

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

FONCTIONNEMENT DES GRANDS HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES

(RAPPORT ANNUEL 2016 DU BUREAU DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DE
L'ONTARIO, SECTION 3.08)

2^e session, 41^e législature
67 Elizabeth II

ISBN 978-1-4868-1084-0 (Imprimé)
ISBN 978-1-4868-1086-4 [Anglais] (PDF)
ISBN 978-1-4868-1088-8 [Français] (PDF)
ISBN 978-1-4868-1085-7 [Anglais] (HTML)
ISBN 978-1-4868-1087-1 [Français] (HTML)

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Dave Levac
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Ernie Hardeman

Queen's Park
Février 2018

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS LISTE DES MEMBRES

2^e session, 41^e législature

ERNIE HARDEMAN
Président

LISA MACLEOD
Vice-présidente

BOB DELANEY

PERCY HATFIELD

VIC DHILLON

RANDY HILLIER

HAN DONG

MONTE KWINTER

JOHN FRASER

FRANCE GÉLINAS et JEFF YUREK ont régulièrement été membres
suppléants du comité.

KATCH KOCH
Greffier du comité

ERICA SIMMONS
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
REMERCIEMENTS	1
CONTEXTE	1
Loi	2
Financement	2
Réforme du financement du système de santé	3
OBJECTIFS ET PORTÉE DE L'AUDIT	3
FAITS SAILLANTS DE L'AUDIT	3
PROBLÈMES SOULEVÉS DANS LE CADRE DE L'AUDIT ET AUPRÈS DU COMITÉ	5
Décisions sur le financement	5
Temps d'attente dans les salles d'urgence	6
Temps d'attente pour les interventions chirurgicales	7
Temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes	8
Rendement sur le plan de la sécurité des soins chirurgicaux	10
Hauts taux d'occupation des lits	11
Répercussions du processus de nomination des médecins et de la procédure d'appel	13
Horaires du personnel infirmier	14
Renseignements médicaux personnels	14
Entretien de l'équipement médical	16
LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	17

INTRODUCTION

Le 5 avril 2017, le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences publiques sur l'audit (section 3.08 du *Rapport annuel 2016* de la vérificatrice générale) du fonctionnement des grands hôpitaux communautaires, qui relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Comité avalise les observations et les recommandations de la vérificatrice générale et présente ses propres constats, points de vue et recommandations dans le présent rapport. Le Ministère est prié de donner suite à ces recommandations par écrit au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire.

REMERCIEMENTS

Le Comité tient à remercier les représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le Rouge Valley Health System¹, Trillium Health Partners et l'Hôpital régional de Windsor. Il remercie également le Bureau de la vérificatrice générale, le greffier du Comité et le personnel du Service de recherche de l'Assemblée législative pour leur contribution aux audiences et à la rédaction du présent rapport.

CONTEXTE

Le réseau ontarien de 147 hôpitaux publics comprend 57 grands hôpitaux communautaires ainsi que de petits hôpitaux communautaires, des hôpitaux universitaires, des hôpitaux de soins aux malades chroniques et de réadaptation et des hôpitaux psychiatriques.

Selon le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), les grands hôpitaux communautaires sont ceux qui ont pris en charge au moins 2 700 cas pondérés aigus ou de chirurgie d'un jour au cours de deux des trois dernières années écoulées. Ensemble, les grands hôpitaux communautaires de l'Ontario :

- comptent environ 14 990 (48 %) des 31 000 lits d'hospitalisation de la province;
- ont enregistré 4,3 millions de visites aux salles d'urgence en 2015-2016;
- ont pratiqué 1,07 million d'interventions chirurgicales.

L'audit portait sur le fonctionnement de trois grands hôpitaux communautaires, chacun régi par un réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) distinct. Chacun des trois hôpitaux accueille à deux emplacements différents les patients ayant besoin de soins actifs. Pour dresser un meilleur portrait de tous

¹ Le 1^{er} décembre 2016, l'établissement Centenary du Rouge Valley Health System et l'Hôpital de Scarborough ont fusionné pour former le Scarborough and Rouge Hospital. L'établissement d'Ajax/Pickering du Rouge Valley Health System a quant à lui été intégré à la Lakeridge Health Corporation.

les grands hôpitaux communautaires, l'audit consistait notamment à effectuer un sondage auprès des 54 autres hôpitaux de cette catégorie et à examiner les données globales disponibles pour les 57 grands hôpitaux communautaires.

Loi

Les 14 RLISS de la province administrent les services de santé en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Les RLISS doivent conclure avec chacun des hôpitaux de leur région une entente de responsabilisation en matière de services qui précise les attentes au chapitre du rendement et de la reddition de comptes. Ces ententes exigent également que les hôpitaux équilibrent leur budget chaque année, et que les dépenses réelles de l'hôpital ne dépassent pas le budget préapprouvé.

La *Loi sur les hôpitaux publics* (la Loi) régit les opérations des hôpitaux publics de l'Ontario. Les hôpitaux sont tenus de respecter les dispositions de la Loi sur l'admission et la mise en congé des patients, les protocoles relatifs aux maladies transmissibles et la communication et la protection des dossiers des patients.

La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* exige des hôpitaux qu'ils établissent des plans annuels d'amélioration de la qualité, des comités de la qualité, une rémunération axée sur le rendement et une procédure de divulgation des incidents critiques.

En vigueur depuis le 1^{er} juillet 2017, la *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* habilite les fournisseurs de soins de santé à tenir des discussions confidentielles sur l'amélioration de la qualité des soins tout en veillant à ce que les patients et leurs représentants autorisés puissent obtenir les faits sur un incident critique.

