

# À la hauteur

---

Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario

# À propos de nous

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : une meilleure santé pour toutes les Ontariennes et tous les Ontariens.

## Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

## Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariennes et des Ontariens, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs et exhaustifs qui reposent sur des données et des faits. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins

en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous travaillons avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices avec leurs pairs.

## Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Pour dire vrai, dans certains cas, il est difficile d'évaluer la qualité des soins, et il arrive parfois que nous ne sachions pas en quoi consistent les meilleurs soins. Un dernier point, mais non le moindre : certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limite.

## Surveillance du rendement de Qualité des services de santé Ontario et production de rapports en la matière

Depuis 2006, Qualité des services de santé Ontario renforce la responsabilisation du système de soins de santé en produisant un rapport sur son rendement. Non seulement nos rapports publics fournissent aux Ontariennes et aux Ontariens les renseignements dont ils ont besoin pour comprendre leur système de santé, mais ils entraînent aussi des améliorations directes. Les

produits de ces rapports comprennent *À la hauteur* (notre rapport annuel sur le rendement du système de santé), des rapports thématiques qui approfondissent des sujets ciblés et des rapports en ligne sur des indicateurs du système de santé.

## Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures, ou d'indicateurs, sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs servent en outre à promouvoir des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement d'*À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics.

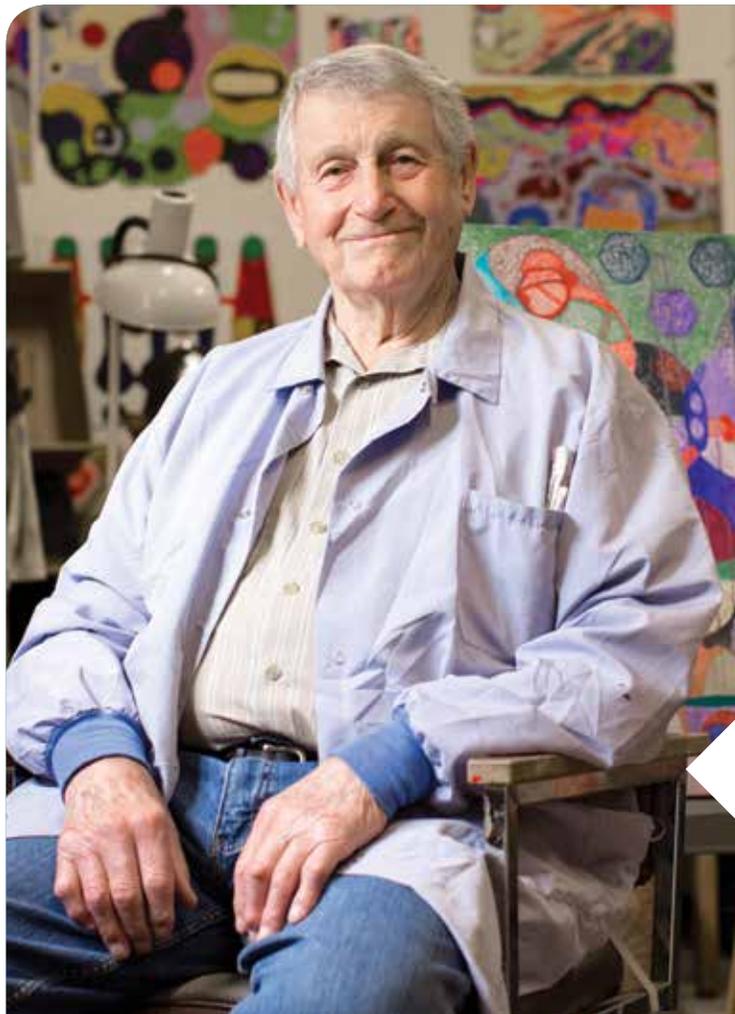
Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

# Table des matières

<b>Message du ministre de la Santé et des Soins de longue durée</b>	<b>4</b>	Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins	47	Infections à <i>Clostridium difficile</i> contractées à l'hôpital	83
<b>Préambule</b>	<b>5</b>	Dépistage du cancer colorectal	48	Accouchements par césarienne	84
<b>Résumé</b>	<b>6</b>	Examens de la vue pour les personnes atteintes de diabète	50	En résumé	85
<b>1. Introduction</b>	<b>9</b>	En résumé	51	<b>8. Soins de longue durée</b>	<b>86</b>
<b>2. Santé des Ontariennes et des Ontariens</b>	<b>14</b>	<b>5. Santé mentale</b>	<b>52</b>	Temps d'attente pour un lit dans un foyer de soins de longue durée	89
Indicateurs de risque pour la santé associé au comportement	16	Admissions dans les hôpitaux pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie	55	Utilisation quotidienne de moyens de contention physiques dans les foyers de soins de longue durée	91
Examen des variations en matière de tabagisme	18	Consultation chez le médecin moins de sept jours après avoir quitté l'hôpital après un traitement pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie	57	Chutes dans les foyers de soins de longue durée	93
Espérance de vie à la naissance	20	Taux d'admission dans les hôpitaux pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie	59	Plaies dépression nouvelles ou s'aggravant	94
Mortalité infantile	21	Recours à des moyens de contention dans des établissements fournissant des soins actifs en santé mentale	61	En résumé	95
État de santé autodéclaré	22	Taux de suicide	62	<b>9. Effectifs en santé</b>	<b>96</b>
Décès potentiellement évitables	24	En résumé	63	Infirmières et infirmiers	99
En résumé	24	<b>6. Soins à domicile</b>	<b>64</b>	Médecins de famille et spécialistes	100
<b>3. Intégration du système</b>	<b>26</b>	En attente de services de soins à domicile	67	Taux de blessures avec interruption de travail	103
Consultation d'un médecin dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital	29	Placement dans les foyers de soins de longue durée	69	En résumé	103
Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé de patients ayant subi des interventions médicales ou chirurgicales	31	Détresse des personnes soignantes naturelles	70	<b>10. Dépenses en santé</b>	<b>104</b>
Hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires	33	Expérience des patients	71	Total des dépenses en santé par habitant	106
Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins	36	En résumé	71	Dépenses en santé par habitant liées aux médicaments	109
En résumé	39	<b>7. Soins hospitaliers</b>	<b>72</b>	Ordonnance ou dose de médicament sautée en raison des coûts	110
<b>4. Soins primaires</b>	<b>40</b>	Expérience des patients	75	En résumé	111
Avoir un fournisseur de soins primaires	43	Durée du séjour aux services des urgences	76	<b>11. Prochaines étapes</b>	<b>112</b>
Accès rapide aux soins primaires	43	Temps d'attente pour des interventions	79	<b>Bibliographie</b>	<b>115</b>
Accès aux soins primaires après les heures ouvrables	45			<b>Remerciements</b>	<b>121</b>

## Christa : Une nouvelle perspective

page 41



## Stan et Judith : Bons jours

page 87

Bien que ce soit un rapport sur les numéros, derrière toutes les données sont les personnes qui reçoivent soins de santé et les personnes qui la livrent. pour ce point de vue, nous incluons des histoires de les patients, les membres de la famille, les soignants et les fournisseurs de soins de santé qui souffrent de la défis dans le système de santé de la province et travaillent souvent pour l'améliorer.



Catherine :  
Un appel  
de suivi

page 53



Janice : Aider les  
personnes soignantes

page 65



Carrie :  
Aider le  
sans abri

page 97

# Message du ministre de la Santé et des Soins de longue durée



Je suis heureux de transmettre mes félicitations à Qualité des services de santé Ontario pour la publication de l'édition de 2015 de *À la hauteur : rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*.

Les conclusions du rapport nous donnent beaucoup de raisons d'être fiers, mais elles nous indiquent également les domaines où il reste du travail important à faire pour améliorer l'accès des Ontariennes et des Ontariens au système de santé, ainsi que les expériences des soins de santé et les résultats pour les patients. De fait, les conclusions du rapport *À la hauteur* constituent un exemple de la façon dont la transparence dans les rapports peut être un outil puissant et motivant pour améliorer le rendement de notre système de santé.

Mon plan, *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, reconnaît que le système de santé appartient aux patients et vise à le transformer afin d'améliorer l'accès aux soins, de mieux intégrer les soins dans la collectivité, de protéger sa disponibilité universelle à l'ensemble de la population ontarienne et de fournir aux gens les renseignements dont ils ont besoin pour prendre les bonnes décisions au sujet de leur santé. Le rapport *À la hauteur* fournit les données nécessaires pour faire le suivi des progrès vers l'amélioration des domaines prioritaires énoncés dans le plan *Priorité aux patients*.

Le travail objectif de Qualité des services de santé Ontario, qui agit à titre de conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé, la surveillance et l'évaluation du rendement du système de santé, de même que la production de rapports publics à cet égard aideront à orienter cette transformation. Dans le cadre de rapports comme *À la hauteur*, Qualité des services de santé Ontario aide à jeter les fondements des décisions stratégiques en matière de santé fondées sur des données probantes, en plus d'accroître la transparence et la responsabilisation du système de santé.

Même si les données énoncées dans le rapport *À la hauteur* sont extrêmement précieuses, ce

document associe aux nombres des histoires de patients portant sur leurs expériences personnelles au sein du système de santé, indiquant ce que tous les chiffres et les graphiques signifient dans la vraie vie pour les patients, les familles et les personnes soignantes. Ces histoires servent à nous rappeler que l'accent mis sur les gens et les patients d'abord doit constituer la valeur fondamentale qui stimule l'innovation et l'amélioration au sein du système de santé de l'Ontario.

Afin d'améliorer le système, nous devons d'abord déterminer les éléments qui fonctionnent et ceux qui pourraient être améliorés. Le rapport *À la hauteur* fournit à la fois des statistiques et des faits concrets, de même que les points de vue des patients, des familles et des professionnels de la santé, offrant ainsi une vision objective et réaliste à partir de laquelle nous pouvons tous collaborer pour fournir d'excellents soins à l'ensemble de la population ontarienne.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eric Hoskins'.

**Dr Eric Hoskins**

Ministre de la Santé et des Soins de longue durée  
Octobre 2015

# Préambule



Dr Joshua Tepper



Dr Andreas Laupacis

**Voici *À la hauteur 2015*, le rapport annuel de Qualité des services de santé Ontario (QSSO), qui présente le rendement du système de santé en Ontario et l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens.**

Il s'agit de notre second rapport fondé sur le programme commun d'amélioration de la qualité, un ensemble de plus de 40 indicateurs utilisés par QSSO pour mesurer le rendement du système de santé. Élaborés dans le cadre d'un partenariat, ces indicateurs nous permettent d'établir l'évolution éventuelle de la qualité des soins en Ontario, ainsi que notre situation par rapport au reste du Canada et à d'autres pays.

En nous appuyant sur le rapport de l'année dernière, nous avons ajouté deux volets au rapport de cette année. Le

premier examine le rendement du système dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances; le second se penche sur les dépenses en matière de soins de santé. En outre, des indicateurs ont été ajoutés pour mesurer les risques associés au comportement (p. ex., consommation insuffisante de fruits et de légumes) et évaluer les soins à domicile (p. ex., détresse des personnes soignantes naturelles et placement de personnes à faibles besoins dans les foyers de soins de longue durée).

Dans le cadre de l'examen des données de cette année, QSSO a analysé les résultats des indicateurs au sujet de l'orientation du rendement du système de santé de l'Ontario au cours des dernières années : les soins se sont-ils améliorés, détériorés ou sont-ils demeurés inchangés? Malgré certains résultats positifs, bon nombre de secteurs n'ont subi aucune modification au fil du temps. Certains des résultats stables n'indiquent aucune progression (p. ex., accès à un fournisseur de soins primaires en temps opportun et examens de la vue réguliers pour les adultes atteints de diabète), alors que d'autres indicateurs, stables eux aussi, peuvent en fait être porteurs de bonnes nouvelles : les objectifs en matière de délais d'attente pour les interventions cardiaques et les chirurgies du cancer sont atteints. Le nombre d'interventions pratiquées a même augmenté. Un rendement stable est donc positif.

À mesure que Qualité des services de santé Ontario continue d'augmenter et d'améliorer sa production de rapports en matière de rendement du système de santé, nous poursuivrons nos efforts afin de comprendre les raisons des bons et des mauvais résultats. C'est pourquoi nous produisons à présent des rapports thématiques permettant d'examiner en détail le rendement du système dans des secteurs de soins précis, et nous continuons d'élargir la fonction d'établissement de rapports en ligne, qui offre une gamme de renseignements plus vaste et plus approfondie.

Nous continuons également d'améliorer notre production de rapports en offrant un point de vue humain quant aux problèmes soulevés par les données sur le rendement que nous présentons. *À la hauteur* présente des histoires de patients, de membres de leur famille, de personnes soignantes et de fournisseurs de soins de santé – des personnes qui ont été confrontées personnellement aux défis relatifs au système de santé de la province et qui travaillent souvent dur pour l'améliorer. Ces histoires transforment les chiffres et les analyses du rapport en expériences réelles que nous pouvons tous comprendre et dans lesquelles nous pouvons tous nous reconnaître.

*À la hauteur* fait partie intégrante de la responsabilité de Qualité des services de santé Ontario de surveiller le rendement du système de santé et de produire un rapport public des résultats. Notre mission consiste également à émettre des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes, et à faciliter l'atteinte et la diffusion de pratiques exemplaires, ce qui permet aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre les uns des autres et de partager les innovations en matière de qualité des services de santé.

Bien sûr, nous avons besoin d'aide pour effectuer ce travail. QSSO collabore avec des professionnels des soins de santé, des administrateurs, des décideurs, des experts universitaires et des patients soutenus par leur famille. Nous espérons qu'*À la hauteur 2015* nous guidera tous vers la prestation de soins de santé de haute qualité pour l'ensemble de la population ontarienne.

**Dr Joshua Tepper**  
Président et chef  
de la direction

**Dr Andreas Laupacis**  
Président du conseil

# Résumé

## Que les Ontariennes et les Ontariens soient en bonne santé ou qu'ils souffrent de problèmes de santé, ils s'attendent à pouvoir compter sur le système de santé lorsqu'ils en ont besoin.

À titre de conseiller provincial sur la qualité des soins de santé, Qualité des services de santé Ontario s'est vu confier le mandat de présenter annuellement un rapport au public sur le rendement du système de santé et l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens. La pierre d'assise de ces rapports annuels, *À la hauteur*, constitue le programme commun d'amélioration de la qualité, un ensemble d'indicateurs clés choisis en collaboration avec les partenaires du système de santé. Nous utilisons le programme commun d'amélioration de la qualité pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé, rendre le système de santé plus transparent et plus responsable, et promouvoir des soins intégrés axés sur le patient.

Toutefois, les données tirées de ces indicateurs ne sont qu'une facette de la situation. Dans le présent rapport, nous présentons en outre les expériences de patients, de personnes soignantes et de fournisseurs de soins qui donnent vie à ces chiffres. Il s'agit d'expériences de personnes qui dépendent du système de santé ontarien et qui y travaillent, tout en œuvrant à son amélioration.

Au moyen de plus de 40 indicateurs du rendement du système de santé ontarien, le présent rapport attire l'attention sur certains secteurs où la qualité des soins s'améliore et sur d'autres où elle s'est détériorée. Pour bon nombre des indicateurs, le rendement a été stable au cours des quatre à dix dernières années. Dans certains cas, cette stabilité doit être interprétée comme une absence de progrès. Dans d'autres, cela indique que le système de santé tient bon malgré le défi actuel que constitue l'augmentation du nombre de patients, ces derniers ayant souvent des besoins plus complexes.

De nombreux indicateurs nous permettent de comparer le rendement de l'Ontario et celui d'autres provinces et pays, ainsi que le rendement d'une région de l'Ontario à l'autre et d'un groupe de personnes de la province à l'autre. Ces comparaisons fournissent des renseignements importants qui contribuent à cerner les secteurs pour lesquels nous obtenons de bons résultats et ceux pour lesquels nous prenons du retard.

### Certains secteurs à faible rendement

Dans chaque secteur, le rendement associé à certains indicateurs n'est pas ce qu'il devrait être. Par exemple, bien que les temps d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée aient diminué considérablement pour les patients qui présentent

une demande à partir de leur domicile (par opposition à ceux qui présentent une demande à partir d'un hôpital), plus de la moitié des patients attendent plus de trois mois. Dans l'intervalle, bon nombre de ces patients recevront des services de soins à domicile, mais le délai de prestation de ces services variera grandement selon le lieu de résidence du patient.

Le fardeau que partagent les amis et les membres de la famille qui contribuent au soutien d'un patient recevant des soins à domicile s'alourdit : le nombre de personnes soignantes non officielles qui vivent de la détresse ou qui sont incapables de continuer d'assumer leur rôle a doublé au cours des quatre dernières années. Pendant ce temps, les patients qui passent directement d'un hôpital à un établissement de soins de longue durée attendent en moyenne plus longtemps, soit plus de deux mois, bien que ce délai demeure inférieur à la période d'attente des patients admis dans un foyer de soins de longue durée à partir de leur domicile.

Les dépenses en médicaments sont un autre exemple de faible rendement. Comparativement aux territoires de compétences étranger, l'Ontario, comme le Canada dans son ensemble, consacre d'importantes sommes aux médicaments, et la plus grande partie de ces dépenses est financée par le secteur privé plutôt que le secteur public. Sans couverture publique du coût

des médicaments, certains patients pourraient ne pas avoir les moyens de payer leurs médicaments d'ordonnance. Les adultes ontariens âgés de moins de 65 ans, le groupe d'âge non couvert par le régime d'assurance-médicaments provincial, sont presque trois fois plus susceptibles que les adultes âgés de plus de 65 ans de ne pas faire exécuter une ordonnance ou de sauter une dose de leurs médicaments en raison des coûts.

## Résultats stables

À la hauteur présente également un certain nombre de secteurs de diverses parties du système de santé où l'on n'observe aucune amélioration. Par exemple, environ la moitié des Ontariennes et des Ontariens ne peuvent pas effectuer une visite en temps opportun chez leur fournisseur de soins primaires lorsqu'ils ont besoin de soins ou obtenir facilement un rendez-vous après les heures normales de travail. De plus, presque le tiers des adultes ontariens diabétiques ne passent pas d'examen régulier de la vue pour prévenir la cécité causée par le diabète, et ce taux est stable depuis plus de cinq ans.

Parmi les autres indicateurs qui ne se sont pas améliorés au cours des cinq dernières années, plusieurs rendent compte de la façon dont on prend soin des patients durant leur transition d'un fournisseur ou d'un

établissement de soins à un autre. Par exemple, seul le tiers des patients hospitalisés pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie font une visite de suivi chez un médecin dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital. De plus, moins de la moitié des patients hospitalisés pour cause d'insuffisance cardiaque ou de maladie pulmonaire chronique consultent un médecin au cours de la semaine suivant leur congé. Le pourcentage de jours d'hospitalisation de patients en soins actifs désignés en attente d'un autre niveau de soins (c.-à-d. d'un autre type de soins) s'est stabilisé au cours des deux dernières années, mais demeure préoccupant.

## Résultats positifs

Parmi les bonnes nouvelles du présent rapport figure celle indiquant que l'état de santé général des Ontariennes et des Ontariens continue de s'améliorer. Les taux de tabagisme et d'inactivité physique continuent de baisser, l'Ontario affichant aujourd'hui l'un des taux de tabagisme les plus faibles au Canada. On a également observé une baisse du pourcentage d'Ontariennes et d'Ontariens qui sont en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal, ce qui signifie que plus de personnes du groupe d'âge ciblé passent un test de dépistage d'un cancer pouvant être traité efficacement s'il est diagnostiqué rapidement.

Le nombre d'hospitalisations pour des affectations chroniques pouvant souvent être prises en charge hors de l'hôpital (appelées « troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier ») continue de diminuer et est considérablement plus bas que dans la majorité des autres provinces. En outre, l'Ontario présente un taux relativement bas de décès potentiellement évitables (décès des suites d'affections évitables ou traitables). La réduction du recours à des moyens de contention physiques sur les pensionnaires de foyers de soins de longue durée et les patients hospitalisés pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie constitue une autre amélioration.

## Progrès inégaux

Au même moment, certains des résultats positifs que nous observons à l'échelle de la province ne sont pas constants d'une région ou d'un groupe à l'autre. Par exemple, le taux de décès potentiellement évitables dans certaines régions est le double de celui d'autres régions, ce taux étant particulièrement élevé dans le Nord de l'Ontario. Les taux d'hospitalisations liées à des troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier présentent d'importants écarts régionaux semblables. Le recours à des moyens de contention dans les foyers de soins de longue durée varie également considérablement dans la province, et les taux de tabagisme sont bien plus faibles chez les

femmes que chez les hommes, de même que chez les personnes ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires comparativement à celles qui ne les ont pas terminées.

### **En route vers une amélioration plus importante**

Les nombreux résultats stables énoncés dans le présent document nous obligent à examiner attentivement les causes de l'absence d'amélioration. Est-ce simplement très difficile d'améliorer les soins dans ces secteurs? Surveillons-nous les mauvais éléments? Est-ce qu'il existe des foyers de travail de qualité actuellement dans la province, sans que nous réussissions à diffuser ces améliorations? Est-ce parce que certains groupes d'Ontariennes et d'Ontariens n'ont pas le même accès que d'autres aux services de santé? Ou est-ce que la fragilité croissante des patients ou la complexité croissante de leurs besoins signifie

que, dans certains cas, les résultats stables indiquent en réalité que le système s'améliore? À mesure que nous continuerons de surveiller le rendement, nous poursuivrons notre collaboration avec les intervenants du système de santé afin de comprendre ce qui influe sur les résultats, qu'ils soient bons, mauvais ou stables, et de nous assurer que nous surveillons les éléments pertinents.

La surveillance du rendement du système de santé et la production de rapports sur ce rendement contribuent à déterminer où il convient le mieux de concentrer ces efforts. Faire le suivi de la mesure dans laquelle le système se montre à *la hauteur* constitue aussi une partie intégrante du processus d'amélioration de la qualité. Nous cherchons à comprendre dans quelle mesure le système de santé répond aux besoins des Ontariennes et des Ontariens, ainsi qu'à déterminer si ces derniers sont par conséquent en meilleure

santé et si le système est viable pour les générations futures. Au cours des trois dernières années, l'Ontario a maintenu le cap pour ce qui est des dépenses en soins de santé par habitant. Dans un contexte de contraintes budgétaires, veiller à ce que la qualité des soins ne soit pas compromise et continue de s'améliorer pose un défi crucial. Des travaux sont en cours partout dans la province afin de relever les défis abordés dans le présent rapport.

# Introduction



## Fondement du présent rapport

L'Ontario a un système de santé vaste et complexe, qui comprend plusieurs éléments mobiles. Afin d'orienter sa surveillance du rendement du système de santé ontarien, QSSO a travaillé avec des intervenants clés à l'élaboration d'un ensemble de plus de 40 indicateurs, appelé le programme commun d'amélioration de la qualité. Les indicateurs ont été choisis afin de nous renseigner sur la qualité des soins à l'échelle de notre système de santé. Ils comprennent les indicateurs de l'intégration du système, qui mettent en évidence la mesure dans laquelle les diverses parties du système sont interreliées, ainsi que d'autres indicateurs qui permettent d'examiner les éléments qui soutiennent le système de santé dans son ensemble (tels que l'effectif en santé, les dépenses en santé et la santé publique).

Ce rapport repose sur les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité. En examinant les données relatives au rapport de cette année, nous avons tenu compte de plusieurs questions importantes : Qu'est-ce que l'on a amélioré au cours des dernières années? Qu'est-ce qu'il faut améliorer? Dans quels domaines n'observe-t-on aucun changement? En comparant les régions et les groupes de personnes en Ontario, ainsi que l'Ontario et les autres provinces et pays, observons-nous des écarts importants qui

pourraient indiquer des possibilités d'amélioration ou de domaines d'excellence?

La figure 1.1 présente les indicateurs qui composent le programme commun d'amélioration de la qualité, la pierre d'assise du présent rapport. Une annexe technique au présent rapport, qui comprend des renseignements détaillés sur la méthodologie et les indicateurs, est accessible sur le site Web de QSSO.

## Expériences vécues

Bien que ce rapport soit axé sur les chiffres, ceux-ci sont le reflet d'expériences vécues par des personnes qui reçoivent des soins de santé et des personnes qui fournissent ces soins. Ainsi, nous avons inclus des expériences de patients, de personnes soignantes et de fournisseurs de soins de santé qui doivent relever les défis quotidiens que pose le système de santé de la province et, dans certains cas, de personnes qui travaillent à l'amélioration de ce système.

## Quoi de neuf cette année?

Comme dans le cas du premier numéro de *À la hauteur*, nous commençons par un chapitre sur la santé des Ontariens. Nous avons fourni des mises à jour sur un certain nombre de signes vitaux liés à la santé de la population de la province et nous avons ajouté des

indicateurs qui mesurent les risques pour la santé liés au comportement (le tabagisme, l'inactivité physique, le régime alimentaire et l'obésité). Nous ne présentons pas les indicateurs relatifs à la vaccination cette année en raison de modifications apportées au système de collecte de données, mais nous communiquerons à nouveau des renseignements sur cet aspect très important de la santé publique dans des rapports ultérieurs.

Cela est suivi d'un coup d'œil aux indicateurs conçus pour nous informer au sujet de l'intégration du système, en mettant l'accent sur certaines des façons dont les nombreuses composantes du système de santé doivent fonctionner de concert pour offrir des soins de haute qualité. Nous avons également ajouté deux nouveaux chapitres. L'un mesure le rendement à l'égard de la santé mentale et des dépendances, un secteur de soins qui fait souvent appel à des services dans de multiples milieux de la santé, comme ceux des soins hospitaliers et des soins primaires. L'autre nouveau chapitre examine les dépenses en soins de santé, en offrant un fondement permettant de déterminer si l'argent est dépensé de manière efficiente et efficace. Les autres chapitres comprennent des mises à jour sur le nombre d'infirmières, d'infirmiers et de médecins travaillant en Ontario et des mises à jour organisées par secteur du système de santé, soit les soins primaires,

les soins à domicile, les soins hospitaliers et les soins de longue durée, y compris certains nouveaux indicateurs de rendement pour les soins à domicile.

Parmi les nouveautés cette année, nous examinons de plus près trois indicateurs (taux de suicides, taux de tabagisme et taux d'examens de la vue périodiques recommandés pour les diabétiques) en ventilant les résultats de l'Ontario par caractéristique de population comme l'âge, le sexe, le revenu, l'éducation et le lieu de résidence rural ou urbain. Ce type de comparaison aide à montrer les différences importantes entre les groupes dans la province et peut nous indiquer la qualité du service offert par le système de santé à chacun de ces groupes.

### Comment mesure-t-on le rendement?

Pour créer le présent rapport annuel, nous nous sommes associés à de nombreux organismes qui tiennent des données sur différentes composantes du système de santé de l'Ontario. Nous sollicitons les données les plus récentes disponibles et, dans la mesure du possible, celles qui nous permettent de comparer le rendement du système de santé pendant un certain nombre d'années. En outre, pour certains indicateurs, nous présentons des comparaisons régionales en Ontario au moyen de données relatives aux régions géographiques

de chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province (figure 1.2). Chaque RLISS est responsable de la planification, de l'intégration et du financement des soins de santé de sa région. Les RLISS sont eux-mêmes financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.[1]

Pour obtenir un plus vaste aperçu du rendement du système de santé ontarien, nous comparons l'Ontario à d'autres provinces canadiennes, au Canada en entier et à d'autres pays. Nous ne présentons pas de données pour les territoires canadiens, car celles-ci sont souvent trop petites pour établir des comparaisons valides.

Pour les comparaisons internationales, nous comparons le rendement de l'Ontario à celui d'autres pays développés. Certaines comparaisons sont possibles grâce à notre collaboration continue avec le Fonds du Commonwealth pour élargir la participation de l'Ontario dans ses sondages internationaux annuels sur les politiques de santé. Ces sondages sont menés au Canada, en Australie, en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suède, en Suisse, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Pour les autres indicateurs, nous utilisons des données recueillies par l'Organisation de coopération et de développement

économiques pour les 11 mêmes pays. Comme ces pays présentent de nombreuses similarités économiques et démographiques avec le Canada, ils sont généralement considérés comme une bonne base pour comparer le rendement de notre système de santé.

