace. Pour cette raison, il faut tenir compte des résultats de l'indicateur de rendement du coût unitaire en même temps que du rendement d'un hôpital dans les quadrants qui touchent l'utilisation et les résultats cliniques et la satisfaction des patients.

Emploi du rendement du coût unitaire recommandé : Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur négative. On doit examiner les valeurs très positives, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

Cette année, en raison des variations observées dans la pratique de codification des diagnostics dans les hôpitaux de l'Ontario, on a dû avoir recours à une méthodologie mise à jour pour calculer les valeurs propres aux hôpitaux au chapitre du rendement du coût unitaire. Pour de plus amples renseignements, consulter la barre des menus verticale intitulée « Variations de codification et qualité des données » dans le présent chapitre.

Services généraux

La plupart des membres du personnel hospitalier dispensent des soins directement aux malades. Il faut donc d'autres personnes pour gérer le fonctionnement des hôpitaux, embaucher des employés, payer les factures et effectuer les autres tâches liées aux services généraux. L'indicateur lié aux services généraux sert à mesurer les dépenses que fait un hôpital dans le domaine des services administratifs en relation avec les dépenses totales de fonctionnement. Une valeur plus élevée au titre de cet indicateur laisse supposer qu'une plus grande portion des dépenses totales de fonctionnement d'un hôpital est consacrée aux services généraux. Pour améliorer la comparabilité des résultats, on n'a pas tenu compte, dans le calcul, des escomptes de caisse, de la rémunération des médecins et de l'amortissement.

Dans toute la province, les hôpitaux ont déclaré avoir dépensé environ 783 millions de dollars en services généraux en 2001-2002.

Calcul des services généraux

(Dépenses liées aux services administratifs (dépenses relatives à l'administration générale, aux finances, aux ressources humaines, au soutien des systèmes et aux communications), déduction faite des recouvrements sauf les escomptes de caisse et en ne tenant pas compte de la rémunération du personnel médical et de tout l'amortissement) * 100

Dépenses de fonctionnement, déduction faite des recouvrements et en ne tenant pas compte de la rémunération du personnel médical et de tout l'amortissement)

Cela représentait 8,61 p. cent des budgets de fonctionnement des hôpitaux, ce qui constitue une baisse par rapport à 2000-2001 (8,76 p. cent). En 1999-2000 et en 1997-1998, les valeurs correspondantes étaient respectivement 8,98 p. cent et 8,59 p. cent.

En 2001-2002, les petits hôpitaux ont eu tendance à déclarer des valeurs plus élevées au titre de l'indicateur lié aux services généraux que ne l'ont fait les hôpitaux communautaires ou les hôpitaux d'enseignement. On peut expliquer par une foule de facteurs les écarts observés au chapitre des coûts des services généraux parmi les hôpitaux. Par exemple, les plus grands hôpitaux sont peut-être davantage en mesure d'atteindre un ratio gestionnaire-personnel plus bas que ne le pourraient les plus petits hôpitaux. Il est également possible que la définition des coûts liés aux soins aux patients et aux services généraux diffère d'un hôpital à l'autre.

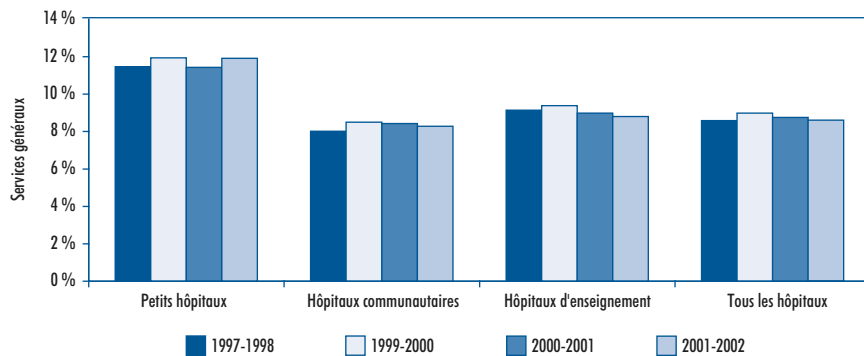
En général, l'objectif de la gestion interne consiste à soutenir le fonctionnement de l'hôpital au coût le plus faible possible. Il est probable qu'un hôpital qui ne dépense pas entièrement les fonds qui lui sont alloués au titre des services généraux ait un personnel hospitalier insatisfait, dispose d'une technologie inadéquate et de ressources insuffisantes pour s'assurer que les services sont accessibles au besoin, et subisse d'autres conséquences attribuables à l'inattention de la direction. Un hôpital qui dépense plus que les fonds qui lui sont alloués au chapitre des services généraux enlève possiblement des ressources déjà rares aux chapitres des soins aux patients et d'autres emplois du revenu.

Il n'est pas facile de calculer le coût le plus faible possible au titre des services généraux. De plus, un niveau de dépenses opportun devrait tenir compte de plusieurs aspects différents du fonctionnement des hôpitaux, notamment la complexité des services offerts par un hôpital, ses pratiques de gestion, ses systèmes d'information et ses stratégies en matière de recrutement. À titre d'exemple, les rôles d'un hôpital d'enseignement au niveau de la recherche, de la formation et des soins tertiaires supposent habituellement un mélange différent d'habiletés de gestion et de personnel des services généraux. Un établissement qui investit des fonds importants dans les technologies de l'information pourrait avoir des coûts d'investissement plus élevés au départ, mais des coûts de fonctionnement plus faibles à long terme.

Pour ces raisons, il importe de tenir compte des résultats au niveau de l'indicateur des services généraux en le plaçant en contexte avec les autres indicateurs sur la carte de pointage équilibrée. À titre d'exemple, il est probable que l'indicateur des services généraux d'un hôpital doté d'une technologie de l'information sophistiquée qui permet aux médecins d'accéder en toute sécurité à des renseignements importants sur les soins aux patients affiche une valeur élevée des services généraux; toutefois, ce même hôpital pourrait obtenir un bon résultat au niveau de l'indicateur clinique de la technologie de l'information du quadrant Intégration et changement du système.

FIGURE 5.4 : VARIATION DES SERVICES GÉNÉRAUX SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET L'ANNÉE FINANCIÈRE

En 2001-2002, les petits hôpitaux ont déclaré avoir dépensé davantage au chapitre des services généraux en terme de pourcentage de leurs dépenses de fonctionnement que ne l'ont fait les hôpitaux communautaires ou les hôpitaux d'enseignement. Tel que le démontre la figure, cela correspond aux résultats obtenus antérieurement. Les valeurs illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital et l'année financière.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Emploi des services généraux recommandé : Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur qui avoisine la moyenne. On doit examiner les valeurs de beaucoup supérieures ou inférieures à la moyenne, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

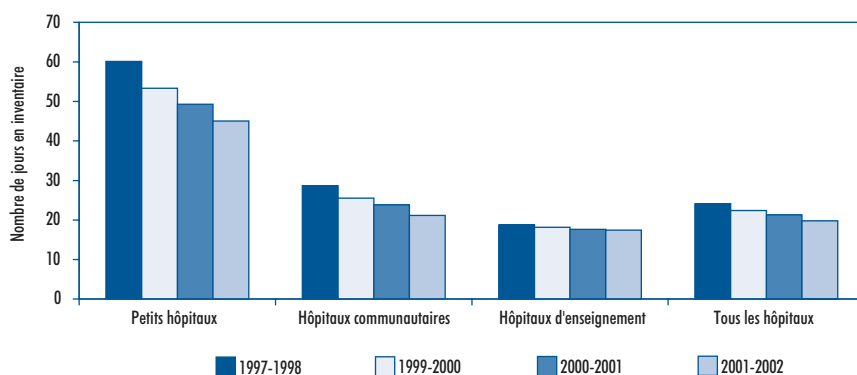
Calcul du nombre de jours en inventaire

Solde du stock à la fin de l'exercice
(coût de toutes les fournitures en inventaire au 31 mars)

Total General and Patient-Specific Supplies Expense/365 days

FIGURE 5.5 : VARIATION DU NOMBRE DE JOURS EN INVENTAIRE SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET L'ANNÉE FINANCIÈRE

En 2001-2002, les petits hôpitaux, en moyenne, ont eu tendance à avoir des plus longues périodes entre l'achat de fournitures et leur utilisation que les hôpitaux communautaires ou d'enseignement. Le graphique suivant illustre aussi un déclin graduel au niveau de l'indicateur du nombre de jours en inventaire pour chaque groupe de pairs au cours des quatre années de déclaration. Les valeurs indiquées dans ce graphique illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital pour chaque année de déclaration.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

diminue d'année en année depuis 1997-1998, alors qu'elle se chiffrait à 24,11 jours. En 1999-2000, sa valeur était de 22,42 jours; en 2000-2001, elle était de 21,29 jours et en 2001-2002, elle a chuté à 19,80 jours. Il s'agit d'une baisse de 17,9 p. cent au cours de cette période. Cependant, malgré cette baisse, on a tout de même observé une variation significative au sein des hôpitaux pris individuellement en 2001-2002, alors que le nombre de jours en inventaire variait de 7 à 85.

Pourquoi cet écart est-il si grand? En général, la capacité d'un hôpital de tenir des stocks aussi bas que possible est influencée par une foule de facteurs, y compris les pratiques au niveau de la gestion des matières, l'espace physique, les relations avec les fournisseurs et l'emplacement géographique de l'hôpital. À titre d'exemple, les hôpitaux éloignés ou ceux qui connaissent des variations de la demande plus marquées en fonction des saisons doivent tenir des stocks plus importants. La gestion des stocks dépend également des types de services fournis par l'hôpital. La gestion des stocks est un élément essentiel au fonctionnement d'un hôpital et elle dépend beaucoup des catégories de services offerts par l'établissement. Un hôpital dont la proportion de malades qui doivent subir une intervention chirurgicale est élevée nécessite habituellement davantage de stocks qu'un hôpital dont la proportion de malades qui viennent consulter en médecine familiale ou en santé mentale est plus élevée.

Les stocks d'un hôpital sont normalement constitués d'appareils et de fournitures destinés à tous ses secteurs, y compris les soins infirmiers, l'administration, la tenue des locaux, la buanderie, les services alimentaires et l'entretien, pour ne nommer que ceux-là. Cela exige que l'on planifie les différentes catégories de patients susceptibles d'être admis avant d'établir les niveaux d'inventaire cibles, ce qui fait de la gestion des stocks une tâche ardue. De plus, parce que des erreurs dans l'établissement des niveaux d'inventaire pourraient rapidement avoir pour conséquence que les médecins n'aient pas accès aux instruments ou aux autres fournitures nécessaires, la gestion des stocks est aussi importante qu'elle est truffée de défis à relever. La gestion des stocks vise deux buts, soit 1) assurer la disponibilité des articles nécessaires au fonctionnement, mais 2) garder les coûts de commande et de possession d'un

Nombre de jours en inventaire

Il importe que les hôpitaux disposent de suffisamment de fournitures pour répondre aux besoins quotidiens, mais le fait de détenir des stocks trop importants immobilise des fonds qu'on pourrait autrement destiner à d'autres fins. L'indicateur du nombre de jours en inventaire mesure le nombre de jours moyen pendant lesquels les fournitures sont maintenues en inventaire.