Enfin, la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* élimine les 14 centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario et transfère la responsabilité des soins à domicile, des soins de longue durée et des programmes connexes aux RLISS. Selon leur mandat élargi, ces derniers doivent notamment assurer la planification des soins primaires, la gestion des soins aux patients ainsi que l'intégration du système de santé et son adaptation aux besoins locaux.

Financement

Le financement accordé aux 57 grands hôpitaux communautaires représentait environ 7,89 (46 %) des 17 milliards de dollars versés par le Ministère à tous les hôpitaux publics. Ensemble, les trois hôpitaux visés par l'audit ont reçu 1,3 (16 %) des 7,89 milliards de dollars versés aux grands hôpitaux communautaires en 2015-2016.

Le Ministère fournit environ 80 % du financement des hôpitaux (directement et indirectement) par l'intermédiaire des RLISS, et les hôpitaux tirent la dernière tranche de 20 % d'autres sources : campagnes de financement, frais d'occupation, frais de stationnement et autres tarifs de détail.

Le financement des hôpitaux dans la province est passé de 11,3 milliards de dollars en 2003-2004 à 17,4 milliards de dollars en 2016-2017, une augmentation de 54 %.

Réforme du financement du système de santé

Lancé en 2012, le modèle de réforme du financement du Ministère visait à allouer équitablement les fonds réservés à la santé, à promouvoir les pratiques cliniques exemplaires et à maintenir la croissance des dépenses à des niveaux viables. Il comprend deux composantes clés :

- La composante de l'**allocation fondée sur la santé** permet d'estimer les dépenses en santé d'après la démographie et l'utilisation réelle des services de santé. Selon ce modèle, le Ministère ajuste le financement des hôpitaux d'après les besoins des patients et la croissance de la population.
- La composante des **actes médicaux fondés sur la qualité** permet de financer les hôpitaux en fonction des types et du nombre de patients qu'ils traitent. Le Ministère a établi des procédures fondées sur des pratiques exemplaires et des mesures de l'efficacité que les hôpitaux doivent observer pour le traitement de leurs patients et a déterminé le montant que chaque hôpital recevrait pour cette composante.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE L'AUDIT

L'audit visait à déterminer si les grands hôpitaux communautaires, travaillant en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, disposent de systèmes et de procédures efficaces pour garantir que :

- les patients reçoivent rapidement des soins de grande qualité, sécuritaires, fiables et équitables;
- les ressources sont utilisées efficacement;
- l'efficacité opérationnelle est mesurée et évaluée et fait l'objet de rapports.

FAITS SAILLANTS DE L'AUDIT

L'audit a mis au jour différents facteurs qui entravent les soins aux patients dans les hôpitaux, notamment :

- les patients attendent trop longtemps dans les salles d'urgence;
- les salles d'opération ne sont pas pleinement utilisées;
- les longs temps d'attente en chirurgie font courir des risques aux patients;
- la priorité n'est pas toujours accordée aux patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale urgente (ces interventions sont en concurrence avec les interventions non urgentes pour les plages horaires des salles d'opération);

- les patients attendent trop longtemps pour certaines interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes;
- le financement de fin d'exercice du Ministère pour les interventions chirurgicales en oncologie n'est pas confirmé en temps utile.

La vérificatrice s'inquiète également des cas de patients atteints de nouveaux problèmes de santé en raison de leur hospitalisation. Par exemple :

- le nombre relativement élevé de patients atteints de sepsie (une infection potentiellement mortelle) mis en congé par les hôpitaux de l'Ontario;
- les cas relativement nombreux de chutes et de surconsommation de médicaments chez les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins (qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers, mais doivent demeurer à l'hôpital jusqu'à ce qu'un lit se libère dans un autre milieu de soins).

Les problèmes de santé et les risques pour la santé qu'il serait possible de mieux gérer en adoptant de meilleures pratiques en matière de qualité des soins sont relativement fréquents chez les patients de l'Ontario; notons entre autres les embolies pulmonaires postopératoires et l'oubli d'objets à l'intérieur du corps lors d'une intervention chirurgicale. L'audit a montré que les hôpitaux ontariens ne gèrent pas ou ne préviennent pas ces problèmes aussi bien que les hôpitaux de l'extérieur de la province, et que l'équipement médical assurant la survie n'est pas bien entretenu.

Voici les autres conclusions de l'audit :

- Le processus de nomination des médecins et la procédure d'appel (que les hôpitaux doivent observer en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*) ont eu des répercussions négatives sur la prise des décisions hospitalières concernant les soins aux patients.
- En mars 2016, environ 4 110 patients ayant besoin d'un autre niveau de soins occupaient des lits d'hospitalisation même s'ils n'avaient plus besoin de soins hospitaliers. Environ la moitié attendaient d'obtenir un lit dans un foyer de soins de longue durée. La vérificatrice a déterminé que les hôpitaux auraient pu traiter environ 37 550 patients de plus si les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins n'avaient pas attendu à l'hôpital qu'un lit se libère ailleurs. En outre, occuper un lit dans un hôpital coûte plus cher que dans un foyer de soins de longue durée; d'après les estimations de la vérificatrice, en 2015-2016, l'écart était de 376 millions de dollars.
- Parmi les trois hôpitaux audités :
 - aucun ne disposait de contrôles adéquats de l'accès aux renseignements confidentiels des patients;

- aucun ne disposait d'un système centralisé d'établissement des horaires servant à assurer un suivi et une gestion efficaces des horaires pour toutes les unités de soins infirmiers;
- deux n'avaient pas effectué d'analyse approfondie pour évaluer les coûts et les avantages du recours aux services de personnel infirmier d'agences par rapport à l'embauche de personnel infirmier supplémentaire à temps plein ou à temps partiel. Bien que le troisième hôpital ait effectué une analyse coûts-avantages du recours au personnel infirmier d'agences, ses coûts liés à ce personnel ont plus que triplé au cours des quatre dernières années.

