

Résumé et conséquences clés

Ceci est le second rapport sur les hôpitaux (*Hospital Report*) qui offrent des soins de santé aux adultes hospitalisés en Ontario. Les résultats présentés se rapportent à 56 hôpitaux de l'annexe 1, y compris 11 hôpitaux spécialisés et 45 établissements de soins actifs.* Durant l'exercice 2002-2003, ces établissements ont fourni près de 1,5 million de jours de soins aux personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, dont le tiers ont été assurés par des établissements de soins actifs et les deux tiers par des établissements spécialisés. Le rapport présente les données issues de l'application de 24 indicateurs concernant l'intégration et l'évolution du système, l'utilisation des services cliniques et les effets que ceux-ci produisent, la façon dont les patientes et patients perçoivent les soins ou encore le rendement et la situation financière. Les résultats aux niveaux régional et provincial sont présentés séparément pour les établissements de soins actifs et pour les établissements spécialisés. Ils ont trait aux soins fournis durant l'exercice 2002-2003 et reflètent des données recueillies tant au niveau des patientes et patients que des hôpitaux ou programmes.

Globalement, les résultats mettent en lumière bien des aspects positifs de la prestation des soins de santé mentale aux personnes hospitalisées, conformément aux valeurs à la base de la réforme de la santé mentale. Plusieurs éléments, repris ci-après, ont toutefois été isolés comme appelant certaines mesures de suivi. Il existe par exemple des écarts considérables entre les régions au niveau du rendement, les soins médicaux de suivi offerts aux patientes et patients après leur congé de l'hôpital sont inférieurs à ce qui serait souhaitable et les stratégies visant la prestation de soins basées sur des données probantes sont insuffisantes.

I. Utilisation ciblée et appropriée des services aux hospitalisés

- 37 % de toutes les personnes admises à un établissement de l'annexe 1 l'ont été en raison de troubles psychotiques, un proportion nettement inférieure aux 75 % rapportés aux États-Unis.
- les journées durant lesquelles des personnes sont restées à l'hôpital alors qu'elles étaient prêtes à en recevoir leur congé, qualifiées de journées d'autres niveaux de soins, représentent 14 % des journées totales d'occupation des lits consacrés aux soins de santé mentale dans les établissements de soins actifs.
- la durée moyenne du séjour des personnes admises à un établissement de soins actifs était d'environ 12 jours; environ 12 % des personnes ayant obtenu leur congé d'un hôpital ont toutefois été hospitalisées de nouveau en l'espace de 30 jours.

Conséquences

- Les régions et la province vont devoir augmenter la capacité des services communautaires de s'occuper de personnes ayant besoin de soins plus complexes. Il s'agirait à cet égard aussi de surveiller les retombées du financement issu du nouvel Accord sur les soins de santé sur la capacité des services communautaires d'intervention en cas de crise et autres à offrir des solutions de rechange aux soins aux hospitalisés partout dans la province.

* Les établissements de soins actifs ont pour objet d'atténuer la crise que traverse une personne, de réduire ses symptômes et de lui permettre de réintégrer le plus rapidement possible la vie dans la collectivité. Les établissements spécialisés accueillent les personnes atteintes de troubles plus complexes dont le traitement nécessite l'intervention de professionnels aux compétences très particulières, voire une hospitalisation de plus longue durée : les hôpitaux psychiatriques provinciaux actuels et ceux qui ont été cédés à d'autres établissements de santé sont inclus dans cette seconde catégorie.

- Les hôpitaux vont devoir examiner leurs normes d'admission et améliorer leur liaison avec des services communautaires pouvant offrir une solution de rechange à l'admission de personnes pour lesquelles une hospitalisation ne s'impose pas.
- Il y aurait lieu d'adopter des pratiques susceptibles d'accélérer le moment où les personnes hospitalisées obtiennent leur congé de l'hôpital, comme par exemple de planifier les congés le plus tôt possible, de procéder à un examen continu de l'utilisation des soins par une patiente ou un patient ou encore de forger des liens avec d'autres organismes de santé à l'échelle du programme.

II. Intégration et soins après un congé de l'hôpital

- Sur le plan organisationnel, les hôpitaux procèdent à la mise en œuvre de pratiques de collaboration avec des fournisseurs externes. Quarante pour cent ont adopté des protocoles prévoyant la notification de fournisseurs de services communautaires lorsque des personnes sont hospitalisées, et 88 % des hôpitaux font partie de partenariats dont le but est de favoriser l'établissement de relations et d'améliorer les soins aux patientes et patients.
- Néanmoins, des écarts demeurent au niveau des soins que les clientes et clients reçoivent après leur congé de l'hôpital, 52 % seulement recevant dans les 30 jours qui suivent leur congé des soins de fournisseurs affiliés à l'Assurance-santé de l'Ontario.
- De plus, 23 % des personnes qui quittent l'hôpital après y avoir été soignées pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie sont soit hospitalisées de nouveau, soit soignées dans un service d'urgence (sans hospitalisation), en l'espace de 30 jours.

Conséquences

- Les régions et la province doivent veiller à ce que les personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital puissent accéder à un continuum de services de soutien pour leur permettre de réintégrer la vie communautaire.
- La mise en œuvre du dossier électronique de santé peut faciliter le suivi de l'utilisation que les clientes et clients font des services à l'échelle du système, en plus d'appuyer la collaboration entre les fournisseurs qui leur offrent des soins dans le cadre de divers programmes.
- Les hôpitaux et les fournisseurs de services communautaires devront améliorer leurs pratiques visant à favoriser la transition sans faille de chaque cliente ou client des soins aux hospitalisés aux soins communautaires.