Une valeur plus élevée traduit une période plus longue entre l'achat et l'emploi des fournitures, tandis qu'une valeur plus faible traduit une période plus courte. Aux fins de comparabilité, cet indicateur ne tient pas compte de l'équipement, des immeubles et des terrains, du coût des services externes et des dépenses accessoires (diverses).

Au chapitre du nombre de jours en inventaire, des données tirées des quatre années de déclaration suggèrent que les hôpitaux tendent vers des niveaux d'inventaire plus faibles. La valeur de l'indicateur

article en inventaire au niveau pratique le plus bas. Les coûts typiques que l'on associe aux stocks sont : le coût de possession d'un article en inventaire, les coûts de commande, d'envoi et de réception d'un article, et les coûts liés à la rupture de stock.

Le nombre de jours en inventaire indique pendant combien de temps un hôpital pourrait continuer de fournir des services sans envoi supplémentaire de stocks. Une valeur faible indique des coûts d'inventaire faibles, ce qui traduit une saine gestion des stocks tant et aussi longtemps qu'on ne risque pas la rupture de stock au niveau des fournitures critiques. Une valeur élevée indique un important investissement au niveau des inventaires; il s'agit d'un investissement qu'on pourrait consacrer ailleurs et dont on pourrait tirer un meilleur parti.

Emploi du nombre de jours en inventaire recommandé : Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur qui avoisine la moyenne. On doit examiner les valeurs de beaucoup supérieures à la moyenne, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

Liquidités

Les indicateurs de liquidités mesurent la façon dont un hôpital gère son actif à court terme (celui qu'on peut convertir en fonds au cours de l'année) et son passif à court terme (salaires, comptes débiteurs et autres dépenses qui doivent être acquittées au cours de l'année). Les hôpitaux qui détiennent le plus de liquidités disposent peut-être d'une plus grande souplesse financière, en particulier en ce qui a trait à l'achat d'équipement. Dans le document intitulé *Rapport de 2003 : Soins de courte durée*, on retrouve deux mesures de liquidité : le ratio de liquidité générale et le fonds de roulement par rapport au revenu.

Ratio de liquidité générale

Le ratio de liquidité générale d'un hôpital représente le nombre de fois que ce dernier peut rembourser ses obligations à court terme en puisant à même son actif à court terme. On calcule ce ratio en divisant l'actif à court terme par le passif à court terme. Une valeur plus élevée est signe de plus grandes liquidités, tandis qu'une valeur plus faible dénote des liquidités moindres. Si le ratio d'un hôpital est inférieur à un, l'établissement dispose d'un actif à court terme insuffisant pour couvrir son passif à court terme. D'un autre côté, des valeurs très élevées peuvent signifier un sous-investissement au niveau de l'actif à plus long terme qui génère habituellement un rendement plus intéressant. Les pratiques des payeurs, les politiques relatives aux paiements, les ententes de crédit, les politiques en matière d'investissement, les stratégies de gestion et d'autres facteurs peuvent tous avoir une incidence sur les liquidités d'un hôpital.

Dans la province, en 2001-2002, les hôpitaux ont déclaré un actif à court terme de près de 2,1 milliards de dollars et un passif à court terme d'environ 2,2 milliards de dollars, après rajustement pour supprimer l'effet des recettes différées et des comptes de contrepartie. On ne tient pas compte des recettes différées parce que ces montants ont typiquement trait aux écritures comptables faites pour se conformer aux exigences en matière de comptabilité d'exercice au titre de l'amortissement des biens immobilisés.

Il ne s'agit pas du passif à court terme que l'on s'attend à voir l'organisation honorer. Le ratio

de liquidité générale à travers la province se chiffrait à 0,95, ce qui laisse supposer que les hôpitaux Àde l'Ontario, en moyenne, ne disposaient pas de suffisamment de fonds à court terme pour rembourser leurs obligations à court terme au cours de 2001-2002. Cette valeur indique que si tout l'actif à court terme était converti en encaisse à sa valeur comptable, les hôpitaux disposeraient, en moyenne, de 0,95 cent pour chaque dollar de passif à court terme.

Calcul du ratio de liquidité générale

Actif à court terme + solde débiteur au passif à court terme, en excluant les recettes différées

Passif à court terme, en excluant les soldes des recettes différées + solde créditeur à l'actif à court terme, en excluant les comptes de contrepartie à l'actif à court terme

Le ratio de liquidité générale en 2000-2001 était de 1,24; en 1999-2000, il se chiffrait à 1,15, et en 1997-1998, il était de 1,21. L'écart entre le ratio de liquidité générale de 2000-2001 et celui de 2001-2002 est attribuable à une baisse de 14 p. cent au niveau de l'actif à court terme et à une hausse de 11 p. cent du passif à court terme. En tout, les ratios de liquidité générale de 95 hôpitaux ont accusé une baisse, tandis que ceux de seulement 25 hôpitaux ont affiché une hausse.

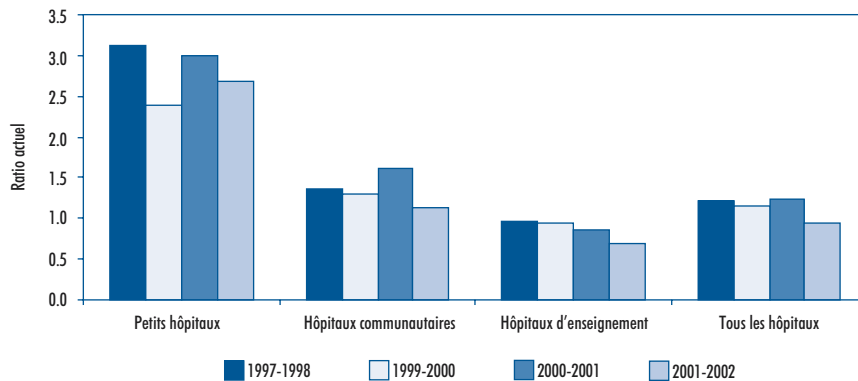
Si le ratio de liquidité générale d'un hôpital est bien supérieur à 1,0, on peut se demander si c'est une bonne ou une mauvaise chose. La réponse dépend de la personne qui pose la question. Les sociétés qui vendent des fournitures, des médi-caments et de l'équipement aux hôpitaux aiment que le ratio de

liquidité générale soit élevé. Ce ratio procure le meilleur indicateur simple de la mesure dans laquelle les demandes des créanciers à court terme peuvent être satisfaites. Si un hôpital éprouve des difficultés financières, il paiera souvent ses factures (comptes créditeurs) moins rapidement, contractera des emprunts auprès de sa banque et réduira son niveau d'inventaire. Certaines de ces mesures contribueront également à accroître son passif. Pour cette raison, le ratio de liquidité générale constitue une mesure de solvabilité à court terme couramment employée.

Malgré le fait que les fournisseurs et les prêteurs accordent de la valeur à un ratio de liquidité générale élevé, du point de vue de la communauté, un ratio

FIGURE 5.6 : VARIATION DU RATIO DE LIQUIDITÉ GÉNÉRALE SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET L'ANNÉE FINANCIÈRE

Le graphique suivant démontre que les petits hôpitaux et les hôpitaux communautaires de l'Ontario ont préservé leurs liquidités au cours des quatre années de déclaration. Il semble toutefois que les hôpitaux d'enseignement puissent être confrontés à des problèmes de liquidité. Les valeurs indiquées dans le graphique ci-dessous illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital pour chaque année financière.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

trop élevé pourrait laisser entendre que l'hôpital a immobilisé des fonds importants dans un actif improductif, tel que l'excès d'encaisse ou d'inventaire. La situation idéale pour ce groupe serait le redéploiement maximal de l'actif improductif pour fournir des soins supplémentaires aux patients et acquérir de la nouvelle technologie, pour ne nommer que quelques éléments.

Par conséquent, un ratio de liquidité générale optimal en est un qui est suffisamment élevé pour satisfaire les créanciers tout en étant suffisamment bas pour indiquer qu'un hôpital tient ses investissements en actif à court terme au minimum. Si le passif à court terme augmente plus rapidement que l'actif à court terme, le ratio de liquidité générale chutera, ce qui entraînera éventuellement des problèmes de gestion financière.

Emploi du ratio de liquidité générale recommandé : Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur qui avoisine 1,0. On doit examiner les valeurs de beaucoup supérieures ou inférieures à 1,0, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

Fonds de roulement par rapport au revenu

On peut également mesurer les liquidités dont dispose un hôpital en fonction du capital accessible à court terme (« fonds de roulement »), après déduction du passif à court terme. L'indicateur de fonds de roulement par rapport au revenu mesure l'actif à court terme résiduel après remboursement de tout le passif à court terme et rajustement en fonction de l'importance du revenu total de l'hôpital. Une valeur positive plus élevée indique un plus grand apport de fonds de roulement relativement au revenu total. Les hôpitaux dont la valeur de l'indicateur est positive sont susceptibles de jouir d'une plus grande souplesse sur le plan financier. Une valeur négative signifie qu'il n'y a aucun fonds de roulement. La souplesse financière d'un hôpital, dans une telle situation, tend à être plus limitée.

Parmi les hôpitaux de l'Ontario, le fonds de roulement par rapport au revenu a subi une baisse entre 1997-1998 et 1999-2000, passant de 3,44 p. cent à 2,83 p. cent. Entre 1999-2000 et 2001-2002, la valeur de cet indicateur a fléchi pour atteindre -1,04 p. cent. Cette modification laisse supposer que les hôpitaux ont dû gruger une partie de leur actif à court terme et dégager un passif à court terme à la hausse pour combler leur déficit.

Comme c'est le cas avec les autres indicateurs, les valeurs liées au fonds de roulement par rapport au revenu varient selon la catégorie d'hôpital. Les petits hôpitaux ont déclaré le ratio de fonds de roulement par rapport au revenu le plus important, soit 20,22 p. cent, comparativement à 2,47 p. cent pour les hôpitaux communautaires. Les hôpitaux d'enseignement ont déclaré un ratio de fonds de roulement par rapport au revenu combiné négatif de l'ordre de - 6,92 p. cent.