PROBLÈMES SOULEVÉS DANS LE CADRE DE L'AUDIT ET AUPRÈS DU COMITÉ

Des problèmes importants ressortent de l'audit et des séances du Comité. Le Comité estime que les questions suivantes sont particulièrement préoccupantes.

Le Ministère a fait remarquer qu'en 2016, vu la croissance de la demande, l'Ontario a investi plus de 485 millions de dollars – environ 2,8 % de plus – dans tous les hôpitaux pour améliorer l'accès des patients aux soins et réduire les temps d'attente. En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, le financement des soins suit généralement le patient.

Afin de réduire les temps d'attente pour l'accès aux spécialistes et à leurs services, le Ministère a investi plus de deux milliards de dollars pour que plus de trois millions d'interventions supplémentaires soient réalisées. En collaboration avec les RLISS, il cherche aussi à trouver des moyens de réduire les temps d'attente et les risques pour les patients.

Le Comité a appris que le principal problème des hôpitaux ontariens était la présence de patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui, d'un point de vue médical, sont prêts à quitter l'hôpital, mais ne peuvent retourner chez eux immédiatement. Ces patients peuvent attendre d'être placés dans des foyers de soins de longue durée, des hôpitaux de réadaptation ou d'autres établissements locaux, ou encore de recevoir des soins à domicile. À l'heure actuelle, 16 % des patients des hôpitaux ontariens ont besoin d'un autre niveau de soins. Cette situation contribue à l'engorgement des salles d'urgence et entraîne un risque d'annulation d'interventions chirurgicales.

Le Ministère s'emploiera désormais à ouvrir la voie à un système de santé conçu pour faire face au vieillissement de la population et à des besoins en soins de plus en plus complexes.

Décisions sur le financement

La vérificatrice a constaté qu'en raison du moment où le Ministère prend ses décisions sur le financement, en particulier pour les interventions chirurgicales en oncologie, il est difficile pour les hôpitaux de bien prévoir leurs budgets de fonctionnement au cours de l'année.

Le Ministère a expliqué que la Réforme du financement du système de santé avait mené à la création de sources de financement qui suivent le patient et à la réaffectation des fonds entre les hôpitaux à la lumière des meilleures données disponibles et des pratiques exemplaires, des besoins de la population servie, des services fournis, du nombre de patients et de l'efficacité des hôpitaux semblables. Il continue de collaborer avec les RLISS et les hôpitaux pour adapter la capacité et le financement aux besoins des patients.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée effectue une planification adéquate pour assurer aux hôpitaux un financement qui vient à point nommé et leur permet ainsi de fonctionner de façon rentable et efficace, et d'effectuer les interventions chirurgicales en temps voulu.**

Temps d'attente dans les salles d'urgence

La vérificatrice a constaté que de nombreux patients devaient rester dans la salle d'urgence après avoir vu un médecin parce qu'il n'y avait pas de lits vacants dans l'unité des soins intensifs et les autres unités de soins actifs.

Le Comité a appris que le Ministère avait contribué à la réduction des temps d'attente dans les services des urgences malgré l'augmentation considérable de la demande. Par rapport à avril 2008, les services des urgences reçoivent 125 000 patients de plus par année (hausse de 21 %). Durant la même période, cependant, la durée des séjours dans les services des urgences a diminué de 4,8 %, passant de 9,4 heures à 9 heures (temps maximal que 9 patients sur 10 ont passé au service des urgences avant de recevoir des soins ou d'obtenir un lit d'hospitalisation); ainsi, 92 % des patients ne présentant pas une affection aiguë (qui n'ont généralement pas besoin d'un lit d'hôpital) sont traités et partent dans le délai normal de quatre heures.

Les hôpitaux audités ont indiqué que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins faisaient augmenter les temps d'attente pour ceux qui doivent voir un médecin en salle d'urgence ou obtenir un lit.

Le Comité s'est dit inquiet de ces longs temps d'attente dans certains hôpitaux ontariens.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 2. Que les hôpitaux ontariens assurent le transfert rapide des patients de la salle d'urgence à un lit en soins actifs, s'il y a lieu, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) surveiller chaque jour le temps d'attente pour un lit dans chaque unité de soins actifs à intervalles réguliers (p. ex. toutes les heures);**

- b) enquêter sur les retards importants;
- c) mettre au point un système d'intervention en cas de crise pour mieux gérer les cas difficiles et les périodes de fort achalandage;
- d) prendre les mesures correctives nécessaires.

Temps d'attente pour les interventions chirurgicales

Après avoir étudié un échantillon de cas d'intervention chirurgicale allant de janvier 2013 à janvier 2016 aux trois hôpitaux visités, la vérificatrice a conclu que les retards associés aux interventions chirurgicales urgentes faisaient courir des risques aux patients. Les longs temps d'attente découlent surtout du fait que ces interventions sont en concurrence avec les interventions non urgentes pour les plages horaires des salles d'opération.

Le Ministère a expliqué que plus de 80 % des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale non urgente étaient traités dans les délais cibles publiés. En mars 2017, l'Institut canadien d'information sur la santé a révélé que l'Ontario affichait le plus haut pourcentage de patients (au Canada) traités dans les délais cibles pour les interventions chirurgicales non urgentes et les plus courts temps d'attente du 90^e percentile pour les examens diagnostiques, comme les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM).

