



Ombudsman  
des patients

# Guider avec détermination

**L'équité à chaque étape**



# Table des matières

---

Introduction .....	5
Aperçu de l'année 2022-2023 .....	6
Principaux problèmes mis en lumière .....	19
Retour sur des problèmes non réglés.....	26
Résultats financiers et opérationnels .....	32
Conclusion.....	35

---

## Reconnaissance territoriale

Nous rendons hommage aux divers peuples des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain qui vivent et travaillent dans les collectivités de l'Ontario, et y contribuent. Nous reconnaissons que notre travail et celui de nos intervenants se déroulent sur les territoires traditionnels de nombreuses nations, et nous sommes reconnaissants aux peuples du Mississauga of the Credit, aux Anishinaabe, aux Haudenosaunee et aux Wendat de nous

accueillir sur leur territoire où notre bureau de Toronto est situé. Nous reconnaissons la présence durable des peuples autochtones sur l'île de la Tortue ainsi que nous soutenons l'esprit de vérité et de réconciliation. L'Ombudsman des patients entend offrir aux patients et aux aidants autochtones un cadre dans lequel ils pourront évoquer leurs préoccupations en toute sécurité et travaille à l'élaboration de solutions durables.

# Message de l'Ombudsman des patients

---

L'année d'exploitation 2022-2023 a été une année où les patients, les résidents, les aidants et les fournisseurs de soins de santé ont continué à rencontrer des difficultés; certaines dues aux effets persistants de la pandémie et d'autres plus systémiques datant d'avant la pandémie. Le bureau, pour sa part, a dû faire face à la hausse du nombre de plaintes déposées, aux modifications législatives et à la nécessité croissante de soutenir les patients, les résidents et les aidants qui n'ont aucun autre recours.

Depuis l'ouverture en 2016, nous avons écouté et pris en compte les plaintes qui nous ont été présentées. Ces plaintes apportent à notre système de santé de nombreuses connaissances sur ce qui fonctionne, et plus important encore, ce qui ne fonctionne pas. En répondant à ces milliers de plaintes, ce bureau a rassemblé de plus en plus de connaissances, de ressources, de témoignages de patients/résidents et de données à transmettre au secteur de la santé pour appuyer une approche plus proactive dans le traitement des préoccupations avant qu'elles ne deviennent des plaintes.

## Absence d'interlocuteur

En 2022-2023, nous avons reçu plus de 4 300 plaintes. Il s'agit du plus grand nombre de plaintes reçues à ce jour et cela représente une hausse de 33 % par rapport à l'année précédente.

Fait notable, et inquiétant : la hausse importante du nombre de plaintes hors compétence principalement liées aux soins primaires et faisant écho à des thèmes trop familiers comme la difficulté d'accès aux soins primaires, les options de soins limitées et l'absence d'interlocuteur dans bien des cas.

Ces plaintes hors compétence soulignent un besoin important et croissant auquel nous répondons dans ce bureau : s'y retrouver au sein du système. En plus d'avoir traité un nombre record de plaintes l'an dernier, nos spécialistes en règlement rapide ont mis en relation des

milliers de plaignants avec le personnel hospitalier chargé des relations avec les patients, ou avec d'autres organismes et services qui pouvaient répondre à leurs préoccupations, et en ont orienté des centaines vers des ordres de réglementation, pour s'assurer que les patients, les résidents et les aidants recevaient les renseignements et le soutien dont ils avaient besoin.

## Anticiper les difficultés

L'année dernière, la [Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins](#) est entrée en vigueur, entraînant des changements considérables dans les processus de placement en foyers de soins de longue durée pour les patients hospitalisés jugés comme nécessitant un autre niveau de soins. Pour anticiper ces changements, nous avons publié notre première ressource « [L'équité en tête](#) », qui vise à aider les hôpitaux et les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire à examiner de façon proactive l'équité de leurs processus et de leurs décisions. Cette ressource représente un des principes sur lesquels repose le travail des ombudsmans : intégrer l'équité dès le début de l'élaboration des politiques et procédures pour répondre de façon proactive aux préoccupations.

## Transmettre les connaissances

Notre travail d'enquête permet également d'adopter une approche plus proactive dans la gestion des difficultés du système de santé. L'an dernier, nous avons entrepris trois enquêtes et rendu publics les [résumés des enquêtes](#) liées à la facturation des services non assurés, à la quote-part pour les soins aux malades chroniques et aux repréaillies et à l'accès aux soins. Ces résumés comportent des recommandations que nous avons formulées et sont d'importantes ressources pour les organismes de santé qui souhaitent réviser leurs propres processus.

## Renforcer les processus de plaintes

Vers la fin de l'année d'exploitation 2022-2023, nous avons appris que notre champ de compétences serait élargi pour inclure les centres communautaires de chirurgie et de diagnostic (alors appelés établissements de santé autonomes). En février 2023, le gouvernement provincial a adopté la [Loi de 2023 concernant votre santé](#), qui devait réglementer les centres communautaires de chirurgie et de diagnostic qui assurent des services de diagnostic et d'imagerie financés par l'État, ainsi que des procédures chirurgicales à faible risque. La Loi étant entrée en vigueur en septembre 2023, le champ de compétences de l'Ombudsman des patients s'étend désormais aux centres communautaires de chirurgie et de diagnostic. Pour l'année à venir, nous échangerons avec ce secteur afin de nous assurer que les fournisseurs de soins connaissent les processus de l'Ombudsman des patients et nous aideront les patients à régler leurs préoccupations.

## Évoluer pour répondre aux besoins

Compte tenu de la vitesse d'évolution du secteur de la santé, il est important que ce bureau continue de s'adapter et d'ajuster ses méthodes de travail pour s'assurer qu'il répond aux besoins des patients, des résidents, des aidants ainsi que des organismes de santé et des fournisseurs à leur service.

Rien de cela ne serait possible sans le travail acharné d'une équipe de personnes compétentes qui consacrent toute leur énergie à s'assurer que les patients et les résidents vivent des expériences de soins justes et équitables. Le nombre croissant de plaintes déposées ne pose pas de problème. En réalité, il s'agit là d'un signe de système sain. Lorsque les personnes déposent des plaintes, elles montrent qu'elles sont disposées à parler de ce qui ne fonctionne pas, et cela nous donne une nouvelle occasion d'arranger les choses pour le plaignant et de nous assurer que cela n'arrivera à personne d'autre.

J'encourage les patients, les résidents et les aidants, et même les fournisseurs de soins de santé et les organismes de santé à continuer de

s'adresser à notre bureau pour faire part de leurs préoccupations. Nous savons qu'il peut être difficile de s'exprimer lorsqu'on a vécu une expérience négative directement ou indirectement, mais c'est la meilleure façon d'assurer de meilleures expériences pour tous.

Cordialement,

**Craig Thompson**  
**Ombudsman des patients**

### Expérience d'un résident

Le plaignant a été informé par le foyer de soins de longue durée que son proche souffrait d'une escarre de décubitus de stade 2 qui était traité et ne s'était pas infecté. Le plaignant a été informé du fait qu'un matelas pneumatique avait été commandé et que la plaie était traitée. Lorsque le plaignant a rendu visite à son proche et demandé à voir la plaie, celle-ci était clairement infectée. Lorsque le plaignant a demandé pourquoi il n'avait pas été informé de l'évolution de la plaie, le personnel infirmier s'est montré méprisant.

### Ce que nous avons fait

L'Ombudsman des patients a communiqué avec le plaignant et a appris que le foyer enquêtait sur les préoccupations du plaignant et que le Programme d'inspection du ministère des Soins de longue durée était également mobilisé.

### Règlement

En assurant un suivi auprès du foyer de soins de longue durée, l'Ombudsman des patients a confirmé que le foyer avait apporté des améliorations à son programme de traitement des plaies et avait informé le personnel sur l'importance d'une consignation précise des informations sur les plaies.

# Introduction – À propos de notre bureau

## Qu'est-ce qu'un ombudsman?

Un ombudsman facilite le règlement des plaintes et repère les problèmes de façon indépendante, impartiale et confidentielle. Les bureaux des ombudsmans ont pour mandat de s'assurer que les personnes sont traitées de façon équitable par les organes publics, de promouvoir l'équité et la responsabilisation dans l'administration publique et d'assurer une supervision indépendante et impartiale des services publics.

Pour remplir son mandat, l'Ombudsman des patients respecte les principes d'un bureau de l'ombudsman figurant dans l'[Énoncé des principes éthiques](#) du Forum canadien des ombudsmans et les [principes de Venise](#), un ensemble de normes reconnues à l'international qui dictent les principes fondamentaux essentiels à l'établissement d'un service d'ombudsman indépendant et impartial.

## Ombudsman des patients

Comme l'établit la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, le rôle de l'Ombudsman des patients est de faciliter le règlement des plaintes de patients, de résidents et d'aidants sur leurs expériences dans les hôpitaux publics, les foyers de soins de longue durée et les services de soins à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario.

L'Ombudsman des patients peut également mener des enquêtes à partir d'une plainte ou de son propre chef en cas de problèmes systémiques portés à son attention par les tendances dégagées des plaintes ou dans les cas suscitant un grand intérêt du public.

En tant que bureau de dernier recours, l'Ombudsman des patients peut aider les patients, les résidents et les aidants lorsqu'ils ne parviennent pas à obtenir le règlement de leur plainte directement par l'entremise du processus interne de plainte de l'organisme de santé concerné.

L'Ombudsman des patients estime qu'il est plus facile de parvenir à un règlement en impliquant autant que possible le centre de soins et va

souvent rétablir le lien entre les plaignants et la personne compétente de l'organisme si la plainte est prématurée.

Certaines questions ne relèvent pas de la compétence de l'Ombudsman des patients. Nous ne pouvons pas répondre aux plaintes sur le respect des normes professionnelles par les professionnels de la santé réglementés (médecins ou infirmiers), sur les organismes qui ne sont pas sous notre supervision (comme les cliniques sans rendez-vous ou les résidences pour personnes âgées); ou si la plainte s'inscrit dans une autre procédure (comme un procès ou une enquête de coroner). Lorsque nous ne pouvons pas tenter de régler une plainte, nous pouvons souvent orienter les patients, les résidents et les aidants vers une personne qui pourra les aider.

Lorsqu'il œuvre pour répondre à une plainte, l'Ombudsman des patients utilise le [triangle de l'équité](#) comme cadre d'examen. Le triangle de l'équité énonce un ensemble de principes qui peuvent être appliqués lors de l'analyse d'une plainte et pour vérifier si un règlement est équitable. Il permet d'évaluer la décision de l'organisme de santé, la façon dont la décision a été prise et la façon dont les personnes ont été traitées et nous aide à envisager le problème sous tous les angles.

## Équipe de l'Ombudsman des patients

Le bureau de l'Ombudsman des patients se compose d'une équipe d'environ 20 personnes aux compétences et aux parcours divers. L'équipe de première ligne comprend des spécialistes en règlement rapide et des enquêteurs qui ont de l'expérience dans la prestation de soins de santé, les droits de la personne, les normes professionnelles de la santé, les relations avec les patients, l'équité en matière de santé, l'administration de la santé et la formation. Le personnel de première ligne est soutenu par du personnel administratif et opérationnel, par exemple, des spécialistes en protection des renseignements personnels et en gestion de dossiers, des conseillers juridiques et une petite équipe de direction.