Plusieurs des facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur le ratio de liquidité générale d'un hôpital peuvent également influencer sur la capacité de l'établissement de générer un fonds de roulement. Au

nombre des exemples figurent les pratiques des payeurs, les politiques relatives aux paiements, les ententes de crédit, les politiques en matière d'investissement et les stratégies de gestion. On peut également expliquer les écarts au niveau du fonds de roulement par rapport au revenu dans les hôpitaux par la mesure dans laquelle les établissements se servent du fonds de roulement au lieu des dons versés par les fondations ou les autres sources de financement des hôpitaux pour rembourser les dépenses en capital ou les investissements à long terme.

En général, l'objectif de la gestion du fonds de roulement consiste à soutenir le fonctionnement de l'hôpital au coût le plus bas possible. Même s'il existe des facteurs exceptionnels ayant trait à chaque composante du fonds de roulement, on doit tenir compte de deux aspects généraux. Tout d'abord, l'actif à court terme est essentiel; toutefois, des coûts de possession y sont associés. Par conséquent, si un hôpital arrive à gérer plus efficacement son actif à court terme et, ainsi, fonctionne avec un investissement moins important au niveau du fonds de roulement, il augmentera ses liquidités. Ensuite, un hôpital éprouvera des difficultés à répondre aux besoins quotidiens s'il réduit trop son encaisse, ses inventaires et ses comptes débiteurs. En conséquence, une politique de fonds de roulement optimale en est une qui compense avec soin les coûts et les avantages de détenir un fonds de roulement.

Calcul du fonds de roulement par rapport au revenu

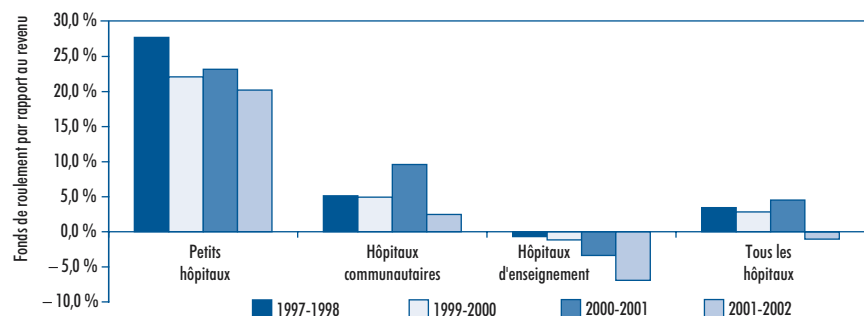
(Actif à court terme - passif à court terme,
en excluant les recettes
différées) * 100

Revenu total, en excluant le revenu provenant du remboursement interne

Remarque : Dans les versions précédentes du *Hospital Report: Acute Care*, cet indicateur portait le nom de « fonds de roulement ». On a changé le nom cette année pour refléter avec plus de précision les composantes de l'indicateur. Toutefois, les spécifications de la formule et les spécifications techniques de l'indicateur restent les mêmes.

FIGURE 5.7 : VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT PAR RAPPORT AU REVENU SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET L'ANNÉE FINANCIÈRE

L'indicateur du fonds de roulement par rapport au revenu mesure l'actif à court terme résiduel après le remboursement de tout le passif à court terme, rajusté en fonction de l'importance du revenu total de l'hôpital. Les valeurs indiquées dans le graphique ci-dessous illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital pour chaque année financière.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Emploi du fonds de roulement par rapport au revenu recommandé :

Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur légèrement positive. On doit examiner les valeurs négatives ou très positives, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

Calcul des dépenses d'équipement

Total des dépenses liées à l'entretien et au fonctionnement de l'équipement (calculé ainsi : entretien de l'équipement + remplacement des pièces de l'équipement principal + amortissement sur l'équipement principal + gain net/perte nette à la cession + intérêt sur les prêts pour équipement principal + location d'équipement/équipement pris à bail + achat d'équipement léger + dépenses d'équipement n'étant pas répertoriées ailleurs) * 100

Dépenses totales, déduction faite de tous les recouvrements

Immobilisations

Dépenses d'équipement

En 2001-2002, les hôpitaux de l'Ontario ont déclaré que la valeur de l'équipement qu'ils détenaient se chiffrait à environ 5,1 milliards de dollars. Ils ont de plus investi chaque année des sommes considérables pour le fonctionnement et l'entretien de tout cet équipement.

L'indicateur de dépenses d'équipement sert à mesurer combien un hôpital dépense dans une année donnée pour le fonctionnement de ses systèmes informatiques, appareils de radiographie et autres biens d'équipement, et à mesurer ce montant au total de ses dépenses. En 2001-2002, les hôpitaux de l'Ontario ont déclaré des dépenses liées à l'équipement (y compris l'amortissement) de l'ordre de 708 millions de dollars, soit 6,51 p. cent des dépenses totales. En 2000-2001, ils avaient déclaré avoir pris 6,54 p. cent des dépenses totales pour faire fonctionner l'équipement, comparativement à 6,61 p. cent et à 5,78 p. cent en 1999-2000 et 1997-1998, respectivement.

En 2001-2002, les dépenses liées à l'équipement, en terme de pourcentage des dépenses totales (6,86 p. cent), étaient plus élevées du côté des hôpitaux d'enseignement que de celui des hôpitaux communautaires (6,26 p. cent) ou des petits hôpitaux (6,26 p. cent). Cette observation peut traduire en partie les exigences en matière d'équipement liées à des catégories

de soins plus hautement spécialisés, à des activités d'enseignement et à des projets de recherche plus fréquents dans les hôpitaux d'enseignement.

Bon nombre de facteurs, tels que les catégories de services offerts, les activités d'enseignement et les programmes de recherche, ont une incidence sur le besoin en équipement d'un hôpital, et par le fait même sur ses dépenses liées à l'équipement. L'âge peut, lui aussi, influencer sur les coûts de fonctionnement de l'équipement. Un équipement plus récent requiert moins d'entretien et permet donc de réaliser des économies de fonctionnement et d'accroître la productivité.

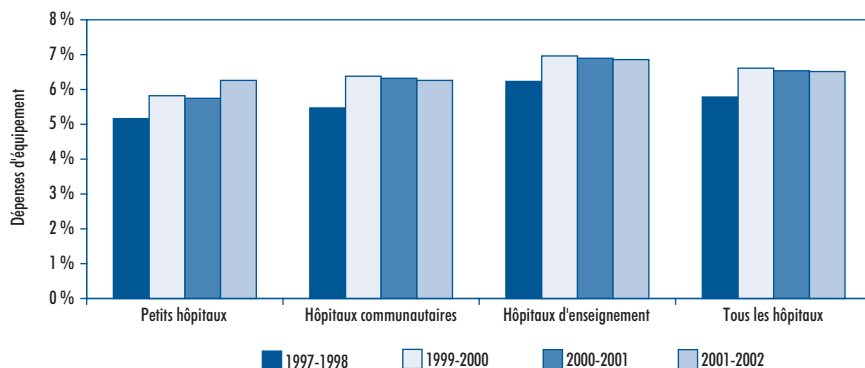
En général, la gestion de

l'équipement vise à soutenir le fonctionnement de l'hôpital au coût le plus bas possible. Il se peut qu'un hôpital qui dépense moins en équipement dispose de ressources insuffisantes pour assurer que les services soient accessibles au besoin, compte des cliniciens insatisfaits, dispose d'une technologie insuffisante, et subisse d'autres répercussions. À l'inverse, il est possible qu'un hôpital qui dépense davantage à ce chapitre enlève des ressources rares au niveau des soins des patients et d'autres emplois du revenu.

Malheureusement, il est difficile de calculer les dépenses d'équipement les plus faibles possible. De plus, un niveau de dépense adéquat devrait tenir compte de plusieurs aspects différents du fonctionnement d'un hôpital. À titre d'exemple, les hôpitaux dont une proportion élevée de patients requiert des soins tertiaires déclarent habituellement des dépenses d'équipement plus élevées en matière de radiologie, d'unités de soins intensifs et de systèmes d'information, pour ne nommer que ceux-là. Aussi, les hôpitaux dont la proportion de patients devant subir une chirurgie est élevée auront généralement un besoin plus marqué en matière d'équipement que les hôpitaux à proportion élevée de patients qui consultent en médecine générale, en pédiatrie ou en santé mentale.

FIGURE 5.8 : VARIATION DES DÉPENSES D'ÉQUIPEMENT SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET L'ANNÉE FINANCIÈRE

En 2001-2002, les hôpitaux d'enseignement ont déclaré avoir dépensé davantage au chapitre du fonctionnement de l'équipement, en terme de pourcentage des dépenses totales, que ne l'ont fait les petits hôpitaux ou les hôpitaux communautaires. Les valeurs indiquées dans le graphique ci-dessous illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital pour chaque année financière.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Emploi des dépenses d'équipement recommandé : Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur qui avoisine la moyenne. On doit examiner les valeurs de beaucoup supérieures ou inférieures à la moyenne, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

Ressources humaines

En 2001-2002, l'équivalent d'environ 121 000 employés à temps plein travaillaient dans les hôpitaux de l'Ontario. Il s'agit d'une hausse de 5,22 p. cent depuis 2000-2001. Ce rapport comprend deux indicateurs qui mesurent la façon dont les hôpitaux répartissent les heures du personnel infirmier entre les soins aux patients et les soins qui ne sont pas destinés aux patients : l'indicateur d'heures de soins infirmiers et l'indicateur d'heures de soins aux patients. De plus, il présente trois nouveaux indicateurs à l'échelle du système pour évaluer les ressources en personnel infirmier dans les hôpitaux de la province : heures de soins infirmiers par cas pondéré et heures du personnel infirmier autorisé, et soins directs aux patients.

Heures de soins infirmiers

Les hôpitaux déclarent le nombre d'heures que le personnel infirmier autorisé, le personnel infirmier auxiliaire autorisé et les autres membres du personnel infirmier de l'hôpital passent à prodiguer des soins aux patients, ainsi que le nombre d'heures d'avantages sociaux, telles que les vacances, la formation et les congés de maladie de ces employés. L'indicateur d'heures de soins infirmiers mesure combien de temps le personnel infirmier chargé de prodiguer des soins aux patients hospitalisés dispose pour fournir des soins aux patients en tant que pourcentage du nombre total d'heures rémunérées.

Les données démontrent que la plupart des heures du personnel infirmier (76,36 p. cent en 2001-2002) sont consacrées à la prestation de soins aux patients. Les heures consacrées à la gestion par le personnel infirmier ainsi que les heures non travaillées (p. ex. congés fériés, congés de maladie, congés de maternité et heures consacrées à la formation) représentaient tout juste moins que le quart des heures de services de soins infirmiers aux patients hospitalisés. Le pourcentage consacré aux soins aux patients a décliné légèrement chaque année pour les quatre années de déclaration (78,27 p. cent en 1997-1998, 77,61 p. cent en 1999-2000 et 76,78 p. cent en 2000-2001). Pour toutes ces années, les petits hôpitaux affichaient des valeurs plus élevées que les hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement. On a également relevé des écarts entre les hôpitaux de même catégorie.