Le Comité constate que le Ministère ne consigne pas et ne surveille pas les temps d'attente pour les interventions chirurgicales urgentes, et qu'il n'a pas commenté la constatation de la vérificatrice sur ces longs temps d'attente dans sa réponse.

Dans leur réponse à la recommandation de la vérificatrice, les hôpitaux ont accepté de revoir leurs méthodes de suivi et d'analyse des délais de pratique des interventions chirurgicales urgentes. Parallèlement, ils s'assureront de disposer de contrôles adéquats pour consigner correctement les causes des retards. Au moment de comparer les délais cibles et réels, les hôpitaux détermineront s'il y a lieu de réserver davantage de plages horaires pour les interventions chirurgicales urgentes dans les salles d'opération ou de modifier les horaires des chirurgiens. Ils ont toutefois fait remarquer que ces changements pourraient nécessiter le rajustement du modèle de financement ou du barème d'honoraires du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pour les chirurgiens.

Le Comité a souligné l'importance d'assurer le traitement rapide des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale urgente.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 3. Que les hôpitaux garantissent le traitement équitable et rapide des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale urgente, en prenant les mesures suivantes :**

- a) **surveiller, évaluer et communiquer régulièrement les délais de pratique des interventions chirurgicales urgentes;**
- b) **consigner, analyser et communiquer les causes des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes;**
- c) **déterminer s'il y a lieu de réserver des plages horaires pour les interventions chirurgicales urgentes dans les salles d'opération ou de prendre d'autres mesures (comme veiller à ce que les chirurgiens pratiquent seulement des interventions chirurgicales urgentes quand ils sont de garde, dans le cadre de leurs activités normales prévues) afin de réduire le risque que des retards dans la pratique de ces interventions compromettent la santé des patients.**

Temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes

Certaines interventions chirurgicales non urgentes peuvent tout de même être pressantes; pensons notamment au retrait de tumeurs cancéreuses agressives. À la lumière des données provinciales correspondant à une période de cinq ans, la vérificatrice a constaté que les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes variaient selon l'endroit et ne s'étaient pas améliorés. Qui plus est, les hôpitaux ont du mal à respecter les délais cibles du Ministère pour les interventions chirurgicales non urgentes les plus pressantes.

La disponibilité des salles d'opération joue un rôle dans le long temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales non urgentes, tout comme la concurrence avec les interventions chirurgicales urgentes pour les plages horaires des salles d'opération. Par ailleurs, des répondants au sondage auprès des hôpitaux (notamment des médecins) ont signalé qu'une ou plusieurs salles d'opération n'étaient pas utilisées en raison des contraintes financières.

Le Comité s'est dit inquiet des longs temps d'attente constatés par la vérificatrice pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes. Le Ministère a expliqué qu'il avait investi 50 millions de dollars supplémentaires en 2016-2017 pour améliorer l'accès aux services hospitaliers et les temps d'attente, permettant ainsi à 5 600 patients supplémentaires de recevoir des actes médicaux fondés sur la qualité dans les hôpitaux ontariens. En collaboration avec les RLISS, il a établi un nouveau mode de financement des arthroplasties de la hanche et du genou qui permettra de déterminer les fonds affectés à ces interventions et de mieux adapter la capacité à la demande de services.

En partenariat avec le programme Accès aux soins d'Action Cancer Ontario, le Ministère travaille à la création d'un outil de planification de la capacité pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes; cet outil optimisera la répartition des fonds entre les RLISS et les hôpitaux, assurant ainsi un accès rapide aux soins.

Afin de traiter d'abord les patients qui ont le plus besoin de soins, les spécialistes assignent à chaque patient un niveau de priorité de 1 à 4 selon des critères précis. Le niveau 1 est réservé aux patients des services des urgences qui sont vus immédiatement et ne figurent donc pas dans les données sur les temps d'attente. Du reste, le niveau 2 est le plus pressant. À l'heure actuelle, les rapports provinciaux sur les temps d'attente présentent des données ventilées pour chaque niveau non urgent ainsi que des données regroupées (niveaux 2, 3 et 4). Différentes cibles, pouvant varier selon l'intervention, ont été fixées pour chaque niveau. Le Ministère a expliqué que la ventilation des données par niveau de priorité donnait une meilleure idée du temps d'attente à prévoir et de l'atteinte actuelle des cibles dans les hôpitaux et la province.

Le Comité a appris que les rapports provinciaux sur les temps d'attente seront améliorés, et que l'on testera un nouveau modèle qui précisera les temps d'attente pour le niveau de priorité comptant le plus grand volume d'interventions durant la période visée par le rapport. On procédera aussi à des évaluations pour savoir si le public comprend le temps d'attente prévu pour une intervention donnée.

Le Comité convient qu'il faut agir pour réduire les temps d'attente associés à la consultation de spécialistes et aux interventions chirurgicales. Il a aussi souligné que, pour prendre des décisions en toute connaissance de cause, les patients ont besoin d'information claire.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les patients subissent les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes dans les délais prévus, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) examiner le lien entre le niveau de financement des interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes, les temps d'attente cibles pour ces interventions et la difficulté qu'ont les hôpitaux à atteindre ces cibles avec le financement actuel;**
 - b) utiliser les résultats de cet examen pour déterminer les besoins de financement futurs pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes de manière à atténuer le risque couru par les patients et à permettre aux hôpitaux d'atteindre les cibles ministérielles pour ces interventions.**
- 5. Que les hôpitaux consultent au besoin le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) afin de garantir que les patients subissent les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes dans les délais cibles, et collaborent avec les chirurgiens pour trouver des moyens de diminuer l'engorgement.**

6. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec les hôpitaux pour que les patients et les fournisseurs de soins de santé prennent des décisions éclairées et que les patients subissent leur intervention chirurgicale non urgente dans un délai raisonnable, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) **mettre en œuvre un système centralisé d'aiguillage et d'évaluation des patients pour tous les types d'interventions chirurgicales non urgentes dans chaque région et entre les régions;**
 - b) **ventiler les données sur les temps d'attente par niveau d'urgence pour chaque type d'intervention chirurgicale non urgente sur le site Web public du Ministère;**
 - c) **publier en temps utile (p. ex. mensuellement) tous les temps d'attente pour chaque type d'intervention chirurgicale, y compris le temps entre la date de l'aiguillage par le fournisseur de soins primaires et celle du rendez-vous avec un spécialiste.**

7. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fasse en sorte que les patients peuvent consulter rapidement un spécialiste pour une intervention chirurgicale non urgente en déterminant les causes des longs temps d'attente pour la consultation de certains spécialistes, et en collaborant avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les hôpitaux et les spécialistes pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès aux spécialistes et à leurs services.**

En ce qui concerne les temps d'attente pour les interventions chirurgicales urgentes, le Comité a souligné la pertinence d'une étude récemment réalisée à l'Hôpital d'Ottawa (publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* le 10 juillet 2017) au sujet des effets qu'ont les retards des interventions chirurgicales sur la mortalité dans les hôpitaux, la durée des séjours et les coûts des soins de santé.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

8. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée transmette le rapport « Association of delay of urgent or emergency surgery with mortality and use of health care resources: a propensity score-matched observational cohort study » (*Journal de l'Association médicale canadienne*, 10 juillet 2017) aux hôpitaux pour étude.**

Rendement sur le plan de la sécurité des soins chirurgicaux

L'audit a révélé que les problèmes de santé et les risques pour la santé qu'il serait possible de mieux gérer en adoptant de meilleures pratiques en matière de qualité des soins – comme les embolies pulmonaires postopératoires (blocage pulmonaire souvent causé par un caillot de sang) et l'oubli d'objets à l'intérieur du corps lors d'une intervention chirurgicale – sont relativement fréquents chez les patients de l'Ontario.

Le Comité a posé des questions sur les taux d'infection postopératoire. Il a appris que le Ministère était résolu à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans tous les hôpitaux ontariens, et qu'il avait imposé plusieurs exigences pour accroître la sécurité des patients, notamment la divulgation publique obligatoire des données des hôpitaux sur les indicateurs établis et le renforcement des lois applicables.

Le Ministère a souligné que la nouvelle *Loi de 2016 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* prévoit des mesures qui s'appliquent aux incidents critiques et visent donc à accroître la sécurité des patients. Par ailleurs, tous les hôpitaux publics sont tenus d'élaborer, d'appliquer et de publier des plans annuels d'amélioration de la qualité qui comprennent des cibles et des mesures de rendement et expliquent comment atteindre ces objectifs. Les administrateurs d'hôpital doivent aussi mettre au point des méthodes d'analyse des incidents critiques et des plans globaux pour prévenir ces incidents ou en réduire le risque. Le Ministère demande aux hôpitaux ontariens de publier des données sur 10 indicateurs relatifs à la sécurité des patients, notamment le lavage des mains, les taux d'infection nosocomiale, la prévention des infections du site opératoire et le respect de la liste de vérification de la sécurité chirurgicale.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 9. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée garantisse la sécurité des patients opérés en collaborant avec les hôpitaux pour s'assurer qu'ils font régulièrement un suivi et un compte rendu des incidents survenus et prennent les mesures correctives nécessaires.**

Hauts taux d'occupation des lits

Des études montrent que les taux d'occupation (le pourcentage de lits occupés par des patients) de plus de 85 % contribuent non seulement à allonger les temps d'attente pour obtenir un lit dans les unités de soins actifs, mais aussi à accroître les taux d'infection des patients. La vérificatrice a constaté que les hauts taux d'occupation dans ces unités étaient notamment liés au nombre de lits d'hospitalisation occupés par des patients ayant besoin d'un autre niveau de soins.

La vérificatrice a recommandé, pour réduire le délai d'obtention d'un lit, que les hôpitaux s'assurent d'avoir assez de personnel d'entretien ménager en service pour désinfecter rapidement les chambres et les lits récemment libérés, et établissent l'ordre de priorité des travaux de désinfection selon les types de lits les plus demandés.

Le Ministère a décrit un certain nombre de projets pilotes ayant pour but d'accélérer l'accès des patients aux services, d'accroître leur autonomie fonctionnelle (la facilité et l'autonomie avec lesquelles une personne peut vivre au quotidien), d'améliorer l'expérience et la satisfaction des patients, et de réduire la durée des séjours et les taux de réadmission.