FIGURE 1.1  
Programme commun d'amélioration de la qualité

## Santé des Ontariennes et des Ontariens\*

Tabagisme

Inactivité physique

L'obésité

Consommation insuffisante de fruits et de légumes

L'espérance de vie à la naissance

Mortalité infantile

L'état de santé autodéclaré

Décès potentiellement évitables

## Intégration du système

Docteur visite dans les sept jours de l'hôpital décharge

Les taux de réadmission de 30 jours pour médical et les patients chirurgicaux

Les hospitalisations pour soins ambulatoires conditions sensibles

Pourcentage de soins aigus de jours d'hospitalisation passé comme autre niveau de soins

## Soins primaires

Avoir un fournisseur de soins primaires

Accès en temps opportun aux soins primaires

Accès après les heures de soins primaires

L'implication des patients dans les décisions concernant leurs soins

Dépistage du cancer colorectal

Examens de la vue sur le diabète

## Santé mentale

Admissions à l'hôpital pour une maladie mentale ou une dépendance

Docteur visite dans les sept jours de l'hôpital décharge pour maladie mentale ou une dépendance

Les taux de réadmission pour une maladie mentale ou une dépendance

L'utilisation de contraintes physiques dans mentale aiguë soins de santé

Les taux de suicide

## Soins à domicile

Expérience du patient

Attente pour certains services de soins à domicile

Placement en maisons de soins de longue durée

Informelle détresse des aidants naturels

## Soins hospitaliers

Expérience du patient

La longueur du service des urgences de séjour

La hanche ou du genou achevées dans le temps d'attente cible (temps d'attente pour les procédures)

Procédures cardiaques achevées dans délai cible (temps d'attente pour procédures)

Fois la chirurgie du cancer d'attente (temps d'attente pour procédures)

Infections à *Clostridium difficile* acquise à l'hôpital

Césariennes

## Soins de longue durée

Attente d'un lit dans un foyer de soins de longue durée

Utilisation de contraintes physiques quotidiennes à long terme les foyers de soins

Chutes dans les maisons de soins de longue durée

Ulcères apparition ou l'aggravation pression

## Les personnels de santé

Infirmières

Les médecins de famille et spécialistes

Les taux de blessures avec perte de temps

## Dépenses de santé

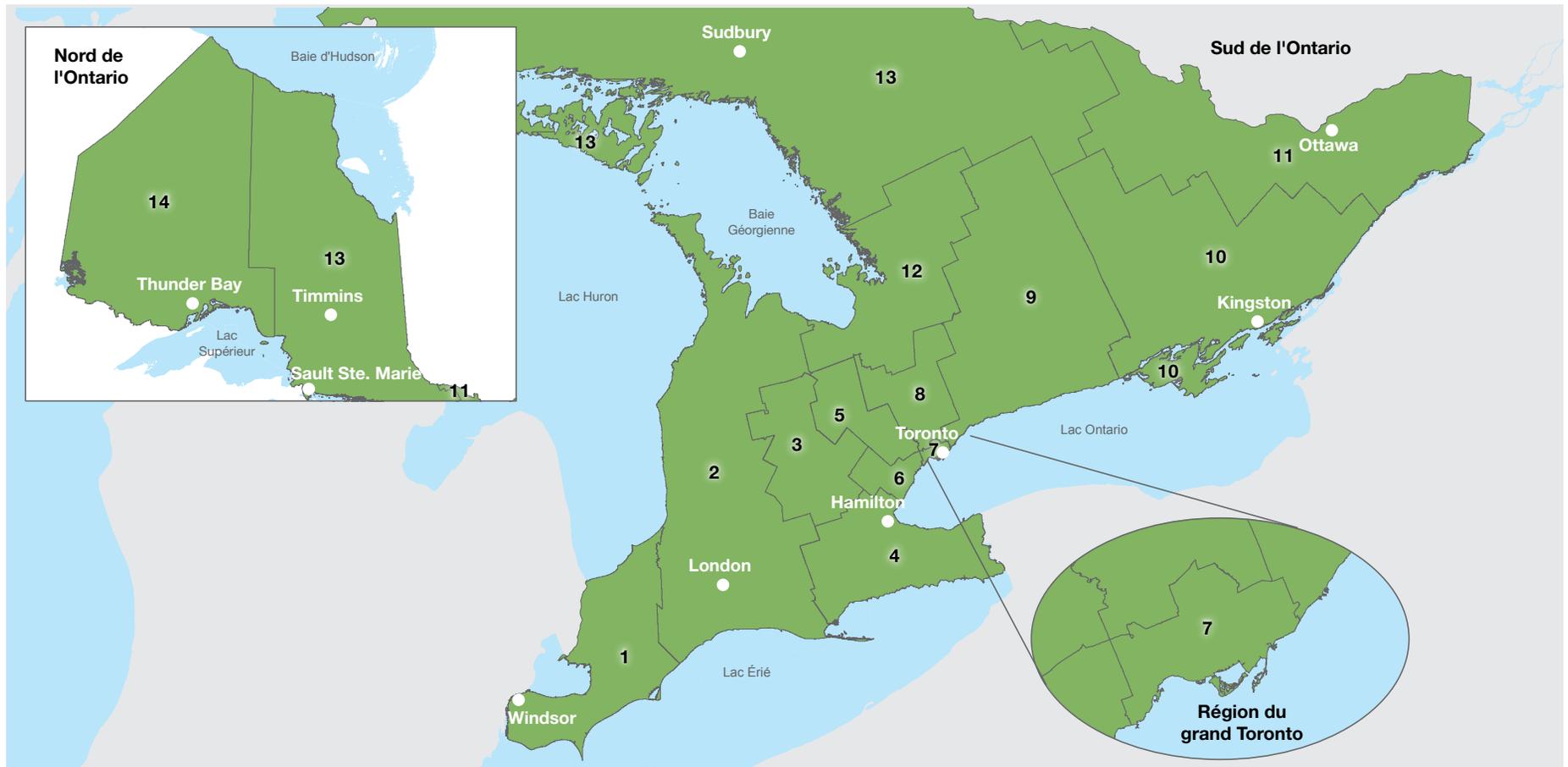
Le total des dépenses de santé par habitant

Les dépenses de santé par habitant en médicaments

Prescription de la médecine ou de la dose ignorés en raison du coût

Immunsation sur les indicateurs ne sont pas présentés dans l'édition de cette année de la hauteur, en raison de changements dans la collecte des données sur le système, mais sera inclus dans les éditions futures.

FIGURE 1.2  
Carte des réseaux locaux d'intégration des services de santé en Ontario



**Ontario LHINs**

1 Érié St-Clair	4 Hamilton Niagara Haldimand Brant	8 Centre	12 Simcoe Nord Muskoka
2 Sud-Ouest	5 Centre-Ouest	9 Centre-Est	13 Nord-Est
3 Waterloo Wellington	6 Mississauga Halton	10 Sud-Est	14 Nord-Ouest
	7 Centre-Toronto	11 Champlain	

# Santé des Ontariennes et des Ontariens



Dans le présent chapitre, nous présentons des données sur huit indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité portant sur la santé des Ontariens, soit les taux d'usage du tabac, d'inactivité physique, d'obésité, de consommation insuffisante de fruits et de légumes, d'espérance de vie, de mortalité infantile, d'état de santé autodéclaré et de décès potentiellement évitables.

# Mode de vie sain

Une population en santé est l'objectif ultime d'un système de santé de qualité supérieure.

La santé ne se résume pas aux médecins, aux infirmières, aux infirmiers, aux tests et aux actes médicaux; elle comporte également un volet de prévention des maladies et de promotion du bien-être. Elle a trait à la qualité de vie et à la longévité des personnes. Un mode de vie sain est associé à une espérance de vie plus longue et réduit le fardeau sur le système de santé en diminuant le risque des gens d'être atteints d'un certain nombre de maladies chroniques, comme le diabète et la cardiopathie.[2]

## Principales observations

---

Le taux de tabagisme de 18,1 % en Ontario est le deuxième plus faible au Canada derrière celui de la Colombie-Britannique (16,9 %). Il est inférieur à la moyenne canadienne (19,6 %)

Les Ontariennes et les Ontariens n'ayant pas de diplôme d'études secondaires sont plus de deux fois plus susceptibles de fumer (34,9 %) que celles et ceux détenant un diplôme d'études postsecondaires (15,5 %)

L'espérance de vie est inférieure de 5 ans dans une région de RLISS (78,6 ans) comparativement à celle qui prévaut dans les régions affichant les espérances de vie moyennes les plus élevées (83,6 ans)

**Un mode de vie sain est associé à une espérance de vie plus longue et réduit le fardeau sur le système de santé.**

## Indicateurs de risque pour la santé associé au comportement

Les taux de tabagisme peuvent varier selon le sexe, le revenu, l'éducation, le groupe d'âge et le lieu de résidence

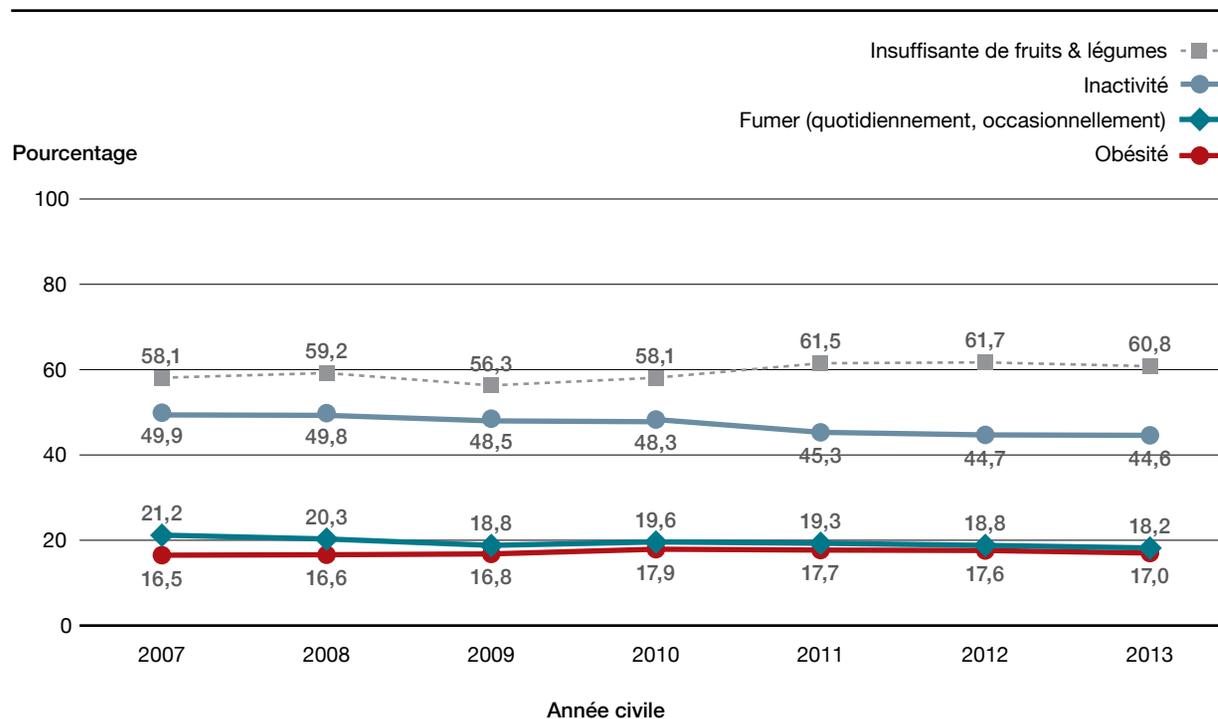
Le tabagisme, un régime alimentaire médiocre, l'inactivité physique et l'obésité sont des facteurs de risque associés à un certain nombre de maladies chroniques évitables comme le cancer, la cardiopathie et l'accident vasculaire cérébral. Les comportements malsains sont des risques que les gens peuvent idéalement modifier. Mais ces comportements sont également soumis à des influences échappant à la volonté des gens. Par exemple, des facteurs socioéconomiques peuvent altérer la capacité d'une personne à adopter des habitudes de vie plus saines : un régime sain dépend de la disponibilité d'aliments nutritifs et abordables.

Entre 2007 et 2013, les Ontariens présentaient des résultats mitigés à l'égard de quatre risques importants pour la santé associés au comportement (figure 2.1).

L'inactivité physique, soit l'équivalent de marcher moins d'une demi-heure par jour selon la définition, est liée à une gamme de problèmes de santé chroniques, notamment la cardiopathie, le cancer et le diabète.[4,5] En 2013, 44,6 % des Ontariens âgés de 12 ans et plus ont déclaré être physiquement inactifs, une légère amélioration par rapport à 49,9 % en 2007 (figure 2.1).

FIGURE 2.1

Pourcentage<sup>†</sup> de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré fumer la cigarette quotidiennement ou occasionnellement, être physiquement inactives et consommer une quantité inadéquate de fruits et de légumes et pourcentage<sup>†</sup> de personnes âgées de 18 ans et plus ayant déclaré être obèses, en Ontario, de 2007 à 2013



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fournie par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge.

Les personnes obèses présentent un risque plus élevé de souffrir d'une cardiopathie, d'un accident vasculaire cérébral, d'hypertension artérielle, de diabète et d'arthrite.[6] En 2013, 17,0 % des Ontariens étaient déclarés obèses, un taux similaire à 16,5 % en 2007 (figure 2.1).

On a établi un lien entre la consommation insuffisante de fruits et de légumes frais, qui peuvent être une riche source d'éléments nutritifs, à un piètre état de santé général et à un risque plus élevé de décès prématuré.[7] En 2013, 60,8 % des Ontariens déclaraient consommer une quantité inadéquate de fruits et de légumes, une légère hausse par rapport à 58,1 % en 2007 (figure 2.1).

Les Ontariens passent un demi-million de jours à l'hôpital chaque année en raison du tabagisme.[3] En 2013, 18,2 % des Ontariens âgés de 12 ans et plus ont déclaré fumer la cigarette de manière quotidienne ou occasionnelle, une légère baisse par rapport à 21,2 % en 2007 (figure 2.1). Pour obtenir une ventilation plus détaillée du tabagisme en Ontario, voir l'encadré du présent chapitre intitulé « Examen des variations en matière de tabagisme ».

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Le taux d'inactivité physique varie à l'échelle du Canada. Le taux ontarien de 44,6 % en 2013 était plus élevé que celui de la Colombie-Britannique à 35,1 %, le taux le plus bas d'inactivité physique au Canada (figure 2.2).

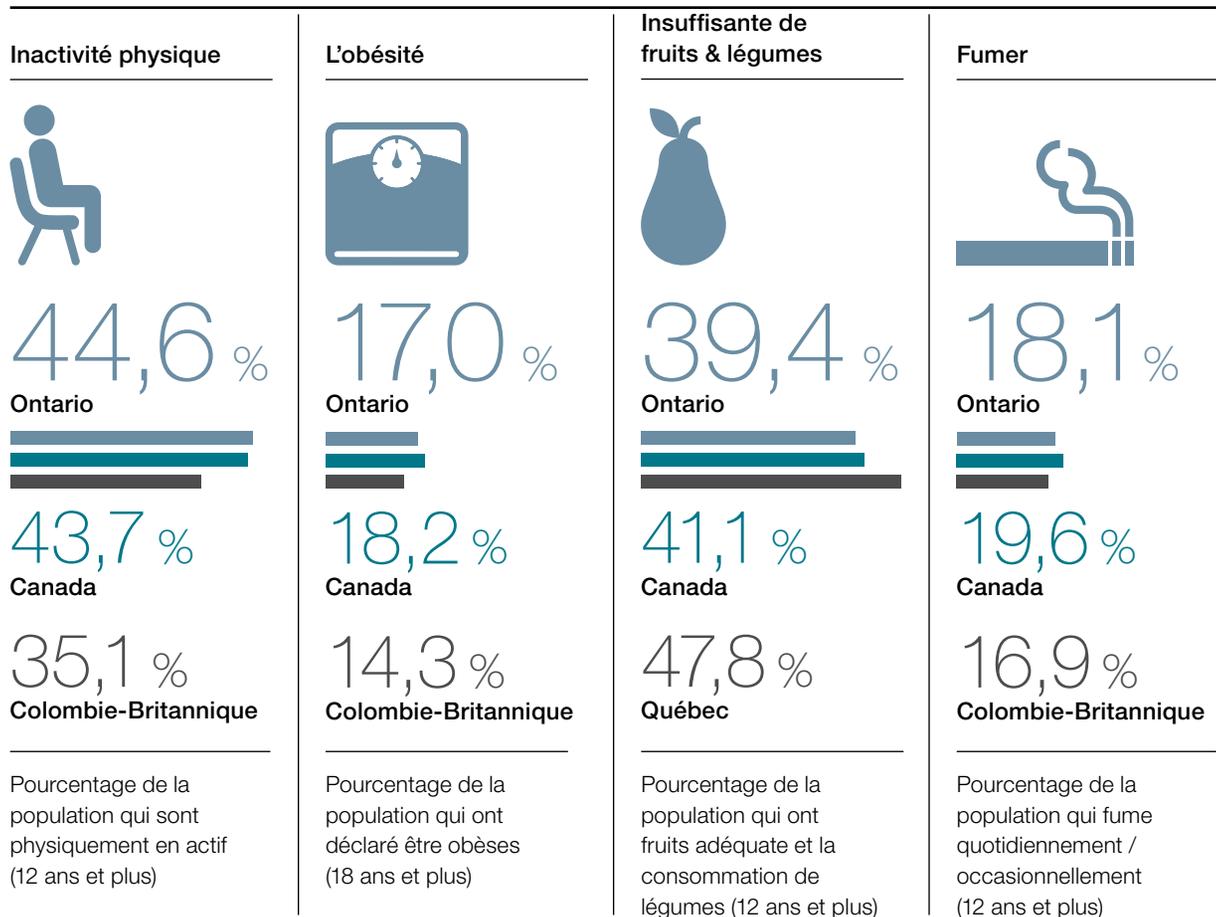
Le taux d'obésité en Ontario (17 %) comptait parmi les meilleurs au Canada en 2013, mais il était supérieur à celui de la province ayant le taux le plus faible, soit la Colombie-Britannique (14,3 %) (figure 2.2).

Pour comparer les habitudes alimentaires en Ontario à celles des autres provinces, nous avons examiné la consommation adéquate (plutôt qu'inadéquate) de fruits et de légumes, car les données sont fournies de cette façon au niveau national. En 2013, 39,4 % de la population ontarienne déclarait consommer une quantité adéquate de fruits et de légumes, un taux similaire au taux national de 41,1 %. Le meilleur taux est au Québec (47,8 %) (figure 2.2).

Les taux de tabagisme en Ontario (18,1 %) et en Colombie-Britannique (16,9 %) étaient les plus bas au Canada en 2013, les deux taux étant inférieurs à la moyenne canadienne de 19,6 % (figure 2.2).

FIGURE 2.2

Pourcentage<sup>†</sup> de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré être physiquement inactives, consommer une quantité adéquate de fruits et de légumes et fumer la cigarette quotidiennement ou occasionnellement, et pourcentage<sup>†</sup> de personnes âgées de 18 ans et plus qui ont déclaré être obèses, au Canada, 2013



## Examen des variations en matière de tabagisme

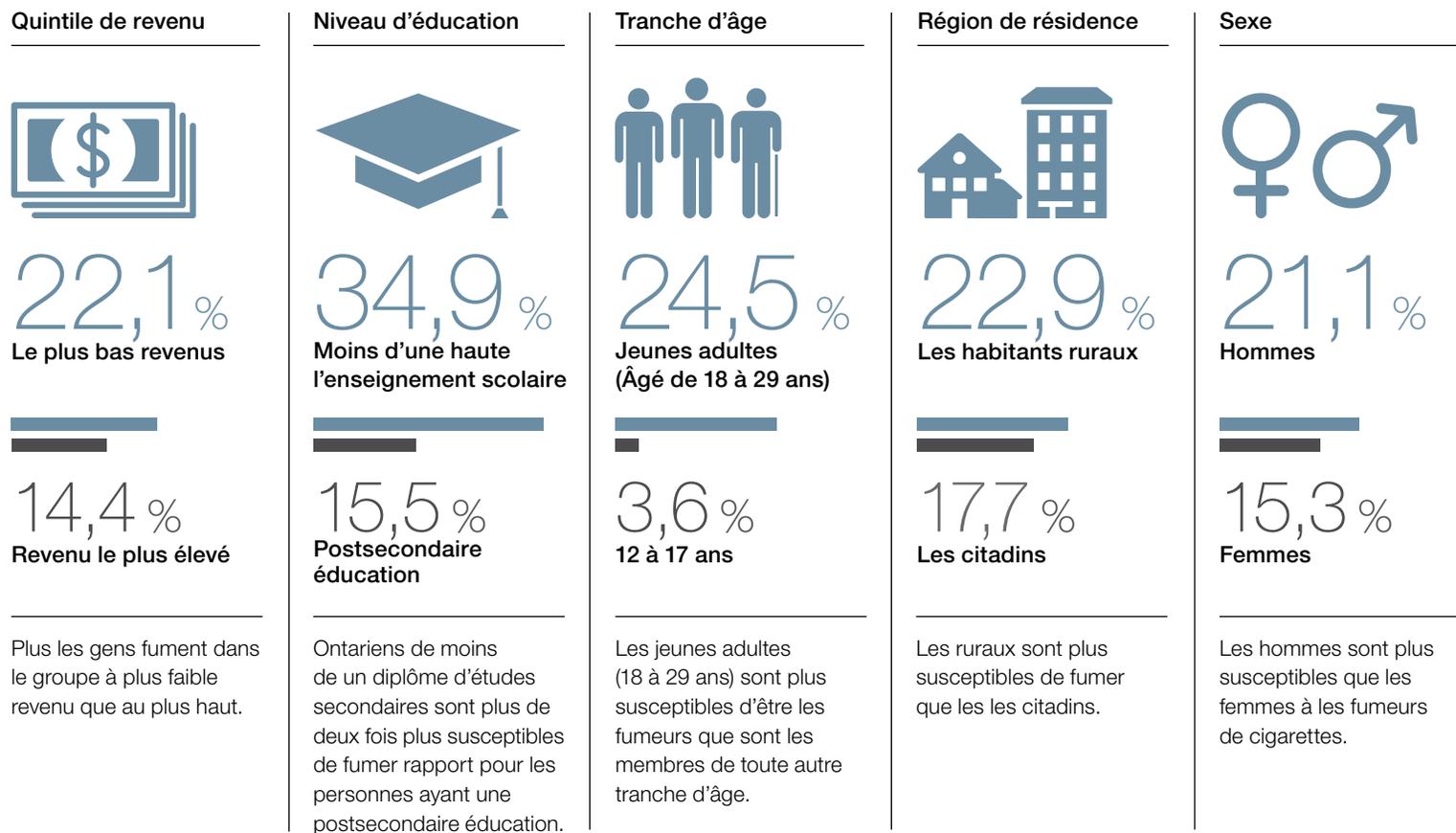
Nous avons analysé de plus près les taux de tabagisme afin d'examiner les différences en fonction de caractéristiques socioéconomiques et démographiques, notamment le revenu, l'éducation, l'âge et le sexe.

Les hommes sont plus susceptibles de fumer des cigarettes que les femmes. En Ontario, 21,1 % des hommes fumaient des cigarettes en 2013, comparativement à 15,3 % des femmes (figure 2.6). Les taux de tabagisme varient également selon le revenu, l'éducation, le groupe d'âge et le fait d'habiter dans une région urbaine ou rurale. Plus de personnes fument au sein du groupe affichant les plus faibles revenus (22,1 %) qu'au sein de celui affichant les revenus les plus élevés (14,4 %). Les Ontariennes et les Ontariens n'ayant pas terminé leurs études secondaires sont plus de deux fois plus susceptibles de fumer (34,9 %) que les personnes détenant un diplôme d'études postsecondaires (15,5 %). Les jeunes adultes (18 à 29 ans) sont plus susceptibles de fumer (24,5 %) que les membres de tout autre groupe d'âge, et les habitants des régions rurales sont plus susceptibles de fumer que ceux des régions urbaines (22,9 % comparativement à 17,7 %).

Source des données : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013*, fournie par Statistique Canada. Tableau 105-0503—Profil d'indicateurs de la santé, taux normalisés selon l'âge, estimations annuelles, selon le sexe, Canada, provinces et territoires occasionnel, CANSIM (base de données). <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge. \*Les taux ontariens indiqués dans la figure 2.1 et la figure 2.2 sont différents, car des méthodes différentes ont été utilisées pour ces calculs. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

FIGURE 2.3

Pourcentage<sup>†</sup> de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré fumer la cigarette quotidiennement ou occasionnellement, en Ontario, 2013



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013, fournie par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge.

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada et d'autres pays

L'espérance de vie à la naissance est semblable partout au Canada et dans les autres pays développés. En 2011, l'espérance de vie parmi les pays sélectionnés de l'Organisation de coopération et de développement économiques allait de 80,8 ans en Allemagne à 82,8 ans en Suisse, à l'exception des États-Unis, où l'espérance de vie était d'environ 78,7 ans. L'espérance de vie au Canada se situait dans la moyenne, à 81,5 ans.[10]

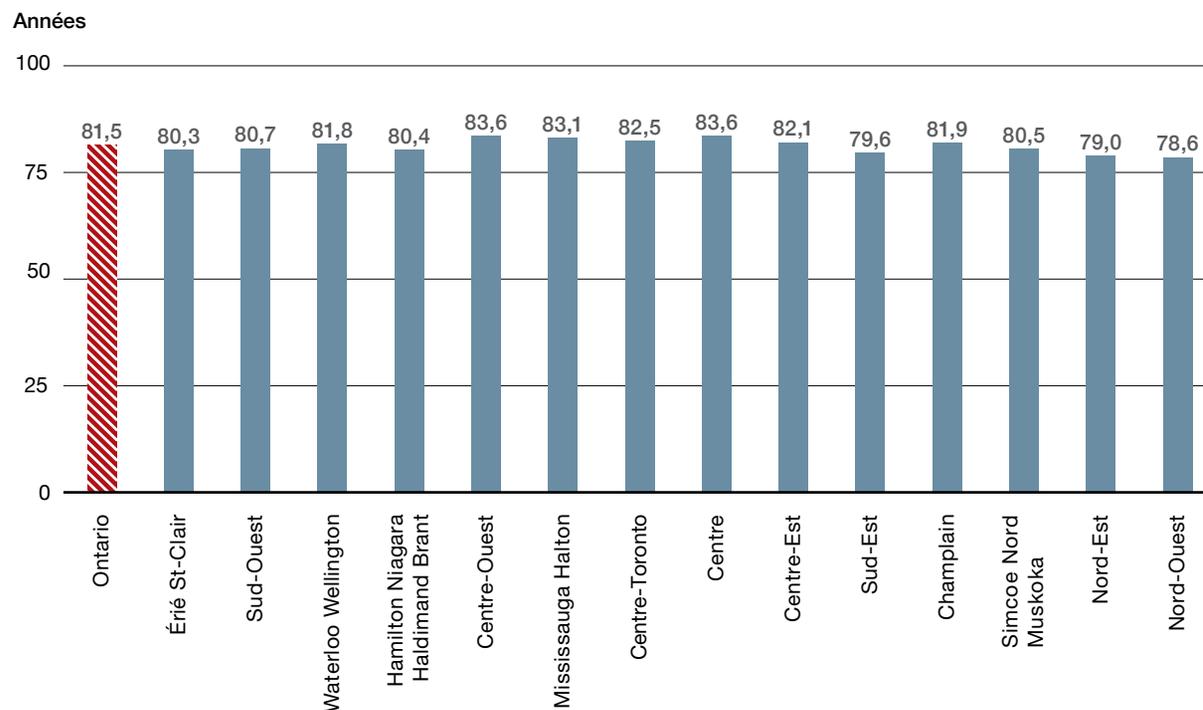
### Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance en Ontario est passée à plus de 81 ans

Les bébés qui naissent aujourd'hui en Ontario vivent plus longtemps en moyenne que ceux nés il y a 10 ou 20 ans. L'espérance de vie à la naissance en Ontario est passée à 81,5 ans de 2007 à 2009 (les plus récentes données disponibles), en hausse comparativement à 80,5 ans pour la période allant de 2003 à 2005.[8,9]

À l'échelle de l'Ontario, l'espérance de vie varie selon les régions des RLISS, allant de 78,6 ans dans la région du RLISS du Nord-Ouest à 83,6 ans dans les régions du RLISS du Centre et du Centre-Ouest (figure 2.4)

FIGURE 2.4  
Espérance de vie à la naissance, en Ontario et par région de RLISS, 2007 à 2009



Territoires des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

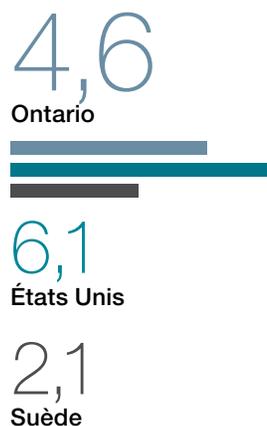
Source des données : Statistique Canada. Tableau 102-4307. Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, par sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel, CANSIM.

FIGURE 2.5  
Taux de mortalité infantile,  
en Ontario et internationale, 2011

Taux de mortalité infantile pour  
1000 naissances vivantes



La mortalité infantile de l'Ontario est à mi-chemin entre les autres provinces, où les taux variaient entre 3,5 et 7,7 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes.



\*6.1 estimée. Source des données : statistique de la santé de l'OCDE, Organisation for Economic de Coopération et de développement.

## Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile en Ontario a baissé entre 2007 et 2011

Le taux de mortalité infantile a baissé considérablement dans la majorité des pays développés au cours des dernières décennies. Le Canada et l'Ontario s'inscrivent dans cette tendance, alors que les taux continuent d'y diminuer. Le taux de mortalité infantile (décès de bébés de moins de un an) sert souvent d'indicateur de la santé d'une population, car il est le reflet de la santé générale de cette population et de la qualité des soins de santé qu'elle reçoit.[11]

Entre 2007 et 2011, le taux de mortalité infantile en Ontario a chuté, passant de 5,2 à 4,6 décès pour 1 000 naissances vivantes.[12]

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada et d'autres pays

Le taux de mortalité infantile en Ontario (4,6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2011) se situe à mi-chemin par rapport à celui des autres provinces, où les taux varient de 3,5 à 7,7 décès de nouveau-nés pour 1 000 naissances vivantes.[13]

Comparativement aux pays sélectionnés de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Canada et l'Ontario affichent des taux de mortalité infantile parmi les plus élevés. Le taux de l'Ontario est inférieur à celui des États-Unis, qui est de 6,1 décès pour 1 000 naissances vivantes, et supérieur à celui de la Suède, qui affiche le taux le plus faible parmi les pays sélectionnés, soit 2,1 décès pour 1 000 naissances vivantes (figure 2.5).