La capacité d'un hôpital de dégager un pourcentage plus élevé d'heures de soins infirmiers à consacrer aux soins aux patients peut être influencée par la composition de l'effectif, les conventions collectives, le nombre d'infirmières et d'infirmiers, les pratiques de gestion ainsi que d'autres facteurs. Les différences entre les hôpitaux peuvent également être attribuables à des écarts au niveau des catégories de personnel affecté au sein des divers services. À titre d'exemple, un hôpital peut attribuer des heures consacrées à l'entrée de données au service des systèmes d'information, alors qu'un autre hôpital peut imputer ce même coût à l'unité des soins infirmiers.

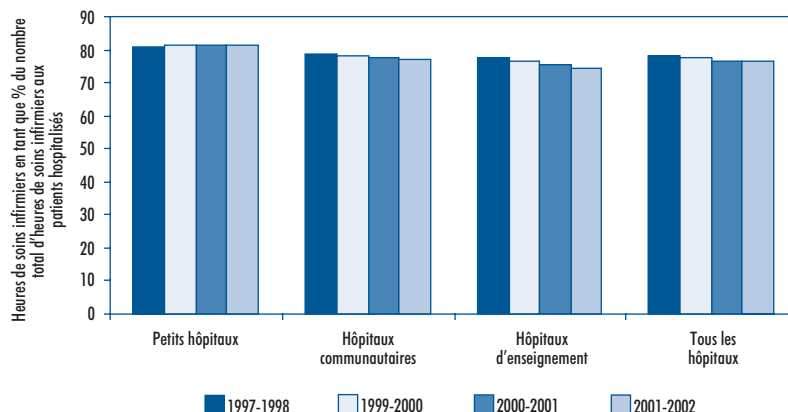
Calcul des heures de soins infirmiers

Unité de service de soins infirmiers aux patients produisant les heures travaillées et les heures de service contractuel *100

Total des heures rémunérées des services de soins aux patients hospitalisés, à l'exclusion des heures de rémunération du personnel médical

FIGURE 5.9 : VARIATION DES HEURES DE SOINS INFIRMIERS SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET L'ANNÉE FINANCIÈRE

En 2001-2002, les petits hôpitaux ont déclaré avoir davantage d'heures à consacrer aux soins aux patients, en terme de pourcentage total des heures de soins infirmiers, que ne l'ont déclaré les hôpitaux communautaires ou les hôpitaux d'enseignement. Le graphique illustre que le pourcentage total des heures de soins infirmiers a légèrement diminué au cours des quatre années de déclaration pour tous les hôpitaux. Les valeurs indiquées dans le graphique ci-dessous illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital pour chaque année financière.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Les deux hôpitaux pourraient disposer exactement du même nombre d'infirmières et d'infirmiers et d'autres membres du personnel de soins infirmiers, mais le second hôpital afficherait un nombre d'heures de soins infirmiers plus élevé.

En général, l'objectif visé en gestion des soins infirmiers est d'offrir autant de services que possible au coût le plus faible possible. Il se peut qu'un hôpital dont la proportion d'heures de soins infirmiers est faible s'appuie sur des pratiques de dotation inefficaces ou ait un taux élevé d'absentéisme, mais il est également probable qu'il investisse sur la formation de son personnel infirmier en lui accordant des congés de perfectionnement ou compte une proportion plus élevée d'infirmières en congé de maternité. Il se peut qu'un hôpital dont la proportion d'heures de soins infirmiers est élevée s'appuie sur des pratiques de dotation efficaces ou ait un faible taux d'absentéisme, ou inversement, n'investisse pas assez dans son personnel infirmier ou compte une proportion plus faible d'infirmières en congé de maternité.

Il est difficile de calculer le nombre d'heures de soins infirmiers qui convient. De plus, un niveau adéquat d'utilisation des ressources humaines devrait tenir compte de bon nombre des aspects différents du fonctionnement d'un hôpital. On peut noter des écarts au niveau de cet indicateur entre les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux communautaires et les petits hôpitaux pour plusieurs raisons, notamment la portée du rôle d'enseignant et les défis liés à la pénurie de personnel infirmier qui se posent au chapitre du nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés.

Emploi des heures de soins infirmiers recommandé : Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur qui avoisine la moyenne. On doit examiner les valeurs de beaucoup supérieures ou inférieures à la moyenne, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

Heures de soins aux patients

La plupart des membres du personnel hospitalier offrent des activités reliées aux soins aux patients ou les soutiennent, mais certains ont d'autres fonctions. L'indicateur des heures de soins aux patients mesure le pourcentage de toutes les heures que l'effectif théoriquement disponible travaille à l'hôpital pour réaliser des activités qui contribuent directement aux soins aux patients. Une valeur plus élevée signifie un nombre plus élevé d'heures travaillées consacrées aux soins aux patients et un nombre plus faible d'heures consacrées au soutien et aux services généraux. La capacité d'un hôpital de dégager un ratio plus élevé d'heures travaillées consacrées aux soins aux patients est influencée par des facteurs tels que la composition de l'effectif, les conventions collectives, l'offre de main-d'œuvre, les pratiques de gestion ainsi que d'autres facteurs.

En 2001-2002, le personnel hospitalier de l'Ontario a travaillé 192 millions d'heures. Le personnel chargé des soins aux patients a travaillé plus de la moitié de ces heures (59,47 p. cent ou 114 millions d'heures). En 2000-2001, le ratio atteignait 59,38 p. cent; il était de 59,41 p. cent en 1999-2000 et de 60,32 p. cent en 1997-1998. Au cours de quatre années de déclaration, les petits hôpitaux ont typiquement fait état de ratios

Calcul des heures de soins aux patients

Heures de services de soins aux patients hospitalisés et de soins ambulatoires,
heures de diagnostic et de thérapie travaillées et heures de service contractuel * 100

Total des heures de fonctionnement travaillées,
à l'exclusion des heures de rémunération du personnel médical

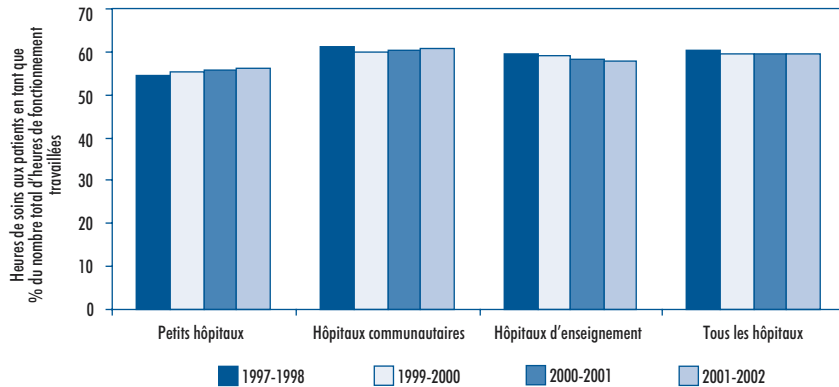
d'heures de soins aux patients plus faibles comparativement aux hôpitaux d'enseignement et aux hôpitaux communautaires.

En général, l'objectif visé par la gestion des soins aux patients est d'offrir autant de services que possible au coût le plus faible possible. Il est possible qu'un hôpital qui consacre trop peu d'heures à la prestation de soins aux patients réserve trop de ressources aux services généraux ou de soutien et ne satisfasse pas à sa mission de services à la communauté. Il est possible qu'un hôpital qui consacre trop d'heures aux activités reliées aux soins aux patients soit un établissement qui dispose d'une technologie insuffisante, d'activités de développement professionnel limitées, et dont le fonctionnement est potentiellement truffé d'inefficacités, ce qui peut entraîner l'insatisfaction de son effectif.

Il est difficile de calculer le niveau d'heures de soins aux patients approprié. De plus, un niveau adéquat d'utilisation des ressources humaines devrait tenir compte de bon nombre des aspects différents du fonctionnement d'un hôpital.

FIGURE 5.10 : VARIATION DES HEURES DE SOINS AUX PATIENTS SELON LE TYPE D'HÔPITAL ET L'ANNÉE FINANCIÈRE

En 2001-2002, les petits hôpitaux ont déclaré avoir consacré moins d'heures aux soins aux patients, en terme de pourcentage des heures totales de fonctionnement travaillées, que ne l'ont fait les hôpitaux communautaires ou les hôpitaux d'enseignement. Le graphique suivant montre peu de variations au niveau des heures de soins aux patients au cours des quatre années de déclaration. Les valeurs indiquées dans le graphique illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital pour chaque année financière.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 1997-1998, 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002

Emploi des heures de soins aux patients recommandé : Il ne faut probablement pas s'inquiéter d'une valeur qui avoisine la moyenne. On doit examiner les valeurs de beaucoup supérieures ou inférieures à la moyenne, de même que les modifications significatives observées par rapport aux exercices précédents.

Établissement d'indicateurs du rendement financier des soins infirmiers

Démarche de validation des indicateurs

On a réuni un comité consultatif composé de cadres issus d'un échantillon des divers hôpitaux de l'Ontario pour procéder à l'examen des indicateurs de soins infirmiers proposés à l'origine dans le document intitulé *Hospital Report 2001—Preliminary Studies Volume 2—Exploring: Nursing; Women's Health; Population Health*. Ce comité compte des équipes de cadres supérieurs (p. ex. président-directeur général, directeur des soins aux patients et directeur des finances) issus d'un hôpital d'enseignement, de deux hôpitaux communautaires et d'un petit hôpital, chacun situé dans une région différente de l'Ontario. Ce comité était chargé de déterminer les indicateurs qui généraient le plus grand consensus relativement à leur valeur aux fins de gestion dans les hôpitaux de la province. Les chercheurs ont employé le format désigné dans le document intitulé *Hospital Report—First Principles* pour établir des directives à l'intention des membres du comité relativement à l'élaboration et à la sélection des indicateurs. Chaque participant au comité a classé les indicateurs proposés par ordre d'importance et de pertinence. On a déterminé que les trois principaux indicateurs des soins infirmiers étaient les suivants :

1. Heures de soins infirmiers par cas pondéré;
2. Heures du personnel infirmier autorisé; et
3. Soins directs aux patients.