# Aperçu de l'année 2022-2023

Nouvelles plaintes  
en 2022-2023

Orientation des patients  
et des aidants dans un  
système difficile  
à appréhender

Préoccupations n'étant  
pas encore prêtes à être  
traitées par l'Ombudsman  
des patients

Règlement  
des plaintes

Les plaintes peuvent être complexes :

**4 388**

plaintes adressées par **4 147** plaignants individuels concernant **5 756** problèmes et **4 697** organismes ou services de santé.

Les plaintes sont reçues par différentes voies :

**3 235** plaintes par le centre d'appels;

**1 153** plaintes par écrit, y compris :

- **916** par le formulaire en ligne
- **120** par courriel
- **68** par courrier postal
- **49** par d'autres formulaires



**414** appelants ont été orientés vers le formulaire en ligne ou ont reçu un dossier de plainte pour les aider à présenter leur plainte par écrit.

**180** personnes ont téléphoné au centre d'appels, puis ont déposé une plainte par écrit.

**1 648**

plaintes visaient des programmes ou services de santé ne relevant pas du champ de compétences de l'Ombudsman des patients.

**652** plaintes portaient sur des questions relevant de la compétence d'autres organes ou faisaient l'objet d'autres.



**2 604** patients et aidants ont été orientés vers d'autres organismes ou services de traitement des plaintes.

**1 255**

nouvelles plaintes portaient sur des problèmes qui n'avaient pas encore été entièrement examinés par l'organisme du secteur de la santé concerné.



**1 584 personnes** ont été orientées vers des professionnels des relations avec les patients de l'organisme du secteur de la santé visé, donnant ainsi lieu à des appels de courtoisie pour rendre les transferts plus chaleureux et clarifier l'état d'une plainte.

**21** rapports obligatoires ont été présentés au ministère des Soins de longue durée.

**4 528**

plaintes ont été réglées en 2022-2023, parmi lesquelles **440** plaintes datant de 2021-2022.

**293** plaintes reçues en 2022-2023 en étaient encore au processus de règlement à la fin de l'exercice financier.



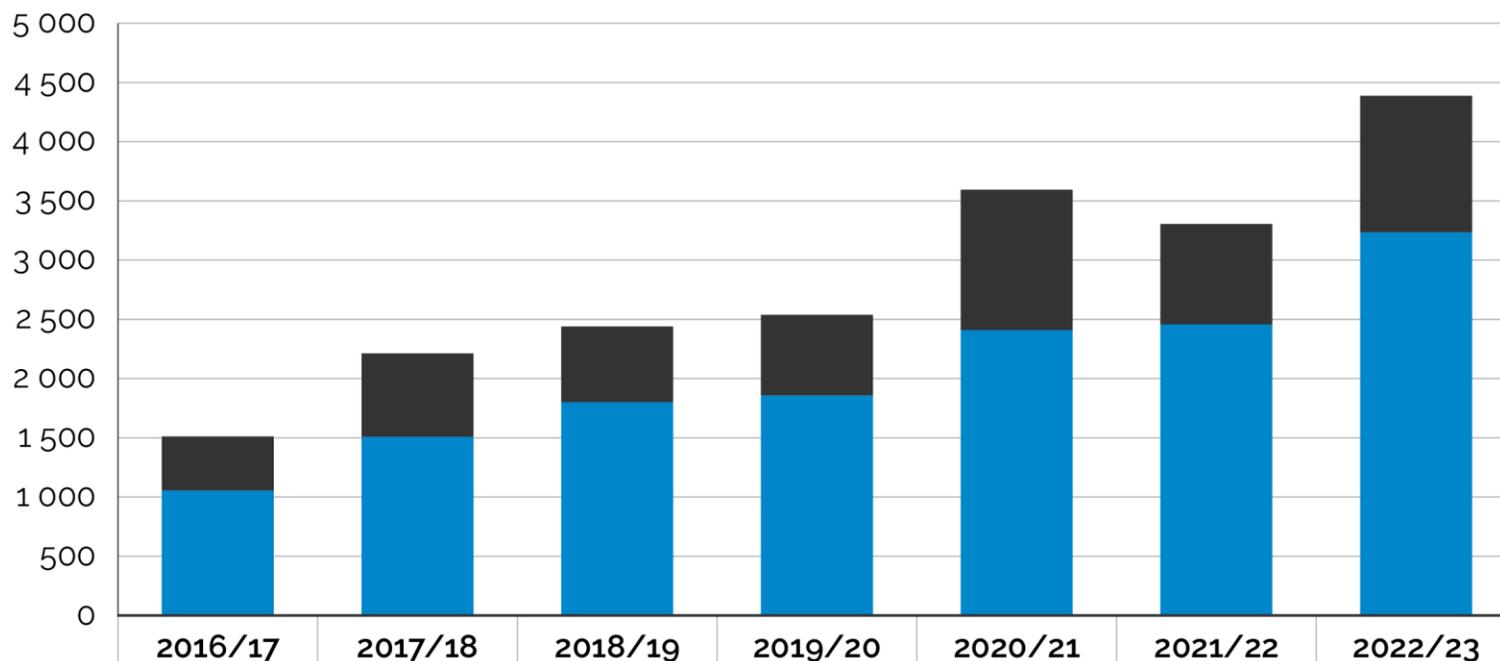
**320** orientations ont été faites vers des services de santé, y compris des centres de crise, des services d'urgence, des services juridiques et des services d'aide aux victimes.

L'Ombudsman des patients a reçu 4 388 plaintes entre avril 2022 et mars 2023, soit une hausse de 33 % par rapport à 2021-2022. Les nouvelles plaintes présentées en 2022-2023 ont dépassé le record annuel précédent (qui a été enregistré la première année de la pandémie de COVID-19) de près de 800 plaintes.

L'Ombudsman des patients a reçu 3 235 plaintes par l'intermédiaire du centre d'appels et 1 153 plaintes par écrit. Certaines personnes ont présenté plusieurs plaintes au cours de l'année, notamment

180 personnes qui ont d'abord téléphoné au centre d'appels avant de présenter une plainte par écrit. Cinq pour cent des plaintes portaient sur des problèmes concernant plusieurs organismes ou fournisseurs de soins de santé, et comprenaient généralement plusieurs problèmes. Il n'est pas inhabituel que les plaintes individuelles comprennent des problèmes relevant de l'Ombudsman des patients et d'autres prématurés ou soumis à la supervision d'autres organismes.

### Hausse du nombre de plaintes d'année en année



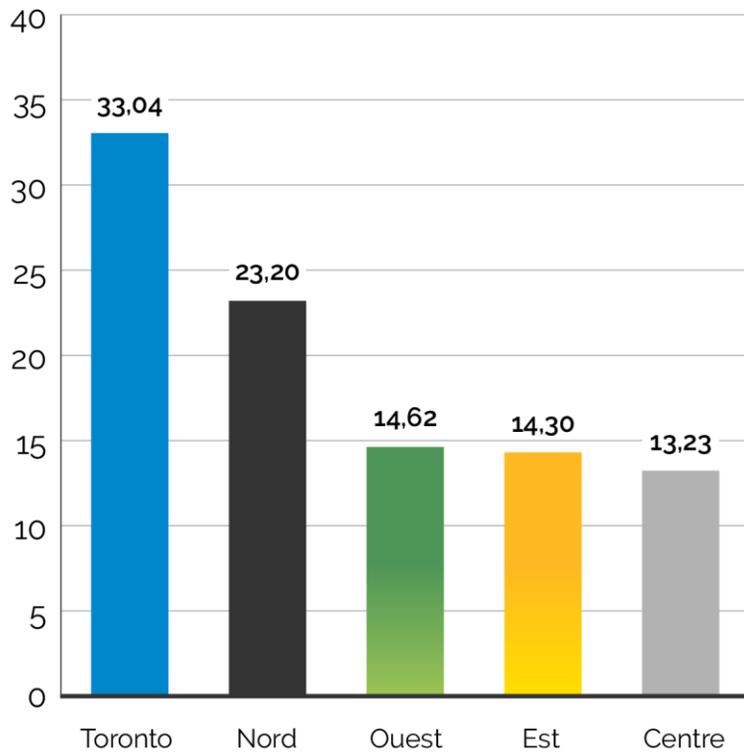
● Plaintes adressées au centre d'appels

● Plaintes écrites

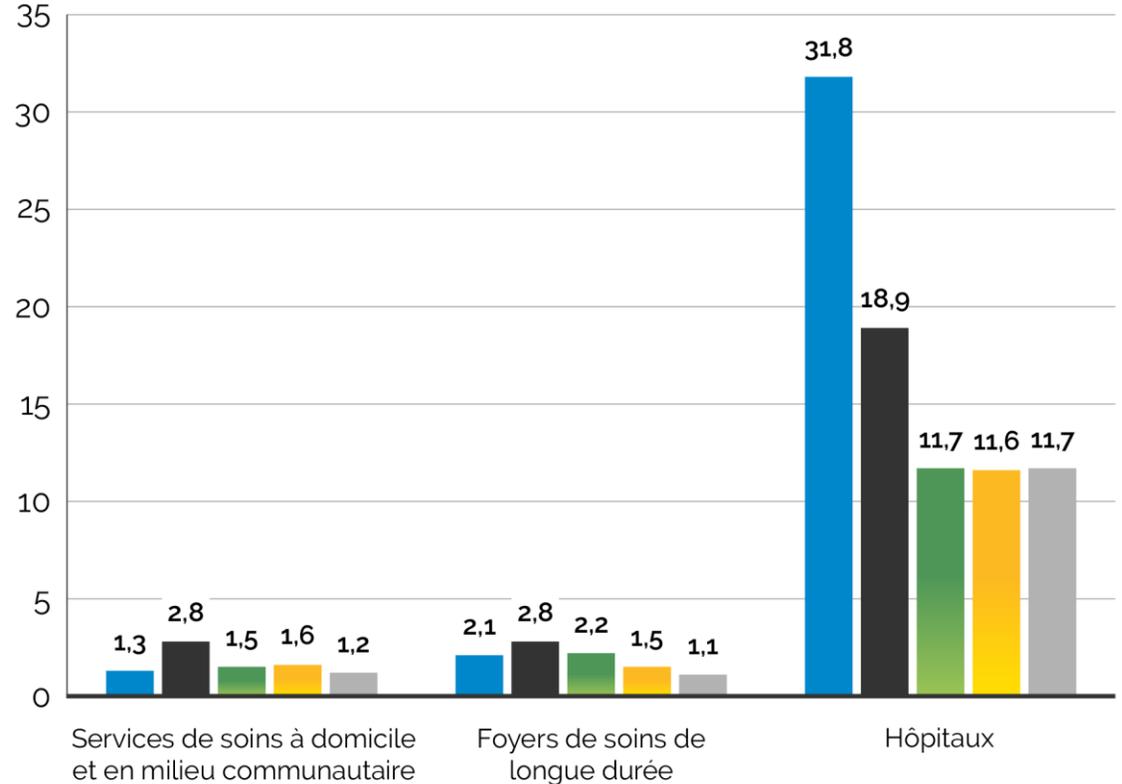
L'Ombudsman des patients reçoit des plaintes de personnes de tout l'Ontario; toutefois, les organismes de santé de certaines régions ont fait l'objet de plus de plaintes que d'autres, lorsqu'on ajuste les données à la taille de la population locale. En 2022-2023, l'Ombudsman des patients était plus susceptible de recevoir des plaintes concernant des organismes de santé de Toronto et des régions du Nord que d'autres régions de la province. En raison du grand nombre d'hôpitaux d'enseignement et de spécialistes situés dans la région du Grand Toronto, de nombreux patients viennent

d'autres parties de la province pour recevoir des soins spécialisés. Une fois ventilées par type d'organisme de santé, les plaintes concernant les hôpitaux étaient plus nombreuses à Toronto, alors que dans les régions du Nord c'était le cas pour les services de soins à domicile et en milieu communautaire et les foyers de soins de longue durée. Ces données servent à orienter les activités de sensibilisation et de mobilisation de l'Ombudsman des patients, qui visent à s'assurer que les patients, les résidents et les aidants de toutes les régions connaissent nos services.