Le Comité a demandé de l'information sur les initiatives que mène le Ministère pour réduire le nombre de patients ayant besoin d'un autre niveau de soins dans les unités de soins actifs. Le Ministère a expliqué que 10 000 lits de soins de longue durée supplémentaires ont été ajoutés, et que l'on en réaménagera des milliers d'autres pour accroître l'espace disponible et l'efficacité. De plus, afin de réduire la pression que subissent les RLIS affichant les plus hauts taux de patients ayant besoin d'un autre niveau de soins, le Ministère élabore actuellement un nouveau modèle de soins de transition.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 10. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée assure une utilisation optimale des ressources pour les patients qui ont besoin de soins hospitaliers ou de soins de longue durée, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) s'assurer que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui attendent à l'hôpital sont en sécurité et reçoivent entre-temps les soins de rétablissement et de transition nécessaires;**
 - b) planifier la capacité pour les soins aux aînés et remédier à la pénurie de lits, le cas échéant, dans les foyers de soins de longue durée.**

- 11. Que les hôpitaux réduisent le temps entre l'admission du patient et l'obtention d'un lit, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) effectuer une analyse coûts-avantages de l'adoption d'un système de gestion des lits plus efficace qui fournit de l'information en temps réel sur les lits de l'hôpital, notamment les lits occupés, les lits en attente de désinfection ou prêts à accueillir un nouveau patient et le nombre de patients en attente pour chaque type de lit dans chaque unité de soins actifs;**
 - b) examiner les heures et les jours de la semaine où les patients attendent trop longtemps au moment de l'admission et de la mise en congé, et apporter les changements qui s'imposent pour que le personnel ait suffisamment de temps pour préparer les lits à l'arrivée de nouveaux patients, surtout en période de pointe;**

- c) **veiller à ce qu'il y ait assez de personnel d'entretien ménager en service pour désinfecter rapidement les chambres et les lits récemment libérés, et établir l'ordre de priorité des travaux de désinfection selon les types de lits les plus demandés.**

Répercussions du processus de nomination des médecins et de la procédure d'appel

Les médecins et autres professionnels des hôpitaux sont nommés directement par le conseil de l'hôpital. Les médecins ont certains droits, à savoir celui de pratiquer la médecine à l'hôpital et d'utiliser ses installations et son équipement pour traiter les patients sans être des employés de l'hôpital. C'est le Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui les paie pour les services qu'ils prodiguent aux patients dans les hôpitaux et partout où ils pratiquent la médecine.

La *Loi sur les hôpitaux publics* régit d'importants aspects de la relation entre le médecin et l'hôpital. Elle habilite les médecins à faire appel d'une décision du conseil de l'hôpital auprès de la Commission d'appel et de révision des professions de la santé.

La vérificatrice a relevé des cas où des hôpitaux n'avaient pu résoudre rapidement des problèmes de ressources humaines avec des médecins à cause des procédures juridiques exhaustives que les hôpitaux doivent suivre en vertu de la Loi. Dans certains cas, a-t-elle constaté, « des différends de longue date au sujet des droits hospitaliers des médecins ont exigé de la part du personnel administratif et du conseil de l'hôpital un temps considérable qu'il aurait mieux valu consacrer aux questions touchant les soins aux patients ».

Le Ministère a accepté la recommandation de la vérificatrice de revoir le processus de nomination des médecins et la procédure d'appel, et celle de déterminer si, à long terme, les hôpitaux auraient intérêt à engager, dans certains cas, des médecins au sein de leur effectif. Il entend entreprendre des démarches pour trouver comment régler ces problèmes.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 12. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les hôpitaux, de concert avec les médecins, puissent prendre les meilleures décisions en fonction de l'évolution des besoins des patients, en revoyant le processus de nomination des médecins et la procédure d'appel que doivent observer les hôpitaux et les médecins selon la *Loi sur les hôpitaux publics*.**
- 13. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les hôpitaux puissent prendre les meilleures décisions en fonction de l'évolution des besoins des patients, en déterminant si, à long terme, les hôpitaux auraient intérêt à embaucher des médecins au sein de leur effectif, et à ce qu'ils rendent compte de leurs progrès à cet égard.**

Horaires du personnel infirmier

Selon l'audit, la main-d'œuvre représente la plus importante dépense des hôpitaux, et les effectifs hospitaliers se composent en majorité de personnel infirmier. La vérificatrice a constaté que les hôpitaux pourraient en faire davantage pour affecter le personnel infirmier de façon plus efficace.

Le Comité a posé des questions sur le recours au personnel infirmier d'agences et la planification des horaires par voie électronique plutôt que sur papier. Le Ministère a indiqué que les hôpitaux qui ne l'ont pas déjà fait réaliseront une analyse coûts-avantages des options d'amélioration de la planification centralisée et reverront leur modèle de dotation en personnel infirmier pour s'assurer d'avoir les ressources nécessaires.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 14. Que les hôpitaux assurent une meilleure utilisation des ressources hospitalières affectées aux soins infirmiers, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) déterminer s'il y a lieu d'adopter un système de planification des horaires plus efficace, comme un système d'information à l'échelle de l'hôpital qui centralise la planification des horaires du personnel infirmier selon les besoins des patients;**
 - b) consigner et analyser plus rigoureusement les heures supplémentaires et les congés de maladie du personnel infirmier, effectuer des études coûts-avantages approfondies pour orienter les décisions sur l'utilisation de différents types d'effectifs infirmiers sans trop recourir au personnel d'agences pour combler le manque de main-d'œuvre, et rendre compte de leurs constatations.**

Renseignements médicaux personnels

L'audit a révélé que les hôpitaux ne faisaient pas systématiquement de vérification de casier judiciaire avant d'embaucher de nouveaux employés; que les comptes informatiques des anciens employés n'étaient pas toujours fermés rapidement après leur départ; que les ordinateurs laissés sans surveillance n'étaient pas automatiquement déconnectés et qu'il n'y avait aucune procédure en place pour gérer les clés USB ou empêcher les employés d'utiliser des clés USB non chiffrées.