L'équipe de recherche a calculé ces indicateurs de soins infirmiers pour quatre groupes d'hôpitaux : les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux communautaires, les petits hôpitaux et tous les hôpitaux de la province. Le comité consultatif a examiné les résultats, fortement appuyé l'intégration de ces indicateurs dans la série de rapports sur les hôpitaux et fourni de précieux commentaires à l'équipe de recherche en ce qui a trait à leur définition, à leur interprétation et à leur débat. Plus précisément, le comité a autorisé l'emploi des cas pondérés tels qu'ils sont utilisés dans la formule du financement et l'indicateur de rendement du coût unitaire des hôpitaux (consulter la barre des menus verticale intitulée « Variations de codification et qualité des données ») afin d'assurer une cohérence et la compréhension au niveau des campus hospitaliers (p. ex. nombre d'heures de soins infirmiers par cas pondéré). De plus, ils ont autorisé l'emploi d'indicateurs semblables dans les diverses initiatives liées à la série du Rapport sur les hôpitaux (p. ex. heures du personnel infirmier autorisé dans les documents intitulés *Rapport sur les hôpitaux 2003: Soins de courte durée* et *Hospital Report 2003: Emergency Department Care*), ils ont reconnu que l'exactitude des données fournies au sein de l'industrie relativement à la charge de travail du personnel infirmier aura une incidence sur les résultats des indicateurs (p. ex. soins directs aux patients), et, enfin, ils ont soulevé bon nombre de questions sur lesquelles on devra se pencher plus tard.

Heures de soins infirmiers par cas pondéré

Une façon de jauger l'efficacité d'un hôpital consiste à mesurer le nombre d'heures de soins infirmiers travaillées par cas pondéré. L'indicateur du nombre d'heures de soins infirmiers par cas pondéré y parvient en mesurant le nombre d'heures travaillées aux services de courte durée aux patients hospitalisés et aux soins de jour en chirurgie (y compris les heures de service contractuel) par cas pondéré de soins de courte durée aux patients hospitalisés et cas pondéré de soins de jour en chirurgie.

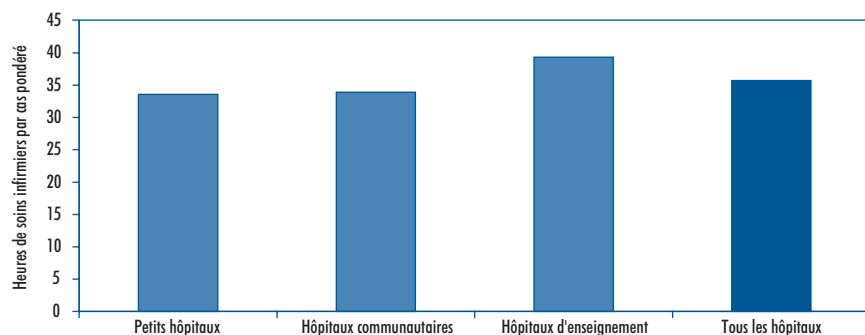
Calcul du nombre d'heures de soins infirmiers par cas pondéré

Nombre d'heures travaillées aux services de courte durée aux patients hospitalisés
et aux soins de jour en chirurgie et heures de service contractuel * 100

Cas pondérés des soins de courte durée aux patients hospitalisés
et cas pondérés des soins de jour en chirurgie

FIGURE 5.11 : VARIATION DU NOMBRE D'HEURES DE SOINS INFIRMIERS PAR CAS PONDÉRÉ SELON LE TYPE D'HÔPITAL

En 2001-2002, les hôpitaux d'enseignement ont déclaré un nombre plus élevé d'heures de soins infirmiers par cas pondéré que ne l'ont fait les petits hôpitaux et les hôpitaux communautaires. Les valeurs indiquées dans le graphique ci-dessous illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 2001-2002

En 2001-2002, on a consacré 35,7 heures de soins infirmiers par cas pondéré aux patients de soins de courte durée et aux patients de chirurgie le jour même. Les hôpitaux d'enseignement ont déclaré le nombre d'heures de soins infirmiers par cas pondéré le plus élevé (39,3) tandis que les petits hôpitaux ont déclaré le nombre le plus faible (33,6). Pour leur part, les hôpitaux communautaires ont déclaré 33,9 heures de soins infirmiers par cas pondéré. Cet indicateur traduit le recours au personnel de soins infirmiers le plus directement concerné par la prestation de soins aux patients par rapport à la complexité des patients. Une valeur plus élevée dénote un nombre plus élevé d'heures de soins infirmiers par cas pondéré, tandis qu'une valeur plus faible signifie l'inverse. En 2001-2002, le nombre absolu plus élevé d'heures de soins infirmiers par cas pondéré dans les hôpitaux d'enseignement se veut peut-être le reflet d'une complexité des patients plus élevée.

Heures du personnel infirmier autorisé

Différents hôpitaux peuvent avoir recours à un personnel des soins aux patients dont la composition est différente pour offrir des services similaires. L'indicateur des heures du personnel infirmier autorisé mesure le pourcentage des heures rémunérées du personnel producteur d'unités de service (PPUS) (heures travaillées, avantages et heures de service contractuel) pour les infirmières et infirmiers autorisés qui font partie du personnel producteur d'unités de service.

Calcul du nombre d'heures du personnel infirmier autorisé

Heures rémunérées du personnel infirmier autorisé producteur d'unités de service qui prodigue
des services de soins infirmiers de courte durée aux patients hospitalisés * 100

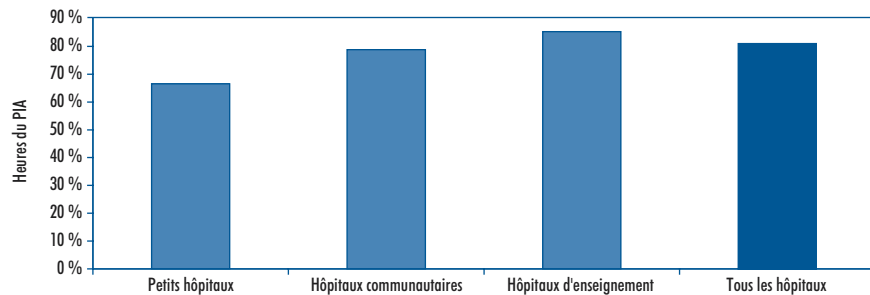
Total des heures rémunérées du personnel producteur d'unités de service qui prodigue
des services de soins infirmiers de courte durée aux patients hospitalisés

En 2001-2002, le personnel des soins infirmiers autorisés a effectué, en moyenne, 81,0 p. cent des heures rémunérées du personnel producteur d'unités de service. Cela laisse présumer que les infirmières et infirmiers autorisés (PIA) forment la plus grande partie du personnel dans les trois catégories d'hôpitaux. Les hôpitaux d'enseignement ont déclaré le pourcentage de personnel des soins infirmiers autorisés le plus élevé (85,3 p. cent), tandis que les petits hôpitaux ont déclaré le pourcentage le plus faible à ce chapitre (66,5 p. cent). Les hôpitaux communautaires sont situés entre les deux, avec un pourcentage de 78,8. Un pourcentage plus faible indique non seulement une plus faible proportion du personnel infirmier autorisé, mais également un recours plus marqué au personnel infirmier auxiliaire réglementé ou au personnel non réglementé. Il faut prendre note qu'il existe des variations au niveau de la méthode de répartition du personnel infirmier autorisé, du personnel infirmier auxiliaire réglementé et du personnel infirmier non réglementé selon les hôpitaux.

Des preuves substantielles dans la documentation traitant des soins de courte durée suggèrent que des proportions plus élevées de personnel infirmier autorisé dans la composition de l'effectif entraînent de meilleurs résultats pour les patients.²⁻¹¹ Tandis que les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires en Ontario parviennent à atteindre des proportions de personnel infirmier autorisé élevées au sein de leurs effectifs, les petits hôpitaux font face aux défis liés à la pénurie de personnel infirmier qui se posent au chapitre du nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés. Il faut examiner cet indicateur en relation avec les indicateurs de résultats qui se trouvent dans le quadrant qui traite de la satisfaction des patients et de l'utilisation et des résultats cliniques, de même que les indicateurs de traitement qui se trouvent dans le quadrant qui touche l'intégration et le changement du système.

FIGURE 5.12: VARIATION DES HEURES DU PERSONNEL INFIRMIER AUTORISÉ (PIA) SELON LE TYPE D'HÔPITAL

En 2001-2002, les petits hôpitaux comptaient moins d'infirmières et d'infirmiers autorisés au sein de leur effectif que les hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement. Les valeurs indiquées dans le graphique ci-dessous illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 2001-2002

Soins directs aux patients

Alors que la majorité des infirmières et infirmiers passent la plus grande partie de leur temps à prodiguer des soins aux patients, ils effectuent également d'autres tâches. Cet indicateur mesure, à l'aide des données sur la charge de travail du personnel infirmier, le

pourcentage d'heures travaillées que le personnel producteur d'unités de service (y compris les heures de service contractuel) consacre aux soins directs aux patients. Essentiellement, parce qu'il tient compte des données relatives à la charge de travail du personnel infirmier, on peut considérer que cet indicateur est une mesure de la productivité.

En 2001-2002, une moyenne de 77,3 p. cent des heures travaillées par l'ensemble du personnel producteur d'unités de service a été consacrée aux soins directs aux patients. Cela laisse présumer que le personnel de soins infirmiers, dans toutes les catégories d'hôpitaux, consacre la plus vaste partie de son temps aux soins directs aux patients. Les hôpitaux d'enseignement ont déclaré le pourcentage de soins directs aux patients le plus élevé (79,3 p. cent), tandis que les petits hôpitaux ont déclaré le pourcentage le plus faible à ce chapitre (65,0 p. cent). Les hôpitaux communautaires, quant à eux, ont déclaré un pourcentage de 76,4.

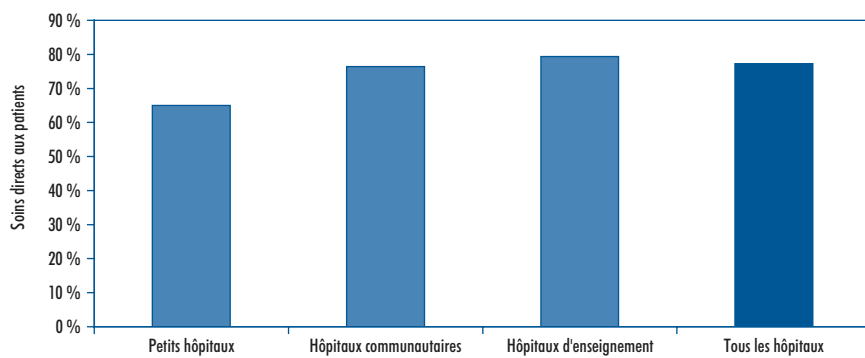
Calcul des heures de soins directs aux patients

Unités liées à la charge de travail relative aux bénéficiaires de services de soins de courte durée aux patients hospitalisés/60

Heures travaillées du personnel producteur d'unités de service qui prodigue des soins de courte durée aux patients hospitalisés et heures de service contractuel

FIGURE 5.13 : VARIATION DES SOINS DIRECTS AUX PATIENTS SELON LE TYPE D'HÔPITAL

Le graphique ci-dessous laisse supposer que, en 2001-2002, le personnel infirmier des hôpitaux d'enseignement a passé plus de temps à dispenser des soins aux patients que ne l'a fait le personnel infirmier des petits hôpitaux et des hôpitaux communautaires. Les valeurs indiquées dans le graphique ci-dessous illustrent les moyennes pondérées selon le type d'hôpital.