## État de santé autodéclaré

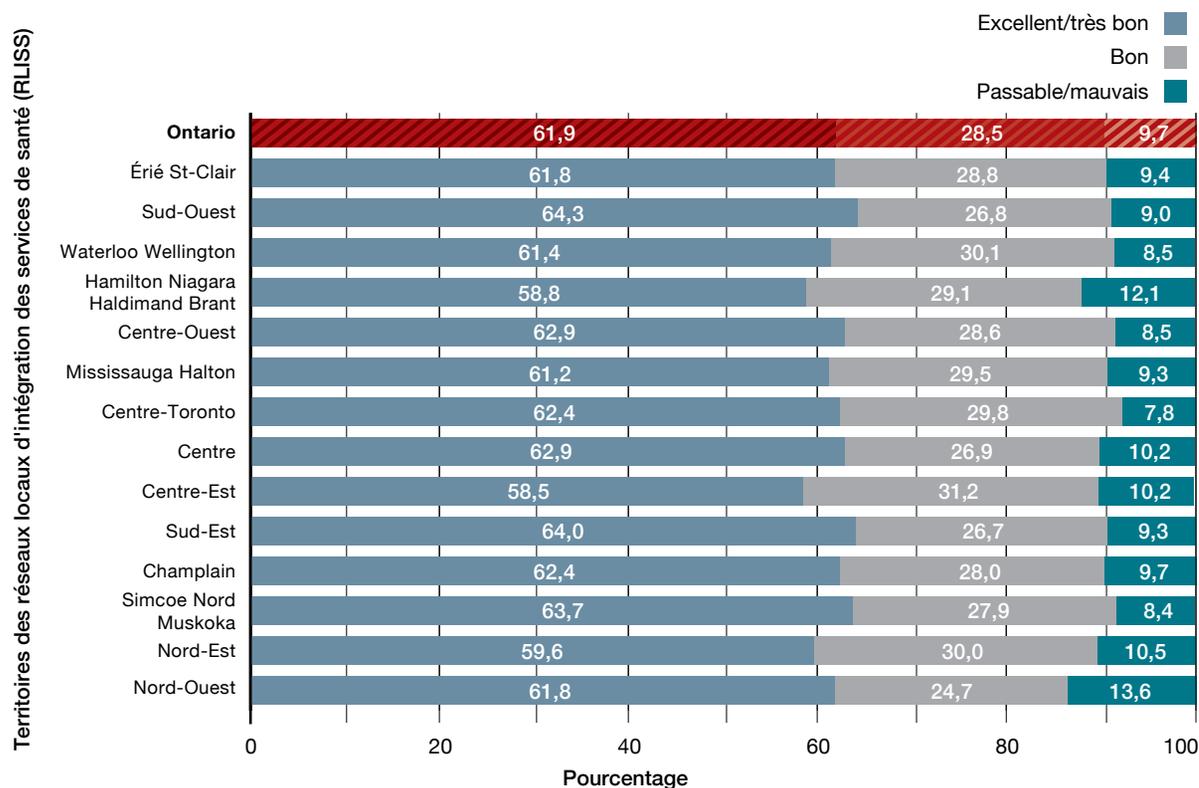
Près des deux tiers des Ontariennes et des Ontariens s'estiment en excellente ou en très bonne santé

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes demande aux répondants de qualifier leur état de santé général à l'aide de l'une de ces trois catégories : excellent/très bon, bon ou passable/médiocre. Cet indicateur autodéclaré est utile pour comprendre l'état de santé perçu d'une population et peut contribuer à prévoir les taux de décès prématurés et d'incapacités futures.[14,15]

En 2013, 61,9 % des répondants ontariens ont déclaré que leur état de santé était excellent ou très bon (figure 2.6), un niveau demeuré stable au cours des six dernières années.[16]

L'état de santé autodéclaré varie dans l'ensemble de l'Ontario. Dans la région du RLISS du Sud-Ouest, 64,3 %, soit le taux le plus élevé, des répondants ont déclaré que leur état de santé était excellent ou très bon en 2013 comparativement à 58,5 % dans la région du RLISS du Centre-Est (figure 2.6), le taux le plus bas.

FIGURE 2.6  
État de santé autodéclaré pour la population de 12 ans et plus<sup>†</sup> en Ontario, par région de RLISS, 2013



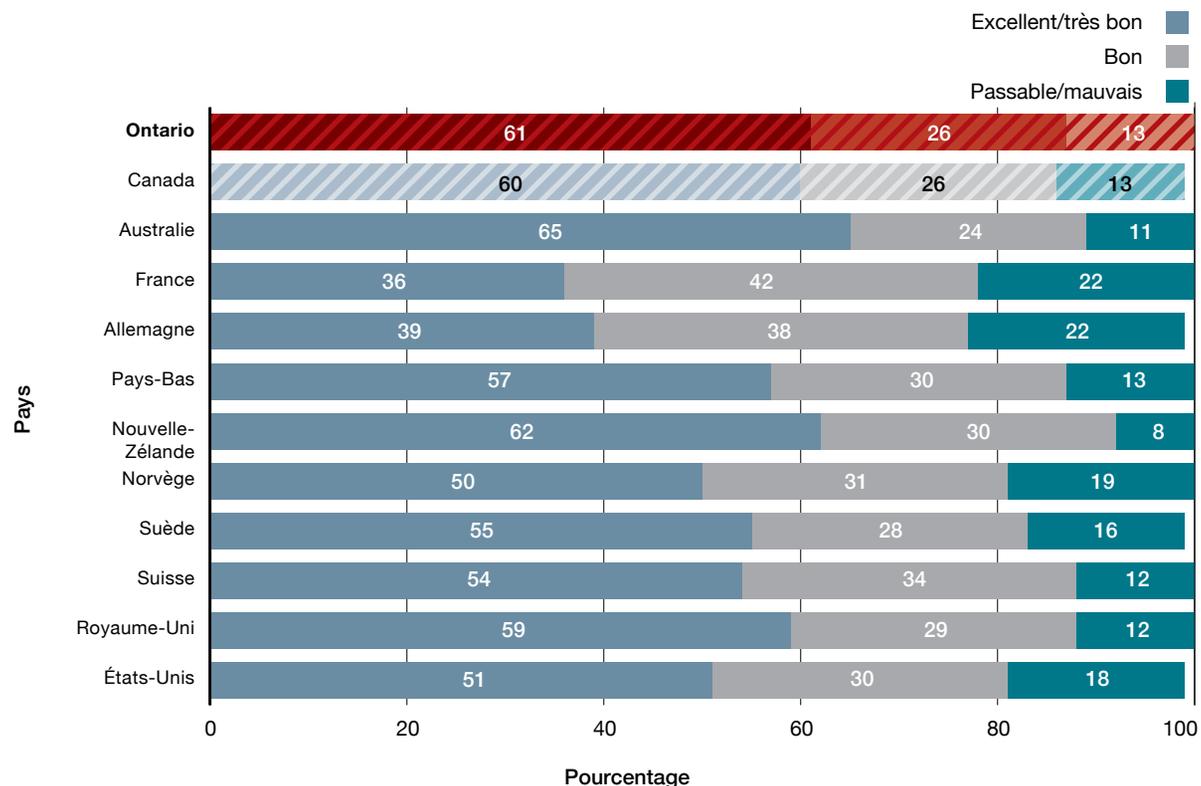
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fournie par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge.  
\*Les taux indiqués pour l'Ontario aux figures 2.6 et 2.7 diffèrent légèrement parce que différentes enquêtes ont servi à établir des comparaisons entre les données provinciales et internationales.

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada et du monde

Le pourcentage de répondants ontariens à l'enquête qui se sont jugés en excellente ou en très bonne santé est semblable à la moyenne canadienne et aux pourcentages affichés dans les autres provinces.[17]

Si l'on se fonde sur les données issues du sondage de 2013 du Fonds du Commonwealth, la population ontarienne et la population canadienne se classent parmi les 11 autres pays étudiés en ce qui a trait à l'estimation de l'état de santé comme étant excellent ou très bon. Ces pourcentages sont semblables à ceux de la Nouvelle-Zélande (62 %) et du Royaume-Uni (59 %) (figure 2.7). L'Australie a présenté le taux le plus élevé d'état de santé autodéclaré excellent ou très bon parmi les pays étudiés (65 %).

FIGURE 2.7  
État de santé autodéclaré en Ontario, au Canada et à l'étranger, par province ou par pays, 2013



Source des données : Commonwealth Fund International Health Policy Survey (2013) \*Les taux indiqués pour l'Ontario aux figures 2.6 et 2.7 diffèrent légèrement parce que différentes enquêtes ont servi à établir des comparaisons entre les données provinciales et internationales.

## Décès potentiellement évitables

Les décès potentiellement évitables sont plus de deux fois plus nombreux dans certaines régions des RLISS

Cet indicateur comprend le nombre de décès pour 100 000 personnes survenus avant l'âge de 75 ans, qui étaient potentiellement évitables grâce à des interventions préventives et à un traitement médical appropriés. Il comprend les décès des suites d'affections évitables ou traitables, comme des crises cardiaques, ainsi que de maladies évitables grâce à des interventions en santé publique qui font la promotion de comportements sains ou de la vaccination. Les taux de décès prématurés ou évitables indiquent des lacunes possibles dans le système de soins de santé.[18]

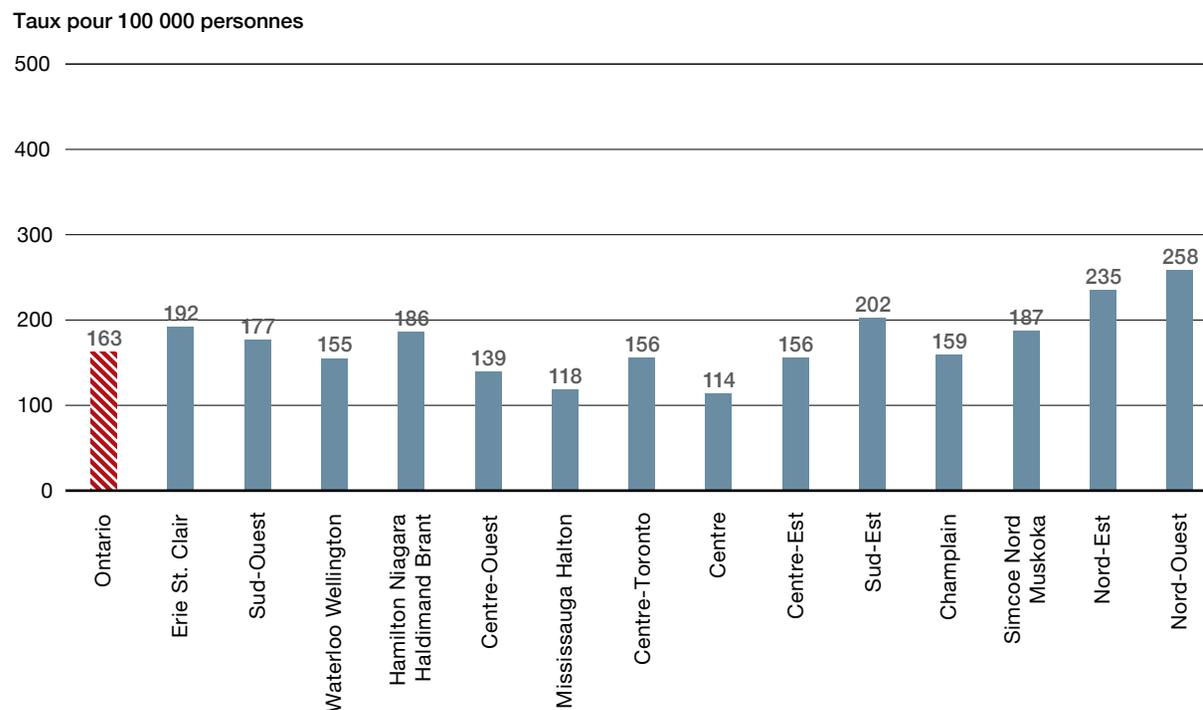
Les taux de décès potentiellement évitables varient beaucoup d'une région à l'autre de l'Ontario, la région du RLISS du Centre affichant le taux le plus bas, soit 114 décès pour 100 000 personnes, et la région du RLISS du Nord-Ouest affichant le taux le plus élevé, soit 258 décès pour 100 000 personnes (moyenne sur trois ans, de 2009 à 2011) (figure 2.8).

## En résumé

Selon certaines mesures, la santé des Ontariennes et des Ontariens est bonne et s'améliore, bien que le portrait d'ensemble soit partagé. Presque les deux tiers des Ontariennes et des Ontariens se disent en excellente ou en très bonne santé, un taux qui est demeuré stable au cours des six dernières années et qui est relativement élevé par rapport à dix autres pays. Les taux de tabagisme et d'inactivité physique dans la province ont reculé modestement au cours de cette période. Ils sont toutefois assez élevés pour être préoccupants, et de grands écarts sur le plan des taux de tabagisme en fonction du revenu et de l'éducation attirent l'attention

FIGURE 2.8

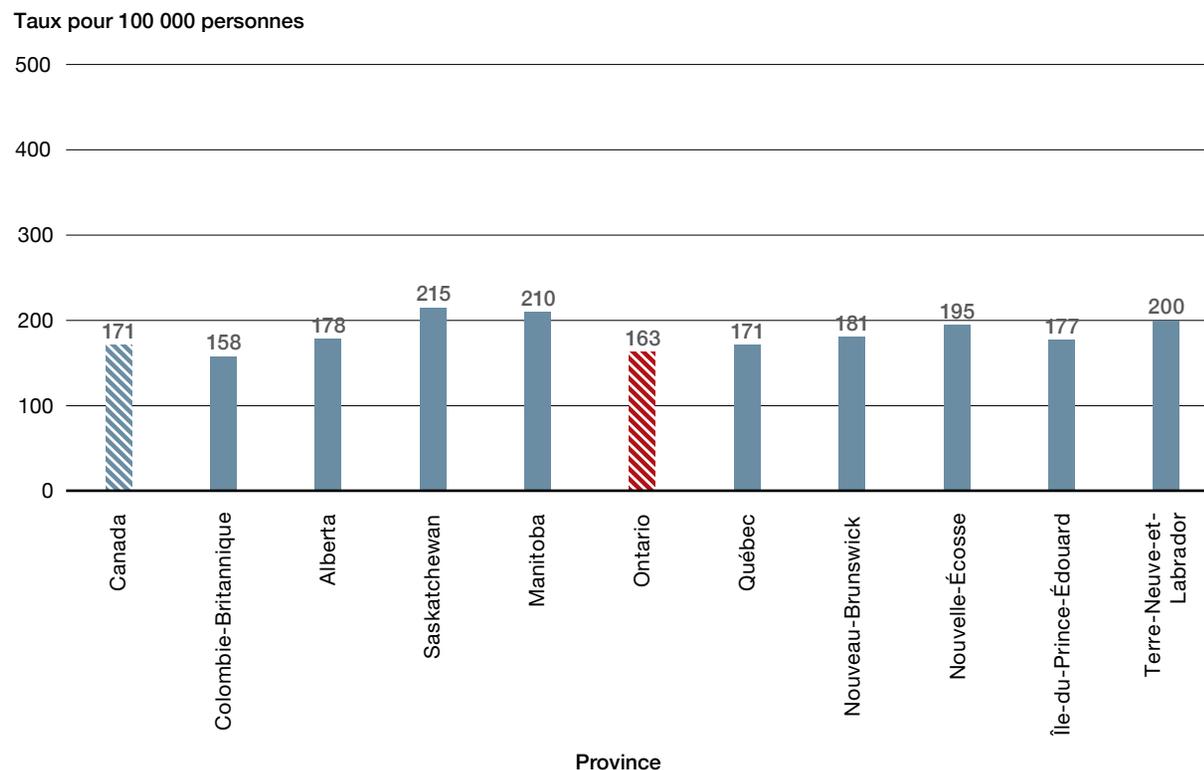
Taux de décès potentiellement évitables<sup>†</sup> en Ontario, par région de RLISS, 2009 à 2011



Territoires des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

Source des données : Statistique Canada, Tableau 102-4311. Mortalité prématurée et potentiellement évitable, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel. CANSIM (base de données). <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge.

FIGURE 2.9  
Taux de décès potentiellement évitables<sup>†</sup> au Canada, par province, 2009 à 2011



Source des données : Statistique Canada. Tableau 102-4311. Mortalité prématurée et potentiellement évitable, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel. CANSIM (base de données). <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge.

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Le taux de décès potentiellement évitables en Ontario est de 163 pour 100 000 personnes (moyenne sur trois ans, de 2009 à 2011). Ce taux est légèrement plus faible que le taux canadien de 171 pour 100 000 personnes. La Colombie-Britannique présente le taux le plus faible au Canada, avec 158 décès pour 100 000 personnes (figure 2.9).

sur les possibilités de cibler des initiatives de prévention s'adressant aux groupes les plus à risque. Les taux d'obésité et de mauvaise alimentation en Ontario n'ont pas diminué.

L'espérance de vie dans la province a atteint un sommet historique, et le nombre de décès potentiellement évitables (décès de personnes de moins de 75 ans des suites d'affections évitables ou traitables) se situe parmi les plus bas au Canada. Cependant, ces taux varient considérablement d'une région de l'Ontario à l'autre, ce qui indique que les améliorations sur le plan de la santé ne se sont pas répercutées de façon égale dans toutes les parties de la province.

# Intégration du système

A healthcare professional in blue scrubs is holding a tablet and a pen. Another person's hands are visible in the foreground, possibly interacting with the tablet. The background is a blurred clinical setting.

Dans le présent chapitre, nous présentons quatre indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité qui fournissent des renseignements sur les différentes composantes du système de santé qui travaillent en collaboration : le suivi après un séjour à l'hôpital, les réadmissions à l'hôpital, les hospitalisations qui pourraient ne pas être nécessaires et les lits d'hôpitaux occupés par des patients qui pourraient être traités ailleurs.

## Expériences concrètes

### Congé obtenu

Les pontages aorto-coronariens par greffe de Charlie [pas son vrai nom] effectués dans un hôpital de l'Est de l'Ontario s'étaient bien déroulés. Charlie se rétablissait bien, et l'équipe de soins de l'hôpital était prête à le renvoyer chez lui le lendemain. C'est à ce moment-là que John Lott, le directeur de la sécurité des patients de l'hôpital, a reçu un courriel de la fille de Charlie, dans lequel cette dernière indiquait que son père était itinérant. Elle disait également qu'elle et sa sœur vivaient très loin, et voulait savoir s'il y avait un autre endroit où son père pouvait aller après avoir quitté l'hôpital afin qu'il ne se retrouve pas à nouveau dans la rue.

« Ce courriel de la fille du patient laissait entendre que l'hôpital avait la responsabilité d'aider à transférer le père dans un autre établissement, dit M. Lott, et que peut-être ce dernier pourrait faire l'objet d'un diagnostic de maladie mentale de sorte que le système de soins de santé puisse mieux s'occuper de lui. » Malgré le fait que l'hôpital avait fourni d'excellents soins en pratiquant une intervention chirurgicale dans un délai relativement court, M. Lott a reconnu que Charlie pourrait être réadmis à l'hôpital en raison du manque de soins de suivi.

« Le système ne fonctionne toujours pas pour cet homme, a déclaré M. Lott en parlant de Charlie. Nous pouvons lui donner son congé de l'hôpital, mais il pourrait retrouver son mode de vie difficile. Nous pouvons évaluer son traitement et dire que nous sommes merveilleux, qu'il doit partir et que nous avons terminé. Mais nous n'avons pas terminé. »

M. Lott affirme que l'hôpital fait de son mieux pour mesurer et évaluer la qualité des soins, mettant à jour de 500 à 600 différentes mesures et assurant le suivi étroit de 27 mesures qui constituent la base d'un tableau de bord. Toutefois, l'hôpital ne contrôle pas entièrement certaines de ces mesures. Il existe une mesure concernant les réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé, mais cette mesure va au-delà de l'hôpital, explique M. Lott, et c'est pourquoi les personnes comme Charlie peuvent passer à travers les mailles du filet.

« Voici un homme que nous avons pour ainsi dire remis en état à l'hôpital, poursuit M. Lott. Cela fait ressortir les défis que pose le système. Nous ne pouvons pas tout assumer comme hôpital. La collectivité doit s'engager, elle qui vit ses propres difficultés. Les soins ne prennent pas fin lorsqu'une personne quitte l'hôpital. »

« Voici un homme que nous avons pour ainsi dire remis en état à l'hôpital...[Mais] **les soins ne prennent pas fin lorsqu'une personne quitte l'hôpital.** »

# Passer de plusieurs composantes à un seul système

Pour qu'un système de santé fonctionne bien pour les patients, non seulement faut-il que chaque composante du système soit efficace de façon indépendante, mais elles doivent aussi toutes bien fonctionner ensemble. De nombreuses personnes présentent des besoins qui requièrent d'avoir recours à différents établissements et à divers fournisseurs de soins de santé. Les indicateurs de l'intégration du système de santé peuvent nous révéler quels sont les liens solides entre les diverses composantes du système de santé et les secteurs susceptibles de comporter des failles. Ces failles sont des endroits où la santé des patients et la qualité de leurs soins risquent d'en subir les contrecoups.

À première vue, même si certains indicateurs dont nous faisons état dans le présent chapitre semblent ne mesurer que les soins hospitaliers, ceux-ci reflètent les efforts collectifs de nombreux intervenants. Par exemple, une réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant une hospitalisation est un indicateur que l'on mesure à l'hôpital. Bien qu'il puisse indiquer tout simplement une aggravation de l'état du patient, sans lien avec la qualité des soins, cet indicateur fait également état de ce qui s'est produit dans la collectivité après que le patient a obtenu son congé. Le rendement pour cet indicateur rend compte du soutien que le patient reçoit des fournisseurs de soins de santé primaires, des soins à domicile ou de longue durée dans la collectivité.

## Principales observations

Les taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires continuent de s'améliorer

Moins de la moitié des patients hospitalisés pour deux affections chroniques courantes consultent un médecin pour un suivi dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital

Environ un lit d'hôpital de soins actifs sur sept est occupé par un patient qui est considéré comme étant prêt à recevoir des soins à l'extérieur de l'hôpital

De nombreuses personnes présentent des besoins auxquels différentes parties du système de santé doivent répondre. Mesurer l'intégration du système peut nous révéler quelles sont les lacunes potentielles.

## Consultation d'un médecin dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital

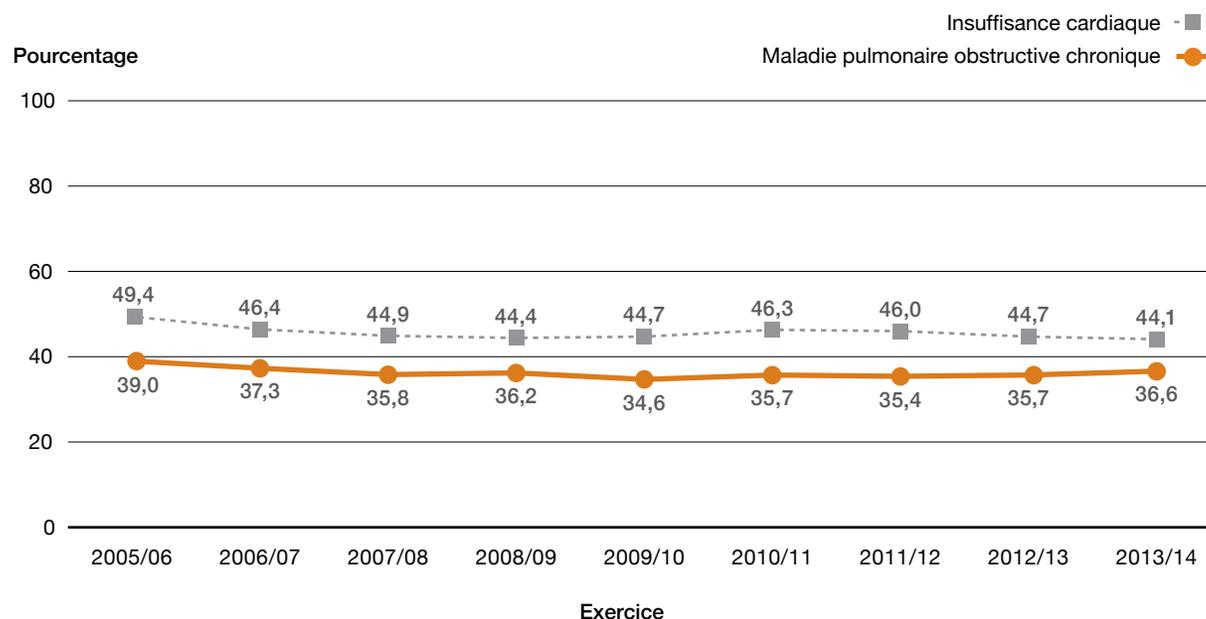
Moins de la moitié des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire obstructive chronique consultent un médecin pour un suivi dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital

Les soins après le congé de l'hôpital sont très importants pour les patients atteints d'une maladie chronique. Une consultation de suivi avec un médecin peu de temps après qu'il a obtenu son congé de l'hôpital donne au patient l'occasion de poser des questions et de parler de quelque problème que ce soit, tout en permettant au médecin de constater si le patient progresse comme prévu. Nous fournissons ci-après des renseignements sur les consultations de suivi avec un médecin de famille ou un médecin spécialiste de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire obstructive chronique, deux affections responsables de nombreuses hospitalisations et réadmissions.[19,20]

Malgré l'importance d'un suivi précoce, moins de la moitié des patients en Ontario ayant obtenu leur congé de l'hôpital après un traitement pour insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire obstructive chronique consultent un médecin dans les sept jours suivant leur congé (figure 3.1). Les taux ont légèrement diminué sur une période de huit ans : dans le cas des patients atteints d'insuffisance cardiaque, les taux sont passés de 49,4 % en 2005-2006 à 44,1 % en 2013-2014, et dans celui des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique, ils sont passés de 39,0 % à 36,6 % au cours de la même période.

FIGURE 3.1

Taux de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire obstructive chronique†, en Ontario, 2005-2006 à 2013-2014



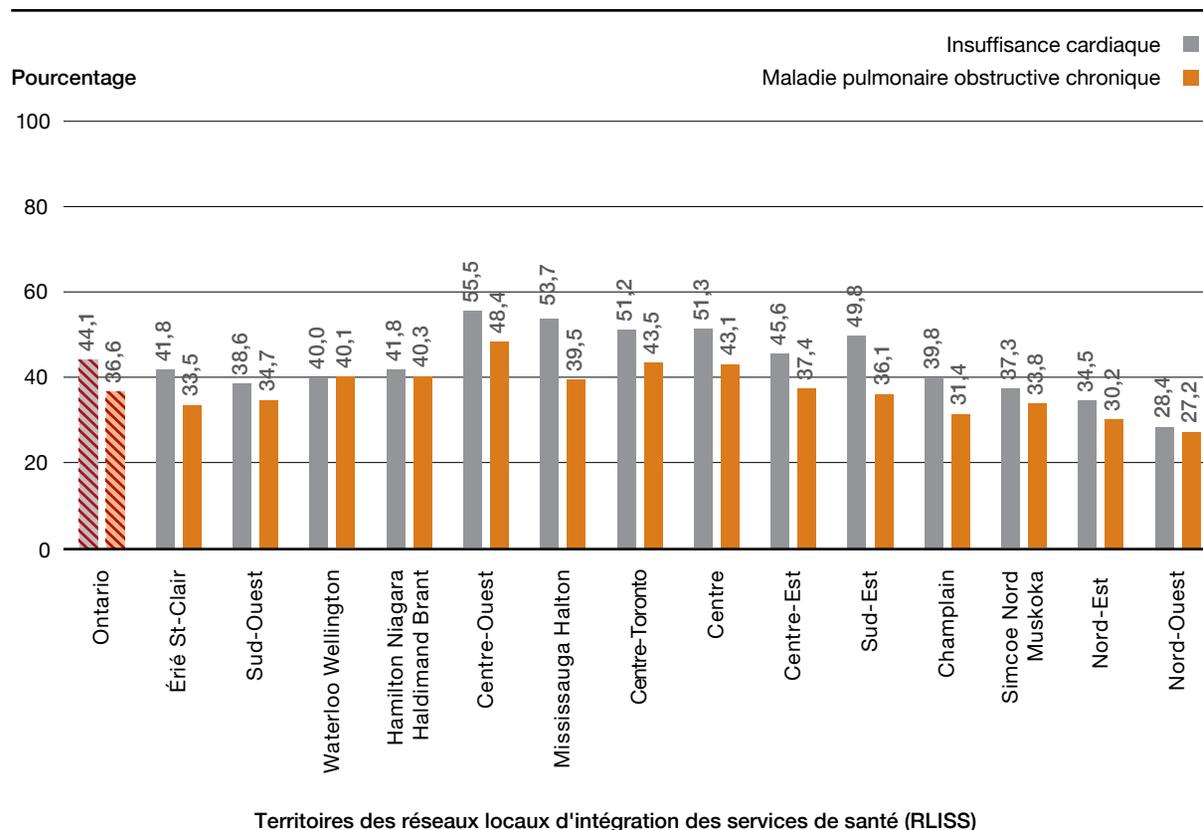
Sources des données : Base de données sur les congés des patients, base de données sur les demandes de règlement de l'Assurance-santé de l'Ontario, base de données du régime d'Assurance-santé de l'Ontario, base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé, fournies par l'Institut de recherche en services de santé. †Taux ajustés selon l'âge et le sexe. Remarque : Les taux déclarés sont fondés sur les données de facturation des médecins et peuvent ne pas compter les consultations de suivi dans les établissements de soins comme les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien ou les centres de santé communautaire. Par conséquent, ces résultats peuvent sous-estimer le taux réel de consultations de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital.

Dans le cas de ces deux affections, le pourcentage de patients qui ont consulté un médecin dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital en 2013–2014 variait selon la région du RLISS. Dans le cas des patients atteints d'insuffisance cardiaque, les taux de suivi dans les régions du RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest sont considérablement inférieurs et celui de la région du RLISS du Centre-Ouest est nettement supérieur à la moyenne provinciale (figure 3.2).

Dans le cas des patients qui ont quitté l'hôpital après un traitement pour la maladie pulmonaire obstructive chronique, les régions du RLISS de Champlain, du Nord-Est et du Nord-Ouest affichent des taux de consultations de suivi avec un médecin dans les sept jours qui sont considérablement inférieurs à la moyenne provinciale de 2013-2014. Les régions du RLISS du Centre-Ouest et du Centre-Toronto affichent des taux nettement supérieurs à la moyenne provinciale (figure 3.2).

FIGURE 3.2

**Taux de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour insuffisance cardiaque ou maladie pulmonaire obstructive chronique,<sup>†</sup> en Ontario et par région du RLISS, 2013–2014**



Sources des données : Base de données sur les congés des patients, base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario, Institut de recherche en services de santé. Base de données des médecins fournie par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés selon l'âge et le sexe. Remarque : Les taux déclarés sont fondés sur les données de facturation des médecins et peuvent ne pas compter les consultations de suivi dans les établissements de soins comme les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien ou les centres de santé communautaire. Par conséquent, ces résultats peuvent sous-estimer le taux réel de consultations de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital.

## Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé de patients ayant subi des interventions médicales ou chirurgicales

Le pourcentage de patients ayant subi des interventions médicales ou chirurgicales qui sont réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé a peu changé au cours des quatre dernières années

Il arrive que des patients ont besoin d'être hospitalisés à nouveau, peu de temps après avoir obtenu leur congé de l'hôpital; on parle alors de réadmission.

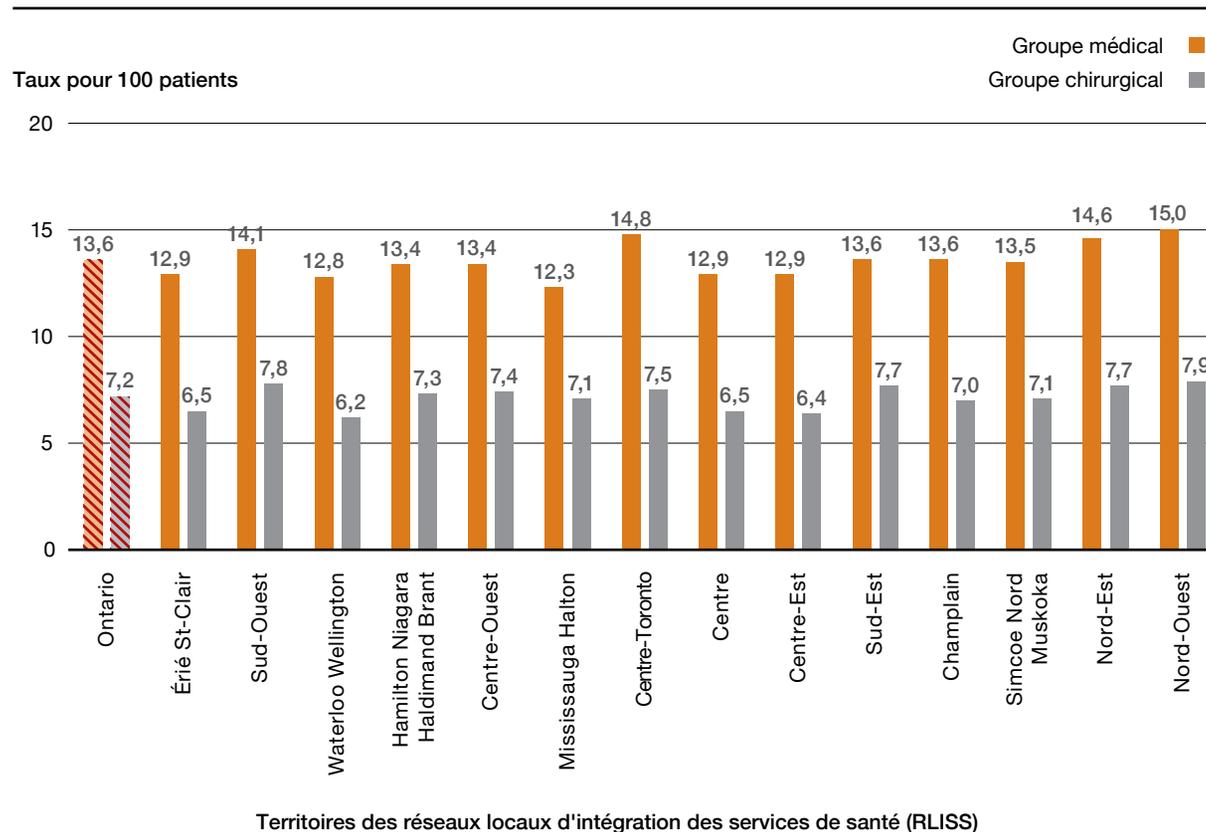
Les réadmissions sont parfois inévitables en raison de l'aggravation de l'état du patient sans lien avec les soins reçus. Dans d'autres cas, les réadmissions indiquent des problèmes liés à la qualité des soins prodigués aux patients, soit durant leur séjour à l'hôpital ou leur suivi après avoir obtenu leur congé de l'hôpital. Bien que cet indicateur ne dresse pas un tableau complet des réadmissions attribuables à des soins inappropriés, l'amélioration ou la baisse du rendement laisse supposer l'amélioration ou la détérioration de la qualité des soins reçus.

Nous présentons ci-dessous des taux de réadmission dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour recevoir des traitements médicaux ou chirurgicaux. Ces traitements représentent 90 % de l'ensemble des réadmissions dans les 30 jours suivant l'obtention du congé.

Les taux de réadmission en Ontario sont demeurés assez stables au cours des quatre dernières années. Le taux de réadmission après 30 jours pour les patients ayant subi des interventions médicales était de 13,6 % en 2013–2014, alors que pour ceux ayant subi des interventions chirurgicales, il était de 7,2 %.[19]

FIGURE 3.3

Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé de patients ayant reçu des traitements médicaux ou chirurgicaux,<sup>†</sup> en Ontario et par région du RLISS, 2013–2014



Sources des données : Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé. <sup>†</sup>Taux ajustés en fonction des risques. Remarque : Les réadmissions sont attribuées à une région selon l'endroit où la première hospitalisation a eu lieu et non celui où vivent les patients.

On constate une légère variation dans l'ensemble de l'Ontario pour les réadmissions de patients ayant subi des interventions médicales et chirurgicales (figure 3.3). Dans le cas des patients ayant subi des interventions

médicales, la région du RLISS de Mississauga Halton affiche le taux de réadmission le plus bas, soit 12,3 %, alors que dans le cas des patients ayant subi des interventions chirurgicales, c'est la région du RLISS de

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

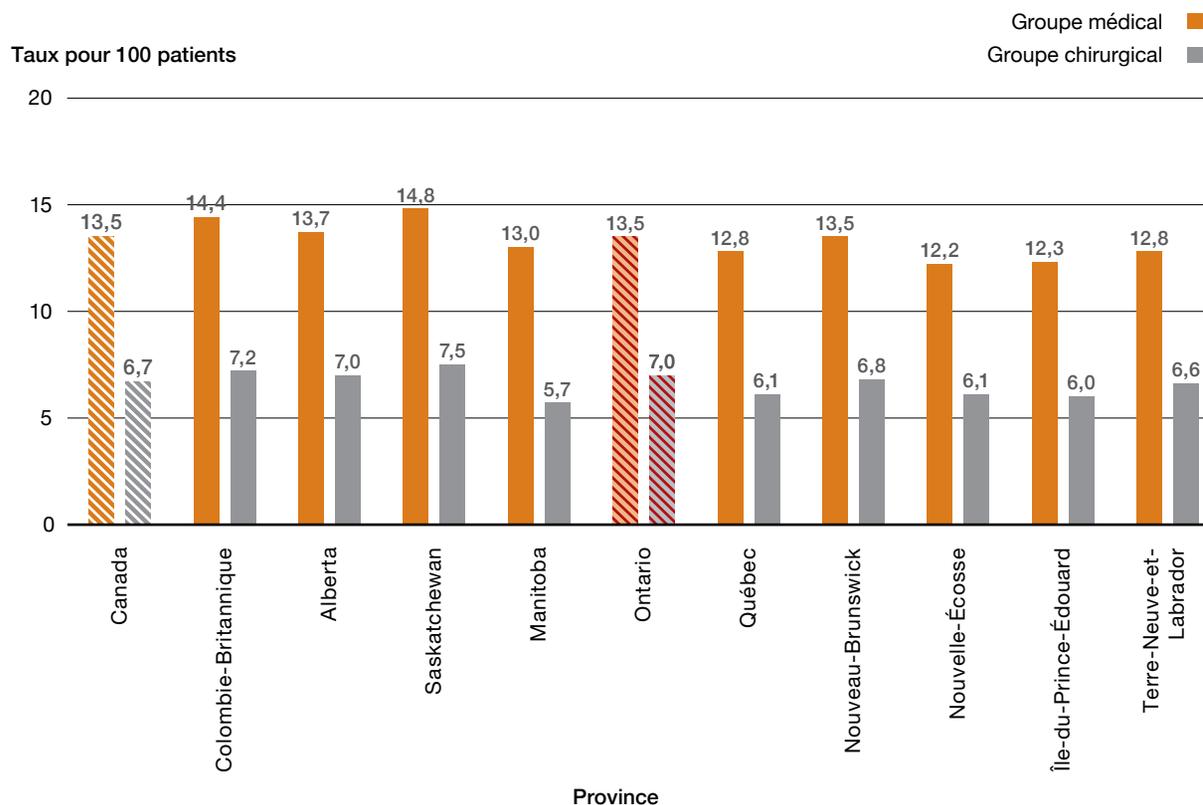
Le taux de réadmission après 30 jours de l'Ontario pour les patients ayant subi des interventions médicales était de 13,5 % en 2012-2013, le même que celui de la moyenne nationale (figure 3.4). La Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard présentent les taux de réadmission les plus bas pour les patients ayant subi des interventions médicales par rapport aux autres provinces (juste au-dessus de 12 %). Dans le cas des patients ayant subi des interventions chirurgicales, le taux de réadmission de l'Ontario (7,0 %) était près de la moyenne nationale (6,7 %). Le Manitoba, le Québec, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard présentent des taux de réadmission aussi bas pour les patients ayant subi des interventions chirurgicales (environ 6 %).

Waterloo-Wellington qui affiche le taux le plus bas, soit 6,2 %. La région du RLISS du Nord-Ouest affiche les taux de réadmission les plus élevés pour les deux groupes, soit 15,0 % pour les réadmissions de patients ayant subi des interventions médicales et 7,9 % pour les réadmissions de patients ayant subi des interventions chirurgicales.

*Lire l'histoire « Congé de l'hôpital » dans Expériences concrètes du présent chapitre pour constater que ce qui se passe à l'hôpital n'est pas le seul critère qui influe sur les réadmissions.*

FIGURE 3.4

Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé de patients ayant reçu des traitements médicaux ou chirurgicaux,<sup>†</sup> au Canada et par province, 2012–2013



Source des données : Institut canadien d'information sur la santé. Site Web Votre système de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés en fonction des risques.

## Hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires

Le taux d'hospitalisation pour les affections médicales qui pourraient être prises en charge à l'extérieur de l'hôpital a diminué du tiers au cours de la dernière décennie

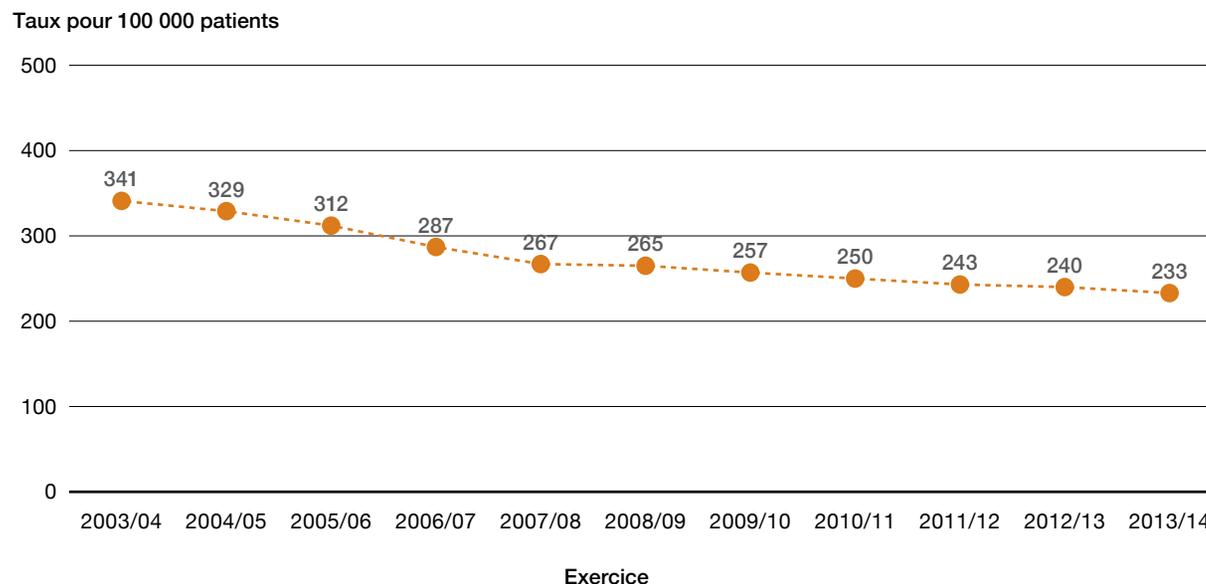
Les conditions propices aux soins ambulatoires sont des problèmes de santé pour lesquels les admissions à l'hôpital peuvent souvent être évitées si les patients reçoivent des soins appropriés et en temps opportun dans la collectivité. L'asthme, l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'épilepsie, l'hypertension, le diabète et l'angine sont des maladies courantes qui se sont révélées sensibles à la disponibilité et à la qualité des soins communautaires ou ambulatoires.[21]

Cet indicateur témoigne également de la santé globale des Ontariennes et des Ontariens, puisque les groupes de personnes qui sont en meilleure santé, comme les non-fumeurs, sont hospitalisés moins fréquemment.

Le taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires a baissé considérablement au cours de la dernière décennie en Ontario, passant de 341 pour 100 000 personnes en 2003–2004 à 233 en 2013–2014 (figure 3.5).

FIGURE 3.5

Taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires,<sup>†</sup> en Ontario, 2003–2004 à 2013–2014

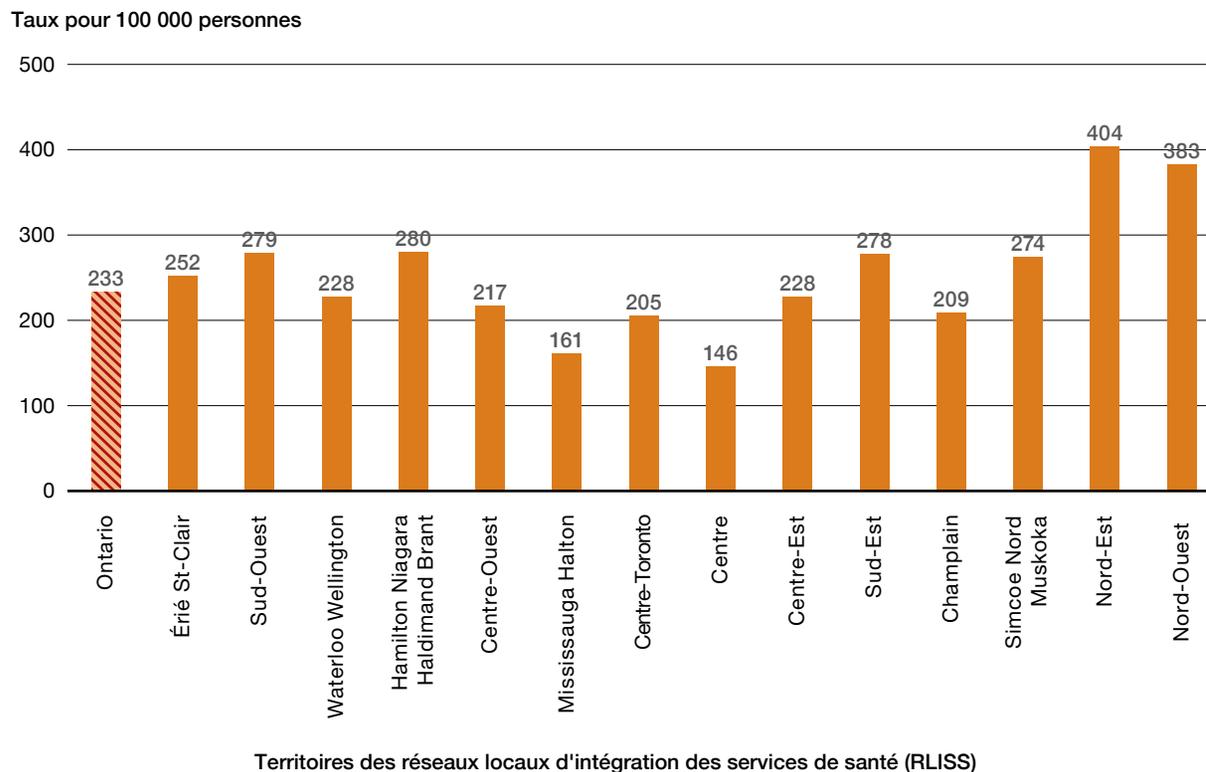


Source des données : Base de données sur les congés des patients, fournie par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés selon l'âge et le sexe.  
<sup>\*</sup>La différence dans le taux de l'Ontario en 2012–2013 aux figures 3.5 et 3.7 s'explique par les différentes méthodes utilisées par les fournisseurs de données pour calculer ce taux. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

D'une région à l'autre du RLISS en Ontario, on observe, en 2013–2014, des variations importantes des taux liés à des conditions propices aux soins ambulatoires, ces derniers passant de 146 pour 100 000 personnes dans la région du RLISS du Centre à 404 dans la région du RLISS du Nord-Est (figure 3.6).

FIGURE 3.6

### Taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires,<sup>†</sup> en Ontario, par région du RLISS, 2013–2014

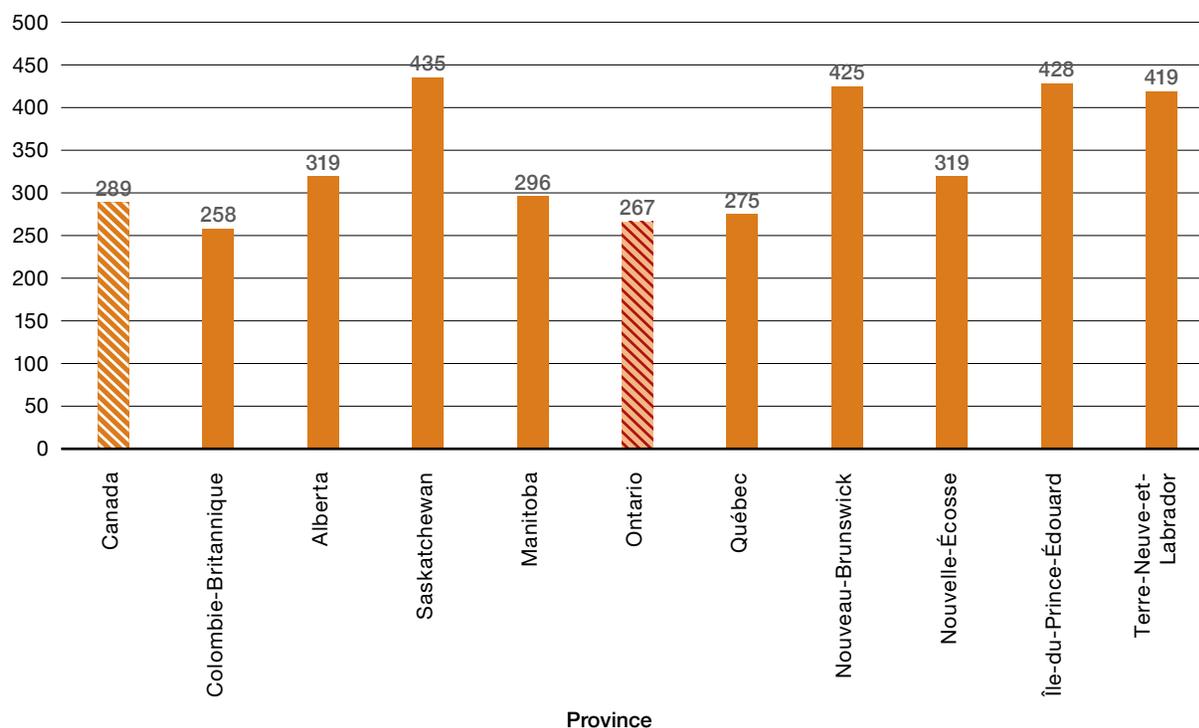


Source des données : Base de données sur les congés des patients, fournie par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés selon l'âge et le sexe.

FIGURE 3.7

### Taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires,<sup>†</sup> au Canada et par province, 2012–2013

Taux pour 100 000 personnes



Source des données : Base de données sur les congés des patients, fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé; fichier des hospitalisations MED-ÉCHO fourni par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Outil interactif des indicateurs de santé, Institut canadien d'information sur la santé. <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge. \*La différence dans le taux de l'Ontario en 2012–2013 aux figures 3.5 et 3.7 s'explique par les différentes méthodes utilisées par les fournisseurs de données pour calculer ce taux. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

En 2012–2013, l'Ontario affichait le deuxième meilleur taux d'hospitalisation pour les conditions propices aux soins ambulatoires parmi l'ensemble des provinces canadiennes. Le taux de l'Ontario, soit 267 pour 100 000 personnes, était plus bas (meilleur) que celui de la moyenne nationale de 289 pour 100 000 personnes, et venait juste après celui de la province championne, la Colombie-Britannique, où le taux était de 258 pour 100 000 personnes (figure 3.7).

## Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins

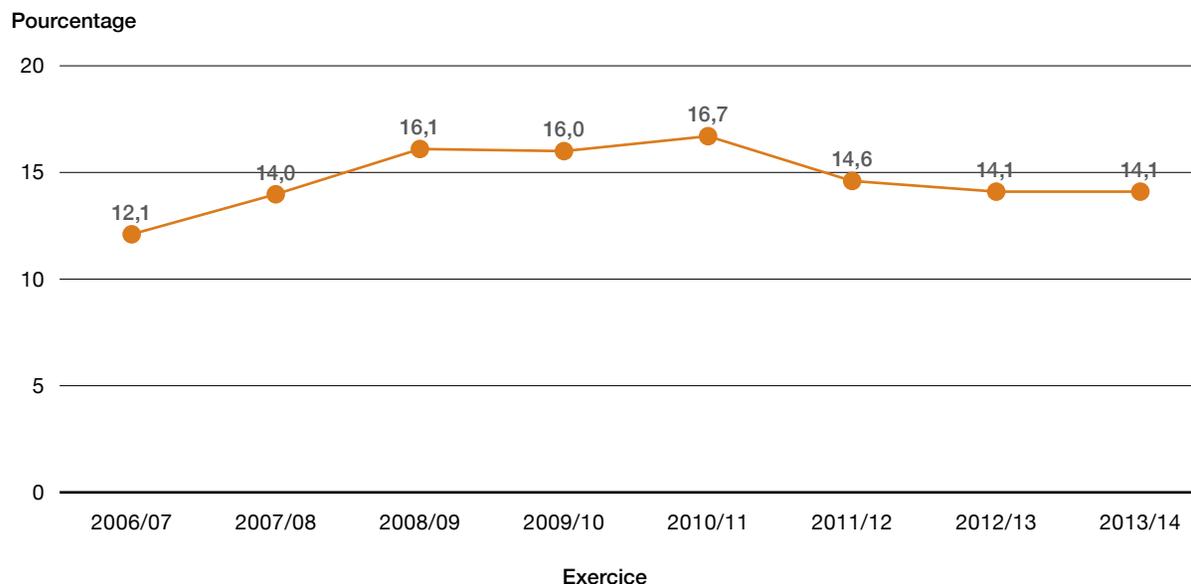
En Ontario, environ un lit d'hôpital sur sept est occupé par un patient qui est en assez bonne santé pour recevoir des soins à l'extérieur de l'hôpital

La plupart des hospitalisations prennent fin lorsque les patients n'ont plus besoin du type de soins que prodiguent les hôpitaux. Toutefois, il arrive que le départ des patients est retardé parce que la prochaine étape de soins dont ils ont besoin, par exemple, la réadaptation, des soins à domicile ou de longue durée, n'est pas immédiatement disponible. Lorsque cela se produit, chaque jour que le patient reste à l'hôpital est désigné une attente d'un autre niveau de soins.[22]

Les hôpitaux s'efforcent de réduire le nombre de jours pendant lesquels des lits sont désignés une attente d'un autre niveau de soins. L'attente d'un autre niveau de soins à l'hôpital est souvent néfaste pour les patients : ils peuvent perdre une partie de leur capacité à exécuter des activités de la vie quotidienne, se sentir isolés sur le plan social et perdre de l'autonomie. Cela peut aussi signifier une réduction de l'accessibilité pour les nouveaux patients. Dans de nombreux cas, les solutions nécessitent la collaboration des différentes composantes du système de santé—les hôpitaux, les fournisseurs de soins de santé de la collectivité et les foyers de soins de longue durée—pour transférer les patients dans des établissements plus appropriés le plus rapidement possible.[23-28]

FIGURE 3.8

Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins, en Ontario, 2006–2007 à 2013–2014



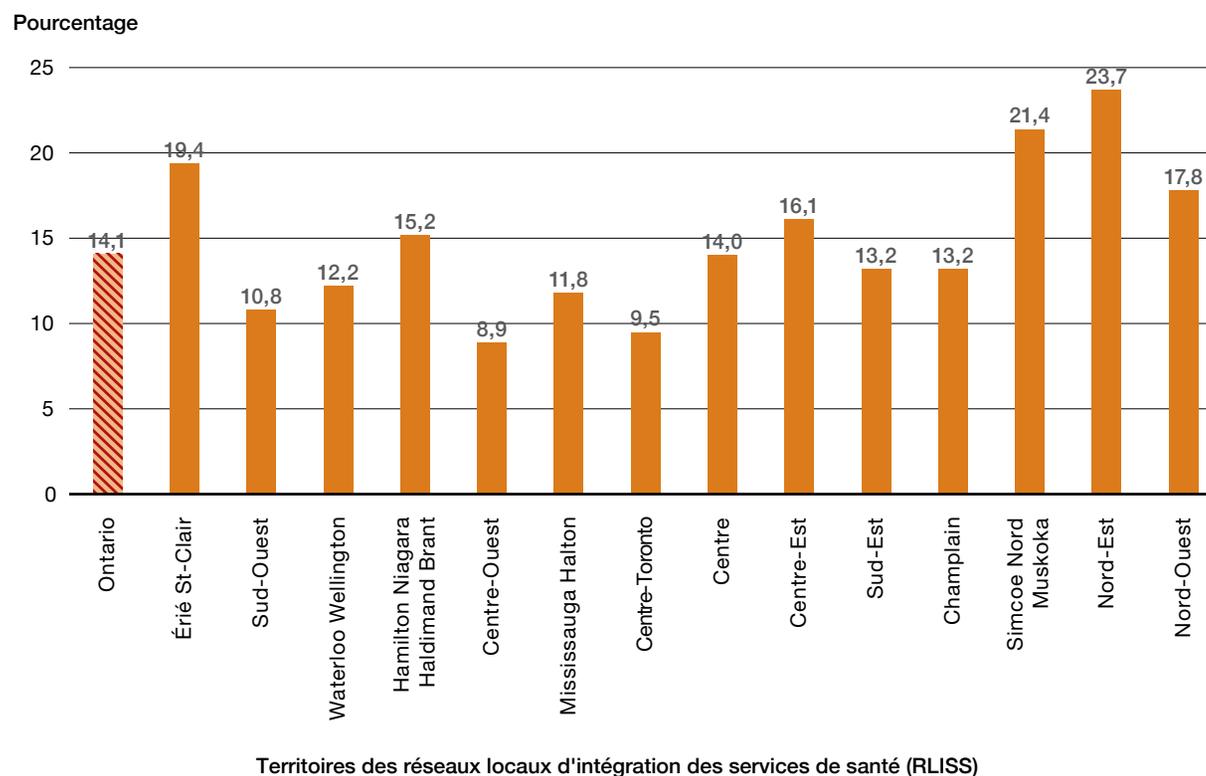
Source des données : Base de données sur les congés des patients, fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. \*La différence dans le taux de l'Ontario en 2013–2014 aux figures 3.8, 3.9 et 3.10 s'explique par les différentes méthodes utilisées par les fournisseurs de données pour calculer ce taux. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

Le pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins en Ontario (14,1 % en 2013–2014) s'est légèrement amélioré comparativement à 2010–2011, alors qu'il a

atteint un sommet de 16,7 %, mais aucune autre amélioration n'a été signalée au cours des deux dernières années (figure 3.8).

Il est évident que le pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins varie dans l'ensemble de l'Ontario; les pourcentages les plus élevés ont été signalés dans les régions du RLISS du Nord-Est (23,7 %) et du RLISS de Simcoe Nord Muskoka (21,4 %), et les plus bas ont été signalés dans les régions du RLISS du Centre-Ouest (8,9 %) et du RLISS du Centre-Toronto (9,5 %) (figure 3.9).

**FIGURE 3.9**  
**Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins, en Ontario et par région de RLISS, 2013–2014**



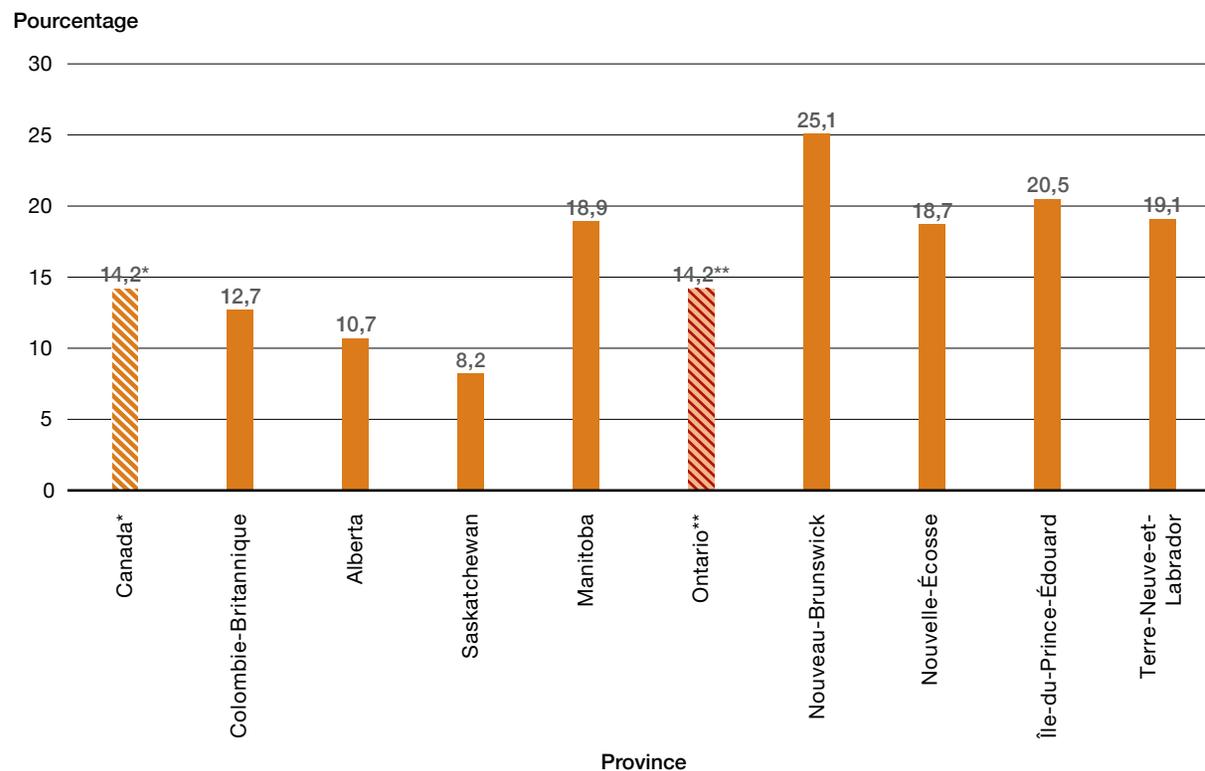
Source des données : Base de données sur les congés des patients, fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. \*La différence dans le taux de l'Ontario en 2013–2014 aux figures 3.8, 3.9 et 3.10 s'explique par les différentes méthodes utilisées par les fournisseurs de données pour calculer ce taux. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

On observe un écart important à l'échelle du Canada pour ce qui est du pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins. Les pourcentages varient de 8,2 % en Saskatchewan à 25,1 % au Nouveau-Brunswick. L'Ontario, avec 14,2 %, se situe dans la moyenne canadienne (figure 3.10).