III. Pratique basée sur des données probantes

- Plus de la moitié des programmes ou hôpitaux disent couramment appliquer des méthodes normalisées, fondées sur les meilleures pratiques, pour la gestion des patientes et patients ayant des troubles mentaux majeurs.
- Ceci étant dit, il existe des écarts importants entre les régions, la pratique basée sur des données probantes étant par ailleurs beaucoup plus répandue dans les établissements spécialisés que dans les établissements de soins actifs.
- La proportion d'établissements qui utilisent les données relatives aux résultats observés chez les clientes et clients que leur fournit leur personnel pour améliorer leurs programmes est de 44 % seulement, et elle est plus faible encore (seulement 27 %) pour ceux qui utilisent les données relatives aux résultats que leur fournissent les clientes et les clients. Là aussi, on constate des écarts importants, l'utilisation de ces données étant plus fréquente au sein des établissements spécialisés.
- Les hôpitaux offrent une aide considérable aux membres de leur personnel qui souhaitent suivre une formation ou se perfectionner.

Conséquences

- Les régions et la province devront fournir des moyens d'information et de soutien (formation, logiciels, trousse d'outils) pour la mise en œuvre de soins conformes aux meilleures lignes de conduite et pour le suivi des résultats chez les patientes et patients.

- Il y aurait lieu de repérer des établissements ou programmes de référence et de faire connaître leurs pratiques à travers tout le système.
- Les hôpitaux devront faire des progrès au niveau de la mise en œuvre de méthodes de prestation de soins normalisées, fondées sur les meilleures pratiques.

IV. Soins axés sur les consommateurs

- D'après les responsables des programmes, les trois-quarts environ des clientes et clients participent à la planification de leur congé, et les clientes et clients ou leurs familles sont représentés au sein des comités directeurs ou des comités consultatifs de 79 % des établissements ou programmes.
- Vu que cette participation et cette représentation sont davantage la norme dans les établissements spécialisés qu'ailleurs et qu'elles varient grandement d'une région à l'autre, ceci semble toutefois être un domaine où des améliorations sont requises et possibles.
- Les données sur les patientes et patients, dans la mesure où elles sont disponibles, permettront de se faire une meilleure idée de la façon dont les programmes sont perçus en regard des degrés de participation actuels et de la satisfaction vis-à-vis de ceux-ci.

Conséquences

- Les régions et la province devront promouvoir l'importance de la participation des consommateurs, et elles devront aussi fournir aux établissements des ressources, et notamment une formation, pour les aider à faire des progrès dans ce domaine.
- Les hôpitaux devront adopter des pratiques visant à augmenter la participation des consommateurs, telles que par exemple la formation du personnel, le suivi systématique de la participation des consommateurs à la planification des soins ou encore le recrutement de consommateurs comme membres des comités consultatifs et le soutien de ceux-ci.

V. Écarts régionaux

- Les écarts constatés entre les régions sur le plan de leur rendement sont considérables par rapport à plusieurs indicateurs, surtout en ce qui concerne la prestation de soins conformes aux meilleures lignes de conduite, à la mesure des résultats et à la participation des clientes ou clients.
- Bien que des points forts et des points faibles aient été relevés pour chacune des régions, la région du Nord présente le moins bon rendement dans plusieurs domaines, notamment la mise en relation des patientes et patients avec un fournisseur de services affilié à l'Assurance-santé de l'Ontario au moment de leur congé de l'hôpital ou encore le pourcentage de journées d'autres niveaux de soins.

Conséquences

- Le Nord se heurte aux problèmes particuliers liés à la prestation de soins sur un très vaste territoire, parsemé de nombreuses collectivités rurales et isolées.
- La province et le Nord devront, d'une part, revoir le rôle que jouent les soins aux hospitalisés dans cette région et, d'autre part, trouver moyen de multiplier les services communautaires disponibles dans la région.

VI. Mise au point d'un système de suivi continu

- Ce rapport est une première tentative de diffusion de données normalisées sur les soins de santé mentale fournis dans la province aux personnes hospitalisées : il pourra servir de point de départ pour le suivi de l'évolution du rendement par régions.
- La portée du rapport, de même que les calculs liés aux indicateurs et leur interprétation sont limités par la quantité et la qualité des données disponibles, et en particulier par l'absence de données parallèles sur l'utilisation des services communautaires de santé mentale.

- L'interprétation des résultats s'améliorera avec l'amélioration des sources de données, l'accumulation progressive de données permettant de dégager des tendances, le rajustement des résultats en fonction des risques et la présentation de rapports à l'échelle des hôpitaux attendue pour 2007.

Conséquences

Les régions et la province devront :

- veiller à ce que les hôpitaux là où les mesures sont effectuées sachent bien ce qui est attendu d'eux en termes de rendement;
- poursuivre les efforts pour recueillir des données sur les services communautaires de santé mentale et leur utilisation.

L'Équipe de recherche pour le rapport sur les hôpitaux devra :

- poursuivre ses travaux relatifs à l'amélioration des mesures et des méthodes de collecte de données;
- améliorer la comparabilité des résultats rapportés, et ce par des moyens tels que la stratification et le rajustement des résultats en fonction des risques;
- solliciter des rétroactions auprès des hôpitaux et d'autres, de sorte à toujours améliorer la pertinence, la validité et l'utilité des indicateurs de rendement;
- poursuivre ses efforts pour repérer des références.