Source : Système de production de rapports des hôpitaux de l'Ontario, 2001-2002

Un pourcentage plus élevé signifie qu'une plus grande proportion d'heures est consacrée aux soins directs aux patients. À l'inverse, un pourcentage moins élevé indique une plus faible proportion d'heures consacrées aux soins directs aux patients et davantage de temps consacré à d'autres activités. Des écarts au chapitre de cet indicateur peuvent surgir dans les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux communautaires et les petits hôpitaux pour une multitude de raisons, dont l'emploi de divers modèles de prestation de soins aux patients, les modifications apportées aux programmes et aux services (p. ex. la restructuration),

les coupures au niveau de l'effectif et la composition du personnel de soins infirmiers.

La façon dont les hôpitaux répartissent la charge de travail entre les unités de soins aux patients hospitalisés et aux patients ambulatoires est variable, en particulier dans les petits hôpitaux. De plus, les centres fonctionnels de soins aux patients hospitalisés en obstétrique et en pédiatrie sont autorisés à déclarer des activités reliées aux patients ambulatoires en vertu des lignes directrices du *Ontario Hospital Reporting System* (OHRS).

Résumé

Ce chapitre fournit aux intervenants des hôpitaux de l'Ontario un exposé des résultats qui touchent douze mesures du rendement et de l'état financiers à l'échelle de la province. Le document renferme des mesures propres aux hôpitaux relativement à neuf de ces indicateurs. Lorsqu'on les emploie conjointement avec les indicateurs des autres quadrants, ces mesures peuvent aider les gestionnaires, les membres des conseils, les dispensateurs de soins, les représentants du gouvernement et autres parties intéressées à mieux comprendre la situation financière des hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario.

Ce chapitre présente également trois nouveaux indicateurs de soins infirmiers, à l'échelle du système, élaborés grâce à l'apport d'un comité consultatif formé de cadres supérieurs qui s'est appuyé sur les données contenues dans le document intitulé *Hospital Report 2001—Preliminary Studies Volume 2—Exploring: Nursing; Women's Health; Population Health*.

Dans ce rapport, on compare les résultats de l'exercice 2001-2002 (soit les plus récentes données accessibles) aux résultats des éditions antérieures du document intitulé *Hospital Report: Acute Care*. Au nombre des observations figurent les suivantes :

- Ensemble, les hôpitaux de soins de courte durée de l'Ontario ont déclaré des dépenses supérieures de plus de 115 millions de dollars au revenu.
- La marge totale a décliné de 2,5 points de pourcentage.
- Les dettes à long terme ont diminué de près de 38 millions de dollars de 2000-2001 à 2001-2002.
- Les dépenses au niveau des services généraux en tant que pourcentage des dépenses totales de fonctionnement ont légèrement chuté. De 8,76 p. cent en 2000-2001, elles sont passées à 8,61 p. cent en 2001-2002.
- Le nombre de jours en inventaire a accusé une baisse pour s'établir à 19,80 jours en 2001-2002, comparativement à 21,29 jours en 2000-2001.
- Les liquidités ont chuté. Le ratio de liquidité générale actuel est passé de 1,24 en 2000-2001 à 0,95 en 2001-2002.

- En terme de pourcentage, les dépenses liées à l'équipement sont demeurées relativement constantes: elles sont passées de 6,54 p. cent en 2000-2001 à 6,51 p. cent en 2001-2002.
- La proportion d'heures de soins aux patients par rapport au total des heures au titre du personnel des soins infirmiers est également demeurée assez constante. Elle était de 76,78 p. cent en 2000-2001 comparativement à 76,36 p. cent en 2001-2002.
- La proportion d'heures travaillées par le personnel hospitalier qui contribue aux soins dispensés aux patients par rapport aux heures totales travaillées est demeurée assez constante. Elle était de 59,38 p. cent en 2000-2001 comparativement à 59,47 p. cent en 2001-2002.

Prochaines étapes

Afin de s'assurer que le quadrant du rendement et de l'état financiers demeure un outil utile, l'équipe de recherche évalue les mesures actuelles et explore la mise en application potentielle de nouvelles mesures. Au nombre des projets en cours figurent :

- L'exploration de la pertinence continue des indicateurs actuels, l'examen de l'ajout de nouveaux indicateurs importants et la prise en considération d'options visant à raffiner la mesure et l'interprétation des indicateurs actuels.
- La mise en œuvre des trois nouveaux indicateurs des soins infirmiers à un niveau propre aux hôpitaux pour le *Rapport de 2004 sur les hôpitaux : Soins de courte durée*. Cela supposera la tenue d'une enquête sur plusieurs questions que les chercheurs et les praticiens ont soulevées au sujet de la qualité des données. En même temps, on effectuera une intégration plus poussée de ces indicateurs dans les autres rapports de la série du *Rapport sur les hôpitaux*.
- La détermination des repères et des seuils des indicateurs. Ces valeurs seront déclarées dans les rapports futurs.

Pour de plus amples renseignements

- ¹ MCGILLIS HALL, L., DORAN, D., SPENCE LASCHINGER, H., MALLETTE, C., O'BRIEN-PALLAS, L., et C. PEDERSEN. (2001). *Nursing Report 2001: Preliminary Study for Hospital Report 2001*, Toronto: The Hospital Report Research Collaborative, Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto et Association des hôpitaux de l'Ontario/Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
- ² BLEGEN, M. A., et T. VAUGHN. « A multisite study of nurse staffing and patient occurrences », *Nursing Economics* 16, n° 4, 1998, p. 196-203.
- ³ NEEDLEMAN, J., BUERHAUS, P., MATTKE, S., STEWART, M. et K. ZELEVINSKY. « Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals », *The New England Journal of Medicine* 346, n° 22, 2002a, p. 1715-1722.
- ⁴ KOVNER, C. et P. GERGEN. « Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals », *Image: Journal of Nursing Scholarship* 30, n° 4, 1998, p. 315-321.
- ⁵ SOVIE, M. D. et A. F. JAWAD. « Hospital restructuring and its impact on outcomes », *Journal of Nursing Administration* 31, n° 12, 2001, p. 588-600.
- ⁶ MCGILLIS HALL, L., IRVINE, D., Baker, G. R., PINK, G., SIDANI, S., O'BRIEN PALLAS, L. et G. DONNER. « Nurse Staffing Models as Predictors of Patient Outcomes », *Medical Care*, 41(9), p. 1096-1109.
- ⁷ AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, J. A. et J. H. SILBER. « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction », *Journal of the American Medical Association* 288, n° 16, 2002, p. 1987-1993.
- ⁸ KOVNER, C., JONES, J., ZHAN, C., GERGEN, P. J. et J. BASU. « Nurse staffing and postsurgical adverse events: An analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals. 1990-1996 », *HSR: Health Services Research* 37, n° 3, 2002, p. 611-629.
- ⁹ AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Implementing nursing's report card*, Washington DC: American Nurses Publishing, 1997.
- ¹⁰ AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital settings*, Washington DC: American Nurses Publishing, 2000.
- ¹¹ WUNDERLICH, G. S., SLOAN, F. S. et C.K. DAVIS (Eds.). *Nursing staff in hospitals and nursing homes: Is it adequate?* Washington, DC: National Academy Press, 1996.

Annexes



Annexe A : Hôpitaux de l'Ontario faisant partie du *Rapport de 2003* sur les hôpitaux : Soins de courte durée

Organisation hospitalière/Nom de la société	Campus compris	Niveau de participation	Groupe de pairs	Région
Alexandra Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	5
Almonte General Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	2
Arnprior & District Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	2
Atikokan General Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Brant Community Healthcare System		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
	Willett Hospital			
	The Brantford General Hospital			
Brockville General Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
Cambridge Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Campbellford Memorial Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	2
Carleton Place & District Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	2
Chatham-Kent Health Alliance		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
	Public General Hospital			
	St. Joseph's Hospital			
	Sydenham District Hospital			
Collingwood General & Marine Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Cornwall General Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
Credit Valley Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
Deep River and District Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	2
Dryden Regional Health Centre		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	1
Englehart & District Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	1
Espanola General Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Four Counties Health Services		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	5
Geraldton District Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Glengarry Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	2
Grand River Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
	K-W Health Centre			
Grey Bruce Health Services		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
	Bruce Peninsula Site			
	Markdale Site			
	Meaford Site			
	Owen Sound Site			
	Southampton Site			
Groves Memorial Community Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Guelph General Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Haldimand War Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	4
Haliburton Highlands Health Services Corporation		À l'échelle du système	Petit hôpital	2
	Haliburton Hospital Site			
	Minden Hospital Site			
Halton Healthcare		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
	Milton District Hospital Site			
	Oakville-Trafalgar Memorial Hospital Site			
Hamilton Health Sciences		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	4
	Hamilton General			
	Henderson General			
	McMaster University Medical Centre (MUMC)			
Hanover & District Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	5
Headwaters Health Care Centre		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Hôpital de Timmins et du District		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
L'Hôpital d'Ottawa		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	2
	Campus Civic			
	Campus Général			
	Riverside Campus			
	University of Ottawa Heart Institute			

*Déclaré séparément dans les résultats propres à l'hôpital

Organisation hospitalière/Nom de la société	Campus compris	Niveau de participation	Groupe de pairs	Région
Hôpital Général de Hawkesbury et District General Hospital Inc.		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
Hôpital Montfort		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
Hôpital Notre-Dame Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	2
Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
	Laurentian Site			
	Memorial Site			
	St. Joseph's Health Centre			
Hornepayne Community Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
The Hospital for Sick Children		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	3
Hôtel Dieu Health Science Hospital (Niagara)		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Hôtel-Dieu Grace Hospital (Windsor)		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
	Hôtel-Dieu			
Hotel Dieu Hospital — SEOHSC		À l'échelle du système	Hôpital d'enseignement	2
Humber River Regional Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
	Church Street Site			
	Finch Avenue Site			
	Keele Street Site			
Huntsville District Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
Huron Perth Hospitals Partnership		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
	Alexandra Marine & General Hospital			
	Clinton Public Hospital			
	Listowel Memorial Hospital			
	Seaforth Community Hospital			
	South Huron Hospital			
	St. Marys Memorial Hospital			
	Stratford General Hospital			
	Wingham & District Hospital			
Huron District Hospital (North Simcoe Hospital Alliance)		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Joseph Brant Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Kemptville District Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	2
Kingston General Hospital—SEOHSC		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	2
Kirkland & District Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
Lady Dunn Health Centre		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Lake of the Woods District Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
Lakeridge Health		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
	Lakeridge Health Bowmanville			
	Lakeridge Health Oshawa			
	Lakeridge Health Port Perry			
	Lakeridge Health Uxbridge			
	Lakeridge Health Whitby			
Lambton Hospitals Group		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
	Charlotte Eleanor Englehart Hospital			
	St. Joseph's Health Centre of Sarnia			
	Sarnia General Hospital			
Leamington District Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
Lennox and Addington County General Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	2
London Health Sciences Centre		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	5
	Victoria Campus—South Street Site			
	Victoria Campus—Westminster Site			
Manitoulin Health Centre		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
	Little Current			
	Mindemoya			
Manitouwadge General Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Markham Stouffville Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
Mattawa General Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
McCausland Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
MICs Group Health Services		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	1