**Plaintes par 100 000 habitants**



**Plaintes par 100 000 habitants par secteur et région de santé**



● Toronto ● Nord ● Ouest ● Est ● Centre

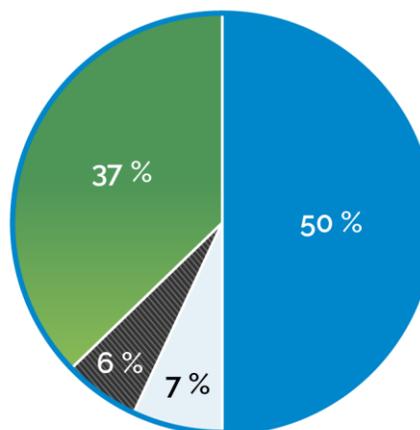
## Plaintes par secteur

Cinquante pour cent des plaintes relevant de l’Ombudsman des patients concernaient des hôpitaux publics (2 264). Cela n’est pas surprenant étant donné qu’il y a beaucoup plus de gens qui reçoivent des soins à l’hôpital que dans d’autres organismes de santé. Comme lors des années précédentes, les préoccupations sur la qualité des soins, le diagnostic/traitement et les congés ou transferts étaient les trois principaux sujets des plaintes déposées au sujet des hôpitaux. En 2022-2023, les plaintes concernant la communication et le manque de sensibilité et de respect lors des soins se classaient parmi les cinq premières préoccupations. Ces problèmes sont étudiés plus en détail dans une discussion de suivi plus loin dans le rapport qui examine les préoccupations sur les soins dans les services d’urgence des hôpitaux.

Sept pour cent (334) des plaintes portaient sur des foyers de soins de longue durée en 2022-2023, un chiffre considérablement moins élevé que les 858 plaintes reçues sur les foyers de soins de longue durée en 2020-2021, la première année de la pandémie de COVID-19.

L’assouplissement des restrictions sur les visites, la généralisation des vaccins contre la COVID-19 et les investissements du gouvernement dans la dotation en personnel et la prévention et le contrôle des infections ont probablement contribué au retour des niveaux d’avant la pandémie. Les plaintes concernant les droits de visite ont encore fait partie des cinq premières préoccupations en 2022-2023 ; toutefois, il y a eu moins de plaintes en 2022-2023 et les plaintes étaient plus spécifiquement axées sur les politiques liées à la vaccination et aux obligations de port du masque.

### Principales plaintes par secteur



- 50 % visaient des hôpitaux
- 7 % visaient des foyers de soins de longue durée
- 6 % visaient des services de soins à domicile et en milieu communautaires
- 37 % visaient d'autres services de soins de santé

#### ○ Foyers de soins de longue durée (334 plaintes)

##### Principales plaintes

1	Qualité des soins	23 %
2	Visites/préposés aux services de soutien	12 %
3	Sécurité personnelle/sécurité	10 %
4	Communication	7 %
5	Abus/agression présumés	6 %

#### ● Hôpitaux publics (2 264 plaintes)

##### Principales plaintes

1	Qualité des soins	17 %
2	Diagnostic/traitement	16 %
3	Congés/transferts/transitions	12 %
4	Communication	9 %
5	Sensibilité/bienveillance/courtoisie/respect	8 %

#### ● Soins à domicile et en milieu communautaire (272 plaintes)

##### Principales plaintes

1	Dotation en personnel/ressources/services	18 %
2	Accès ou admission	18 %
3	Coordination/continuité	18 %
4	Qualité des soins	14 %
5	Communication	9 %

*Les plaintes concernaient souvent plusieurs sujets.*

Les plaintes concernant les soins à domicile et en milieu communautaire étaient les moins nombreuses, représentant 6 % (272) des plaintes totales. Cela comprend 167 plaintes sur les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et 12 plaintes concernant d'autres organismes de soins à domicile et en milieu communautaire qui relèvent de l'Ombudsman des patients depuis septembre 2022. Malgré les efforts du secteur de la santé et du gouvernement pour améliorer les possibilités de formation, le recrutement et le maintien en poste des préposés aux services de soutien à la personne, les plaintes reflétaient des difficultés continues en matière de dotation et de stabilité des services pour les patients recevant des soins à domicile. Alors que la plupart des préoccupations concernaient des difficultés

liées aux soins à domicile, 38 plaintes portaient sur la responsabilité des organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire en matière de coordination des placements dans les foyers de soins de longue durée. D'autres plaintes (77) portant sur les hôpitaux reflétaient des préoccupations quant au placement en foyers de soins de longue durée, mais ne concernaient pas les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire.

Sur les 2 867 plaintes concernant des organismes de santé relevant de l'Ombudsman des patients, 652 portaient sur des questions relevant de la supervision d'ordres de réglementation de professions de la santé ou d'autres organismes ou processus de traitement des plaintes.

---

## Aider les personnes à s'y retrouver

Lorsque les plaintes ou une partie des plaintes ne relèvent pas de l'Ombudsman des patients, l'équipe de règlement rapide aide les personnes à se mettre en relation avec l'organisme de supervision compétent ou le service de soutien approprié. Nous avons organisé plus de 2 600 orientations de patients, de résidents et d'aidants en 2022-2023 pour faciliter la prise en compte de leurs préoccupations. De plus, 1 584 personnes ont été orientées vers des représentants de services des relations avec les patients dans les organismes de santé concernés pour s'assurer que leur organisme de santé avait eu l'occasion de répondre aux préoccupations des patients avant la participation de l'Ombudsman des patients. Nous avons préparé 21 rapports obligatoires pour la Direction des inspections du ministère des Soins de longue durée concernant des plaintes graves sur des foyers de soins de longue durée au sujet de préjudices ou risques de préjudices aux résidents, comme exigé en vertu des

dispositions de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Il y a un nombre croissant de plaintes qui concernent des situations en dehors du champ de compétences de l'Ombudsman des patients, mais pour lesquelles il n'existe aucun mécanisme approprié de supervision ou d'orientation. Notre bureau va commencer à analyser les données collectées pour mieux comprendre ce besoin non satisfait.

Lorsque les patients, les résidents et les aidants ont besoin d'aide pour faire face à des difficultés, des problèmes de santé ou d'autres préoccupations, l'Ombudsman des patients tente d'être là pour eux. Plus de 300 orientations ont été faites vers des centres d'aide et d'écoute ou des services d'urgence pour aider les personnes en crise, ainsi que vers des services de soins, juridiques ou autres.

Orientations les plus courantes	Nombre total d'orientations
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	1 504
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	249
Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée	160
Services juridiques	123
Ministère des Soins de longue durée	117
Ombudsman de l'Ontario	110

### Expérience du patient

Un patient a communiqué avec l'Ombudsman des patients pour lui faire part de son mécontentement quant au traitement de sa plainte par l'hôpital. Ses préoccupations portaient sur un incident survenu au service d'urgence. Le patient n'a pas apprécié les options de traitement offertes et la façon de communiquer du médecin du service d'urgence, ce qui a mené à une altercation verbale entre le patient et le personnel de l'hôpital. Les agents de sécurité de l'hôpital sont intervenus, le patient a été escorté hors de l'hôpital et un avis d'interdiction d'accès a ensuite été émis. Le patient a déclaré avoir été agressé par le personnel de sécurité de l'hôpital et souhaitait obtenir des excuses et le retrait de l'interdiction d'accès.

### Ce que nous avons fait

L'Ombudsman des patients a examiné la vidéo de l'incident transmise par le service de sécurité de l'hôpital, ainsi que le rapport d'incident, l'avis d'interdiction d'accès et les politiques et procédures de « code blanc » de l'hôpital. Après cela, l'Ombudsman des patients a conclu que les mesures prises par l'hôpital et le personnel de sécurité étaient conformes aux protocoles de sécurité et à leur responsabilité d'assurer la sécurité physique de toutes les parties.

### Règlement

L'avis d'interdiction d'accès n'empêchait pas le patient d'obtenir des soins s'il venait à en avoir besoin, mais ne prévoyait pas de mécanisme d'appel ou de processus d'examen qui permettrait d'assouplir les restrictions liées aux visites à l'hôpital à l'avenir. L'hôpital a confirmé ne pas avoir de politique ou de procédure officielle relative à l'interdiction d'accès, mais a déclaré être en train de rédiger l'ébauche d'une politique et de procédures qui contiendraient le calendrier pour les évaluations périodiques et un processus d'appel. Une copie de l'ébauche de la politique a été transmise à l'Ombudsman des patients et l'hôpital s'est engagé à envoyer la version finale approuvée de la politique et de la procédure lorsqu'elle serait prête.

## Plaintes concernant des services hors du champ de compétence de l'Ombudsman des patients

Trente-sept pour cent (1 648) des plaintes concernaient des services et organismes hors du champ de compétences de l'Ombudsman des patients, soit plus que le nombre de plaintes sur les soins à domicile et en milieu communautaire et les soins de longue durée combinés. Le nombre de programmes et services hors compétence faisant l'objet de plaintes en 2022-2023 a presque doublé par rapport à 2021-2022. Certaines plaintes portaient sur plusieurs organismes, services ou programmes hors compétence.