FIGURE 3.10

Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins, au Canada et par province,\* 2013–2014



Source des données : Base de données sur les congés des patients, rapport électronique de la BDCP, fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé. \*Les données pour le Québec n'étaient pas disponibles et ne sont pas incluses dans le pourcentage canadien. \*\*La différence dans le taux de l'Ontario en 2013–2014 aux figures 3.8, 3.9 et 3.10 s'explique par les différentes méthodes utilisées par les fournisseurs de données pour calculer ce taux. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

## Nouveau regard sur les autres niveaux de soins

L'indicateur du programme commun d'amélioration de la qualité sur lequel nous faisons rapport dans les présentes, soit le pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins, rend compte de tous les patients qui ont reçu leur congé d'un hôpital de soins actifs au cours d'une année et calcule le pourcentage de jours d'hospitalisation de ces patients désignés une attente d'un « autre niveau de soins », c'est-à-dire le pourcentage de jours pendant lesquels ils n'avaient plus besoin du niveau de soins reçus dans cet hôpital. Nous utilisons cette mesure pour comparer le rendement en Ontario à celui des autres provinces canadiennes.

Depuis 2011, de nombreux hôpitaux, RLISS et autres organismes ontariens utilisent également un indicateur appelé « taux d'occupation de lits d'un autre niveau de soins » pour les aider à comprendre, presque en temps réel, l'utilisation de leurs lits. Ce taux mesure, en pourcentage de tous les jours d'occupation des lits d'hôpitaux, le nombre de jours durant lesquels les lits sont occupés par des patients qui n'ont pas besoin du niveau de soins offerts dans cet établissement. Cet indicateur a l'avantage de fournir aux hôpitaux des renseignements plus opportuns, car il inclut les patients toujours hospitalisés et ceux ayant récemment obtenu leur congé. Il dresse en outre

un portrait plus complet de la situation relative aux attentes d'un autre niveau de soins d'un hôpital en examinant l'occupation tant des lits de soins actifs que des lits de soins post-actifs (rétablissement et soins continus).

Calculé de cette façon, le taux d'occupation de lits d'un autre niveau de soins pour les hôpitaux ontariens n'a pas changé au cours des deux dernières années, mais a considérablement diminué (il s'est amélioré) dans certaines régions de RLISS. Par exemple, dans la région du RLISS d'Érié St-Clair, le taux d'occupation de lits en attente d'un autre niveau de soins, y compris les lits de soins actifs et les lits de soins post-actifs, s'est amélioré, passant de 27,4 % en mars 2013 à 18,8 % en mars 2015.[29]

Les hôpitaux recueillent également des renseignements presque en temps réel sur les services qu'attendent ces patients (p. ex., soins de longue durée, soins à domicile) et sur l'endroit où ils iront après avoir quitté l'hôpital.

Ces renseignements aident les hôpitaux à cerner les goulots d'étranglement dans le système et à élaborer des plans d'action visant à transférer les patients plus rapidement vers la prochaine étape de soins.

### En résumé

Certains indicateurs de l'intégration du système de santé démontrent des signes de progrès. Le taux d'hospitalisation pour des affections chroniques pouvant souvent être prises en charge hors de l'hôpital (conditions propices aux soins ambulatoires) s'est amélioré considérablement en Ontario au cours de la dernière décennie. Le pourcentage de jours d'hospitalisation de patients en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins (c.-à-d. les patients qui n'ont plus besoin du niveau de soins reçus dans cet hôpital) s'est légèrement amélioré, mais est demeuré stable au cours des deux dernières années. À 14,1 %, ce pourcentage est toujours préoccupant.

D'autres indicateurs présentés dans le présent chapitre attirent l'attention sur une faiblesse du système de santé. Les visites de suivi après l'hospitalisation posent toujours un défi : moins de la moitié des patients en Ontario souffrant d'insuffisance cardiaque ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique consultent un médecin dans les sept jours suivant un traitement à l'hôpital pour ces affections. En outre, les taux de réadmission à l'hôpital ont légèrement augmenté pendant une période de quatre ans pour les patients ayant subi des interventions médicales et chirurgicales. Les soins reçus à la suite d'un séjour à l'hôpital, qui devraient être planifiés avant que le patient quitte l'hôpital, doivent s'améliorer en Ontario afin de réduire le nombre de réadmissions pouvant être évitées grâce à des soins appropriés offerts en temps plus opportun.

# Soins primaires

Dans le présent chapitre, nous faisons rapport sur six indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés à l'accès aux soins primaires : l'accès à un fournisseur de soins primaires, l'accès à des soins, la participation du patient aux décisions sur ses soins et l'administration ou non des tests de dépistage de certaines maladies.

Photo en page couverture : Roger Yip

## Expériences concrètes

### Christa : Une nouvelle perspective

Christa avait souvent les yeux secs et irrités, et commençait à avoir de la difficulté à faire la mise au point et à voir la nuit. Puisqu'elle avait reçu un diagnostic de diabète insulino-dépendant à l'âge de 6 ans et les soins primaires jouent un rôle important dans la gestion courante de sa maladie chronique. Son médecin de famille l'a aiguillée vers un optométriste afin qu'elle subisse un examen de la vue tous les ans ou tous les deux ans, le délai recommandé pour une personne diabétique.

Elle ne songeait pas vraiment à ses problèmes de vision jusqu'à ce qu'elle reçoive un diagnostic de rétinopathie diabétique à l'âge de 23 ans. À l'époque, Christa n'avait jamais entendu parler de cette affection qui est la maladie des yeux la plus courante chez les personnes qui souffrent de diabète. Une glycémie élevée fait dilater ou éclater les vaisseaux sanguins des yeux, ce qui entraîne des dommages à la rétine et une perte de la vision. « Je ne pense pas avoir pris alors les choses trop au sérieux, dit-elle. Je croyais que mon état ne s'aggraverait pas si je faisais ce qu'on me demandait de faire. »

Bien que Christa reçoive les soins recommandés de son médecin de famille et les optométristes, il n'était pas encore assez. Médecins ont dit à Christa qu'ils ne pouvaient rien faire pour qu'elle retrouve la vision qu'elle avait perdue, mais qu'ils feraient tout

leur possible pour l'empêcher de la perdre davantage. Christa a reçu des injections et subi des interventions chirurgicales par laser, mais sa vision s'est quand même détériorée. Moins de un an après, elle était aveugle au sens de la loi des deux yeux, ayant perdu toute vision de l'œil droit et souffrant d'une vision tubulaire grave de l'œil gauche.

Grâce au soutien de l'Institut national canadien pour les aveugles, Christa a appris le braille et à se servir d'une canne blanche. Des spécialistes de l'autonomie l'ont aidée à se sentir plus à l'aise dans la cuisine et à prendre l'autobus. Après avoir appris à se servir d'une canne blanche, Christa pouvait obtenir un chien-guide. « Ma chienne occupe une grande place dans ma vie et m'aide à me déplacer, explique Christa. Je me sens toujours plus à l'aise quand elle m'accompagne. »

Maintenant âgée de 28 ans, Christa a terminé ses études collégiales, obtenu un emploi comme préposée au service à la clientèle et récemment quitté la maison de ses parents pour emménager dans son propre appartement au centre-ville de London, en Ontario.

Malgré ses résultats, des conseils de Christa donne à d'autres personnes souffrant de diabète : « Surveillez votre glycémie et assurez-vous de passer vos examens de la vue. »

**Bien que Christa reçoive les soins recommandés de son médecin de famille et les optométristes, il n'était pas encore assez.**

# Sur la première ligne

Les fournisseurs de soins primaires, notamment les médecins de famille et le personnel infirmier praticien, sont, pour la majorité des Ontariennes et des Ontariens, le point d'entrée du système de santé et le principal point de contact en ce qui concerne le suivi et les soins continus. Ils évaluent les patients et posent des diagnostics, prodiguent des conseils, prescrivent des médicaments et d'autres traitements, administrent des vaccins, pratiquent des interventions mineures et servent de point d'accès à d'autres fournisseurs de soins. Ils effectuent également des tests de dépistage de certaines maladies sur certains patients, font la promotion de modes de vie sains et jouent un rôle important dans la coordination des autres services dont leurs patients ont besoin.[30]

## Principales observations

---

Quatre-vingt-quatorze pour cent des Ontariennes et des Ontariens ont un fournisseur de soins primaires, mais seulement la moitié environ sont en mesure d'obtenir facilement un rendez-vous en temps opportun lorsqu'ils sont malades ou qu'ils ont besoin de soins après les heures ouvrables

Le pourcentage de la population ontarienne qui est en retard pour subir un dépistage du cancer du côlon a diminué (s'est amélioré) de 4,7 %

Trente-trois pour cent des Ontariennes et des Ontariens diabétiques (43 % chez les 20 à 64 ans) ne subissent pas régulièrement un test de dépistage de la rétinopathie diabétique

**Les soins primaires constituent, pour la majorité des Ontariennes et des Ontariens, le point d'entrée du système de santé et le principal point de contact en ce qui concerne les soins continus.**

## Avoir un fournisseur de soins primaires

94 % des adultes interrogés ont déclaré avoir un fournisseur de soins primaires

Les patients qui ont accès à des soins primaires coordonnés, complets et réguliers jouissent généralement d'une meilleure santé que ceux qui n'y ont pas accès. Non seulement les soins primaires contribuent à une meilleure santé, mais ils peuvent en outre réduire le total des coûts du système de soins de santé. Le manque d'accès aux soins primaires peut créer des problèmes dans d'autres parties du système, notamment des services des urgences bondés et une utilisation inefficace des ressources de soins de santé.[31-33]

En 2014, 94,0 % des adultes interrogés ont déclaré avoir un fournisseur de soins primaires, un taux très semblable au taux de 2013, soit 93,6 %. Les résultats par région de RLISS en 2014 présentent un écart modéré, allant d'un faible taux de 87,3 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à un taux élevé de 97,3 % dans la région du RLISS du Sud-Est, des résultats assez semblables à ceux de 2013.[34]

## Accès rapide aux soins primaires

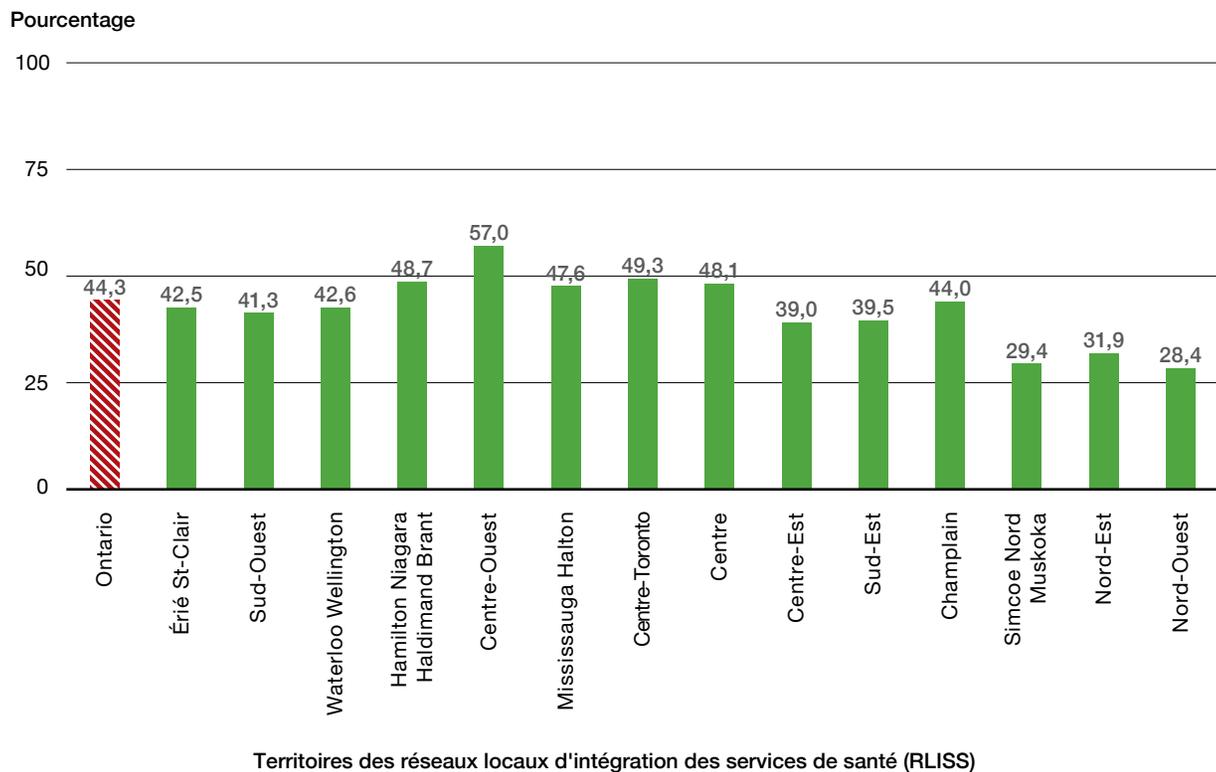
Moins de la moitié des Ontariennes et des Ontariens interrogés peuvent consulter un fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils sont malades

Bien que la majorité des Ontariennes et des Ontariens aient un fournisseur de soins primaires, cela ne signifie pas qu'ils peuvent obtenir des soins rapidement lorsqu'ils en ont besoin. Un accès en temps opportun aux soins primaires constitue un élément central d'un système de santé intégré, et les patients jugent qu'il est très important de pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires facilement lorsqu'ils ont besoin de soins.[35]

En Ontario, seulement 44,3 % des adultes interrogés en 2014 ont indiqué qu'elles pouvaient consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'elles étaient malades (figure 4.1). Ce résultat est semblable à celui de l'année précédente (45,3 % en 2013).[34]

Partout en Ontario, la proportion des personnes ayant déclaré pouvoir obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant pour recevoir des soins primaires varie considérablement, d'un faible taux (moins favorable) de 28,4 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à un taux élevé (plus favorable) de 57,0 % dans la région du RLISS du Centre-Ouest (figure 4.1).

FIGURE 4.1  
**Pourcentage des adultes ayant pu voir leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils étaient malades, en Ontario et par région de RLISS, 2014**



Source des données : Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

## Accès aux soins primaires après les heures ouvrables

Les patients ontariens continuent d'éprouver de la difficulté à recevoir des soins primaires le soir et la fin de semaine

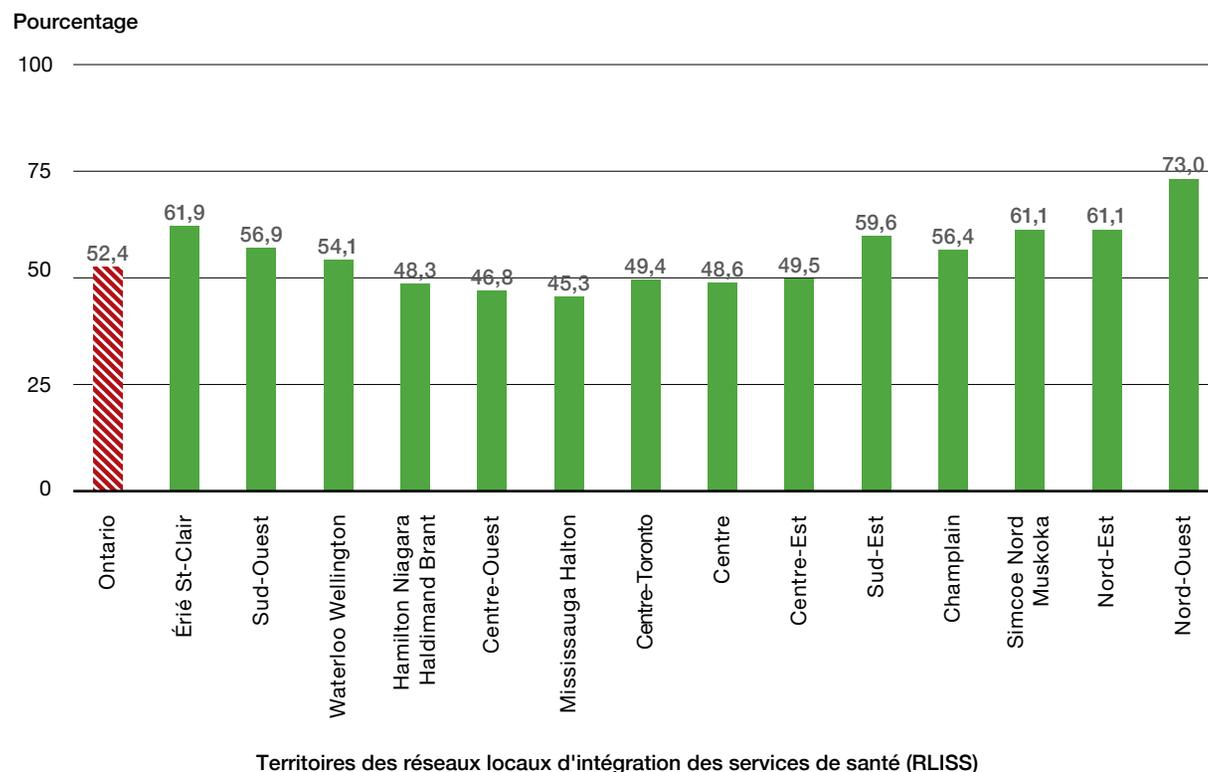
Les gens peuvent tomber malades à toute heure du jour ou de la nuit et tous les jours de la semaine. Un accès à des soins primaires après les heures de travail habituelles peut faire en sorte que les bons soins seront disponibles au bon moment. Cela réduira la pression sur les autres composantes du système de santé ainsi que le nombre de consultations dans les services des urgences.[36,37]

À peine plus de la moitié (52,4 %) des adultes interrogés en Ontario en 2014 ont déclaré qu'il est très ou assez difficile pour elles d'accéder à des soins primaires le soir ou la fin de semaine sans aller au service des urgences (figure 4.2). Ce pourcentage a très peu varié par rapport à celui de l'année précédente (53,7 % en 2013).[34]

On observe un écart important à l'échelle de l'Ontario pour ce qui est du pourcentage de personnes interrogées ayant déclaré avoir de la difficulté à accéder à des soins primaires le soir ou la fin de semaine, les résultats variant de 45,3 % (plus favorable) dans la région du RLISS de Mississauga Halton à 73,0 % (moins favorable) dans la région du RLISS du Nord-Ouest (figure 4.2).

FIGURE 4.2

Pourcentage des adultes ayant déclaré que l'accès à des soins le soir et la fin de semaine, à l'extérieur du service des urgences, était très difficile ou assez difficile, en Ontario et par région de RLISS, 2014



Source des données : Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada et du monde

Le sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé permet d'examiner l'accès des Ontariennes et des Ontariens aux soins primaires comparativement à celui des autres provinces canadiennes et d'autres pays.

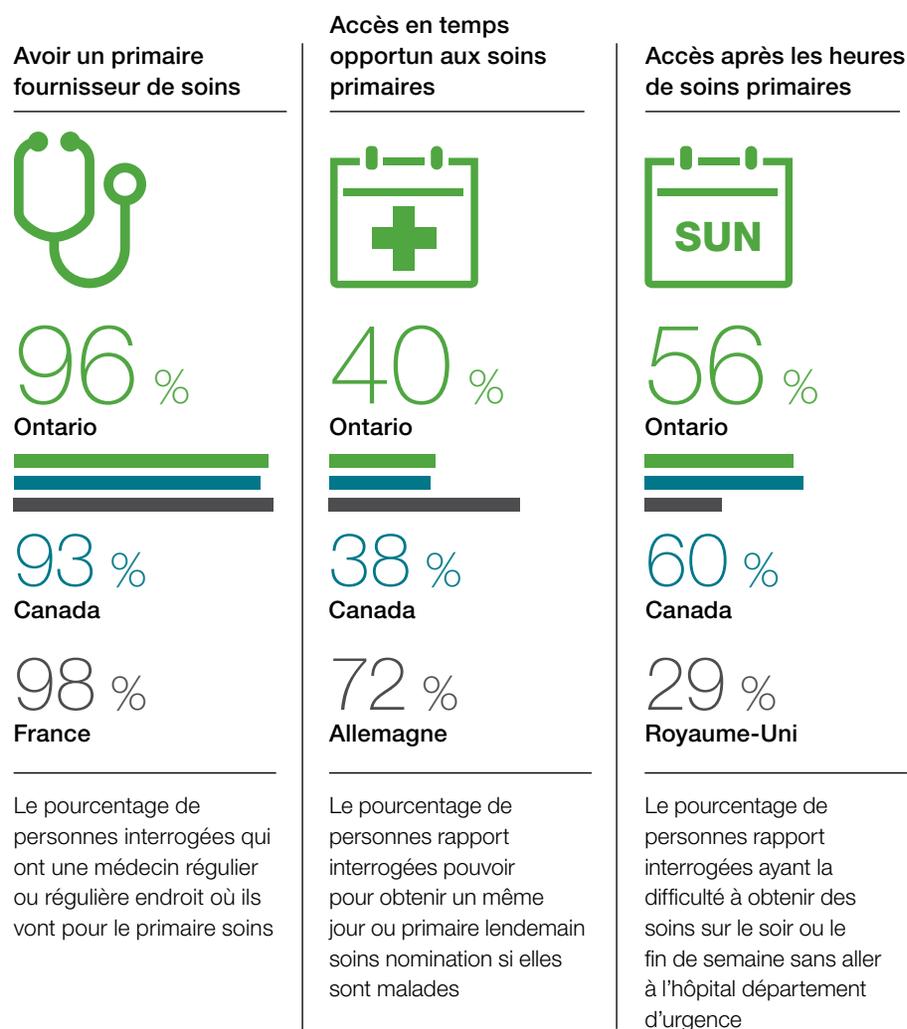
**Avoir un fournisseur de soins primaires :** le pourcentage des Ontariennes et des Ontariens interrogés ayant un médecin habituel ou accès à un lieu de soins primaires (96 %) est légèrement supérieur au taux global du Canada (93 %). Comparativement aux 11 pays étudiés, l'Ontario se situe au milieu; la proportion dans d'autres pays varie de 87 % aux États-Unis à 98 % en France, aux Pays-Bas et en Norvège (figure 4.3).

**Accès rapide aux soins :** environ 40 % des Ontariennes et des Ontariens interrogés ont déclaré pouvoir obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant pour recevoir des soins primaires lorsqu'ils étaient malades; ces

résultats sont semblables à ceux de l'ensemble des Canadiens (38 %); la Colombie-Britannique obtient le meilleur rendement parmi les provinces (45 %). Cependant, tous les autres pays qui ont participé au sondage ont déclaré avoir de meilleures possibilités d'obtenir un rendez-vous le jour même ou le jour suivant comparativement à l'Ontario; l'Allemagne affiche le pourcentage le plus élevé (72 %) (figure 4.3).

**Accès aux soins primaires après les heures ouvrables :** dans toutes les provinces, plus de la moitié des personnes interrogées ont déclaré avoir de la difficulté à obtenir des soins le soir ou la fin de semaine sans se rendre au service des urgences d'un hôpital; la proportion en Ontario (56 %) est semblable à celle de l'ensemble du Canada (60 %). Dans la plupart des autres pays étudiés, les répondants ont toutefois beaucoup moins de difficulté à obtenir des soins après les heures ouvrables; le Royaume-Uni affiche le taux le plus bas (le meilleur), soit 29 % (figure 4.3).

FIGURE 4.3  
Accès aux soins primaires, en Ontario, au Canada, et dans le monde, 2013



Source des données : enquête 2013 du Fonds du Politique internationale de la santé du Commonwealth. Les résultats de l'Ontario de cette enquête diffèrent légèrement de celles de l'Enquête sur l'expérience des soins de santé de la province, notre source pour les figures 4.1 et 4.2.

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada et du monde

Selon le Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, 83 % des Ontariennes et des Ontariens interrogés ont déclaré que leur fournisseur les fait toujours ou souvent participer à la prise de décisions au sujet de leurs soins de santé (figure 4.4). Ce pourcentage est près de celui de la moyenne canadienne de 81 %.

Comparativement aux résultats des autres pays qui ont participé au sondage du Fonds du Commonwealth, l'Ontario se situe au milieu, les pays qui affichent les meilleurs résultats atteignant 87 % (Royaume-Uni) et 88 % (Nouvelle-Zélande) (figure 4.4).

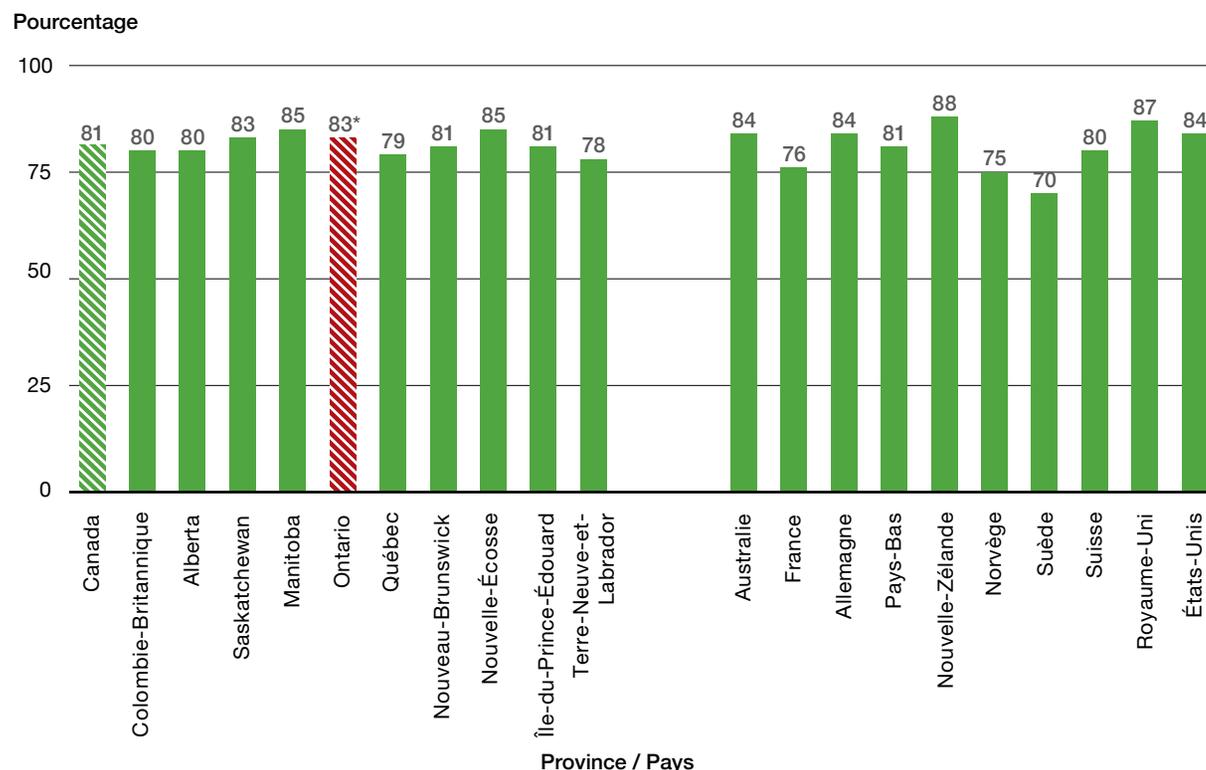
### Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins

Quatre-vingt-six pour cent des adultes interrogés en 2014 ont déclaré que leur fournisseur de soins les fait toujours ou souvent participer à la prise de décisions au sujet de leurs soins de santé

Les soins axés sur les patients constituent un élément clé d'un système de santé à rendement élevé. On peut définir les soins axés sur les patients de diverses façons, toutefois on s'entend généralement pour dire que l'un des éléments essentiels est de s'assurer que le patient participe activement à ses soins. L'évaluation de cette participation indique l'efficacité du système de santé à répondre aux besoins des patients et représente

FIGURE 4.4

Pourcentage des adultes ayant déclaré que leur fournisseur de soins les fait toujours ou souvent participer à la prise de décisions au sujet de leurs soins, au Canada et à l'étranger, par province ou pays, 2013



Source des données : Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. \*Les taux de l'Ontario peuvent varier en raison de l'utilisation de différents sondages et d'autres années de collecte de données. Consultez l'annexe technique sur le site Web de QSSO pour obtenir plus de détails.

un indicateur précieux, alors que l'Ontario évolue vers une prestation des soins de santé plus axée sur les patients.[38-40]

En 2014, la plupart des adultes interrogés (86,2 %) ont déclaré que leur fournisseur de soins primaires les fait

toujours ou souvent participer à la prise de décisions au sujet de leurs soins de santé. Ces résultats sont comparables à ceux de 2013 relativement à cette question du sondage (85,0 %). Il y a peu de variation d'une région à l'autre de l'Ontario.[41]

## Dépistage du cancer colorectal

Le pourcentage de la population ontarienne qui est en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal a diminué de 5 % entre 2010 et 2013

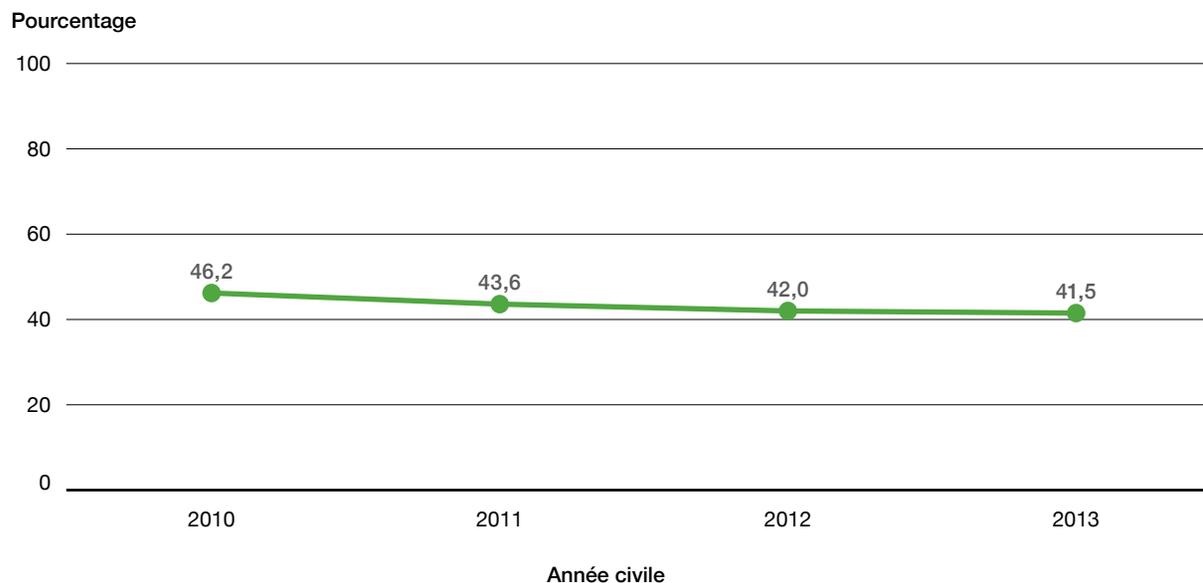
Le cancer colorectal est l'une des principales causes de décès attribuables au cancer en Ontario : 3 130 personnes sont mortes du cancer colorectal en 2009 et, selon les estimations, 3 400 en 2014. Le dépistage du cancer colorectal peut aider à détecter la maladie afin que le traitement puisse commencer au stade le plus précoce. Or, les fournisseurs de soins primaires jouent un rôle important pour informer les personnes et les encourager à subir un dépistage.[42-44]

ContrôleCancerColorectal, un programme de dépistage mis en place à l'échelle de la province, recommande aux personnes âgées de 50 à 74 ans qui présentent un risque modéré de cancer colorectal (c.-à-d., sans parent, frère, sœur ou enfant atteint d'un cancer colorectal) de passer un test qui vérifie la présence de sang caché dans les matières fécales (recherche de sang occulte dans les selles) tous les deux ans. Cet indicateur examine le pourcentage de la population ontarienne de ce groupe d'âge et de cette catégorie de risque qui est en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal.[42]

Le pourcentage de la population ontarienne qui est en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal continue de diminuer (s'améliorer). Bien que 46,2 % de la population cible ait été en retard pour subir un dépistage en 2010, ce pourcentage a chuté à 41,5 % en 2013, une amélioration considérable (figure 4.5).