En réponse à la recommandation de la vérificatrice concernant les renseignements médicaux personnels, les hôpitaux ont convenu de revoir et d'améliorer leurs pratiques entourant la désactivation des comptes informatiques des employés qui ont cessé de travailler, la déconnexion automatique des systèmes et les appareils mobiles chiffrés. Ils collaboreront avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour établir une norme provinciale sur la vérification des antécédents criminels et veilleront à ce que leurs pratiques s'y conforment.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 15. Que les hôpitaux assurent la sécurité des patients et protègent leurs renseignements médicaux personnels en établissant des processus efficaces pour :**
 - a) effectuer des vérifications de casier judiciaire avant l'embauche des nouveaux employés et mettre à jour périodiquement les vérifications concernant le personnel en place, en particulier les employés qui travaillent auprès d'enfants et de patients vulnérables;**
 - b) désactiver l'accès à tous les systèmes d'information de l'hôpital pour quiconque n'y travaille plus, et ce, immédiatement après le départ de la personne;**
 - c) au besoin, ajouter des fonctions de déconnexion automatique adéquates aux ordinateurs et aux systèmes d'information qui contiennent des renseignements concernant les patients;**
 - d) chiffrer tous les appareils mobiles, tels que les ordinateurs portatifs et les clés USB, utilisées par le personnel de l'hôpital pour accéder aux renseignements concernant les patients;**
 - e) voir s'il est possible et utile de remplacer les appareils mobiles de stockage d'information, comme les clés USB et les périphériques de stockage mobiles, par des technologies telles que l'infonuagique et ses équivalents afin d'accroître la sécurité de l'information.**

Entretien de l'équipement médical

La vérificatrice a constaté que, même si des fournisseurs externes effectuaient régulièrement l'entretien préventif de l'équipement de grande taille, comme les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les tomodesitométriques, les hôpitaux n'avaient pas de calendrier d'entretien préventif exact et complet pour leur équipement médical de petite taille, comme les respirateurs, normalement entretenu à l'interne.

En réponse à la recommandation de la vérificatrice sur l'entretien de l'équipement médical, les hôpitaux ont convenu de veiller à ce que les bases de données utilisées pour consigner les activités d'entretien préventif contiennent des renseignements à jour et que l'on surveille ces activités, y compris le travail du personnel responsable, pour s'assurer qu'elles sont effectuées en temps voulu.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

16. Que les hôpitaux veillent à ce que l'équipement médical demeure prêt à l'emploi et à ce que les patients et les travailleurs de la santé soient en sécurité pendant son utilisation, en prenant les mesures suivantes :

- a) tenir une liste complète de l'équipement médical, contenant de l'information exacte et à jour sur tout l'équipement qui nécessite un entretien préventif périodique;**
- b) effectuer l'entretien préventif et fonctionnel selon les instructions des fabricants ou d'autres instructions établies et surveiller le travail d'entretien pour s'assurer qu'il est effectué correctement et en temps voulu;**
- c) surveiller le travail du personnel responsable de l'entretien préventif pour s'assurer que l'équipement est entretenu dans les délais prévus.**

LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée effectue une planification adéquate pour assurer aux hôpitaux un financement qui vient à point nommé et leur permet ainsi de fonctionner de façon rentable et efficiente, et d'effectuer les interventions chirurgicales en temps voulu.**
- 2. Que les hôpitaux ontariens assurent le transfert rapide des patients de la salle d'urgence à un lit en soins actifs, s'il y a lieu, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) surveiller chaque jour le temps d'attente pour un lit dans chaque unité de soins actifs à intervalles réguliers (p. ex. toutes les heures);**
 - b) enquêter sur les retards importants;**
 - c) mettre au point un système d'intervention en cas de crise pour mieux gérer les cas difficiles et les périodes de fort achalandage;**
 - d) prendre les mesures correctives nécessaires.**
- 3. Que les hôpitaux garantissent le traitement équitable et rapide des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale urgente, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) surveiller, évaluer et communiquer régulièrement les délais de pratique des interventions chirurgicales urgentes;**
 - b) consigner, analyser et communiquer les causes des retards dans la pratique des interventions chirurgicales urgentes;**
 - c) déterminer s'il y a lieu de réserver des plages horaires pour les interventions chirurgicales urgentes dans les salles d'opération ou de prendre d'autres mesures (comme veiller à ce que les chirurgiens pratiquent seulement des interventions chirurgicales urgentes quand ils sont de garde, dans le cadre de leurs activités normales prévues) afin de réduire le risque que des retards dans la pratique de ces interventions compromettent la santé des patients.**
- 4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les patients subissent les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes dans les délais prévus, en prenant les mesures suivantes :**

- a) **examiner le lien entre le niveau de financement des interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes, les temps d'attente cibles pour ces interventions et la difficulté qu'ont les hôpitaux à atteindre ces cibles avec le financement actuel;**
 - b) **utiliser les résultats de cet examen pour déterminer les besoins de financement futurs pour les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes de manière à atténuer le risque couru par les patients et à permettre aux hôpitaux d'atteindre les cibles ministérielles pour ces interventions.**
5. **Que les hôpitaux consultent au besoin le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) afin de garantir que les patients subissent les interventions chirurgicales non urgentes mais pressantes dans les délais cibles, et collaborent avec les chirurgiens pour trouver des moyens de diminuer l'engorgement.**
6. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec les hôpitaux pour que les patients et les fournisseurs de soins de santé prennent des décisions éclairées et que les patients subissent leur intervention chirurgicale non urgente dans un délai raisonnable, en prenant les mesures suivantes :**
 - a) **mettre en œuvre un système centralisé d'aiguillage et d'évaluation des patients pour tous les types d'interventions chirurgicales non urgentes dans chaque région et entre les régions;**
 - b) **ventiler les données sur les temps d'attente par niveau d'urgence pour chaque type d'intervention chirurgicale non urgente sur le site Web public du Ministère;**
 - c) **publier en temps utile (p. ex. mensuellement) tous les temps d'attente pour chaque type d'intervention chirurgicale, y compris le temps entre la date de l'aiguillage par le fournisseur de soins primaires et celle du rendez-vous avec un spécialiste.**
7. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fasse en sorte que les patients peuvent consulter rapidement un spécialiste pour une intervention chirurgicale non urgente en déterminant les causes des longs temps d'attente pour la consultation de certains spécialistes, et en collaborant avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les hôpitaux et les spécialistes pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès aux spécialistes et à leurs services.**