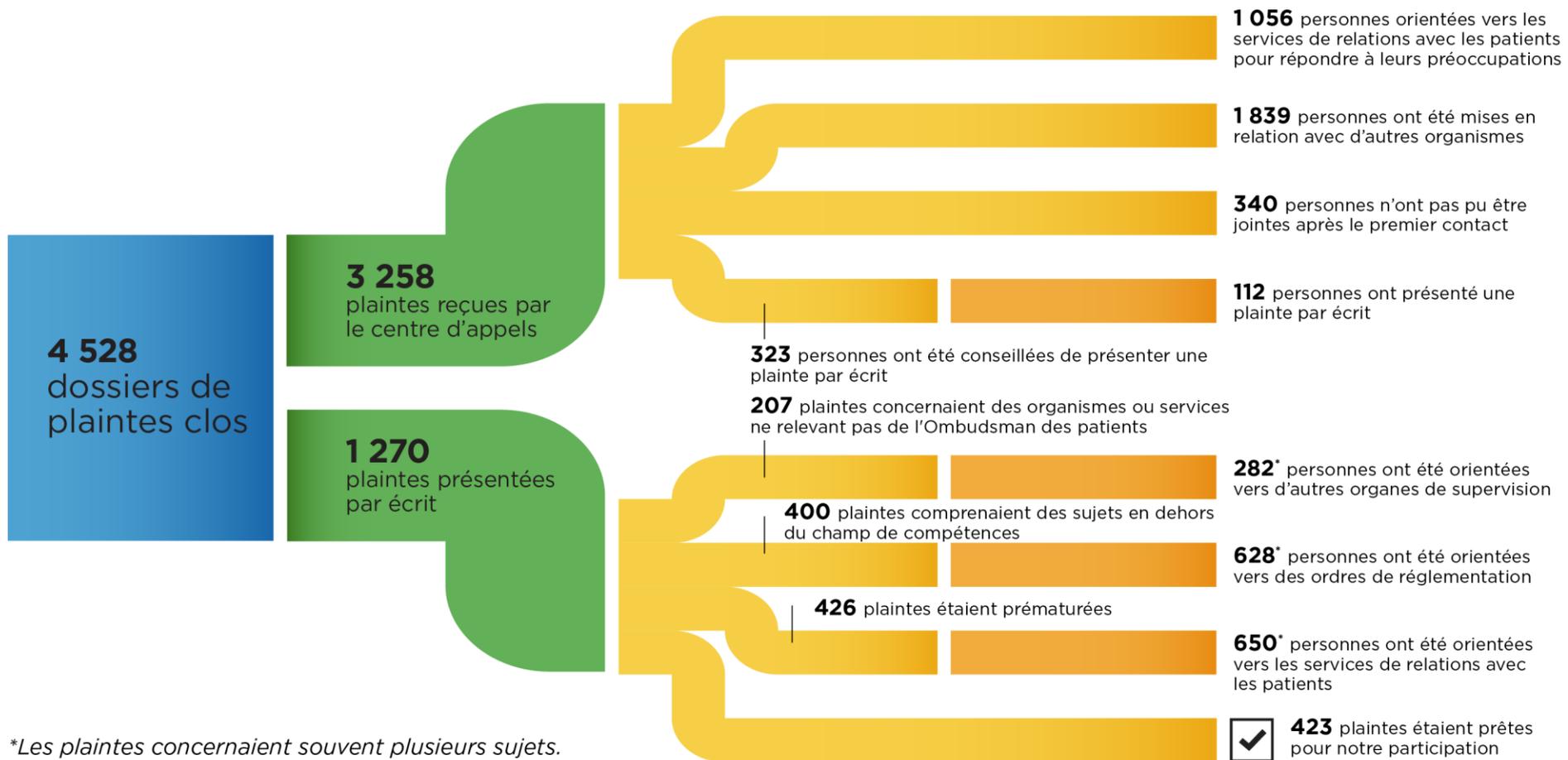
Programmes et services hors du champ de compétence les plus fréquemment cités dans les plaintes en 2022-2023	
Soins médicaux/cabinets médicaux	1 081
Fournisseurs de soins primaires	785
Soins spécialisés	243
Non précisé	53
Ministère de la Santé (Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, RASO, médicaments, appareils fonctionnels)	76
Ministère des Soins de longue durée (Ligne Action et programme d'inspections)	24
Programmes/services financés par d'autres ministères	69
Services communautaires financés par Santé Ontario	42
Hôpitaux privés/établissements de santé autonomes	39
Autres professionnels de la santé	36
Cliniques privées	35
Résidences pour personnes âgées	32
Services de laboratoire/de diagnostic	31
Ordres de réglementation professionnelle	30

## Décisions relatives aux plaintes traitées en 2022-2023

L'Ombudsman des patients a clos 4 528 dossiers de plainte en 2022-2023, y compris 440 plaintes datant de 2021-2022. Cela représente une hausse de 38 % du nombre de dossiers clos en 2022-2023 par rapport à l'année précédente. Cette hausse est due à une augmentation de la dotation et aux efforts ciblés pour éliminer l'arriéré créé par la hausse subite des plaintes déposées pendant la pandémie de COVID-19. Pour assurer une gestion rapide des plaintes

à l'avenir, le bureau a amélioré ses processus, y compris un processus de triage rigoureux qui accorde la priorité aux personnes recevant actuellement des soins et aux problèmes de sécurité, et une meilleure communication tout au long du processus de règlement.

Les résultats obtenus grâce au processus de règlement sont résumés dans le graphique ci-dessous.



\*Les plaintes concernaient souvent plusieurs sujets.

## Mesures prises et résultats obtenus par l'Ombudsman des patients

Selon la nature de la plainte, l'équipe de l'Ombudsman des patients peut prendre différentes mesures afin de pleinement comprendre la situation et les solutions pour répondre aux préoccupations de la personne. En voici quelques-unes :

- demander et examiner les dossiers, y compris les politiques et procédures ou les dossiers médicaux;
- animer des rencontres ou des conférences de cas ou y participer;
- rechercher des options et des solutions potentielles;
- faire des suggestions aux organismes de santé;
- fournir des renseignements et des explications.

L'équipe de l'Ombudsman des patients travaille avec les plaignants pour comprendre le résultat qu'ils souhaitent obtenir et déterminer si cela est réalisable. Il n'est pas inhabituel que les plaignants souhaitent seulement que leur expérience négative soit comprise et reconnue par l'organisme de santé pour s'assurer que d'autres personnes ne vivront pas la même chose. Parfois, les plaignants veulent que l'Ombudsman des patients soit informé d'un problème systémique qu'un organisme de santé ne peut pas régler seul. Voici les résultats que l'Ombudsman des patients a obtenus en 2022-2023 en travaillant avec les plaignants et les organismes de santé :

- excuses officielles;
- services fournis;
- révisions de politiques, procédures et formulaires;
- éducation et formation du personnel;
- ajustement ou annulation des frais.

L'Ombudsman des patients se concentre sur l'équité et parfois, après avoir étudié une plainte, il peut juger qu'un organisme de santé a déjà répondu au problème de façon équitable. Dans ces cas, l'Ombudsman des patients fournit une explication ou des renseignements sur la réponse de l'organisme de santé et la raison pour laquelle il a considéré que cette réponse était juste.

### Expérience du patient

Un patient a communiqué avec l'Ombudsman des patients pour lui faire part de ses préoccupations concernant des problèmes d'inclusivité au sein du système de santé, mettant en lumière une expérience récente vécue au service d'urgence de l'hôpital. Le patient a déclaré que le personnel du service d'urgence n'avait pas utilisé de pratiques axées sur l'affirmation de genre et que les questions médicales du personnel l'avaient traumatisé. Le patient a déclaré que l'hôpital s'était excusé et avait répondu à ses préoccupations concernant l'incident, mais qu'il avait fait part de ces préoccupations à l'Ombudsman des patients afin d'améliorer l'expérience des patients dans tout le système. Le patient a accepté que son histoire serve à jeter la lumière sur l'expérience des personnes transgenres, la nécessité d'offrir une formation sur les soins tenant compte des traumatismes et l'inclusivité des genres afin d'améliorer les pratiques de soins de santé.

Ressources utiles : « [Key Ingredients for Successful Trauma-Informed Care Implementation](#) » et « [Poser les bonnes questions 2 : Parler avec les clients de leur orientation et de leur identité sexuelles dans les établissements de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et les cabinets de counseling](#) ».

## Enquêtes

L'équipe chargée des enquêtes de l'Ombudsman des patients est composée d'un gestionnaire et de trois enquêteurs ayant diverses expériences du secteur de la santé et des enquêtes. Au cours de l'année dernière, l'équipe a élaboré un cadre d'enquête reposant sur l'expérience de l'Ombudsman des patients et qui jette les bases d'un processus d'enquête efficace et de grande qualité.

En 2022-2023, un outil d'aide à la prise de décisions a été mis en œuvre pour orienter la façon dont les plaintes sont transmises aux échelons supérieurs depuis le règlement rapide jusqu'à l'enquête officielle. L'outil permet de vérifier que l'expertise des enquêteurs est optimisée de sorte à promouvoir l'amélioration de la qualité et une approche tenant compte des traumatismes dans le cadre du règlement des plaintes complexes et délicates. Il permet également de s'assurer qu'une approche efficace et cohérente est utilisée pour repérer les cas qui pourraient nécessiter une enquête.

L'équipe chargée des enquêtes a mené trois enquêtes fondées sur des plaintes en 2022-2023, qui portaient sur :

- la facturation de services non assurés à l'hôpital public;
- la quote-part pour les soins aux malades chroniques;
- les représailles et l'accès aux soins.

Les organismes du secteur de la santé concernés par la plainte ont reçu un rapport d'enquête complet et des recommandations; les résumés des enquêtes ont été publiés sur notre site Web. Les résumés d'enquêtes permet à l'Ombudsman des patients de rendre public le résultat d'une enquête officielle pour mieux faire connaître les problèmes majeurs et les contextes particuliers qui nuisent aux expériences de soins de santé en Ontario. Qui plus est, les recommandations consécutives à l'enquête visent à favoriser le changement et l'amélioration systémiques.

### Expérience du patient

Un membre de la famille d'un patient a communiqué avec l'Ombudsman des patients pour indiquer que l'ordonnance de non-réanimation de son proche n'avait pas été respectée au service d'urgence de l'hôpital. Le patient a été réanimé et la famille a dû prendre la difficile décision de le débrancher.

### Ce que nous avons fait

L'Ombudsman des patients a échangé avec l'hôpital et a déterminé que les responsables avaient entrepris un examen approfondi de l'incident et convenu que la politique sur le code relatif au choix de réanimation du patient n'avait pas été respectée.

### Règlement

À la suite de l'examen, l'hôpital cherchera un moyen d'afficher le code relatif au choix de réanimation des patients de façon plus visible dans les dossiers médicaux électroniques, offrira une formation à l'échelle de l'hôpital sur l'importance de déterminer le code des patients à l'admission, mettra à jour le document de formation sur les codes relatifs au choix de réanimation pour aider les patients et les familles à prendre les décisions relatives à leurs soins et soutenir les fournisseurs lors des discussions à ce sujet. L'hôpital s'est engagé à se tenir à la disposition de la famille pour répondre à ses questions et préoccupations.

## Facturation de services non assurés

L'Ombudsman des patients a enquêté sur un ensemble de plaintes concernant les processus de facturation d'un hôpital pour les services et patients non assurés. Les préoccupations décrites dans les plaintes comprenaient ce qui suit :

- facturation d'un patient non assuré admis sans qu'il l'ait décidé pour des soins hospitaliers en vertu de la *Loi sur la santé mentale*;
- facturation de patients pour des services non assurés malgré que les patients aient indiqué ne pas avoir compris les formulaires qu'on leur demandait de signer ou ne pas être capables de les lire;
- facturation de chambre à supplément lorsque seules des chambres privées et à deux lits étaient disponibles;
- facturation de chambre à supplément après qu'un patient ait fait la demande d'annuler son choix;
- factures ne décrivant pas le motif des frais ou contenant des renseignements erronés.

L'Ombudsman des patients a formulé huit recommandations fondées sur les conclusions de l'enquête visant à s'assurer que les processus administratifs liés à la facturation sont justes, transparents et conformes aux politiques et lois gouvernementales. Les recommandations portaient également sur la réponse de l'hôpital aux préoccupations soulevées par les patients ou aidants au sujet des frais, y compris le processus de transmission des factures non réglées aux agences de recouvrement et l'amélioration de la collaboration entre le service de relations avec les patients et le service financier de l'hôpital. Une liste complète des recommandations formulées est disponible sur le site Web de l'Ombudsman des patients à : [Résumé de l'enquête : Facturation de services non assurés](#).