FIGURE 4.5

Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui sont en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal,<sup>†</sup> en Ontario, 2010 à 2013



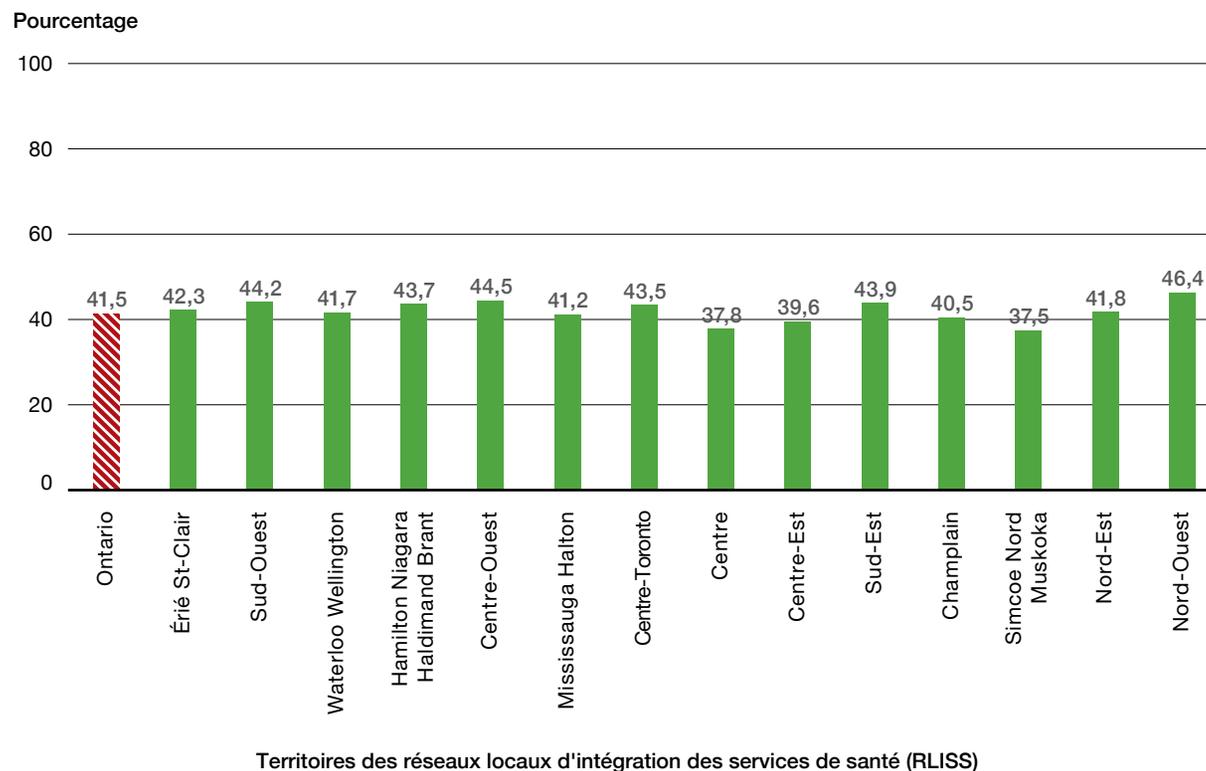
Sources des données : Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies, Laboratory Reporting Tool, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, registre du cancer de l'Ontario, base de données sur les personnes inscrites, Fichier de conversion des codes postaux version 6A, CCO. <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge. Remarque : On considère que les personnes admissibles sont en retard pour subir un dépistage lorsqu'elles n'ont pas passé un test qui vérifie la présence de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années, de colonoscopie au cours des dix dernières années ou de sigmoïdoscopie flexible au cours des cinq dernières années.

D'une région à l'autre des RLISS en Ontario, les différences sont minimales dans les taux de dépistage du cancer colorectal. Les plus faibles pourcentages de personnes qui étaient en retard pour subir un dépistage se retrouvaient dans les régions des RLISS de Simcoe Nord Muskoka (37,5 %) et du Centre (37,8 %).

Le pourcentage le plus élevé de personnes qui étaient en retard pour subir un dépistage se retrouvait dans la région du RLISS du Nord-Ouest (46,4 %) [figure 4.6].

FIGURE 4.6

### Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui sont en retard pour subir un dépistage du cancer colorectal,<sup>†</sup> en Ontario et par région du RLISS, 2013



Sources de données : Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies, Laboratory Reporting Tool, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, registre du cancer de l'Ontario, base de données sur les personnes inscrites, Fichier de conversion des codes postaux version 6A, CCO. <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge. Remarque : On considère que les personnes admissibles sont en retard pour subir un dépistage lorsqu'elles n'ont pas passé un test qui vérifie la présence de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années, de colonoscopie au cours des dix dernières années ou de sigmoïdoscopie flexible au cours des cinq dernières années.

## Examens de la vue pour les personnes atteintes de diabète

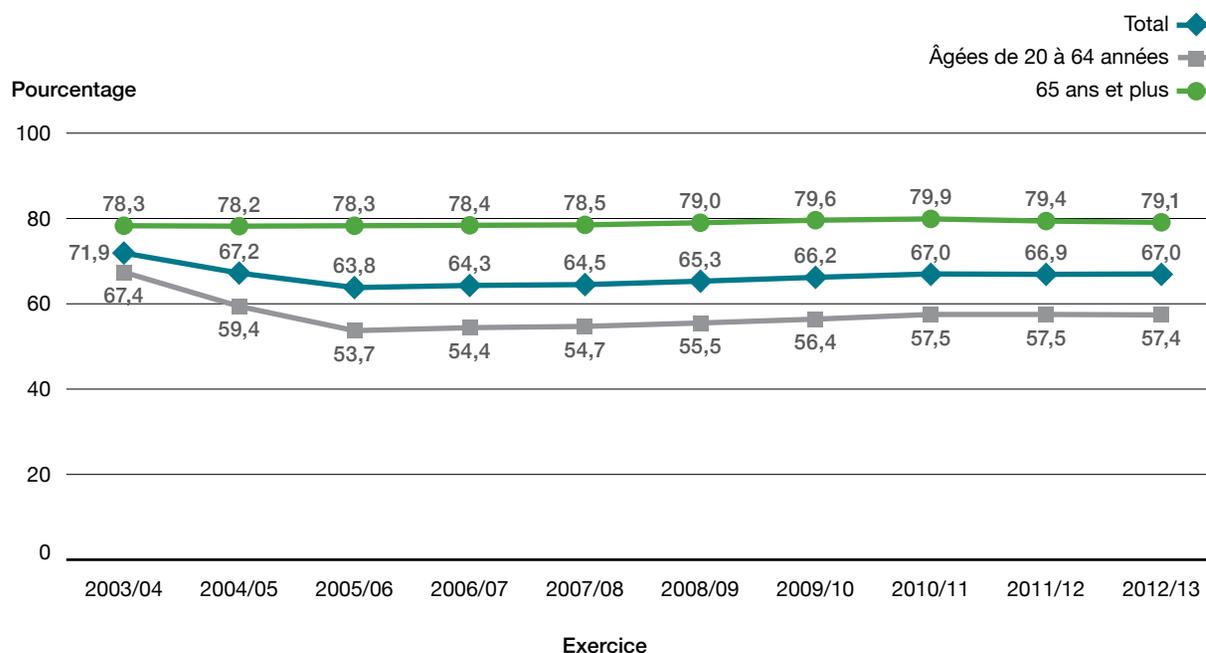
Trente-trois pour cent de l'ensemble des personnes atteintes de diabète en Ontario ne passent pas régulièrement d'examen de la vue permettant de détecter la rétinopathie diabétique et le taux augmente (43 %) chez les personnes âgées de 20 à 64 ans.

Le diabète peut endommager les yeux. La rétinopathie diabétique, une complication commune du diabète, est la principale cause de cécité chez les adultes en âge de travailler au Canada et celle-ci atteint aujourd'hui plus d'un million d'Ontariennes et d'Ontariens. Puisque le traitement de la rétinopathie est beaucoup plus efficace lorsque la maladie est détectée à un stade précoce, les lignes directrices de pratique clinique recommandent le dépistage de la rétinopathie chez les patients atteints du diabète tous les ans ou tous les deux ans. Les médecins de soins primaires sont les mieux placés pour encourager leurs patients souffrant de cette maladie à passer régulièrement des examens de la vue.[45-47]

Seuls les deux tiers des personnes atteintes de diabète en Ontario subissent un test de dépistage de la rétinopathie diabétique au cours de la période de deux ans recommandée, et ce taux s'est très peu amélioré au cours des trois dernières années (figure 4.7). L'âge des patients et le fait qu'ils vivent dans une région rurale ou urbaine influent sur les taux. En 2012-2013, une proportion plus élevée (79,1 %) de personnes âgées atteintes de diabète en Ontario ont passé un examen de la vue au cours des deux dernières années, comparativement à 57,4 % chez les patients âgés de 20 à 64 ans (figure 4.7). Toujours en 2012-2013,

FIGURE 4.7

Pourcentage des personnes atteintes du diabète ayant subi un examen de la vue au cours d'une période de deux ans, en Ontario, nombre total et selon le groupe d'âge, 2003-2004 à 2012-2013



Sources des données : Régime d'assurance-santé de l'Ontario et base de données sur le diabète de l'Ontario, fournis par l'Institut de recherche en services de santé.

**FIGURE 4.8**  
**Pourcentage des personnes atteintes du diabète ayant subi un examen de la vue au cours d'une période de deux ans**



En 2012/13, plus rurale résidents atteints de diabète avaient reçu leur œil examen dans le passé deux ans, par rapport pour les résidents urbains.

**71,8 %**  
**Les résidents ruraux**

**66,3 %**  
**Les résidents urbains**

Sources de données: Assurance-santé de l'Ontario et l' Ontario Diabetes Database, fournies par l'Institut for Clinical Evaluative Sciences.

davantage de résidents des régions rurales atteints de diabète (71,8 %) ont passé un examen de la vue au cours des deux dernières années, comparativement aux résidents des régions urbaines (66,3 %) (figure 4.8).

Cette baisse de 71,9 % en 2003–2004 à 63,8 % en 2005–2006 (figure 4.6) pourrait être reliée à l'abandon des examens de la vue de routine pour les adultes en santé en 2003–2004. Bien que les patients atteints de diabète continuent d'être admissibles à des examens de la vue gratuits, peu importe leur âge, ce changement apporté à la couverture peut avoir confondu certains médecins et patients, particulièrement les patients âgés de 20 à 64 ans. Les taux pour ce groupe d'âge ont recommencé lentement à augmenter, mais ne sont pas revenus à leur niveau d'il y a dix ans.[48]

En 2012–2013, le taux de dépistage de la rétinopathie diabétique variait modérément d'une région à l'autre de l'Ontario, allant de 61,8 % dans la région du RLISS du Centre-Toronto à 72,3 % dans celles du Nord-Est et du Sud-Est.[49]

### En résumé

Dans le cas des indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité en matière de soins primaires en Ontario, les messages varient. Bien que la majorité de la population de la province ait un fournisseur de soins primaires, il demeure difficile de consulter rapidement un médecin quand cela est nécessaire, en soirée ou la fin de semaine. Nombre des pays qui ont participé au sondage du Fonds du Commonwealth sont plus efficaces pour assurer un accès rapide aux soins primaires.

De façon générale, les personnes interrogées en Ontario ont déclaré avoir une bonne communication avec leur fournisseur de soins primaires, mais il y a place à l'amélioration. En outre, bien qu'un plus grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens des groupes d'âge cibles et à risque subissent un test de dépistage du cancer du côlon, aucun progrès n'a été réalisé au cours des trois dernières années pour augmenter la proportion de personnes atteintes de diabète en Ontario qui subissent régulièrement un test de dépistage de la rétinopathie tous les ans ou tous les deux ans, comme il est recommandé. Les jeunes adultes diabétiques sont moins susceptibles de passer cet examen de la vue préventif que les personnes âgées de plus de 65 ans.

# Santé mentale

Dans le présent chapitre, nous faisons rapport sur cinq indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés au traitement des maladies mentales et de la toxicomanie : les admissions dans les hôpitaux pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie, le suivi dans un délai de sept jours après le congé de l'hôpital, le taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital, le recours à des moyens de contention par les hôpitaux et les taux de suicide.

Photo en page couverture : Roger Yip

## Expériences concrètes

### Catherine : Un appel de suivi

**Il a fallu un appel téléphonique pour que Trevor [pas son vrai nom] sache que les gens se soucient de lui. Trevor, qui souffre de schizophrénie, avait été régulièrement hospitalisé dans la région d'Ottawa. Chaque consultation était une rude expérience pour lui, et une épreuve difficile pour sa mère, Catherine.**

Selon elle, chaque fois que Trevor quittait l'hôpital, il manquait une connexion. Personne dans le système de soins de santé n'assurait de suivi pour lui demander comment il allait. « Au cours de toutes ses hospitalisations, je n'ai jamais vu de plan de congé, indique Catherine. Lorsqu'il avait 17 ou 18 ans, on ne m'informait même pas quand il quittait l'hôpital. »

Tout cela a changé après la dernière hospitalisation de Trevor. Une nouvelle initiative a permis d'assurer que les patients quittant l'hôpital après avoir été hospitalisés pour un problème de santé mentale recevraient suivi des appels d'un représentant en santé mentale.

Certains patients reçoivent un appel de l'un des membres de l'équipe de la ligne d'écoute

téléphonique de la région d'Ottawa. Les appels durent généralement une quinzaine de minutes. Si l'équipe de rappel ne peut pas joindre le patient, elle laissera un message et rappellera plus tard, ou composera un autre numéro de téléphone, explique Bella Andersson, la coordonnatrice de programme au Distress Centre of Ottawa and Region. « Ce que nous entendons surtout, c'est qu'il est très différent de revenir à la maison, alors c'est une bonne chose d'avoir quelqu'un qui prend soin de vous, indique Mme Andersson. Les gens sont très reconnaissants. »

Catherine indique que cela a beaucoup compté pour Trevor de recevoir suivi des appels parce que cela a été l'une des rares expériences positives que son fils a eues avec le système de soins de santé, parmi des centaines d'interactions désagréables. « Suivi des appels a fait une énorme différence, explique Catherine. La plupart des gens qui effectuent les appels sont très amicaux. Ils demandent à la personne comment elle va. Les gens ne posent pas très souvent cette question. Toute personne qui se préoccupe de l'autre fait une différence. »

L'initiative de rappel a été créée pour prévenir certaines réadmissions à l'hôpital. Mireille Delorme, la directrice des services de santé mentale de

**« Suivi des appels a fait une énorme différence... Toute personne qui se préoccupe de l'autre fait une différence. »**

l'hôpital, souligne qu'il est trop tôt pour dire avec certitude que le programme a une incidence sur les réadmissions. Elle considère également qu'il est difficile de joindre certains patients sans-abri ou qui n'ont pas régulièrement accès à un téléphone. Cependant, les patients qui reçoivent le rappel semblent réellement l'apprécier, indique Mme Delorme.

Ce n'est peut-être pas un résultat du suivi des appels, mais c'est tout de même une bonne nouvelle : Trevor prend les bons médicaments et a obtenu un emploi à temps plein, souligne Catherine. Il n'a pas été hospitalisé depuis un an.

# Traitement des maladies mentales et de la toxicomanie

Environ un Canadien sur cinq souffre d'un problème de maladie mentale ou de toxicomanie chaque année. En Ontario, l'impact de la maladie mentale et de la toxicomanie sur la qualité de la vie et de la longueur des patients est considérable. La maladie mentale couvre un large éventail d'affections, notamment l'anxiété, la dépression, les troubles de personnalité et la toxicomanie. La santé mentale, qui figure parmi les principales causes d'invalidité au Canada, est plus fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes (15 à 24 ans) ainsi que chez les personnes à faible revenu.[50-53]

Les données que nous présentons dans ce chapitre sont liées uniquement aux soins fournis dans les hôpitaux et par les médecins. Elles ne comprennent pas les soins des services communautaires en maladie mentale et en toxicomanie. Aucune donnée comparable sur les services communautaires n'est actuellement accessible, bien que ces services représentent une partie importante du soutien et des services en santé mentale que reçoivent les Ontariennes et les Ontariens.

## Principales observations

---

Les taux d'hospitalisation pour une maladie mentale ou une toxicomanie en Ontario varient énormément d'une région à l'autre

Plus des deux tiers des patients hospitalisés pour une maladie mentale ou une toxicomanie ne consultent pas de médecin en vue d'un suivi dans la semaine suivant leur départ de l'hôpital

Le taux de suicide en Ontario n'a pas changé depuis les dix dernières années

**La maladie mentale et la toxicomanie ont des répercussions considérables sur les Ontariennes et les Ontariens, mais il est difficile de produire des rapports sur la qualité des soins.**

## Admissions dans les hôpitaux pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie

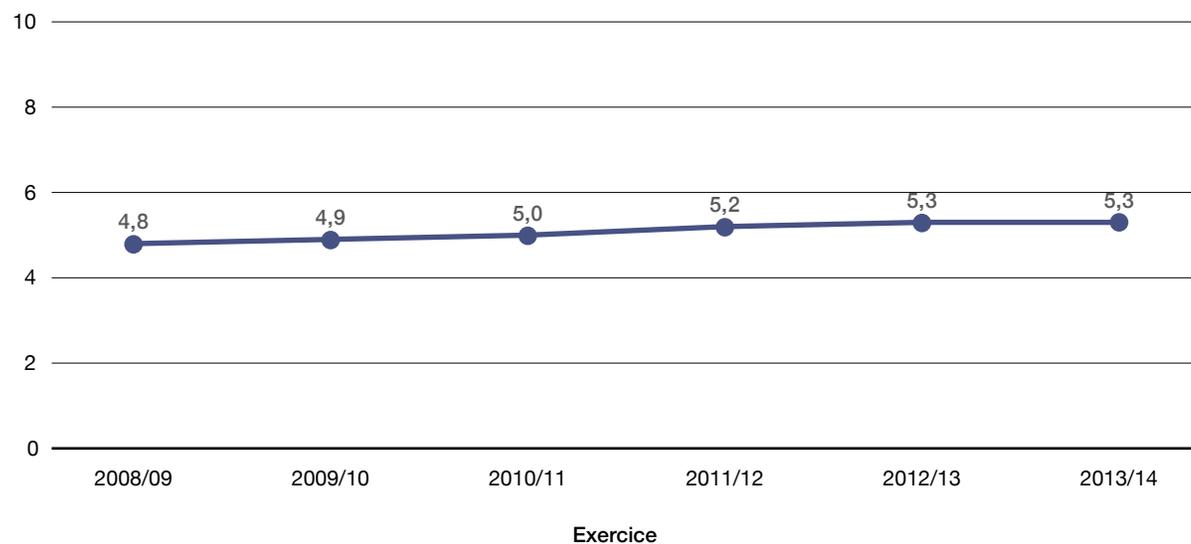
Les résidents de certaines régions sont de deux à trois fois plus susceptibles d'être hospitalisés pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie que ceux d'autres régions

Au moment où une personne est hospitalisée pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie, elle est habituellement dans un état grave. Une quantité suffisante de services de soutien communautaire et d'interventions précoces permettrait d'éviter certaines consultations à l'hôpital. Toutefois, un système hospitalier solide demeure nécessaire pour fournir des soins aux patients souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie au moment où ils en ont besoin. [54–56]

De 2008-2009 à 2013–2014, le taux de patients hospitalisés pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie est demeuré plutôt stable en Ontario, soit environ cinq admissions pour 1 000 personnes (figure 5.1).

FIGURE 5.1  
Taux d'hospitalisation pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie,<sup>†</sup> en Ontario, 2008–2009 à 2013–2014

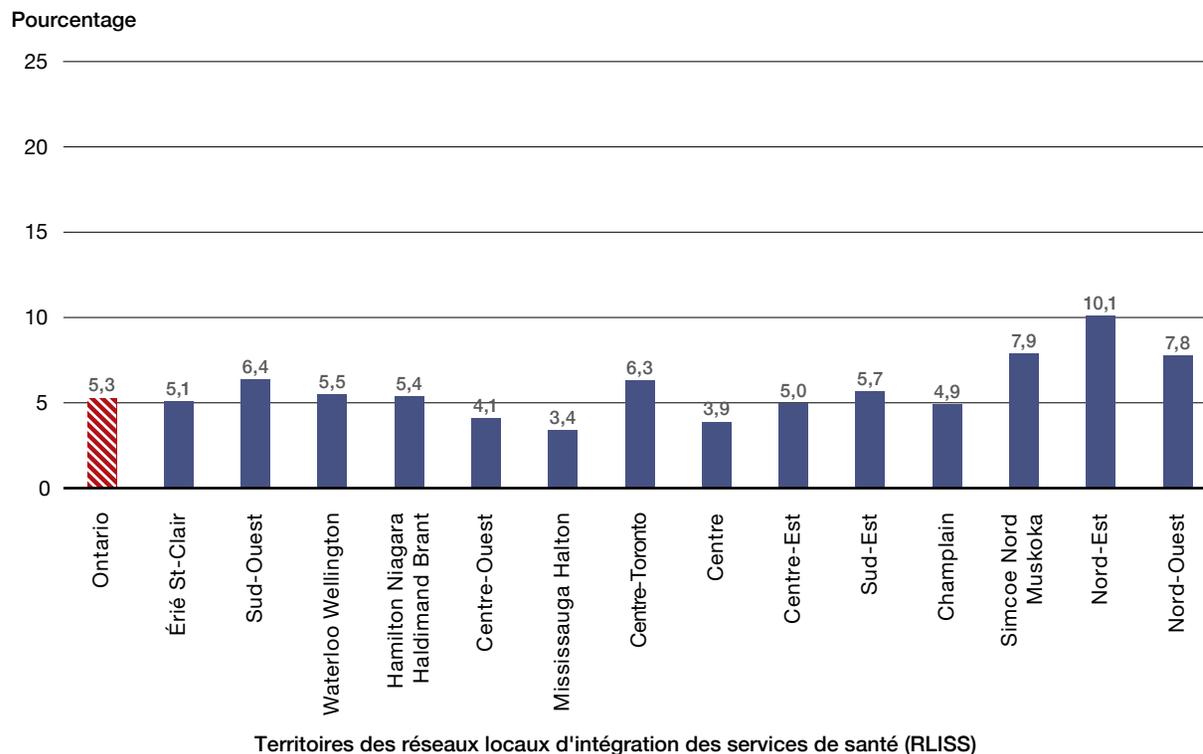
Taux pour 1 000 personnes



Sources des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, base de données sur les personnes inscrites, et estimations et prévisions annuelles intercensitaires et postcensitaires en Ontario, fournis par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés selon l'âge et le sexe. Remarque : La démence et les déficiences intellectuelles ne sont pas incluses.

Les taux régionaux varient considérablement, allant de 3,4 admissions pour 1 000 personnes dans la région du RLISS de Mississauga Halton en 2013–2014 à 10,1 admissions pour 1 000 personnes dans la région du RLISS du Nord-Est (figure 5.2).

**FIGURE 5.2**  
**Taux d'hospitalisation pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie,<sup>†</sup> en Ontario, par région de RLISS, 2013–2014**



Sources des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, base de données sur les personnes inscrites, fournis par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés selon l'âge et le sexe. Remarque : Le taux par région de RLISS pour cet indicateur est fonction du lieu de résidence des personnes, même si celles-ci se sont présentées dans un hôpital d'une autre région. Les taux ne sont pas ajustés pour tenir compte des variations régionales concernant la prévalence de divers diagnostics.

## Consultation chez le médecin moins de sept jours après avoir quitté l'hôpital après un traitement pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie

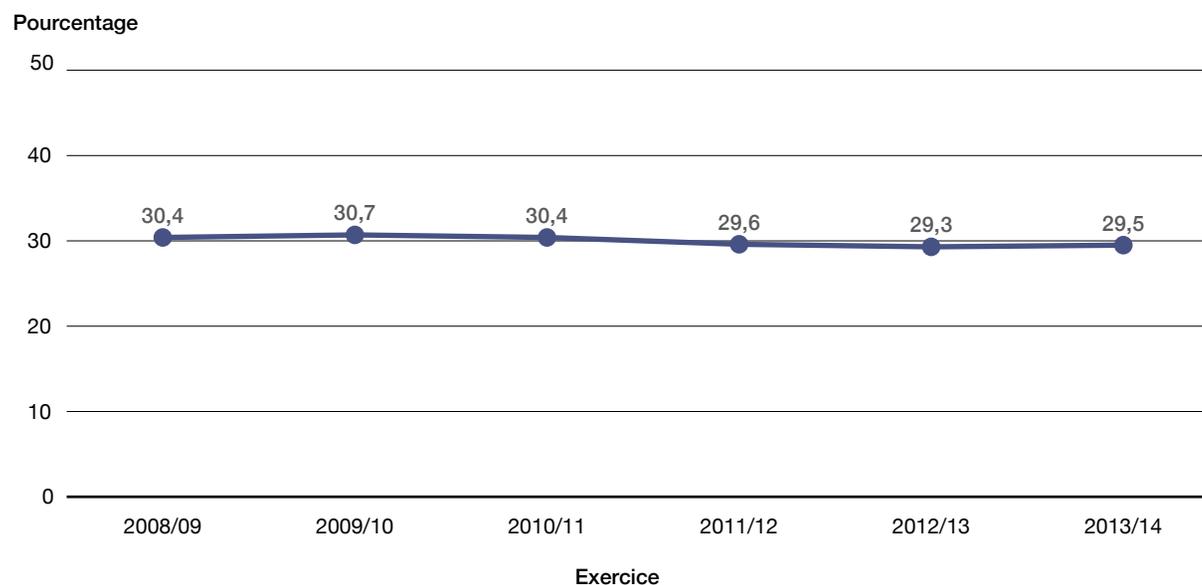
Plus des deux tiers des patients hospitalisés pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie ne consultent pas de médecin en vue d'un suivi dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital

Veiller à ce que les patients hospitalisés pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie consultent un médecin en vue d'un suivi dans la semaine suivant leur départ de l'hôpital constitue une mesure de la qualité des soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Comme il a été mentionné au chapitre 3, les consultations de suivi après l'hospitalisation constituent également une mesure de l'état de la collaboration entre les diverses parties du système de santé. Des consultations de suivi chez un médecin de famille ou un spécialiste comme un psychiatre peuvent aider un patient à effectuer une transition en douceur des soins ininterrompus dans un hôpital à sa propre prise en charge, chez lui ou ailleurs dans la collectivité.[57,58]

Depuis les taux que nous rapportons ici sont basées sur les données de facturation médecin ; ils ne tiennent pas compte des visites de suivi dans les cliniques dirigées par des infirmières praticiennes, des centres de santé communautaires, des psychologues ou communautaires de santé mentale et les programmes de toxicomanie. Là, ces résultats probables dans la mesure où le rapport des soins de suivi après hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie en Ontario.