Organisation hospitalière/Nom de la société	Campus compris	Niveau de participation	Groupe de pairs	Région
Mount Sinai Hospital Niagara Health System	Anson General Hospital Bingham Memorial Hospital The Lady Minto Hospital	Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	3
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Nipigon District Memorial Hospital Norfolk General Hospital	Douglas Memorial Hospital Site Greater Niagara General Site Niagara-on-the-Lake Hospital Site Port Colborne General Site St. Catharines General Site Welland County General Hospital Site	À l'échelle du système	Petit hôpital	1
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
North Bay General Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
North Wellington Health Care	McLaren Site Scollard Site			
		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	4
North York General Hospital	Louise Marshall Hospital Palmerston and District Hospital			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
Northumberland Health Care Corporation Orillia Soldiers' Memorial Hospital	Branson Division General Division			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
Pavillon Santé du District de Blind River Pembroke General Hospital Perth & Smith Falls District Hospital				
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
Peterborough Regional Health Centre	Great War Memorial Hospital of Perth Smith Falls Community Hospital			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
Queensway Carleton Hospital Quinte Healthcare Corporation	Peterborough Civic Hospital St. Joseph's Health Centre of Peterborough			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
RHSJ Health Centre of Cornwall Red Lake Margaret Cochenour Memorial Hospital Renfrew Victoria Hospital Riverside Health Care Facilities Inc.	Belleville General North Hastings Prince Edward County Memorial Site Trenton Memorial			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
Ross Memorial Hospital Rouge Valley Health System				
		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Royal Victoria Hospital Sault Area Hospitals	La Verendrye Hospital Emo Health Centre Rainy River Health Centre			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
The Scarborough Hospital	Rouge Valley Ajax & Pickering Rouge Valley Centenary			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
	Sault Ste. Marie General Hospital Plummer Memorial Public Hospital			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
	Scarborough General Site Scarborough Grace Site			
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3

Organisation hospitalière/Nom de la société	Campus compris	Niveau de participation	Groupe de pairs	Région
Sensenbrenner Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Services de santé de Chapleau		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Sioux Lookout District Health Centre		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Smooth Rock Falls Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
South Bruce Grey Health Centre		À l'échelle du système	Hôpital communautaire	5
	County of Bruce General Hospital (Walkerton Site) Durham Memorial Hospital (Durham Site) Kincardine Site Chelsey & District Memorial (Chelsey Site)			
South Muskoka Memorial Hospital		À l'échelle du système	Hôpital communautaire	1
Southlake Regional Health Centre		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
St. Francis Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	2
St. Joseph's Health Care London		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	5
	St. Joseph's Hospital			
St. Joseph's Health Centre (Toronto)		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
St. Joseph's Healthcare Hamilton		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	4
St. Mary's General Hospital (Kitchener)		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	4
St. Michael's Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	3
St. Thomas-Elgin General Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
Stevenson Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Petit hôpital	4
Strathroy Middlesex General Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	3
	Orthopaedic and Arthritic Campus Women's College Campus Sunnybrook Campus			
Temiskaming Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
Thunder Bay Regional Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
	McKellar Site Port Arthur Site			
Tillsonburg District Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
Toronto East General Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
Trillium Health Centre		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
	Mississauga Site Queensway Site			
University Health Network		Propre à l'hôpital	Hôpital d'enseignement	3
	The Princess Margaret Hospital Toronto General Hospital Site Toronto Western Hospital Site			
West Lincoln Memorial Hospital		À l'échelle du système	Hôpital communautaire	4
West Nipissing General Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
West Parry Sound Health Centre		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	1
	James Street Site Church Street Site			
William Osler Health Centre		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3
	Etobicoke Campus Georgetown Campus Brampton Memorial Campus			
Wilson Memorial General Hospital		À l'échelle du système	Petit hôpital	1
Winchester District Memorial Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	2
Windsor Regional Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
	Metropolitan Campus Western Campus			
Woodstock General Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	5
York Central Hospital		Propre à l'hôpital	Hôpital communautaire	3

Annexe B : Attribution du rendement des hôpitaux participant à la section du rapport spécifique aux hôpitaux

Quadrant sur l'intégration et changement du système

Tous les hôpitaux

Indicateur	Moyenne provinciale	Attributions du rendement			
		○	◐	◑	ND
Technologie de l'information clinique	42,54	3	81	8	0
Données cliniques : Collecte, diffusion et analyse comparative	57,46	4	81	5	2
Intensité de l'utilisation de l'information	54,97	4	86	2	0
Élaboration et utilisation des protocoles normalisés	44,36	7	84	1	0
Coordination des soins	84,08	3	69	12	8
Hôpitaux dans la communauté	38,06	5	85	2	0
Travail avec d'autres partenaires de santé	48,59	3	84	5	0
Continuité des soins	86,75	2	78	4	8
Stratégies de gestion des patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS)	49,33	3	82	4	3
Personnel de soutien de l'hôpital	53,67	1	88	3	0

Petits hôpitaux

Indicateur	Moyenne provinciale	Attributions du rendements			
		○	◐	◑	ND
Technologie de l'information clinique	26,42	0	14	1	0
Données cliniques : Collecte, diffusion et analyse comparative	36,83	0	11	2	2
Intensité de l'utilisation de l'information	35,92	0	14	1	0
Élaboration et utilisation des protocoles normalisés	29,23	2	13	0	0
Coordination des soins	87,06	0	3	4	8
Hôpitaux dans la communauté	30,60	1	14	0	0
Travail avec d'autres partenaires de santé	35,57	0	14	1	0
Continuité des soins	89,65	0	7	0	8
Stratégies de gestion des patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS)	32,26	0	14	0	1
Personnel de soutien de l'hôpital	43,31	0	14	1	0

Hôpitaux communautaires et d'enseignement

Indicateur	Moyenne provinciale	Attributions du rendement			
		○	◐	◑	ND
Technologie de l'information clinique	47,91	3	67	7	0
Données cliniques : Collecte, diffusion et analyse comparative	63,32	4	70	3	0
Intensité de l'utilisation de l'information	61,31	4	72	1	0
Élaboration et utilisation des protocoles normalisés	49,02	5	71	1	0
Coordination des soins	83,81	3	66	8	0
Hôpitaux dans la communauté	40,54	4	71	2	0
Travail avec d'autres partenaires de santé	52,93	3	70	4	0
Continuité des soins	86,48	2	71	4	0
Stratégies de gestion des patients nécessitant d'autres niveaux de soins (ANS)	54,94	3	68	4	2
Personnel de soutien de l'hôpital	57,12	1	74	2	0

Quadrant sur l'Utilisation et résultats cliniques

Tous les hôpitaux

Indicateur	○	Attributions du rendement			ND
		◐	◑	●	
Infarctus aigu du myocarde					
Accès à la coronarographie	31	38	17	6	
Réadmissions	3	67	5	17	
Asthme					
Réadmissions	0	15	1	76	
Accident vasculaire cérébral					
Durée du séjour	12	68	9	3	
Cholécystectomie					
Accès à la chirurgie d'un jour	13	32	25	22	
Hystérectomie					
Durée du séjour	0	20	48	24	
Réadmissions	0	38	3	51	
Prostatectomie					
Réadmissions	0	31	1	60	

Petits hôpitaux

Indicateur	○	Attributions du rendement			ND
		◐	◑	●	
Infarctus aigu du myocarde					
Accès à la coronarographie	4	9	0	2	
Réadmissions	0	3	0	12	
Asthme					
Réadmissions	0	0	0	15	
Accident vasculaire cérébral					
Durée du séjour	1	13	1	0	
Cholécystectomie					
Accès à la chirurgie d'un jour	0	1	2	12	
Hystérectomie					
Durée du séjour	0	2	2	11	
Réadmissions	0	0	0	15	
Prostatectomie					
Réadmissions	0	0	0	15	

Quadrant sur l'Utilisation et résultats cliniques (suite)

Hôpitaux communautaires

Indicateur	○	Attributions du rendement		ND
		◐	●	
Infarctus aigu du myocarde				
Accès à la coronarographie	25	27	10	2
Réadmissions	3	57	2	2
Asthme				
Réadmissions	0	14	1	49
Accident vasculaire cérébral				
Durée du séjour	6	51	7	0
Cholécystectomie				
Accès à la chirurgie d'un jour	12	24	21	7
Hystérectomie				
Durée du séjour	0	13	41	10
Réadmissions	0	30	2	32
Prostatectomie				
Réadmissions	0	26	0	38

Hôpitaux d'enseignement

Indicateur	○	Attributions du rendement		ND
		◐	●	
Infarctus aigu du myocarde				
Accès à la coronarographie	2	2	7	2
Réadmissions	0	7	3	3
Asthme				
Réadmissions	0	1	0	12
Accident vasculaire cérébral				
Durée du séjour	5	4	1	3
Cholécystectomie				
Accès à la chirurgie d'un jour	1	7	2	3
Hystérectomie				
Durée du séjour	0	5	5	3
Réadmissions	0	8	1	4
Prostatectomie				
Réadmissions	0	5	1	7

Quadrant sur la Satisfaction des patients*

Tous les hôpitaux

Indicateur	Moyenne	Attributions du rendement			ND
		cercle vide	demi-lune	cercle plein	
Qualité générale	89,0	2	67	15	8
Qualité du processus	85,3	7	61	16	8
Autres soignants	86,4	9	66	9	8
Soins non-médicaux	86,7	8	62	14	8
Soins médicaux	86,3	4	71	9	8
Résultats de soins	85,3	3	75	6	8
Services de soutien	77,8	11	58	15	8
Entretien ménager	80,8	6	58	20	8

Petits hôpitaux

Indicateur	Moyenne	Attributions du rendement			ND
		cercle vide	demi-lune	cercle plein	
Qualité générale	91,1	0	4	3	8
Qualité du processus	88,3	0	3	4	8
Autres soignants	89,7	0	4	3	8
Soins non-médicaux	89,2	0	3	4	8
Soins médicaux	87,9	0	6	1	8
Résultats de soins	87,8	0	6	1	8
Services de soutien	82,5	0	3	4	8
Entretien ménager	87,0	0	1	6	8

Hôpitaux communautaires

Indicateur	Moyenne	Attributions du rendement			ND
		cercle vide	demi-lune	cercle plein	
Qualité générale	88,3	2	55	7	0
Qualité du processus	84,9	6	50	8	0
Autres soignants	86,1	7	52	5	0
Soins non-médicaux	86,5	7	50	7	0
Soins médicaux	85,8	4	56	4	0
Résultats de soins	84,9	3	59	2	0
Services de soutien	77,2	10	45	9	0
Entretien ménager	80,2	5	47	12	0

Hôpitaux d'enseignement

Indicateur	Moyenne	Attributions du rendement			NC
		cercle vide	demi-lune	cercle plein	
Qualité générale	90,9	0	8	5	0
Qualité du processus	85,5	1	8	4	0
Autres soignants	85,9	2	10	1	0
Soins non-médicaux	86,5	1	9	3	0
Soins médicaux	88,0	0	9	4	0
Résultats de soins	86,2	0	10	3	0
Services de soutien	77,9	1	10	2	0
Entretien ménager	80,4	1	10	2	0

* Huit hôpitaux (tous des petits) n'ont pas atteint le minimum requis de 100 réponses valides à l'enquête. Ils ont donc été exclus de l'analyse.