## Pourquoi c'est important?

Le choix éclairé est l'une des pierres angulaires d'un processus équitable. Lorsque les hôpitaux facturent aux patients des services qu'ils n'ont pas eu le choix d'accepter, facturent des services aux patients admis sans qu'ils l'aient décidé, ou n'expliquent pas leurs formulaires ou politiques clairement, les patients sont nettement désavantagés. Assurer la clarté des politiques et procédures permet de protéger les patients contre des frais inutiles et de s'assurer qu'ils comprennent leurs obligations financières.

## Quote-part pour les soins aux malades chroniques

L'Ombudsman des patients a enquêté sur une plainte selon laquelle on avait injustement imputé au patient la quote-part pour les soins aux malades chroniques. La quote-part peut être facturée aux patients qui sont considérés comme étant plus ou moins résidents permanents de l'hôpital en attendant un placement dans un service de soins continus complexes ou dans un foyer de soins de longue durée. Dans ce cas, le personnel de l'hôpital a réalisé l'évaluation du patient pour les soins de longue durée et suggéré au patient de faire une demande de programme d'aide à la vie autonome en milieu communautaire à court terme en attendant son placement. La famille a été informée que le patient serait placé sur la liste d'attente des personnes en situation de crise s'il participait au programme d'aide à la vie autonome, ce qui réduirait probablement le délai d'attente pour une place en service de soins de longue durée. L'hôpital a imputé la quote-part au patient même si les programmes d'aide à la vie autonome à court terme sont des placements en milieu communautaire. Les lignes directrices du ministère de la Santé ne considèrent pas que les placements en milieu communautaire répondent aux exigences de facturation de la quote-part pour les soins aux malades chroniques.

L'Ombudsman des patients a formulé sept recommandations destinées à l'hôpital en se fondant sur les conclusions de l'enquête. Ces recommandations visaient à s'assurer que la quote-part pour les soins aux malades chroniques était facturée de façon équitable et conformément aux lois et politiques provinciales et que la communication était claire et transparente. Une seule recommandation a été adressée à l'organisme de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire pour s'assurer que la désignation de « patient en situation de crise » était surveillée et appliquée équitablement, conformément aux réglementations.

Une liste complète des recommandations est disponible sur le site Web de l'Ombudsman des patients à : [Résumé de l'enquête : Quote-part pour les soins aux malades chroniques](#).

### **Pourquoi c'est important?**

Lorsqu'il cherche à résoudre des plaintes, l'Ombudsman des patients examine ce qui a été décidé, comment cela a été décidé et comment les personnes ont été traitées. Lorsque des décisions sont prises de façon arbitraire ou ne sont pas uniformes au sein du système de santé ou d'un lieu à un autre, cela crée un déséquilibre en matière d'accès aux soins. Assurer une facturation équitable pour tous les patients et rembourser les patients qui se sont vu injustement facturer des services permet de veiller à une juste prestation des soins.

## Représailles et accès aux soins

L'Ombudsman des patients a reçu une plainte d'un patient indiquant que le processus de relations avec les patients d'un hôpital avait mis en péril sa relation avec le médecin spécialiste, y mettant fin. Le patient a déclaré qu'il ne pouvait à présent plus avoir accès aux soins externes prodigués par le spécialiste à l'hôpital.

À l'issue de l'enquête, quatre recommandations d'amélioration des politiques et pratiques relatives aux relations avec les patients de l'hôpital ont été formulées, y compris l'ajout dans les politiques d'un énoncé explicite indiquant que les patients et les aidants devraient pouvoir se plaindre du personnel et des médecins de l'hôpital sans crainte de représailles. Les recommandations précisait également que l'hôpital était tenu de s'assurer que les médecins sont informés des attentes de l'hôpital et d'envisager des stratégies pour éliminer les obstacles d'accès aux soins hospitaliers qui peuvent découler des règles de pratique communautaire des médecins.

Une liste complète des recommandations est disponible sur le site Web de l'Ombudsman des patients à : [Résumé de l'enquête : Représailles et accès aux soins](#).

---

## Enquête de son propre chef

En juin 2020, l'Ombudsman des patients a lancé une enquête systémique sur l'expérience des résidents et des aidants dans certains foyers de soins de longue durée confrontés à une épidémie de COVID-19 lors de la première vague de la pandémie. Un des foyers de soins de longue durée concernés a contesté l'autorité de l'Ombudsman des patients à mener une enquête de son propre chef étant donné que les répercussions de la pandémie sur les soins de longue durée étaient déjà examinées dans le cadre d'autres procédures. En novembre 2022, la Cour divisionnaire a statué en faveur du foyer.

### **Pourquoi c'est important?**

Les patients devraient pouvoir formuler des plaintes concernant leurs soins sans crainte de perdre leur accès aux soins. Les plaintes permettent de tirer des leçons et d'améliorer le système de santé, et sont un moyen de s'assurer que personne d'autre ne vivra la même expérience négative.

L'Ombudsman des patients craint que la décision de la Cour divisionnaire crée des obstacles considérables pour son travail d'enquête lorsque celles-ci sont menées de son propre chef. Par conséquent, l'Ombudsman des patients a décidé d'interjeter appel de la décision, tout en cherchant à faire modifier la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* de sorte à clarifier le rôle du bureau. Le bureau revoit actuellement les méthodes de communication des précieuses conclusions de notre travail dans le cadre des plaintes sur les soins de longue durée liées à la COVID-19.

# Principaux problèmes mis en lumière

## Problème n° 1 : L'équité en tête – mise en œuvre de la *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*

Les congés et les transitions de soins représentent une part considérable des plaintes présentées à l'Ombudsman des patients : 12 % de plaintes concernent des hôpitaux, 6 % des services de soins à domicile et en milieu communautaire et 5 % des foyers de soins de longue durée. La plupart de ces plaintes portent sur des congés de l'hôpital et un grand nombre d'entre elles comprend des questions liées aux transitions de l'hôpital vers d'autres milieux de soins. Les patients et aidants ont des craintes au sujet d'un manque de coordination dans la planification des congés, d'un manque de participation des patients et des familles à la planification et d'un manque de communication ou d'une communication à caractère « coercitif ».

En 2022-2023, l'Ombudsman des patients a traité 136 plaintes liées à des placements en foyers de soins de longue durée. Trois quarts des plaintes concernaient des transitions de l'hôpital vers un foyer de soins de longue durée, et le reste portait sur des préoccupations liées à la transition du milieu communautaire vers un foyer de soins ou concernait des résidents de foyers de soins de longue durée attendant d'être transférés vers leurs foyers de prédilection.

En septembre 2022, le gouvernement de l'Ontario a modifié certaines parties de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* pour accélérer le processus de transfert des patients hospitalisés qui nécessitent un « autre niveau de soins » vers des foyers de soins de longue durée. La loi modificative, la *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*, permet aux coordonnateurs des placements de

déterminer l'admissibilité aux foyers de soins de longue durée et d'y autoriser l'admission de patients sans leur consentement dans certains cas. Les modifications liées au Règlement permettent de placer les patients dans un rayon de 70 kilomètres autour de leur foyer de prédilection dans le sud de l'Ontario et dans un rayon de 150 kilomètres dans le Nord. De plus, les patients passant de l'hôpital à des foyers de soins de longue durée doivent recevoir la désignation de patients en situation de crise (sauf s'ils sont admissibles à une catégorie de priorité plus élevée), et donc devenir prioritaires par rapport à de nombreuses autres personnes en attente d'un placement du milieu communautaire vers un foyer de soins de longue durée ou de transferts entre deux foyers. L'Ombudsman des patients a reçu plusieurs plaintes de patients et d'aidants préoccupés par l'éventuelle incidence de la législation, mais n'a finalement pas reçu de plaintes de patients directement touchés par celle-ci. Nous avons reçu plusieurs plaintes de personnes en attente d'un placement en foyer de soins de longue durée depuis le milieu communautaire ou de transfert vers un autre foyer qui ont été touchées par cette législation lorsque les patients hospitalisés sont devenus prioritaires. Nous continuons d'assurer le suivi de ce type de plaintes.

Pour anticiper ce changement considérable, l'Ombudsman des patients a publié sa première ressource « [L'équité en tête](#) » en novembre 2022 afin de répondre de façon proactive aux préoccupations d'intervenants sur cette loi controversée. La ressource informe les hôpitaux et les organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire sur les garanties procédurales à adopter pour s'assurer que le processus de placement en services de soins de longue durée est juste et raisonnable, que le placement ait lieu avec ou sans le consentement du patient et de son mandataire spécial. Cela permet aux organismes du secteur de la santé d'examiner de façon proactive leurs processus pour assurer une meilleure équité pour les résidents et leurs familles.

### Expérience du résident

Le plaignant a communiqué avec l'Ombudsman des patients au nom d'un membre de sa famille qui attendait depuis plus de deux ans et demi d'être transféré vers un foyer de soins de longue durée plus proche de sa famille. Le foyer de soins de longue durée actuel du résident se trouvait à plus de 200 kilomètres de sa famille, ce qui compliquait les visites et le soutien aux soins du résident. Le résident n'avait pas de famille ou d'amis à proximité de son foyer et était complètement isolé. Le plaignant s'inquiétait au sujet des récentes modifications législatives régissant le placement en foyers de soins de longue durée qui accordent la priorité aux patients hospitalisés. Il craignait que le résident ne doive attendre encore plus longtemps pour être transféré et qu'il puisse mourir avant de l'être. L'Ombudsman des patients a organisé des discussions entre la famille et le coordonnateur des placements des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire pour s'assurer que toutes les options possibles avaient été étudiées.

### Expérience du patient

Le plaignant a communiqué avec le centre d'appels de l'Ombudsman des patients pour faire part de ses préoccupations concernant la *Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins*. Le conjoint ou la conjointe du plaignant se trouvait à l'hôpital et venait d'être désigné comme nécessitant un autre niveau de soins. Le plaignant, qui avait environ 80 ans, ne pouvait pas conduire très loin, et avait été informé que son conjoint ou sa conjointe serait placé(e) dans un foyer de soins de longue durée pouvant se trouver jusqu'à 150 kilomètres de leur domicile. Bien qu'il y ait un foyer de soins de longue durée à seulement cinq minutes de leur domicile qui est la destination de prédilection du plaignant, ils avaient déjà accepté d'ajouter des foyers supplémentaires de leur ville à leur liste de choix. L'Ombudsman des patients a conseillé au plaignant de faire part de ses préoccupations à l'organisme de soins à domicile et en milieu communautaire et lui a transmis les coordonnées du député provincial afin qu'il lui fasse part de son opinion sur la législation.

---

## Problème n° 2 : Expériences des patients en matière de soins primaires

Comme nous l'avons dit, l'Ombudsman des patients a reçu en 2022-2023 plus de 1 000 plaintes sur les soins médicaux et les cabinets en dehors des hôpitaux, dont 785 plaintes sur des expériences liées aux soins primaires. Cela représente plus de trois fois le nombre de plaintes reçues à ce sujet en 2021-2022. Ce fait est particulièrement important combiné à la hausse des plaintes graves sur les pressions exercées sur les services d'urgence de l'Ontario.