FIGURE 5.3

Taux de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital, pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie†, en Ontario, 2008–2009 à 2013–2014



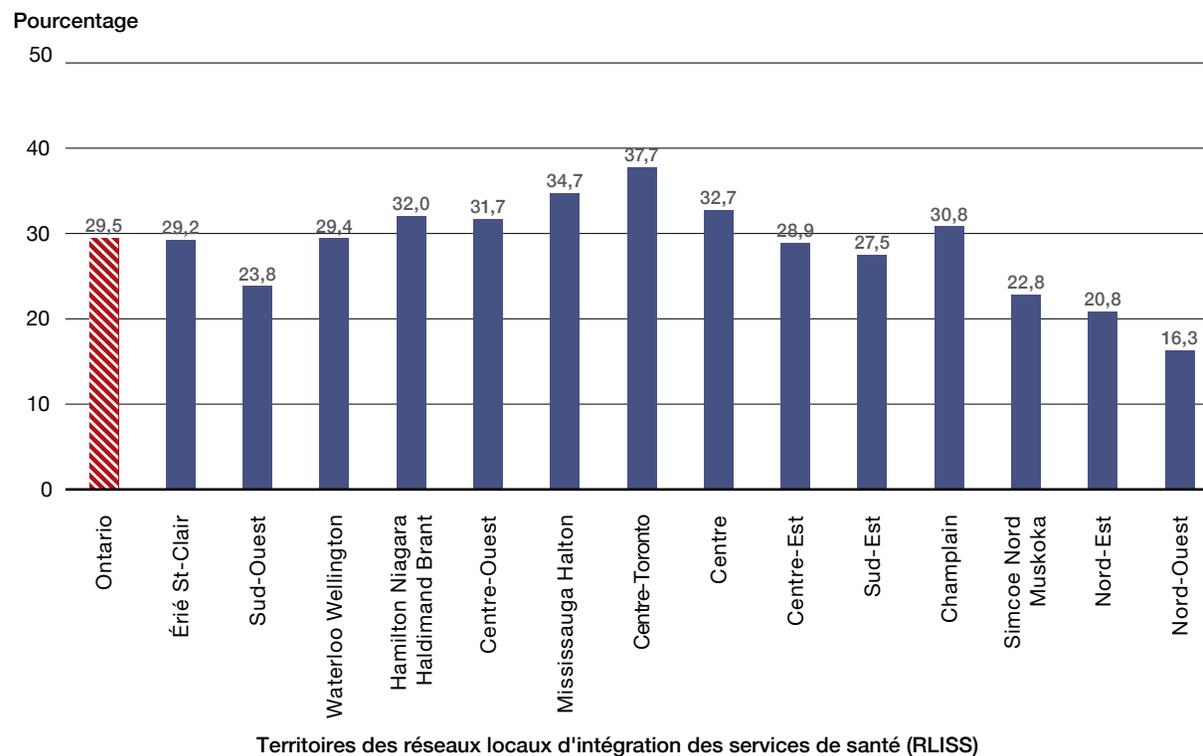
Sources des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, base de données sur les personnes inscrites, fournis par l'Institut de recherche en services de santé. †Taux ajustés selon l'âge et le sexe.

Environ 30 % des patients ontariens hospitalisés pour le traitement d'une maladie mentale ou d'une dépendance ont consulté un médecin dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital. Ce taux ne s'est pas amélioré au cours de la période allant de 2008–2009 à 2013–2014 (figure 5.3) et est plus faible que le taux pour d'autres troubles chroniques, comme l'insuffisance cardiaque (44,1 %) et la maladie pulmonaire obstructive chronique (36,6 %)

(figure 3.1). Les résultats varient considérablement selon la région en 2013–2014, avec un minimum de 16,3 % pour la région du RLISS du Nord-Ouest et un maximum de 37,7 % pour la région du RLISS du Centre-Toronto (figure 5.4).

Lire l'histoire « Un appel de suivi » dans *Expériences concrètes du présent* chapitre, qui traite d'une solution de rechange au suivi et de sa signification pour les patients et leur famille

FIGURE 5.4  
Taux de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital, pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie,<sup>†</sup> en Ontario, par région de RLISS, 2013–2014



Sources des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, base de données sur les personnes inscrites, fournis par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés selon l'âge et le sexe.

## Taux d'admission dans les hôpitaux pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie

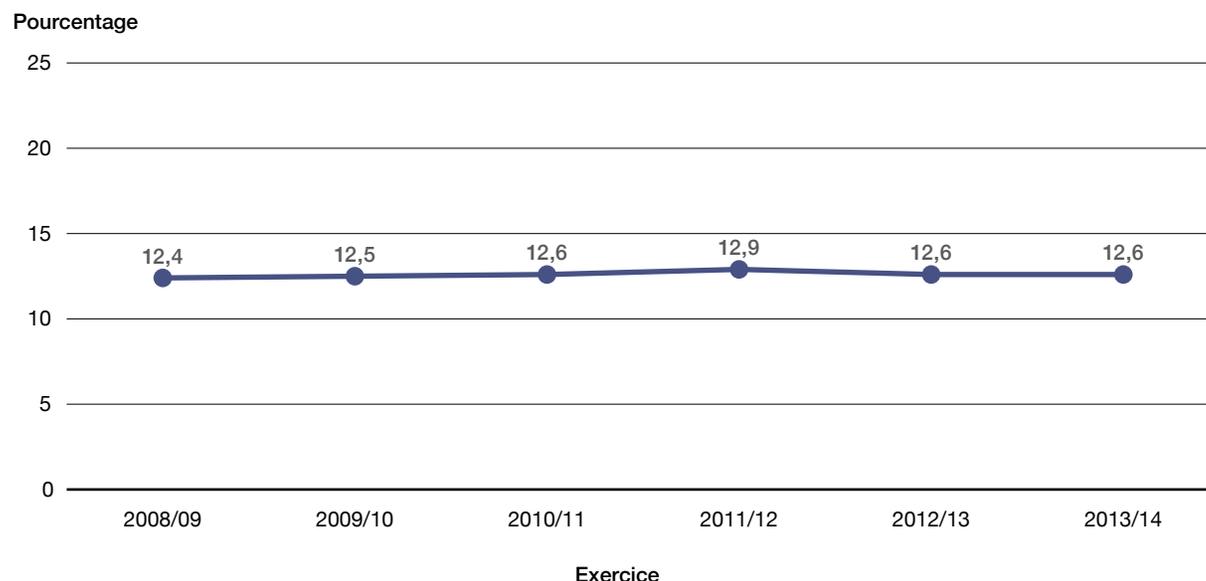
À 12,6 %, le taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital des patients souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie ne s'est pas amélioré au cours de la dernière période de cinq ans

Certaines réadmissions pour maladie mentale ou toxicomanie étaient inévitables, mais dans certains cas, lorsque les patients reçoivent les bons soins et font l'objet d'un suivi après leur première hospitalisation, les réadmissions peuvent être évitées. Comme nous l'avons souligné en examinant les réadmissions des patients ayant subi des interventions médicales et chirurgicales (chapitre 3), une réduction du taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital est habituellement considérée comme une amélioration.

Stable à 12,5 %, le taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie en Ontario ne s'est pas amélioré au cours d'une période de cinq ans (figure 5.5). Ce taux est comparable au taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital pour les patients ayant subi des interventions médicales (13,6 %) et supérieur au taux de réadmission pour les patients ayant subi des interventions chirurgicales (7,2 %).<sup>[59]</sup> Les taux régionaux varient légèrement dans l'ensemble de la province en 2013–2014, avec un minimum de 10,7 % pour la région du RLIS du Nord-Ouest et un maximum de 14,7 % pour la région du RLIS du Centre-Toronto (figure 5.6).

FIGURE 5.5

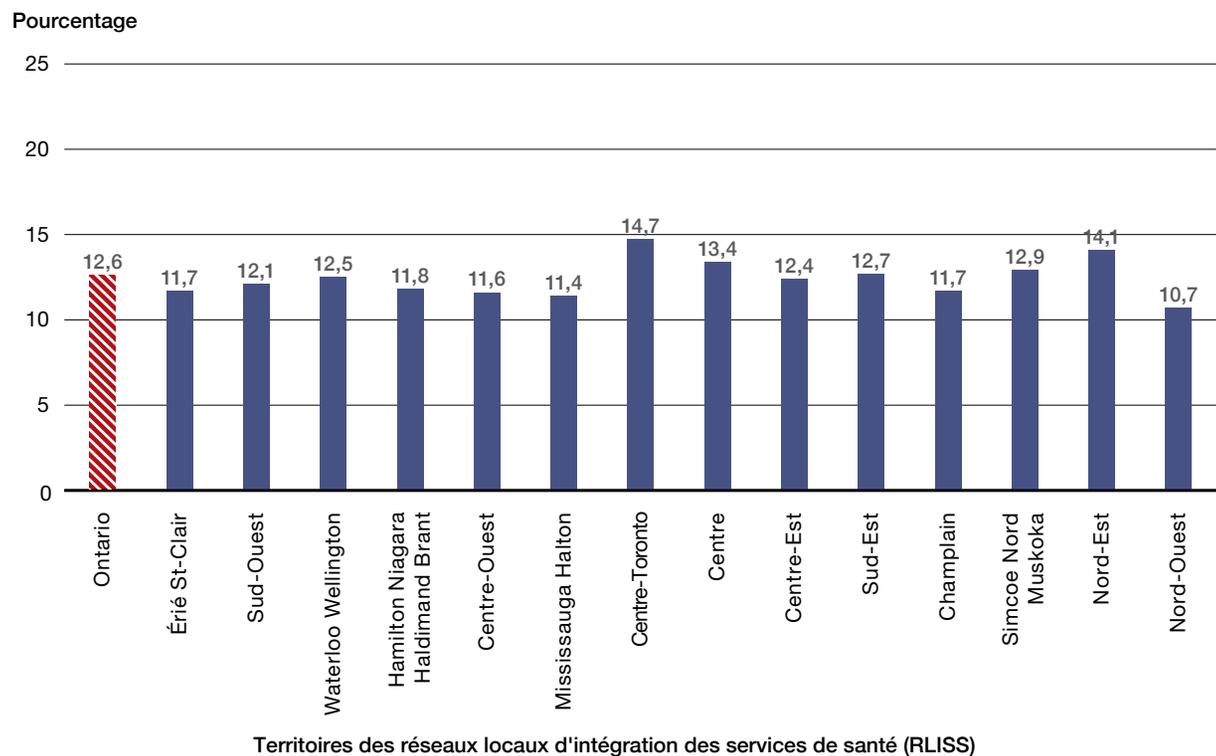
Taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital, pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie,<sup>†</sup> en Ontario, 2008–2009 à 2013–2014



Sources des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale et base de données sur les personnes inscrites, fournis par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés en fonction des risques.

FIGURE 5.6

Taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital, pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie,<sup>†</sup> en Ontario, par région de RLISS, 2013–2014



Sources des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, Régime d'assurance-santé de l'Ontario, base de données sur les personnes inscrites, fournis par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>†</sup>Taux ajustés en fonction des risques.

## Recours à des moyens de contention dans des établissements fournissant des soins actifs en santé mentale

Le taux de recours à des moyens de contention sur les patients hospitalisés souffrant d'une maladie mentale s'est amélioré, chutant de 8,5 % à 5,5 % en six ans

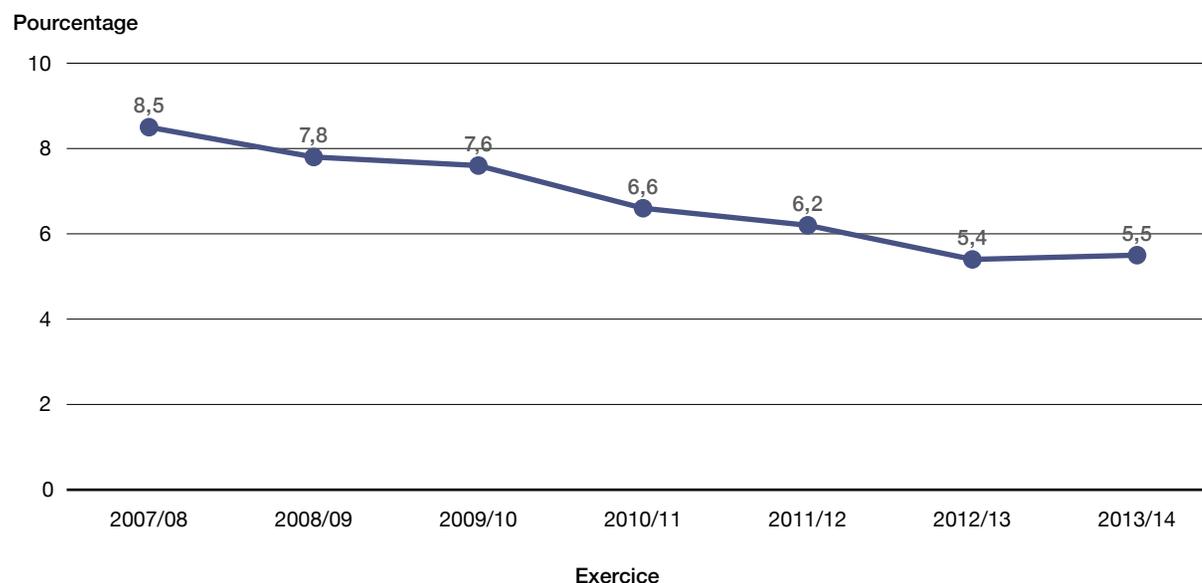
L'utilisation de moyens de contention ne constitue jamais le plan de traitement privilégié pour la maladie mentale, mais est parfois un dernier recours pour empêcher les patients de se faire du mal ou d'en faire à autrui. S'appuyant sur la *Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*, la *Loi sur la santé mentale* et la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, les établissements ontariens fournissant des soins actifs en santé mentale ont élaboré des lignes directrices relatives à l'utilisation de moyens de contention. Ces lignes directrices comprennent une « démarche axée sur la réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention », en vertu de laquelle on doit examiner toutes les solutions de rechange possibles avant d'utiliser des moyens de contention sur un patient.[60]

Certains médicaments sont appelés de manière informelle « moyens de contention chimique », car ils peuvent être utilisés pour leur effet contentif. Nos résultats ne tiennent pas compte de ces médicaments, étant donné qu'ils peuvent aussi servir à traiter les symptômes d'un patient et que les données qui séparent les différentes utilisations de ces médicaments ne sont pas accessibles.

Le taux d'utilisation de moyens de contention dans le cadre de soins actifs en santé mentale s'est amélioré (a diminué), passant de 8,5 % en 2007-2008 à 5,5 % en 2013-2014 (figure 5.7). L'écart des taux d'utilisation de

FIGURE 5.7

Pourcentage des patients occupant des lits réservés aux soins psychiatriques qui ont été soumis à des moyens de contention physique, en Ontario, 2007-2008 à 2013-2014



Source des données : Système d'information ontarien sur la santé mentale, fourni par l'Institut de recherche en services de santé. <sup>1</sup>Taux ajustés selon l'âge et le sexe. Remarque : Les résultats tiennent compte du lieu de résidence des patients et non du lieu de leur hospitalisation.

moyens de contention d'une région de RLISS à l'autre s'est atténué au fil du temps. En 2007-2008, l'écart était de 8,7 % (de 3,0 % dans la région du RLISS d'Érié St-Clair à 11,8 % dans la région du RLISS du Sud-Ouest). En 2013-2014, cet écart n'était que de 3,5 %, le taux le plus bas étant observé une fois de plus dans la région du RLISS d'Érié St-Clair (3,9 %), et le plus élevé, dans la région du RLISS du Centre-Est (7,4 %).[61]

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Statistique Canada déclare les taux de suicide pour chaque province. Comparativement aux autres provinces, l'Ontario affiche le deuxième taux le plus bas (8 par 100 000 habitants) après l'Île-du-Prince-Édouard (6 par 100 000 habitants) (figure 5.9). Le taux de l'Ontario est inférieur à la moyenne nationale de 10 suicides par 100 000 habitants.

### Taux de suicide

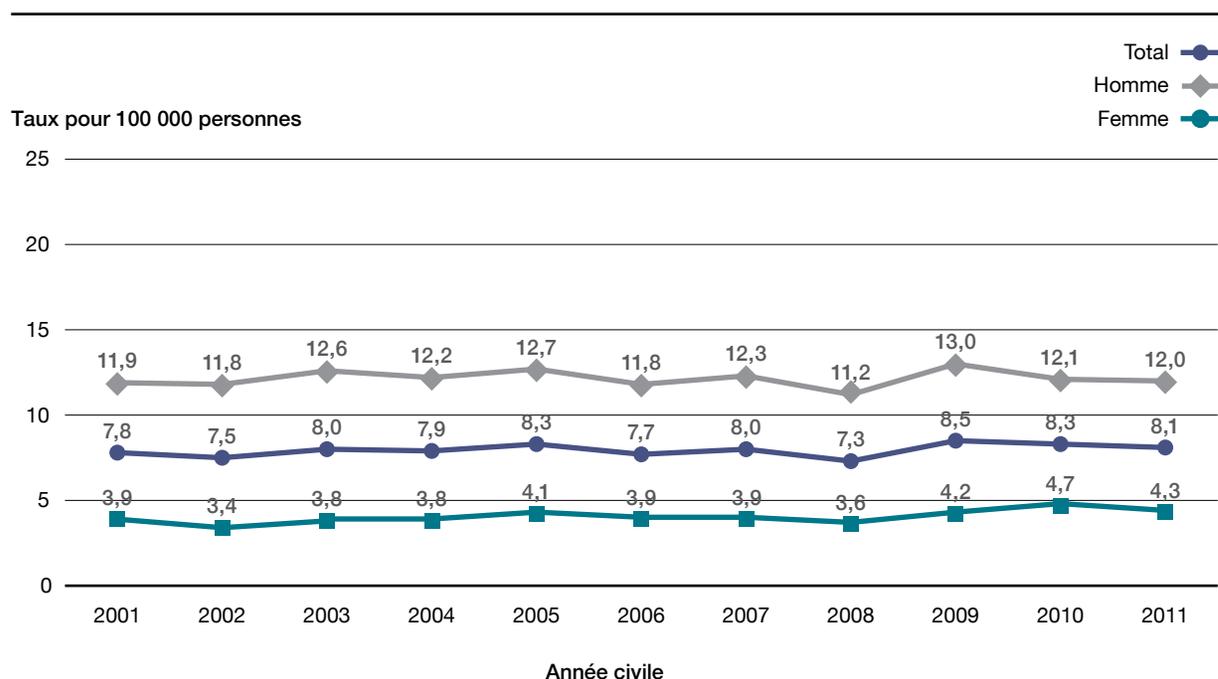
En Ontario, le taux de suicide chez les hommes, qui est de 12 sur 100 000, est près de trois fois plus élevé que chez les femmes

À l'échelle mondiale, le suicide se classe au quatrième rang des principales causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans. Certaines études ont estimé que 9 personnes sur 10 qui se suicident souffrent d'une maladie mentale qui peut être diagnostiquée. Les hommes présentent généralement un risque beaucoup plus élevé de suicide que les femmes.[62-64]

Le taux de suicide en Ontario est demeuré constant depuis dix ans, s'élevant à 8,1 par 100 000 habitants en 2011, l'année la plus récente pour laquelle nous avons des données (figure 5.8). En 2011, le taux de suicide chez les hommes (12,0 par 100 000 habitants) était près de trois fois plus élevé que celui des femmes (4,3 par 100 000 habitants).

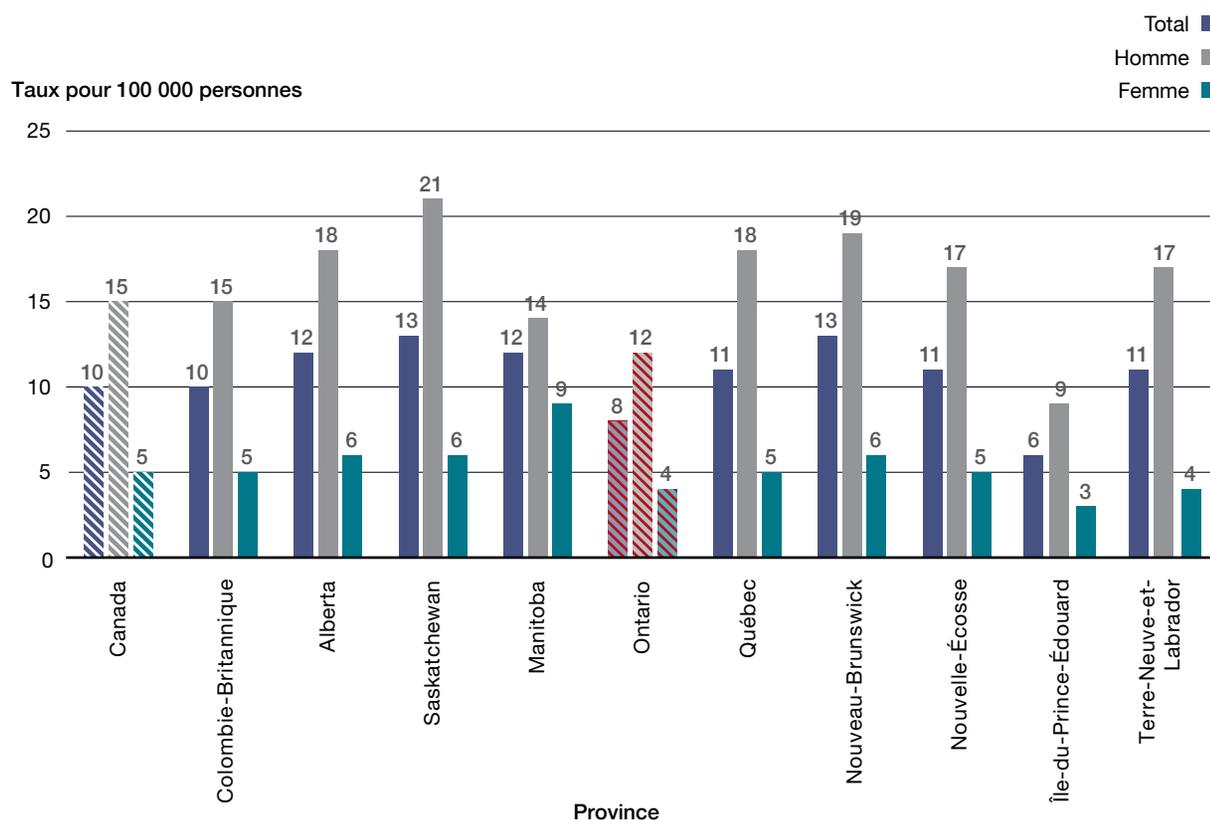
FIGURE 5.8

Taux de suicide par 100 000 habitants<sup>†</sup> en Ontario, au total et selon le sexe, de 2001 à 2011



Source des données : Statistique Canada. Tableau 102-0552. Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM. <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge.

FIGURE 5.9

Taux de suicide par 100 000 habitants<sup>†</sup> au Canada, par province, au total et selon le sexe, en 2011

Source des données : Statistique Canada. Tableau 102-0552. Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM. <sup>†</sup>Données ajustées selon l'âge.

### En résumé

Chaque année, environ un Ontarien sur 200 est hospitalisé pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Bien que ce nombre ait très peu changé au cours des cinq dernières années, les taux sont considérablement plus élevés dans certaines régions, comparativement à la moyenne provinciale, et beaucoup plus bas dans d'autres. Le nombre de patients qui ont été maintenus en contention pendant leurs soins hospitaliers est beaucoup moins élevé qu'il y a six ans, ce qui a entraîné une diminution importante des variations entre les régions des RLSS. Le taux de suicide en Ontario est relativement bas comparativement à celui des autres provinces, mais il n'a pas diminué depuis les dix dernières années.

Au cours des six dernières années, moins du tiers des patients hospitalisés pour une maladie mentale ou une toxicomanie ont eu une consultation de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant leur départ de l'hôpital. Les taux varient d'une région à l'autre pour cet indicateur, ce qui peut laisser supposer que les services de suivi sont moins accessibles dans certaines régions de la province que dans d'autres. Il est difficile de produire des rapports sur la qualité des soins pour les maladies mentales et la toxicomanie en raison des écarts importants qui existent dans les renseignements accessibles, surtout dans les données sur les services communautaires.

# Soins à domicile

Dans le présent chapitre, nous faisons rapport sur quatre indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés aux soins à domicile : la satisfaction des patients à l'égard des services de soins à domicile, le temps d'attente pour certains services de soins à domicile, le placement dans les foyers de soins de longue durée et la détresse chez les personnes soignantes naturelles.

Photo en page couverture : Roger Yip

## Expériences concrètes

### Janice : Aider les personnes soignantes

Janice a d'abord remarqué le comportement étrange de son mari, Derry, quand l'homme de 55 ans habituellement vif d'esprit a commencé à s'interposer dans des conversations portant sur des sujets dont ils avaient discuté longtemps auparavant. Par la suite, les choses n'ont fait qu'empirer lorsque Derry, un gestionnaire de programmes du secteur de l'informatique, s'est mis à perdre un contrat d'entreprise après l'autre. Un diagnostic de démence a finalement été établi.

Janice avait entendu parler de la Société Alzheimer et a téléphoné à l'organisme pour connaître les services offerts. Le personnel l'a beaucoup aidée en lui fournissant des renseignements sur la maladie et lui a suggéré de consulter un gériopsychiatre. « Toutefois, en ce qui a trait au soutien et à la relève, j'étais vraiment seule pour tout faire », dit Janice.

Près de 13 ans après l'annonce du diagnostic, Janice était toujours la principale personne soignante de son mari, alors que la situation était passée de mauvaise à impossible à gérer. Elle tenait un journal de ses expériences et trouve aujourd'hui presque incroyables les difficultés que Derry et elle-même ont traversées quotidiennement. Janice se hâtait de tout faire à la maison, tout en aidant Derry à effectuer des tâches élémentaires qui sont devenues de plus en plus difficiles pour lui. Il essayait de laver la vaisselle, mais des assiettes sales se retrouvaient dans l'égoûttoir. Il a essayé d'entretenir le jardin et a fini

par le détruire. Il oubliait de mettre ses pantalons, était incapable de faire un taco et ne tirait jamais la chasse d'eau.

Le pire, ajoute Janice, c'était d'ignorer ce que Derry était en mesure de faire. « J'avais toujours le sentiment qu'il pouvait faire quelque chose puis, lorsqu'il en était incapable, j'étais frustrée, en colère, puis je me sentais coupable, » dit-elle. « Et je crois que la colère, la culpabilité et finalement le désespoir, c'est ce qui fait souffrir. »

En 2010, la Société Alzheimer de Peel a lancé le programme Premier lien visant à aider les personnes comme Janice lorsqu'elles constatent qu'un membre de la famille souffre de démence. Premier lien contribue à mettre les patients en contact avec des personnes soignantes afin d'obtenir du soutien dès qu'ils quittent le bureau de leur médecin, ergothérapeute, physiothérapeute ou infirmier praticien. Il arrive souvent que les personnes reçoivent un appel en rentrant chez elles, affirme Katie, une intervenante de la Société Alzheimer de Peel.

Compte tenu du nombre limité de lits dans les foyers de soins de longue durée et du nombre de personnes souffrant de démence qui souhaitent demeurer chez elles le plus longtemps possible, Katie affirme que Premier lien s'efforce d'aider les familles à s'y retrouver dans les soins offerts aux personnes à domicile.

« Il ne s'agit pas d'une maladie que l'on peut prendre en charge seul. Il y a tellement de gens qui peuvent fournir du soutien. »

« Il ne s'agit pas d'une maladie que l'on peut prendre en charge seul, » affirme Katie. « Il y a tellement de gens qui peuvent fournir du soutien. »

Lorsqu'il est devenu impossible pour Janice de continuer à prendre soin de Derry à la maison, elle l'a conduit à l'hôpital où il est resté pendant six mois, avant d'être admis dans un nouvel établissement de soutien en cas de troubles du comportement à Mississauga.

Janice est membre d'un programme appelé Programme de répit soignant qui travaille à identifier les possibilités d'améliorer et de développer des options de répit pour les aidants naturels. « C'est l'une des choses qui me manquaient à la fin, » confie Janice. « J'avais utilisé toutes les ressources possibles, puis la situation a dégénéré et, lorsque j'en avais réellement besoin, je n'ai pas pu trouver la relève appropriée. »

# Changement dans les foyers de soins

Au cours des dernières années, l'effort délibéré déployé pour délaissier les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée pour les soins aux patients a fait augmenter la demande de services de soins à domicile en Ontario. Ce virage des soins qui sont passés des établissements au domicile a accru non seulement le nombre de personnes cherchant à obtenir des soins chez elles, mais aussi le niveau de soins qu'elles reçoivent.

De nos jours, environ les deux tiers des patients soignés à domicile sont classés comme ayant des besoins élevés en matière de soins, ce qui constitue une hausse par rapport à un peu plus du tiers de ces personnes il y a cinq ans.[65] Les patients doivent souvent compter sur leur famille ou leurs amis pour obtenir du soutien, surtout si leurs besoins en matière de soins ne sont pas satisfaits. Cette situation peut imposer un énorme fardeau aux personnes soignantes naturelles et diminuer leur capacité à soutenir leurs proches. Cependant, lorsque les patients reçoivent les bons services et les bons soins à leur domicile en temps opportun, cela peut aider à éviter l'épuisement chez les personnes soignantes. Pour les patients, le fait de recevoir les bons soins à domicile peut réduire le besoin d'hospitalisations, de longs séjours à l'hôpital ou de placements dans des foyers de soins de longue durée.

## Principales observations

Le pourcentage de personnes admises dans un foyer de soins de longue durée dont les besoins en matière de soins sont faibles ou modérés varie considérablement d'une région à l'autre de la province.