-
8. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée transmette le rapport « Association of delay of urgent or emergency surgery with mortality and use of health care resources: a propensity score-matched observational cohort study » (*Journal de l'Association médicale canadienne*, 10 juillet 2017) aux hôpitaux pour étude.
 9. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée garantisse la sécurité des patients opérés en collaborant avec les hôpitaux pour s'assurer qu'ils font régulièrement un suivi et un compte rendu des incidents survenus et prennent les mesures correctives nécessaires.
 10. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée assure une utilisation optimale des ressources pour les patients qui ont besoin de soins hospitaliers ou de soins de longue durée, en prenant les mesures suivantes :
 - a) s'assurer que les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins qui attendent à l'hôpital sont en sécurité et reçoivent entre-temps les soins de rétablissement et de transition nécessaires;
 - b) planifier la capacité pour les soins aux aînés et remédier à la pénurie de lits, le cas échéant, dans les foyers de soins de longue durée.
 11. Que les hôpitaux réduisent le temps entre l'admission du patient et l'obtention d'un lit, en prenant les mesures suivantes :
 - a) effectuer une analyse coûts-avantages de l'adoption d'un système de gestion des lits plus efficace qui fournit de l'information en temps réel sur les lits de l'hôpital, notamment les lits occupés, les lits en attente de désinfection ou prêts à accueillir un nouveau patient et le nombre de patients en attente pour chaque type de lit dans chaque unité de soins actifs;
 - b) examiner les heures et les jours de la semaine où les patients attendent trop longtemps au moment de l'admission et de la mise en congé, et apporter les changements qui s'imposent pour que le personnel ait suffisamment de temps pour préparer les lits à l'arrivée de nouveaux patients, surtout en période de pointe;
 - c) veiller à ce qu'il y ait assez de personnel d'entretien ménager en service pour désinfecter rapidement les chambres et les lits récemment libérés, et établir l'ordre de priorité des travaux de désinfection selon les types de lits les plus demandés.

- 12. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les hôpitaux, de concert avec les médecins, puissent prendre les meilleures décisions en fonction de l'évolution des besoins des patients, en revoyant le processus de nomination des médecins et la procédure d'appel que doivent observer les hôpitaux et les médecins selon la *Loi sur les hôpitaux publics*.**
- 13. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée veille à ce que les hôpitaux puissent prendre les meilleures décisions en fonction de l'évolution des besoins des patients, en déterminant si, à long terme, les hôpitaux auraient intérêt à embaucher des médecins au sein de leur effectif, et à ce qu'ils rendent compte de leurs progrès à cet égard.**
- 14. Que les hôpitaux assurent une meilleure utilisation des ressources hospitalières affectées aux soins infirmiers, en prenant les mesures suivantes :**
- a) déterminer s'il y a lieu d'adopter un système de planification des horaires plus efficace, comme un système d'information à l'échelle de l'hôpital qui centralise la planification des horaires du personnel infirmier selon les besoins des patients;**
 - b) consigner et analyser plus rigoureusement les heures supplémentaires et les congés de maladie du personnel infirmier, effectuer des études coûts-avantages approfondies pour orienter les décisions sur l'utilisation de différents types d'effectifs infirmiers sans trop recourir au personnel d'agences pour combler le manque de main-d'œuvre, et rendre compte de leurs constatations.**
- 15. Que les hôpitaux assurent la sécurité des patients et protègent leurs renseignements médicaux personnels en établissant des processus efficaces pour :**
- a) effectuer des vérifications de casier judiciaire avant l'embauche des nouveaux employés et mettre à jour périodiquement les vérifications concernant le personnel en place, en particulier les employés qui travaillent auprès d'enfants et de patients vulnérables;**
 - b) désactiver l'accès à tous les systèmes d'information de l'hôpital pour quiconque n'y travaille plus, et ce, immédiatement après le départ de la personne;**
 - c) au besoin, ajouter des fonctions de déconnexion automatique adéquates aux ordinateurs et aux systèmes d'information qui contiennent des renseignements concernant les patients;**

- d) chiffrer tous les appareils mobiles, tels que les ordinateurs portatifs et les clés USB, utilisées par le personnel de l'hôpital pour accéder aux renseignements concernant les patients;**
 - e) voir s'il est possible et utile de remplacer les appareils mobiles de stockage d'information, comme les clés USB et les périphériques de stockage mobiles, par des technologies telles que l'infonuagique et ses équivalents afin d'accroître la sécurité de l'information.**
- 16. Que les hôpitaux veillent à ce que l'équipement médical demeure prêt à l'emploi et à ce que les patients et les travailleurs de la santé soient en sécurité pendant son utilisation, en prenant les mesures suivantes :**
- a) tenir une liste complète de l'équipement médical, contenant de l'information exacte et à jour sur tout l'équipement qui nécessite un entretien préventif périodique;**
 - b) effectuer l'entretien préventif et fonctionnel selon les instructions des fabricants ou d'autres instructions établies et surveiller le travail d'entretien pour s'assurer qu'il est effectué correctement et en temps voulu;**
 - c) surveiller le travail du personnel responsable de l'entretien préventif pour s'assurer que l'équipement est entretenu dans les délais prévus.**