Inspire-PHC, un partenariat provincial de recherche et politique, signale que 2,2 millions de personnes en Ontario ne disposaient pas d'un accès garanti à une source de soins primaires au 31 mars 2022<sup>1</sup>. L'Ontario College of Family Physicians estime que ce chiffre pourrait passer à 3 millions d'ici 2025<sup>2</sup>. Plus de 100 plaintes sur les soins primaires présentées à l'Ombudsman des patients concernaient des difficultés rencontrées par les patients par rapport à des cliniques sans rendez-vous. Les plaintes suggèrent que de nombreuses personnes dépendent des cliniques sans rendez-vous, car elles ne disposent pas d'un accès stable et rapide à leur propre médecin de famille. Certaines personnes ont déclaré que leur médecin de famille les avait menacées de les désinscrire de sa liste de patients, car elles s'étaient rendues dans des cliniques sans rendez-vous.

Les patients et les aidants ont fréquemment fait part de difficultés quant à l'accès, à la prise de rendez-vous et aux délais (19 %) et de préoccupations quant à la communication, y compris du personnel grossier et insensible et des difficultés à communiquer avec les cabinets de médecins (18 %). Ces plaintes ne relèvent pas de l'Ombudsman des patients et sont peu susceptibles de relever de la supervision de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. L'Ombudsman des patients oriente les personnes à la recherche d'un fournisseur de soins primaires vers [Accès Soins](#) et vers l'ordre compétent s'il y a lieu, mais un grand nombre d'entre elles n'ont aucun autre organe auquel présenter leurs préoccupations.

### Expérience du patient

Une personne a appelé l'Ombudsman des patients pour indiquer qu'elle était préoccupée par le manque de médecins de famille dans sa collectivité, ce qui forçait les patients à se rendre au service d'urgence de l'hôpital pour recevoir des soins primaires de base, y compris renouveler des ordonnances.

---

<sup>1</sup> [Primary Care Data Reports – INSPIRE-PHC](#)

<sup>2</sup> [Life Without A Doctor](#)

### Expérience du patient

Le plaignant a communiqué avec l'Ombudsman des patients après avoir reçu une lettre de son médecin de famille le menaçant de le désinscrire de sa liste de patients pour s'être rendu occasionnellement dans une clinique sans rendez-vous lorsqu'il ne pouvait pas obtenir de rendez-vous avec son médecin de famille. Le médecin de famille suggérait de se rendre plutôt au service d'urgence de l'hôpital.

### Expérience du patient

Le médecin de famille du patient a récemment cessé de pratiquer et ce dernier attendait que son nouveau médecin, qui venait de l'étranger, reçoive son permis d'exercice en Ontario. L'appelant avait contracté la COVID et une infection des voies urinaires. On lui avait dit que la clinique sans rendez-vous ne recevait pas les patients atteints de la COVID. Le pharmacien ne voulait pas lui faire d'ordonnance pour traiter son infection urinaire en raison de ses antécédents d'infection des voies urinaires. L'appelant a fait une consultation en ligne, mais n'a pas pu obtenir du médecin qu'il lui prescrive un médicament. L'unité de santé locale lui a suggéré de se rendre au service d'urgence, mais l'appelant se sentait trop malade pour y attendre des heures avant d'être soigné.

### Expérience du patient

Un patient ayant des problèmes de santé chroniques a communiqué avec l'Ombudsman des patients pour lui faire part de sa frustration quant à son incapacité à trouver un médecin de famille local. Le patient était inscrit à Accès Soins depuis un an et demi et avait communiqué avec plusieurs autres personnes et organismes pour obtenir de l'aide. L'Ombudsman des patients a communiqué avec l'organisme de soins à domicile et en milieu communautaire local pour demander s'il y aurait d'autres orientations qui pourraient être recommandées, mais il semblerait que toutes les options aient été explorées.

## Problème n° 3 : Plaintes sur la quote-part et la facturation – transport médical et par ambulance

Chaque année, l’Ombudsman des patients reçoit de nombreuses plaintes de patients, de résidents et d’aidants contestant les frais facturés pour des services de santé non assurés, y compris des chambres privées et à deux lits, la quote-part pour les soins aux maladies chroniques et les résidents de foyers de soins de longue durée et les frais imputés aux patients non assurés. L’Ombudsman des patients a mené trois enquêtes, dont deux en 2022-2023, à l’issue desquelles il a formulé des recommandations visant à améliorer les politiques et processus liés aux frais et à la facturation. Les frais imputés pour les services de transport médical et par ambulance n’avaient pas été explorés dans les précédents rapports de l’Ombudsman des patients.

De nombreuses personnes ne savent pas que les services d’ambulance ne sont pas entièrement financés par le RASO, ou qu’elles pourraient être exonérées du paiement de la quote-part. Une quote-part standard de 45 \$ est appliquée par les hôpitaux lorsque les patients assurés par le RASO bénéficient de services d’ambulance nécessaires sur le plan médical, sauf si l’une des dispenses prescrites s’applique. Les patients exonérés de la quote-part sont notamment ceux :

- bénéficiant de prestations aux termes de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail*, de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* ou de la *Loi sur les prestations familiales*;
- bénéficiant d’une aide sociale générale ou de prestations familiales;
- transférés d’un hôpital ou d’un établissement de soins à un autre pour recevoir un traitement assuré nécessaire sur le plan médical;
- bénéficiant d’un service professionnel (soins infirmiers, physiothérapie, etc.) par le biais des Soins à domicile et en milieu communautaire;
- vivant dans un foyer de soins de longue durée, un foyer de soins spéciaux ou un foyer ou une résidence pour les patients psychiatriques.

### Expérience du patient

Le patient a été admis à l’hôpital avec des complications des suites d’une intervention chirurgicale récente. Après avoir séjourné à l’hôpital pendant une semaine, le patient a reçu une facture de près de 2 500 \$ pour une chambre à deux lits. Le patient s’est plaint à l’hôpital, indiquant qu’il n’avait pas demandé de chambre à deux lits, mais n’avait reçu aucune réponse à sa plainte après plusieurs mois. Le patient a communiqué avec l’Ombudsman des patients pour demander à faire annuler les frais. Le patient souhaitait également obtenir des renseignements sur le traitement de sa plainte par l’hôpital et voulait obtenir des excuses.

### Ce que nous avons fait

L’Ombudsman des patients a fait un suivi auprès de l’hôpital et a appris que l’hôpital avait changé sa procédure pendant la pandémie. Les patients n’étant pas en mesure de remplir un formulaire de responsabilité financière dans la salle d’urgence en raison de leur état étaient contactés par téléphone pour une confirmation orale de leur choix de chambre. Il n’y avait pas de suivi pour obtenir ensuite une confirmation par écrit.

### Règlement

L’hôpital a convenu que le patient pouvait ne pas avoir compris le motif de l’appel ou avoir consenti à payer les frais pour la chambre à deux lits. L’hôpital a présenté des excuses et annulé les frais liés à la quote-part. L’hôpital a également confirmé avoir rétabli la politique visant à rencontrer les patients pour leur expliquer les frais et obtenir une confirmation écrite pour plus de clarté.

Si les services d'ambulance ne sont pas jugés nécessaires sur le plan médical, le patient devra assumer le coût total (240 \$ pour le transport terrestre non nécessaire sur le plan médical), quelles que soient les circonstances. La nécessité sur le plan médical est déterminée par le médecin du patient, mais n'est pas définie dans une politique, une loi ou un règlement. L'Ombudsman des patients a été informé par de nombreux hôpitaux que la nécessité d'être transporté sur une civière ne justifie pas, à elle seule, la nécessité des services d'ambulance sur le plan médical. Les services d'ambulance sont spécialement conçus et dotés en personnel pour les niveaux de soins d'intensité élevée. Les services d'ambulance sont réglementés par la loi et les services de transport sur civière (y compris les coûts associés) ne sont pas réglementés ni couverts par le RASO et, contrairement aux services d'ambulance, il n'existe aucune disposition d'exonération de paiement pour les transferts entre établissements ou lorsque la personne bénéficie de l'aide sociale. Par conséquent, il n'est pas inhabituel pour les patients de foyer de soins de longue durée transportés par ambulance à l'hôpital pour des soins d'urgence de voir leurs frais de services d'ambulance complètement couverts en vertu de l'exonération du paiement de la quote-part. Lorsqu'il sort de l'hôpital, même si un transport par civière est nécessaire, le patient peut devoir assumer des frais non réglementés s'élevant à des centaines de dollars. Les patients ou les membres de leur famille sont souvent informés qu'il leur incombe d'organiser le transport auprès d'un fournisseur de services de transport par civière.

En 2022-2023, l'Ombudsman des patients a reçu 14 plaintes concernant des préoccupations quant aux frais de services d'ambulance ou d'autres types de transport médical facturés. Certaines plaintes portaient sur la facturation de la quote-part de 45 \$ malgré que le patient satisfaisait aux critères d'exonération. D'autres avaient des questions ou des préoccupations sur le coût total du transport par civière qui leur avait été facturé lors d'un transfert entre hôpitaux ou d'un hôpital vers un foyer de soins de longue durée. L'Ombudsman des patients a également remarqué que certains hôpitaux tiennent compte

de la situation du patient et sont prêts à le dispenser des frais ou à couvrir les frais pour les patients transférés d'un établissement de santé à un autre, alors que d'autres hôpitaux font valoir que les frais sont autorisés en vertu de la politique en vigueur et ne sont pas disposés à en dispenser les patients.

### Expérience du patient

Un patient recevait des soins infirmiers d'un organisme de soins à domicile et en milieu communautaire depuis de nombreuses années. En raison de problèmes de santé, le patient avait été admis à l'hôpital plusieurs fois et avait reçu à chaque fois une facture de 45 \$ pour la quote-part liée au service d'ambulance. Le patient avait appris que les personnes bénéficiant d'un service professionnel d'un organisme de soins à domicile et en milieu communautaire étaient exonérées du paiement de la quote-part et, après n'avoir pu obtenir son remboursement de l'hôpital, a communiqué avec l'Ombudsman des patients. Le patient demandait également un changement de politique et une meilleure communication pour éviter que ce genre de situation n'arrive à d'autres familles à l'avenir.

### Règlement

Après des discussions avec l'Ombudsman des patients et un examen de ses dossiers, l'hôpital a accepté de rembourser plus de 1 500 \$ au patient. L'hôpital a également mis à jour son affiche et sa brochure sur les frais d'ambulance pour y inclure des renseignements sur les patients exonérés du paiement de la quote-part. L'organisme de soins à domicile et en milieu communautaire a également pris des mesures en fonction des suggestions de l'Ombudsman des patients et a formé son personnel pour s'assurer que les patients étaient informés de la possibilité d'exonération.

Depuis l'ouverture de son bureau en 2016, l'Ombudsman des patients reçoit des plaintes sur le coût des services de transport par civière. Il n'est pas équitable qu'il y ait une si grande différence de coûts (jusqu'à plusieurs centaines de dollars) fondée seulement sur le fait qu'une ambulance est jugée nécessaire sur le plan médical. Il semble injuste que les patients fragiles qui nécessitent un transport par civière doivent assumer des coûts considérables quelle que soit leur capacité de paiement, alors que des patients qui sont assez bien pour être transportés en voiture n'ont rien ou peu à payer. Après tout, la décision de réglementer les coûts des services de transport non urgents revient au gouvernement. En l'absence de politique et de réglementation, ces décisions continueront d'être prises au cas par cas ou par chaque hôpital.