Annexe C : Comité consultatif du *Rapport sur les hôpitaux 2003* : Soins de courte durée

Comité consultatif, Rapport sur les hôpitaux

Bonnie Adamson
Sandra Conley
Wayne Coveyduck
Rueben Devlin
Elma Heidemann
Zenita Hirji
Gordon Key
Bill Kreuzweiser
Brian Lemon
Wendy Nicklin
Cliff Nordal
Rita Notarandrea
Sandy Nuttall
Steve Orsini
Mark Rochon
Ann Marie Strapp
Marian Walsh
Helen Whittome
Andrew Williams

North York General Hospital
Association des hôpitaux de l'Ontario
Temiskaming Hospital
Humber River Regional Hospital
Conseil canadien d'agrément des services de santé
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Huron District Hospital (North Simcoe Hospital Alliance)
Association des hôpitaux de l'Ontario
Lakeridge Health
The Ottawa Hospital
St. Joseph's Health Care London
Hôpital Royal d'Ottawa
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Association des hôpitaux de l'Ontario
Toronto Rehabilitation Institute
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Bridgepoint Health
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Huron Perth Hospitals Partnership

Comité de direction, Rapport sur les hôpitaux

Bonnie Adamson
Brian Lemon
David Mercer
Steve Orsini
Allison Stuart
Mitchell Toker

North York General Hospital
Lakeridge Health
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Association des hôpitaux de l'Ontario
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Groupe consultatif, Utilisation clinique et résultats

Dimitri Anastakis
Kenneth Babey
Gordon Bierbrier
Douglas Bignell
Larry Brownscombe
Paul Carter
Margaret Catt
J. Crosby
Doris Doidge
Susan Downing
Brian Gamble
Ronald Holliday
Stephen Kaladeen
John Kraulis
Annette Marcuzzi
John Marshall
Karin McIntosh
Susan McNair
Dale Mercer
Rajiv Midha
Morley Mossing
Carol Mulder
Joan Murphy
Brenda Perkins-Meingast

University Health Network
North Wellington Health Care
Chatham-Kent Health Alliance
Sault Area Hospitals
London Health Sciences Centre
Woodstock General Hospital
Temiskaming Hospital
Université de Toronto
Lakeridge Health
Joseph Brant Memorial Hospital
Chatham-Kent Health Alliance
London Health Sciences Centre
Quinte Health Care
Chatham-Kent Health Alliance
University Health Network
Kingston General Hospital—SEOHSC
Thunder Bay Regional Hospital
St. Joseph's Health Centre (Toronto)
Hotel Dieu Hospital—SEOHSC
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre
Sault Area Hospitals
University Health Network
University Health Network
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre
les accidents du travail
Ross Memorial Hospital
London Health Sciences Centre
Grey Bruce Health Services
University Health Network

Ronald Sears
Bill Sibbald
Reta Sproule
Bryce Taylor

Art Van Walraven
John Wegener
Anthony Weinberg

Huron Perth Hospitals Partnership
St. Michael's Hospital
The Ottawa Hospital

Groupe consultatif, Rendement financier et condition financière

Howard Baker
Paul Barker
Nan Brooks
Dan Carriere
Paul Darby
Kenneth Deane
Robert Devitt
Rueben Devlin
Jim Elliott
Kevin Empey
Peter Finkle
Jim Flett
Zenita Hirji
Beth Horodyski
Mark Hurst
Marc Joyal
Nizar Ladak
Bruce Laughton
Norman Maciver
Frank Markel
Ian McKillop
John McKinley
David Mercer
Steve Orsini
Lou Reidel
Carolyn Skimson
Kevin Smith
Joan Starkman
John Sutherland
Leslie Vincent
Kevin Yu

Joint Policy and Planning Committee
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Ontario Council of Teaching Hospitals
Southlake Regional Health Centre
Collingwood General & Marine Hospital
Hamilton Health Sciences
Peterborough Regional Health Centre
Humber River Regional Hospital
Toronto Rehabilitation Institute
University Health Network
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
London Health Sciences Centre
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Joint Policy and Planning Committee
North Bay General Hospital
Hôpital Montfort
Institut canadien d'information sur la santé
Quinte Health Care
West Parry Sound Health Centre
Joint Policy and Planning Committee
Wilfrid Laurier University
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Association des hôpitaux de l'Ontario
Association des hôpitaux de l'Ontario
Groves Memorial Community Hospital
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Joint Policy and Planning Committee
Huron Perth Hospitals Partnership
Mount Sinai Hospital
Joint Policy and Planning Committee

Groupe consultatif, Intégration et changement du système

Ross Baker
Rheta Fanizza
Keary Fulton-Wallace
James MacLean
Norine Martin
Ken McGeorge
Polly Stevens

Université de Toronto
The Scarborough Hospital
Huron Perth Hospitals Partnership
Markham Stouffville Hospital
Carleton Place & District Memorial Hospital
Red Lake Margaret Cochenour Memorial Hospital
The Hospital for Sick Children

Groupe consultatif sur les soins infirmiers

Louis Andrighetti
Linda Bisonette
Marilyn Bruner
Tom Closson
Imtiaz Daniel
Kevin Empey
Mary Ferguson-Paré
Vickie Kaminski
Alan Kramer
Frank Markel
Dale McGregor
Jane Mosley
Ben Petersen
Kathy Sabo
Todd Stepanvik
Glenn Street

Hôpital régional Sudbury
Perth & Smith Falls District Hospital
St. Joseph's Health Centre (Toronto)
University Health Network
Joint Policy and Planning Committee
University Health Network
University Health Network
Hôpital régional Sudbury
St. Joseph's Health Centre (Toronto)
Joint Policy and Planning Committee
Perth & Smith Falls District Hospital
St. Joseph's Health Centre (Toronto)
Hôpital régional Sudbury
University Health Network
Perth & Smith Falls District Hospital
Perth & Smith Falls District Hospital



Nous serons heureux de connaître vos commentaires sur le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. Veuillez remplir cette fiche d'évaluation ou envoyer vos idées par courriel à rapportsante@cihi.ca.

Veuillez retourner le questionnaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Rétroaction sur le *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée*
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ontario)
M4P 2Y3

Instructions

Pour chacune des questions, inscrivez un « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons seulement connaître votre opinion. Notre objectif est d'améliorer les rapports à venir. Les réponses individuelles sont confidentielles.

Satisfaction générale à l'égard du rapport

Pour chacune des questions, inscrivez un « X » vis-à-vis de la réponse la plus appropriée.

1. Comment avez-vous obtenu un exemplaire du *Rapport sur les hôpitaux : Soins de courte durée*?
 - Par la poste
 - Un collègue me l'a remis
 - Sur Internet
 - J'ai commandé mon propre exemplaire _____
 - Autre (veuillez préciser) _____

2. Dans quelle mesure avez-vous lu le rapport?
 - J'ai lu tout le rapport
 - J'ai lu certains chapitres et parcouru tout le rapport
 - J'ai parcouru tout le rapport

3. Veuillez indiquer si vous avez trouvé ces sections utiles en inscrivant un « X » vis-à-vis la catégorie la plus appropriée :

Introduction	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Intégration et changement du système	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Utilisation et résultats cliniques	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Satisfaction des patients	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Rendement et états financiers	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Encart des Résultats spécifiques aux hôpitaux	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue

4. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

a. Clarté	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
b. Organisation/format	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
c. Utilisation des figures	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
d. Qualité des analyses	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
e. Niveau de détail	<input type="checkbox"/> Trop détaillé	<input type="checkbox"/> Juste assez détaillé	<input type="checkbox"/> Pas assez détaillé	
f. Longueur	<input type="checkbox"/> Trop long	<input type="checkbox"/> Juste assez long	<input type="checkbox"/> Pas assez long	

5. L'objectif général du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* est d'aider à comprendre et à évaluer le rendement de l'ensemble du système hospitalier provincial ainsi que celui à l'échelle des hôpitaux.

a) Avons-nous réussi à fournir une information utile sur le rendement de l'ensemble du système hospitalier provincial de l'Ontario?

Nous...

- avons dépassé notre objectif.
- avons atteint notre objectif.
- avons atteint partiellement notre objectif.
- n'avons pas atteint notre objectif.

b) Avons-nous réussi à fournir une information utile sur le rendement à l'échelle des hôpitaux?

Nous....

- avons dépassé notre objectif.
- avons atteint notre objectif.
- avons atteint notre objectif.
- n'avons pas atteint notre objectif.

6. Comment prévoyez-vous utiliser l'information contenue dans le rapport?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport?

8. Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignements sur les lecteurs

9. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- Gestionnaire ou administrateur de services de santé
- Membre d'un conseil d'administration
- Dispensateur de soins
- Autre personnel de l'hôpital
- Chercheur
- Analyste de politique
- Représentant élu
- Étudiant
- Autre (veuillez préciser) _____

Merci pour vos commentaires!

Téléchargez un exemplaire gratuit du *Rapport sur les hôpitaux 2003 : Soins de courte durée* des sites suivants :

- Institut canadien d'information sur la santé : www.icis.ca
- Association des hôpitaux de l'Ontario : www.oha.com
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée : www.health.gov.on.ca
- Hospital Report Research Collaborative : www.hospitalreport.ca