### Expérience du patient

Un proche du plaignant a été admis à l'hôpital pour y recevoir des soins de courte durée. Lorsque le patient a été prêt à sortir de l'hôpital, le plaignant a été informé par l'hôpital que la famille devait s'occuper de réserver et de payer un service de transport sanitaire privé pour ramener le patient à son foyer de soins de longue durée. Les frais s'élevaient alors à plus de 200 \$. Le plaignant a été averti que si le patient n'était pas prêt à l'arrivée du transport sanitaire privé, il y aurait des frais supplémentaires. Le plaignant a précisé que les revenus de son proche ne permettaient pas d'assumer les frais de transport.

### Ce que nous avons fait

L'Ombudsman des patients a discuté des circonstances avec la famille et l'hôpital et a examiné les règlements et politiques régissant les frais de transport médical. Le patient nécessitait un transport par civière, mais une ambulance n'a pas été jugée nécessaire sur le plan médical par le médecin de l'hôpital.

### Règlement

L'Ombudsman des patients a conclu que l'hôpital avait agi conformément aux politiques et n'était pas tenu d'annuler les frais.

# Retour sur des problèmes non réglés

## Plaintes concernant les services d'urgence hospitaliers

Dans notre [rapport annuel de 2021-2022](#)<sup>3</sup>, l'Ombudsman des patients a mis en lumière les pressions exercées sur les services d'urgence de l'Ontario et leurs répercussions sur les expériences des patients. Nos recommandations portaient sur l'importance de la communication avec les patients et les aidants, notamment :

- fournir autant d'information que possible sur les délais d'attente prévus;
- indiquer à qui les patients doivent s'adresser s'ils ont des questions urgentes ou si leur état de santé évolue durant leur délai d'attente;
- renseigner les patients ayant des besoins non urgents sur les substituts aux soins d'urgence;
- expliquer la politique de l'hôpital sur les conditions d'accès au service d'urgence pour la famille et les aidants de patients vulnérables et s'assurer que les membres de la famille savent à qui s'adresser s'ils ne sont pas autorisés à rester;
- écouter les patients et les membres de leur famille avec bienveillance et courtoisie.

En 2022-2023, l'Ombudsman des patients a reçu plus de 350 nouvelles plaintes sur les expériences dans les services d'urgence hospitaliers, soit une hausse de 17 % par rapport à 2021-2022. Ces plaintes reflétaient le plus souvent des préoccupations quant aux délais, à la qualité des évaluations, des diagnostics et du traitement, au manque de communication, de sensibilité et de bienveillance, mettant en lumière la pertinence des anciennes recommandations. Les patients et les aidants ont souvent indiqué des problèmes concernant les processus de triage au service d'urgence et le sentiment que leurs symptômes et leurs problèmes de santé n'étaient pas pris au sérieux; certains ont même signalé avoir fait l'objet de moqueries ou s'être fait crier dessus. Il est inquiétant de constater le nombre croissant de plaintes concernant des problèmes de santé graves qui n'ont pas été diagnostiqués ni traités, forçant les patients à obtenir des soins ailleurs ou ayant de graves conséquences, y compris le décès de certains patients.

### Expérience de l'organisme de santé

L'Ombudsman des patients a reçu une plainte de dénonciation d'un professionnel de la santé qui travaillait au service d'urgence de l'hôpital. Il y exprimait ses préoccupations par rapport aux soins offerts aux patients. Le dénonciateur a décrit des pénuries de personnel, des retards dans les soins et des conditions dangereuses pour les patients et le personnel ayant entraîné des chutes et contribué à au moins deux décès de patients.

<sup>3</sup> [Mises en contact : Encourager l'amélioration du système de santé pour tous](#). Rapport annuel 2021-2022 de l'Ombudsman des patients.

En parallèle, la pression exercée sur le personnel des services d'urgence n'a jamais cessé depuis la déclaration de la pandémie de COVID-19 en 2020. À cette pression, sont venues s'ajouter au cours des trois dernières années des pénuries de personnel et une hausse des violences sur le lieu de travail<sup>4</sup>. Des études récentes ont également mis en lumière la forte augmentation des cas de

dépression, d'épuisement professionnel et d'usure de compassion chez les fournisseurs de soins de santé des services d'urgence<sup>5</sup>. Ces études présentent l'importance critique de mettre en place des programmes d'évaluation régulière et de renforcement de la résilience du personnel des services d'urgence comme un impératif éthique et une nécessité opérationnelle.

### Expérience du patient

Le plaignant a déclaré qu'un membre de sa famille avait dû être amené au service d'urgence de l'hôpital à plusieurs reprises au cours de la même semaine pour des essoufflements et un poids dans la poitrine, et avait été examiné et renvoyé chez lui. Le membre de la famille a été retrouvé mort chez lui moins de 24 heures après sa dernière visite au service d'urgence.

---

<sup>4</sup> Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. Juillet 2021;196:186-197; Zhang S, Zhao Z, Zhang H, Zhu Y, Xi Z, Xiang K. Workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Environ Sci Pollut Res Int*. Mai 2023; 20:1–15.

<sup>5</sup> Alameddine M, Clinton M, Bou-Karroum K, Richa N, Doumit MAA. Factors Associated With the Resilience of Nurses During the COVID-19 Pandemic. *Worldviews Evid Based Nurs*. Déc. 2021;18(6):320-331; Phillips K, Knowlton M, Riseden J. Emergency Department Nursing Burnout and Resilience. *Adv Emerg Nurs J*. 2022 Jan-Mar 01;44(1):54-62; Ma H, Huang SQ, We B, Zhong Y. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and depression among emergency department physicians and nurses: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022 Apr 28;12(4); Bales M, DeAlmeida K, Oei CE, Hampton D, Bohr NL. Quantifying Compassion Fatigue in Ancillary and Clinical Staff in an Adult Emergency Department. *West J Emerg Med*. 18 oct. 2022;23(6):841-845.

### Expérience du patient

La patiente a déclaré avoir attendu des heures au service d'urgence alors qu'elle était en train de faire une fausse couche. La patiente a indiqué s'être presque évanouie dans les toilettes alors qu'elle saignait abondamment et s'être fait crier dessus par un commis alors qu'un autre commis levait les yeux au ciel. La patiente a décrit un manque de compassion et de bienveillance ahurissant. L'Ombudsman des patients a aidé la patiente à communiquer avec le représentant des relations avec les patients de l'hôpital. Le service des relations avec les patients de l'hôpital a accepté d'aider la patiente à accéder à des services de soutien communautaire au deuil périnatal.

### Expérience du patient

Un patient a été amené au service d'urgence avec des symptômes de crise cardiaque, y compris une douleur thoracique, une pression dans la poitrine, de la fatigue, la peau moite et froide et des difficultés à respirer. L'état du patient a continué de s'aggraver alors qu'il attendait au triage. Lorsque l'aidant du patient a quitté la queue pour informer l'infirmier chargé du triage de la détérioration de l'état du patient, l'infirmier lui a répondu qu'il y avait 10 autres personnes dans la queue susceptibles d'être en train de faire une crise cardiaque et qu'ils devaient attendre leur tour. L'infirmier a annoncé à toute la salle d'attente qu'il était le seul infirmier pour le triage et qu'il avait déjà travaillé un quart de 12 heures. Il a ajouté que s'ils avaient regardé les nouvelles, ils devaient savoir que tous les hôpitaux de l'Ontario manquaient de personnel et étaient surchargés et que chacun devait attendre dans la queue. Le patient et l'aidant ont pris la décision de partir et de conduire plus de 100 kilomètres pour se rendre à l'autre hôpital le plus proche. Dans ce deuxième hôpital, le patient est vite passé au triage et les examens ont confirmé une crise cardiaque. Le patient a été transféré en service de cardiologie pour subir une intervention chirurgicale.

---

## Continuité et stabilité des services de soutien à la personne à domicile

La pénurie de préposés aux services de soutien à la personne en Ontario et les répercussions de cette pénurie sur la stabilité des soins pour les patients à domicile constituent un problème de longue date. En 2018-2019, avant la pandémie de COVID-19, l'Ombudsman des patients mettait en lumière ce problème dans son [rapport annuel](#). L'Ombudsman des patients a proposé les suggestions suivantes pour les soins à domicile et en milieu communautaire :

- s'assurer que les fournisseurs de service embauchés communiquent avec les patients ou les aidants lorsque des changements sont apportés aux services fournis ou lorsque les visites prévues ne peuvent pas être assurées;
- travailler de façon proactive avec les patients, les aidants et les fournisseurs de services pour élaborer des plans d'urgence pour les patients vulnérables, y compris des protocoles appropriés de renvoi aux niveaux supérieurs pour s'assurer que les patients ne sont pas laissés en situation de risque;
- s'assurer que les fournisseurs de services embauchés hiérarchisent correctement les services aux patients vulnérables, en particulier les patients ayant des soutiens informels fragiles;
- s'assurer que les patients et les aidants savent à qui s'adresser s'ils ont des questions ou des préoccupations. S'assurer qu'ils savent comment transmettre leurs préoccupations aux niveaux supérieurs s'ils ne sont pas satisfaits par la réponse qu'ils ont reçue.

### Expérience du patient

Un membre de la famille d'un patient a communiqué avec l'Ombudsman des patients pour lui faire part de ses préoccupations quant à la sécurité de son proche actuellement en milieu communautaire, compte tenu du manque de soins stables et adéquats à domicile par le biais des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et de la longue attente pour un placement en foyer de soins de longue durée. Les capacités de son proche pour communiquer en anglais sont limitées, il est atteint d'une déficience cognitive de haut niveau liée à la démence et a des problèmes physiques qui posent un risque de chutes. Cela fait plus de deux ans que le proche est inscrit sur la liste des personnes en situation de crise pour un placement dans plusieurs foyers qui peuvent répondre à ses besoins linguistiques et culturels. Le programme de soins à domicile prévoit que le proche doit recevoir plusieurs visites par jour d'un préposé aux services de soins à la personne, mais l'organisme de soins à domicile et en milieu communautaire n'a été en mesure d'assurer que la moitié des heures approuvées.

---

### Ce que nous avons fait

L'Ombudsman des patients a communiqué avec le responsable des relations avec les patients de l'organisme de soins à domicile et en milieu communautaire, qui a confirmé être au courant des préoccupations du plaignant et a discuté de l'incidence des pénuries en préposés aux services de soins à la personne et en personnel infirmier sur les soins à domicile offerts au proche et la capacité des foyers de soins de longue durée à accepter de nouveaux résidents.

---

### Règlement

L'organisme de soins à domicile et en milieu communautaire a proposé de rencontrer la famille pour discuter des options qui permettraient de répondre aux besoins en matière de soins à domicile de leur proche et d'accélérer le placement en foyer de soins de longue durée.

L'Ombudsman des patients a également fait des suggestions destinées aux patients recevant des soins à domicile et à leurs aidants sur les sujets suivants :

- Savoir à qui vous adresser si une visite prévue n'a pas lieu. Ne pas hésiter à transmettre le problème au coordonnateur de soins ou au représentant des relations avec les patients en l'absence de réponse rapide.
- Demander au coordonnateur de soins d'aider à prévoir les situations d'urgence pour s'assurer que l'aidant ou son proche sont en sécurité au domicile.
- En cas de problèmes persistants avec des visites non honorées ou des soins incohérents, informer le coordonnateur de soins et demander une réunion pour discuter des options existantes.
- Conserver des documents comportant les dates et les heures des communications avec l'organisme de services à domicile et en milieu communautaire et votre fournisseur de services.

En 2022-2023, l'Ombudsman des patients a reçu 272 plaintes concernant des organismes de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. Les préoccupations les plus souvent citées concernent toujours les pénuries de personnel et l'incidence de ces pénuries sur l'accès aux soins et leur continuité, soulignant la pertinence des recommandations des années précédentes. Ces problèmes persistent malgré des investissements réalisés par le gouvernement de l'Ontario pour augmenter la rémunération des préposés aux services de soutien à la personne, élargir les possibilités de formation et offrir des primes d'encouragement au maintien en poste. Selon une étude de dotation de 2020 réalisée par le ministère des Soins de longue durée<sup>6</sup>, le salaire horaire moyen des préposés aux services de soutien à la personne dans les services de soins à domicile et en milieu communautaire reste encore inférieur aux salaires moyens offerts dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée.

---

<sup>6</sup> Effectifs des foyers de soins de longue durée, groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs des foyers des soins de longue durée. Ministère des Soins de longue durée; 30 juillet 2020.

## Commentaires sur les services de l’Ombudsman des patients

L’Ombudsman des patients estime que les plaintes sont une occasion d’améliorer les services et les expériences des patients, des résidents et des aidants. Cela s’applique non seulement aux plaintes que nous recevons au sujet des organismes du secteur de la santé, mais aussi aux services que nous offrons. L’Ombudsman des patients évalue les plaintes reçues sur ses services pour s’assurer que ses processus sont exempts de parti pris, justes sur le plan administratif et veiller à ce que l’issue des plaintes soit raisonnable. La plupart des préoccupations peuvent être traitées par le spécialiste en règlement rapide ou l’enquêteur nommé pour le cas. Les plaintes qui ne peuvent pas être traitées à ce niveau sont transmises à la direction en vue d’un examen et sont consignées et suivies dans le système de gestion des plaintes de l’Ombudsman des patients.

En 2022-2023, au bureau de l’Ombudsman des patients, nous avons reçu 18 plaintes concernant notre réponse à des plaintes et nos services (y compris sur les délais et la communication). Sur ces 18 plaintes, 12 ont été réglées et 6 sont en cours d’examen. La plupart des plaintes venaient directement de patients, de résidents ou d’aidants qui avaient présenté des plaintes à l’Ombudsman des patients, trois provenaient de l’Ombudsman de l’Ontario et une d’un organisme du secteur de la santé. Conscients que la hausse du nombre de plaintes a nui à notre capacité de répondre rapidement, nous avons révisé nos processus pour assurer une communication plus fréquente avec les plaignants, y compris en faisant des points réguliers pour les cas en attente tout en continuant à accorder la priorité aux cas urgents.

Nature de la plainte	Résultat de l’examen de la direction		Mesures prises par l’Ombudsman des patients		
Plainte réglée	9	Aucune preuve de défaut d’exécution	9	Aucune mesure requise	9
Services fournis	6	Plainte pleinement recevable	4	Présentation d’excuses	6
Délai	5	Plainte partiellement recevable	4	Rétroaction destinée au personnel	4
Communication/rapport	2	Aucune décision (retrait de la plainte)	1	Explication fournie	1

Les plaintes peuvent porter sur plusieurs sujets ou mesures.

# Résultats financiers et opérationnels

## Rendement budgétaire et financier

L'Ombudsman des patients fonctionne avec son budget de services votés annuel d'origine de 3 296 045 \$ depuis 2018-2018, la première année d'exploitation du bureau. En 2021-2022, le ministère de la Santé a approuvé un financement ponctuel supplémentaire, lequel a été renouvelé à hauteur de 867 532 \$ en 2022-2023, pour un budget annuel total s'établissant alors à 4 163 577 \$. Ce financement supplémentaire a permis à l'Ombudsman des patients d'agrandir son équipe de spécialistes en règlement rapide de première ligne pour répondre au nombre croissant de plaintes déposées (hausse de 33 % en 2022-2023 par rapport à l'année précédente) et de renforcer la capacité du bureau à mener des enquêtes.

Vous trouverez les résultats financiers de l'Ombudsman des patients à l'annexe 2 des états financiers vérifiés de Santé Ontario pour 2022-2023.

### Annexe 2 : Ombudsman des patients

Au 31 mars 2023

(en milliers de dollars)

Charges d'exploitation par article	Budget 2023	Réel 2023	Réel 2022
Salaires et avantages sociaux	3 335	3 489	2 828
Coûts d'occupation	261	237	221
Acquisition de services	294	164	197
Assistance et maintenance de la technologie de l'information	107	162	109
Autres charges d'exploitation	167	112	144
<b>Total</b>	<b>4 164</b>	<b>4 164</b>	<b>3 499</b>

---

## Soutien de l'équipe de l'Ombudsman des patients

Pour veiller à ce que son personnel bénéficie de possibilités continues d'apprentissage et de perfectionnement, l'Ombudsman des patients a profité de séances de formation en ligne et virtuelles offertes par Santé Ontario. De plus, notre personnel a participé à la formation Foundations in Cultural Safety (les bases de la sécurisation culturelle) dispensée par l'Indigenous Primary Health Care Council ainsi qu'à des ateliers sur la rédaction de décisions et la gestion des cas de conduite déraisonnable. Le personnel a participé à la conférence 2022 du Forum canadien des ombudsmans en personne et virtuellement, avec des séances d'apprentissage sur la réconciliation, la diversité, l'équité et l'inclusion, et la rédaction de rapports inclusifs. L'Ombudsman des patients a également accueilli le commissaire aux services en français et les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire pour des présentations au personnel.

L'Ombudsman des patients est un membre du Forum canadien des ombudsmans. Il participe en tant que membre et au niveau du conseil d'administration aux activités d'apprentissage, d'échange d'idées, de recherche d'innovations et de pratiques exemplaires et d'élaboration

des normes professionnelles. En juin 2022, l'Ombudsman des patients est également devenu membre de l'Institut international de l'Ombudsman. Ces adhésions lui donnent l'occasion d'échanger des idées et d'apprendre auprès d'autres bureaux d'ombudsmans.

L'Ombudsman des patients s'efforce de fournir le meilleur service possible aux patients, résidents et aidants qui lui font part de leurs préoccupations. Nous continuons d'examiner non seulement nos processus, mais aussi nos technologies pour garantir leur efficacité et leur sécurité. En 2022-2023, nous avons terminé la migration de notre système de gestion des cas vers un environnement infonuagique et fermé un centre de données, car les autres systèmes faisaient l'objet d'une migration vers le centre de données de Santé Ontario. La responsabilité du centre d'appels a également été transférée à un nouveau fournisseur. Ces changements permettent une administration plus efficace de nos systèmes et l'exécution de meilleures procédures de sauvegarde et récupération en cas de défaillance technologique.

---

## Compétences élargies

Les compétences du bureau ont été élargies en 2022-2023. En septembre 2022, de nouvelles réglementations sont entrées en vigueur pour élargir la définition des services de soins à domicile relevant du mandat de l'Ombudsman des patients. En février 2023, le gouvernement de l'Ontario a présenté le projet de loi 60, *Loi de 2023 concernant votre santé*, qui visait à réglementer les centres communautaires de chirurgie et de diagnostic (anciennement les

établissements de santé autonomes). Ces centres de services seront inclus dans le mandat de l'Ombudsman des patients une fois que la loi sera entrée en vigueur. L'Ombudsman des patients a adapté ses processus opérationnels à l'appui des nouveaux services et a travaillé avec les principaux intervenants pour clarifier les nouvelles compétences du bureau et assurer une bonne compréhension des processus du bureau.

## Mobilisation et sensibilisation

Communiquer avec les patients, les résidents, les aidants et les intervenants du système de santé est une partie importante du rôle de l’Ombudsman des patients, qui lui permet de partager les expériences des patients, résidents et aidants et d’acquérir des connaissances sur les expériences liées aux soins de santé. Notre spécialiste en règlement rapide – expériences autochtones a également participé aux initiatives de mobilisation communautaire et travaillé avec les principaux intervenants pour mieux faire connaître son rôle, qui est d’aider les patients ou aidants qui se considèrent membres des Premières Nations, Métis, Inuits ou Autochtones à régler leurs problèmes concernant des expériences liées aux soins de santé.

L’Ombudsman des patients a rencontré plusieurs intervenants en 2022-2023, notamment :

ADR Institute of Ontario	Indigenous Primary Health Care Council	Ontario Long Term Care Clinicians
Alberta Health Services	Institut international de l’Ombudsman, Amérique du Nord	Organisme de soutien aux aidants naturels de l’Ontario
Bureau de l’Ombudsman du Centre universitaire de santé McGill	Institut des politiques, de la gestion et de l’évaluation de la santé de l’Université de Toronto	Sénat du Canada
Caressant Care Nursing and Retirement Homes	L’Hôpital d’Ottawa	Services de soutien à domicile et en milieu communautaire
Centre des sciences de la santé de London	Le Réseau	Services aux Autochtones Canada
Comité conjoint Action Cancer Ontario et Peuples autochtones	Ministère de la Santé	Société Alzheimer de Toronto
Commission d’appel et de révision des services de santé	Ministère des Soins de longue durée	Unité des soins de cancérologie chez les peuples autochtones, Santé Ontario
Commission d’appel et de révision des professions de la santé	Ombudsman de l’Ontario	Wabano Centre for Aboriginal Health
Conseil consultatif ministériel des patients et des familles	Ombudsman Toronto	
Forum canadien des Ombudsmans	Ontario Long Term Care Association	

# Conclusion

---

L'année 2022-2023 a été synonyme de grands changements, de croissance et d'accomplissement pour l'Ombudsman des patients. Bien que la pandémie de COVID-19 ne constitue plus autant une urgence médicale qu'auparavant, ses répercussions sur le système de santé n'ont cessé de se faire ressentir sous la forme de pénuries de main-d'œuvre, de délais de service et d'une profonde usure du personnel. L'Ombudsman des patients a reçu plus de plaintes que jamais auparavant, y compris la première année de la pandémie. En parallèle, grâce aux fonds supplémentaires octroyés par le ministère de la Santé, le bureau a pu clore plus de dossiers qu'il n'en a reçus, éliminant ainsi l'arriéré qui s'était accumulé à la suite de la pandémie. Le bureau a également achevé plus d'enquêtes que jamais et s'est préparé à assumer son mandat élargi.

En plus de la hausse du nombre de plaintes sur des organismes du secteur de la santé, l'Ombudsman des patients a reçu un nombre croissant de plaintes sur des services de santé en dehors de son

champ de compétences, en particulier des plaintes sur les soins primaires. Pour un grand nombre de ces patients et aidants, il n'existe pas d'organe de supervision ayant le mandat de répondre à leurs préoccupations.

L'Ombudsman des patients consolide toutes les connaissances engrangées à ce jour, en se concentrant sur l'efficacité de ses processus, la qualité de ses réponses aux plaintes et la robustesse de ses processus de collecte de données. Au cours du quatrième trimestre de 2022-2023, l'Ombudsman des patients a commencé à travailler sur un plan stratégique révisé qui orientera son approche sur l'équité et la justice. Cette initiative sera poursuivie en 2023-2024 et le plan stratégique devrait être publié au cours de l'exercice 2023-2024.