Le tiers des personnes soignantes naturelles éprouvent de la détresse, soit deux fois plus qu'il y a quatre ans.

Les pourcentages de patients soignés à domicile ayant des besoins complexes qui reçoivent des services de soutien de la personne dans le délai ciblé de cinq jours varient beaucoup d'une région à l'autre de l'Ontario

L'Ontario compte 14 centres d'accès aux soins communautaires (CASC) qui coordonnent et fournissent un large éventail de services de soins à domicile, dont des services de soins infirmiers, de gestion des cas, de soutien à la personne, de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de travail social, de conseils en matière d'alimentation et de fournitures médicales. Les services de soins à domicile financés par le secteur public sont offerts par le personnel du CASC ou par des organismes liés par contrat aux CASC. Les centres travaillent également avec les fournisseurs de soins primaires, les hôpitaux et les services de soutien communautaires pour aider les patients soignés à domicile à naviguer dans le système de santé et à gérer les transitions d'un établissement à un autre.[65] Les 14 CASC ont les mêmes limites géographiques que les RLSS et partagent les mêmes noms géographiques (voir la figure 1.2).

Le présent chapitre renferme des indicateurs des services de soins infirmiers et de soutien prodigués par les CASC en Ontario, mais nous n'avons pas d'indicateurs des autres services de soutien communautaires comme les services de livraison de repas ou d'aide familiale, sur lesquels comptent certains patients soignés à domicile pour rester chez eux.

## En attente de services de soins à domicile

La plupart des patients soignés à domicile reçoivent des services dans le délai ciblé de cinq jours

La prestation de soins à domicile en temps opportun est essentielle pour aider les gens à rester chez eux et à éviter des consultations aux services des urgences. En 2013, l'Ontario a annoncé des objectifs de temps d'attente de cinq jours pour les services de soins infirmiers pour tous les patients soignés à domicile, ainsi que pour les services de soutien à la personne pour les patients ayant des besoins complexes.[69]

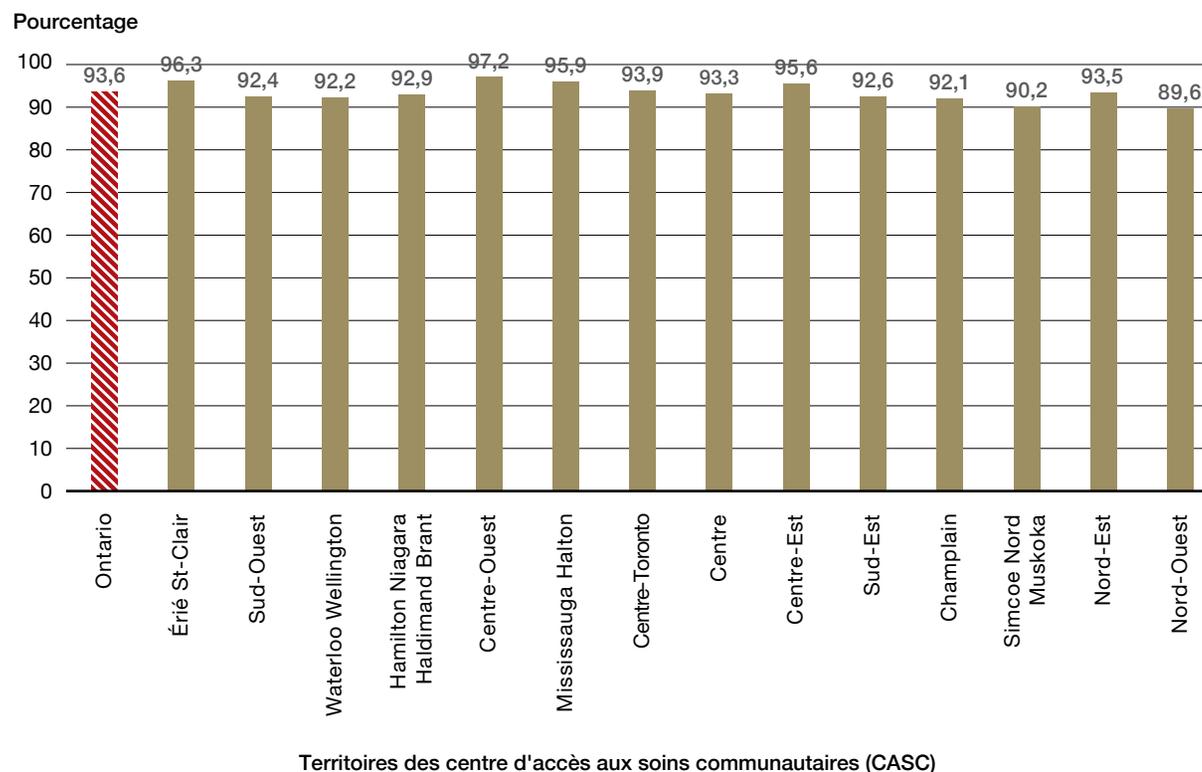
Plusieurs étapes doivent être suivies avant qu'un patient reçoive des soins à domicile en Ontario. En règle générale, un patient est d'abord aiguillé vers des soins à domicile, puis un coordonnateur de soins procède à une évaluation. Une autorisation est ensuite accordée pour permettre à un fournisseur de services d'offrir un ou plusieurs services, puis la prestation des services peut débuter. L'indicateur de temps d'attente déclaré ici ne couvre que le temps écoulé à partir de l'autorisation de fournir les services jusqu'au début de la prestation des services de soins infirmiers et de soutien à la personne à des patients adultes soignés à domicile nouveaux ou existants. Il ne couvre pas les temps d'attente qui peuvent survenir à d'autres étapes du processus ou pour les patients qui attendent d'autres types de soins à domicile.

En 2013–2014, 93,6 % des patients recevant des soins infirmiers à domicile en Ontario ont reçu leur première visite du personnel infirmier dans les cinq jours. Le pourcentage est semblable à celui de l'année précédente (2012–2013), soit 94,0 %.[70]

Entre les régions des CASC, il existe des écarts modérés dans le pourcentage de patients ayant reçu

FIGURE 6.1

Pourcentage des patients soignés à domicile âgés de 19 ans et plus qui ont reçu leur première visite pour des soins infirmiers dans les 5 jours suivant l'autorisation de les recevoir, en Ontario, par région de CASC, 2013–2014



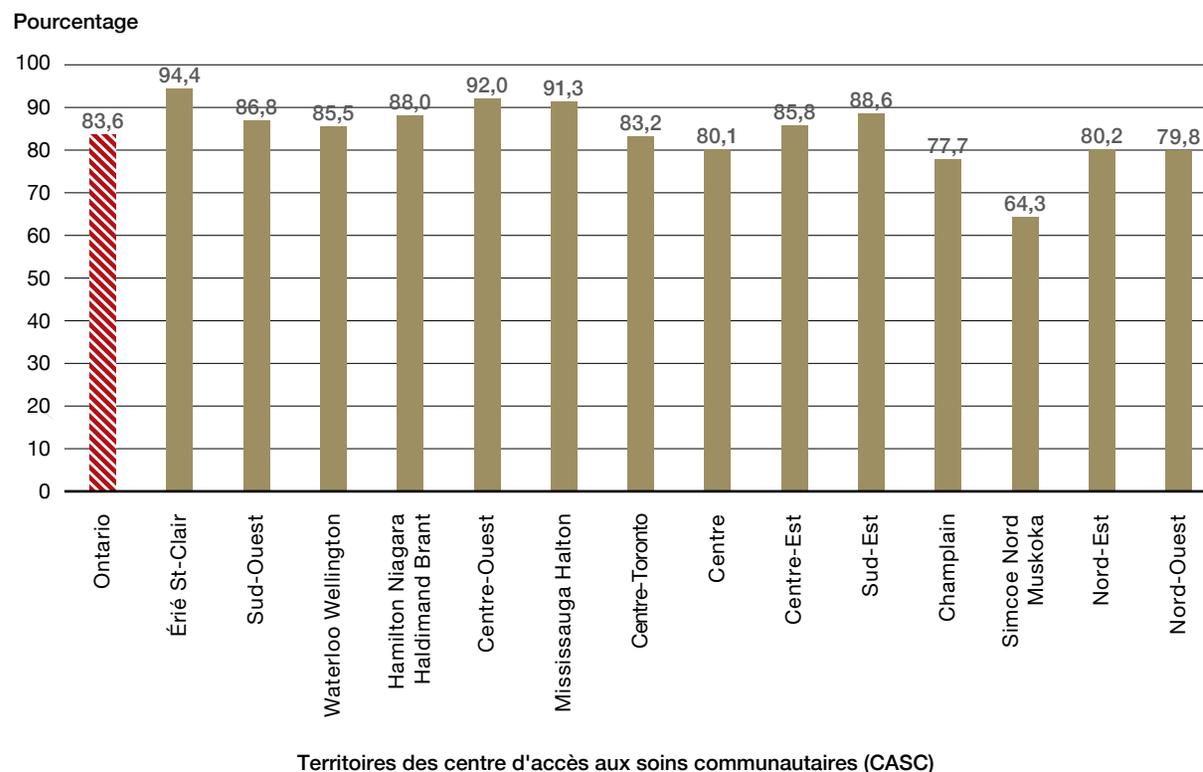
Source des données : Base de données sur les soins à domicile, fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

des soins infirmiers à domicile dans les cinq jours en 2013–2014, ce taux allant de 89,6 % dans le CASC du Nord-Ouest à 97,2 % dans le CASC du Centre-Ouest (figure 6.1).

En 2013–2014, 83,6 % des patients ayant des besoins complexes qui nécessitaient des services de soutien à la personne les ont reçus dans les cinq jours suivant l'autorisation de les recevoir. Ce taux varie considérablement dans l'ensemble de la province, allant de 64,3 % dans le CASC de Simcoe Nord Muskoka à 94,4 % dans le CASC d'Érié St-Clair (figure 6.2).

FIGURE 6.2

**Pourcentage de patients âgés de 19 ans ou plus ayant des besoins complexes recevant des soins à domicile qui ont reçu leur visite pour des services de soutien de la personne dans les cinq jours suivant l'autorisation de les recevoir, en Ontario et par région du CASC, 2013–2014**



Source des données : Base de données sur les soins à domicile, fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

## Placement dans les foyers de soins de longue durée

Le pourcentage de personnes admises dans un foyer de soins de longue durée varie considérablement d'une région à l'autre de la province

De nombreuses personnes veulent rester chez elles aussi longtemps que possible et reporter ou éviter leur emménagement dans un foyer de soins de longue durée. Pour le système de santé, les soins de longue durée sont plus coûteux que les soins à domicile et les soins communautaires.[71,72]

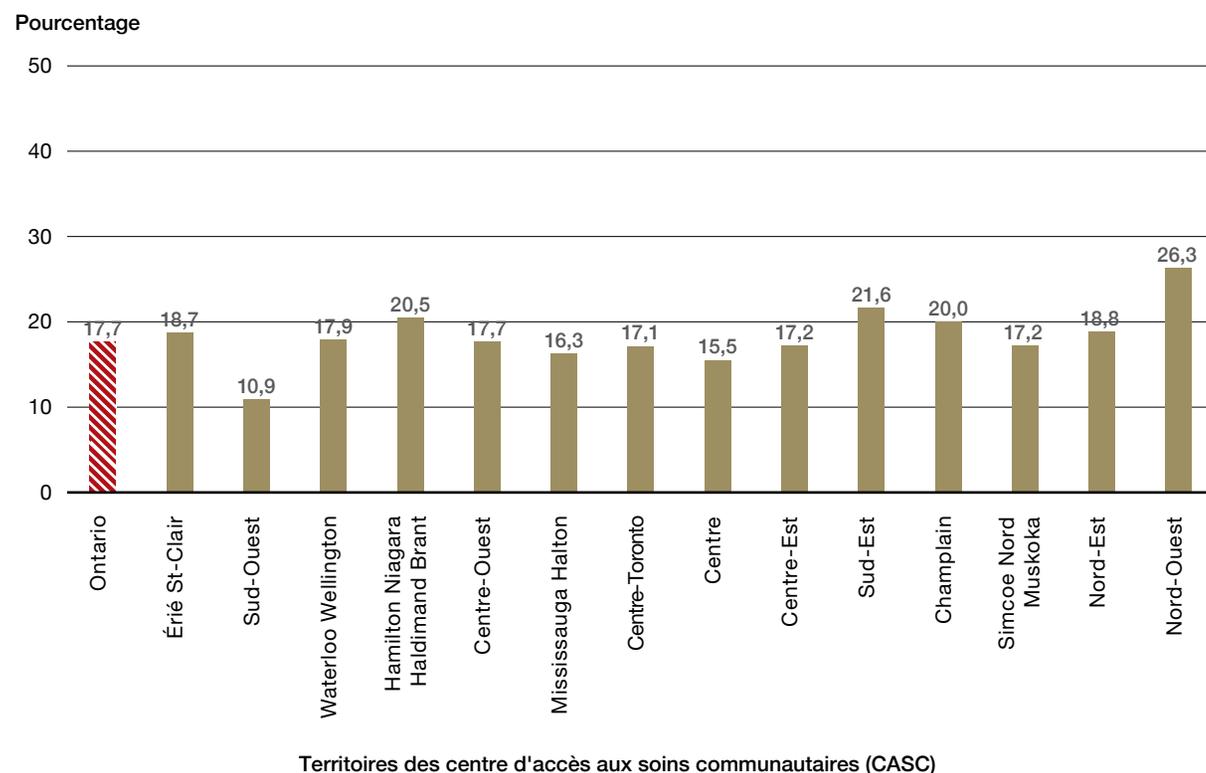
Les CASC utilisent un outil d'évaluation normalisé pour donner la priorité à l'accès aux services de soins à domicile et faciliter la gestion du placement dans les foyers de soins de longue durée en Ontario. Les personnes qui obtiennent des notes faibles ou moyennes peuvent habituellement, avec le bon soutien, demeurer chez elles ou ailleurs dans la collectivité, par exemple, dans des maisons de retraite ou des résidences offrant des services d'aide à la vie autonome. Dans le cas de cet indicateur, un faible résultat est une bonne chose : moins de personnes dont les notes sont faibles ou moyennes sont admises dans un foyer de soins de longue durée.[73,74]

En 2013-2014, 17,7 % des personnes admises dans un foyer de soins de longue durée avaient des besoins faibles ou modérés en matière de soins (figure 6.3). Ce pourcentage est identique à celui de l'année précédente (17,8 % en 2012-2013).[75]

Il varie beaucoup d'une région de CASC à l'autre, le taux de la région du CASC du Nord-Ouest (26,3 %) étant plus de deux fois supérieur à celui de la région du CASC du Sud-Ouest (10,9 %) (figure 6.3).

FIGURE 6.3

Pourcentage de personnes dont les notes sont faibles ou moyennes en matière de soins qui ont été admises dans un foyer de soins de longue durée, en Ontario, par région de CASC, 2013-2014



Sources de données : Système de gestion des clients des CASC et RAI-HC par l'intermédiaire du logiciel d'évaluation des séjours prolongés, fournis par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario.

## Détresse des personnes soignantes naturelles

Le pourcentage de personnes soignantes naturelles en détresse a plus que doublé au cours des quatre dernières années

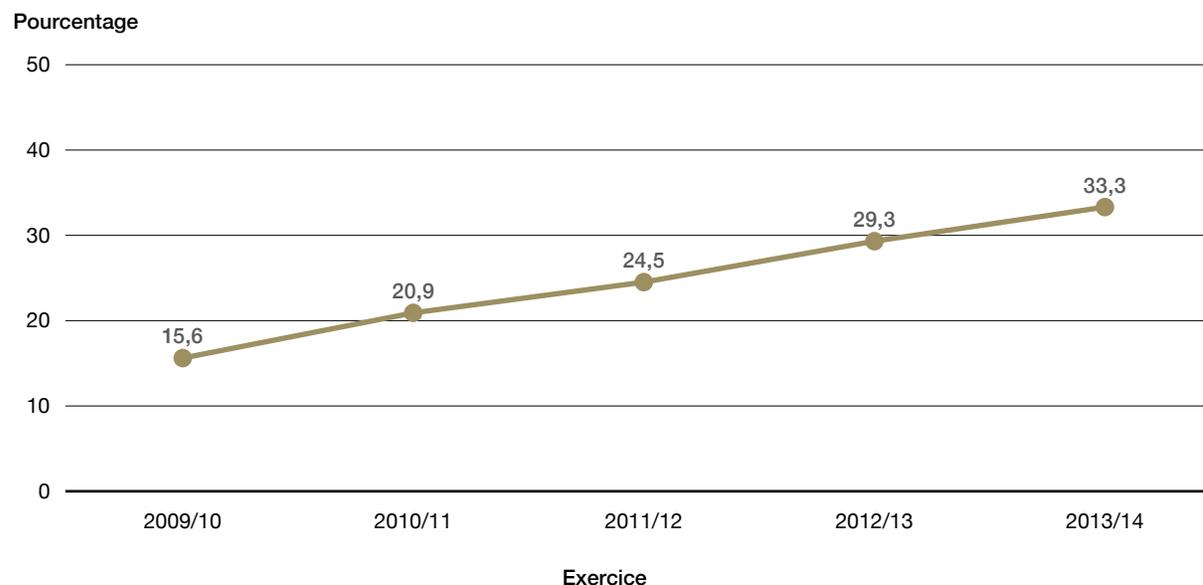
Presque tous les patients soignés à domicile (97 %) reçoivent de l'aide d'une personne soignante naturelle susceptible d'être un membre de la famille, un ami ou un voisin. Outre le bien-être qu'elles procurent sur le plan émotif, les personnes soignantes naturelles aident aussi les patients soignés à domicile à mener les activités suivantes : les courses à l'épicerie, le ménage, le transport, la gestion des médicaments et la toilette. Non seulement les personnes soignantes naturelles jouent-elles un rôle clé dans le soutien des patients, mais elles font également partie intégrante des soins à domicile.[76,77]

Il peut s'avérer très difficile et stressant d'être une personne soignante naturelle. Une partie de l'évaluation des soins à domicile consiste donc à déterminer le degré de détresse de la personne soignante naturelle du patient—la personne sur laquelle compte le plus le patient.

En 2013-2014, 33,3 % des principales personnes soignantes naturelles qui aidaient des patients soignés à domicile nécessitant des soins à long terme (Long séjour clients de soins à domicile) en Ontario ont dit éprouver de la détresse, de la colère ou de la dépression, ou étaient incapables de continuer à donner des soins (figure 6.4). Ce pourcentage a plus que doublé sur une période de quatre ans, comparativement à 15,6 % en 2009-2010.

FIGURE 6.4

Pourcentage de patients soignés à domicile qui reçoivent l'aide d'une personne soignante naturelle incapable de poursuivre ses activités de soins ou disant éprouver de la détresse, de la colère ou de la dépression, en Ontario, 2009-2010 à 2013-2014



Source des données : Système d'information sur les services à domicile, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé.

## Expérience des patients

Plus de 9 patients ontariens sur 10 interrogés continuent de déclarer avoir une expérience positive quant à leurs soins à domicile

Sonder les patients sur leur expérience avec les services de soins de santé qu'ils reçoivent est devenu une pratique répandue pour améliorer la qualité des soins. Une expérience positive chez les patients entraîne souvent de meilleurs résultats.[66,67]

L'Ontario a élaboré une démarche commune pour mesurer l'expérience des patients soignés à domicile. On déclare que les patients ont une expérience positive s'ils indiquent que leurs services sont bons, très bons ou excellents.

En 2013–2014, 92 % des patients interrogés soignés à domicile en Ontario ont déclaré avoir une expérience positive avec les services qu'ils ont reçus, tant des coordonnateurs de soins que des fournisseurs de services. Ce résultat est stable comparativement au taux de l'année précédente, qui était de 93 % (2012–2013).[68]

Il n'existe qu'une légère variation dans les expériences des patients avec les services de soins à domicile dans l'ensemble de la province. Le pourcentage de patients déclarant avoir une expérience positive varie de 91 % dans les régions des CASC de Mississauga Halton, du Centre et du Centre-Ouest, à 94 % dans les régions des CASC du Sud-Ouest et du Sud-Est.[68]

## En résumé

Dans un contexte où la demande de services de soins à domicile est croissante, la plupart des indicateurs pour les soins à domicile n'ont connu aucune amélioration par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, la plupart des patients soignés à domicile continuent de signaler des expériences positives en ce qui a trait aux soins à domicile qu'ils reçoivent. De plus, la plupart des soins infirmiers et des services de soutien à la personne (pour les patients ayant des besoins complexes) commencent dans les cinq jours suivant l'autorisation, le délai ciblé qu'a fixé le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour ces services.

Toutefois, de plus en plus de familles et d'amis qui agissent à titre de principal soutien non officiel pour les patients soignés à domicile se sentent stressés par ce rôle : la détresse des personnes soignantes a plus que doublé sur une période de quatre ans. La variation régionale dans le pourcentage de nouveaux pensionnaires de foyers de soins de longue durée nécessitant des niveaux de soins faibles ou modérés, et l'absence générale d'amélioration pour cet indicateur attirent également l'attention sur des besoins négligés. Cela met en lumière des possibilités axées sur une meilleure intégration des soins à domicile et d'autres services afin que les personnes qui n'ont pas de besoins complexes puissent demeurer chez elles plus longtemps.

# Soins hospitaliers



Dans le présent chapitre, nous faisons rapport sur sept indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés aux services des urgences et aux soins actifs prodigués aux patients hospitalisés : l'expérience des patients, le temps passé aux services des urgences, le temps d'attente pour certaines interventions pratiquées dans les hôpitaux (arthroplasties, interventions cardiaques et chirurgies du cancer), les infections nosocomiales et les taux d'accouchement par césarienne.

## Expériences concrètes

### Brian : Au cœur du problème

Brian jouait une partie de tennis intense de la ligue de compétition lorsqu'il s'est senti étrangement fatigué. « Je me souviens avoir mis un genou à terre et avoir levé les yeux vers le dôme du court de tennis en me demandant ce que l'on pouvait ressentir lorsque l'on faisait une crise cardiaque », raconte le directeur des ventes de TI de Whitby. « J'ai essayé de poursuivre la partie, jusqu'au point où je ne pouvais tout simplement plus respirer, et j'ai dû déclarer forfait. »

Le lendemain, Brian se sentait mieux, mais sa femme a insisté pour qu'il consulte le médecin de famille, qui n'a rien trouvé d'inquiétant au cours de l'examen préliminaire, mais qui l'a envoyé faire des examens supplémentaires. « Je ne semblais pas être le candidat idéal pour une cardiopathie. À 46 ans, bientôt 47, j'étais plutôt en forme », explique Brian, en soulignant qu'il ne présentait aucun facteur de risque (tabagisme, hypertension, taux élevé de cholestérol, diabète ou surpoids), bien qu'il y ait des cas de maladie cardiaque dans sa famille.

À l'issue de cinq semaines d'exams, un angiogramme a révélé que trois des quatre principales artères de Brian étaient presque intégralement obstruées. Lorsqu'on lui a annoncé qu'il devait subir un triple pontage, cela a été un choc : « Chacun continuait de vivre sa vie. Mes enfants allaient toujours à l'école, ma femme allait travailler,

pendant que moi, je faisais les 100 pas dans la maison, telle une bombe à retardement humaine. »

Un appel rassurant de son médecin de famille a quelque peu dissipé l'anxiété intense que Brian ressentait au départ, pendant l'attente des résultats, mais son état se détériorait. « Je me souviens avoir marché dans la rue pendant peut-être cinq minutes, même pas, deux minutes, et avoir dit à ma femme : "Il faut que je rentre, je ne peux plus respirer." »

Après six semaines d'attente, Brian a été opéré dans un hôpital de Toronto. Tout s'est bien passé, mais après l'opération, il a dû passer deux nuits supplémentaires dans l'unité de soins intensifs, bruyante, très éclairée et absolument pas reposante, car aucun lit n'était disponible dans le service de rétablissement. Il ajoute que dans l'ensemble, le personnel de l'hôpital a été formidable et que l'on s'est bien occupé de lui. Il est rentré chez lui cinq jours après l'intervention chirurgicale.

« Comme vous vous en doutez, le plus difficile était vraiment de me pencher, de me lever et de me coucher, parce qu'il faut tourner le torse et qu'environ 80 agrafes maintenaient mon mollet, tout mon avant-bras gauche et ma poitrine ensemble. » Brian qualifie d'« exceptionnel » le Programme de réadaptation cardiaque, qui l'a aidé à reprendre les activités qu'il aime. Un an après l'opération, il participait à une course de 10 kilomètres.

« Chacun continuait de vivre sa vie. Mes enfants allaient toujours à l'école, ma femme allait travailler, pendant que moi, je faisais les 100 pas dans la maison, telle une bombe à retardement humaine. »

# Services des urgences et hospitalisation

Les hôpitaux fournissent un large éventail de services aux patients hospitalisés et aux patients externes. Dans le présent chapitre, nous examinons les mesures des soins prodigués par les services des urgences et les salles de soins actifs, où les patients sont traités (habituellement pendant une brève période) pour une maladie, une blessure ou une maladie de courte durée, mais grave, et où ils subissent des interventions chirurgicales et reçoivent des soins de rétablissement, le cas échéant. L'objectif est de donner aux patients leur congé dès qu'il est approprié pour eux de retourner à la maison ou d'aller dans un autre milieu de soins comme un centre de réadaptation ou un foyer de soins de longue durée, ou de recevoir des soins à domicile.

## Principales observations

---

Plus de 95 % des patients en attente d'une intervention cardiaque urgente l'ont obtenue dans le délai recommandé en 2014–2015

Le taux d'infections à la bactérie C. difficile contractées dans les hôpitaux a légèrement diminué ces dernières années

Près d'une naissance à très faible risque sur cinq a eu lieu par césarienne

Les gens se rendent dans les hôpitaux pour une vaste gamme d'affections, habituellement pendant une brève période.

## Expérience des patients

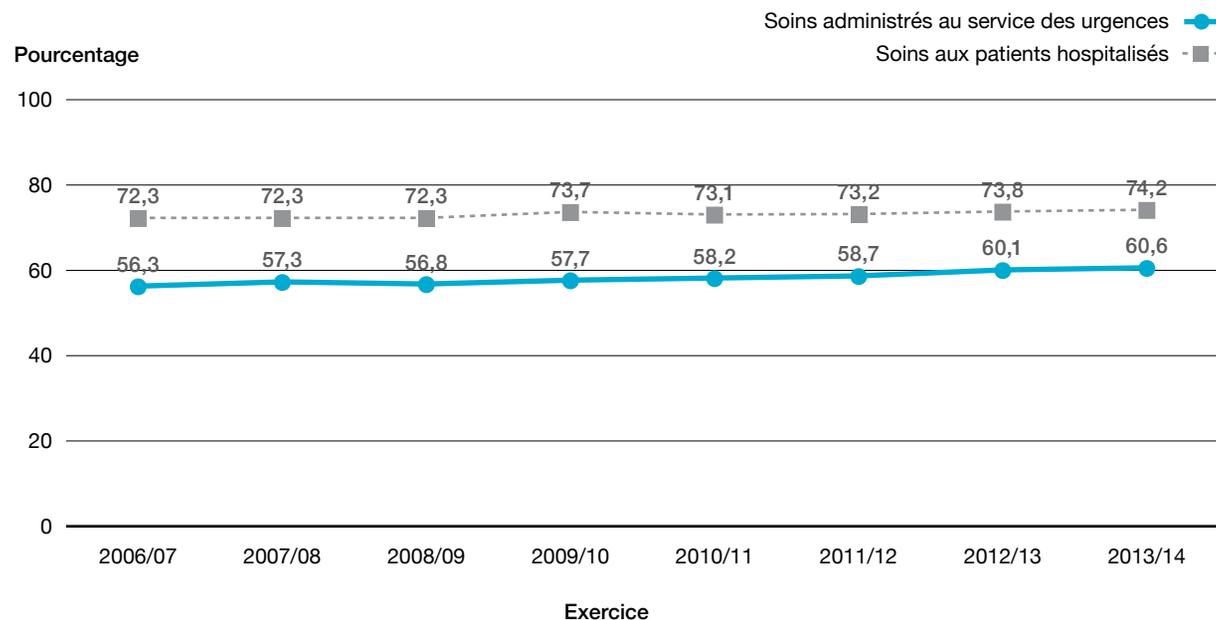
Près des trois quarts des patients hospitalisés en Ontario interrogés recommanderaient l'hôpital où ils ont reçu des soins à leurs amis et aux membres de leur famille

Plus de 80 % des hôpitaux ontariens recueillent des renseignements sur l'expérience des patients, faisant appel à des démarches communes pour sonder les patients après qu'ils ont reçu leur congé de l'hôpital. On demande aux patients qui participent au sondage s'ils recommanderaient l'hôpital où ils ont reçu des soins à leur famille et à leurs amis. Les options de réponse comprennent : « Oui, sans aucun doute, » « Oui, probablement » et « Non. »

Chez les personnes qui ont consulté les urgences d'un hôpital, le pourcentage ayant déclaré qu'elles recommanderaient sans aucun doute cet hôpital à leur famille et à leurs amis s'est légèrement amélioré au cours des sept dernières années, passant de 56,3 % en 2006–2007 à 60,6 % en 2013–2014. Chez les personnes qui ont obtenu leur congé de l'hôpital après avoir reçu des soins aux patients hospitalisés, le pourcentage ayant déclaré qu'elles recommanderaient sans aucun doute cet hôpital était plus élevé, mais n'a pratiquement pas changé au cours de la même période, soit 72,3 % en 2006–2007 comparativement à 74,2 % en 2013-2014 (figure 7.1).

FIGURE 7.1

**Séjour à l'hôpital : pourcentage de répondants qui recommanderaient « sans aucun doute » l'hôpital à leur famille et à leurs amis, en Ontario, 2006–2007 à 2013–2014**



Source des données : National Research Corporation of Canada, données fournies par l'Association des hôpitaux de l'Ontario.

## Durée du séjour aux services des urgences

Malgré le nombre croissant de consultations aux urgences, la durée maximale du séjour pour 90 % des patients continue de diminuer

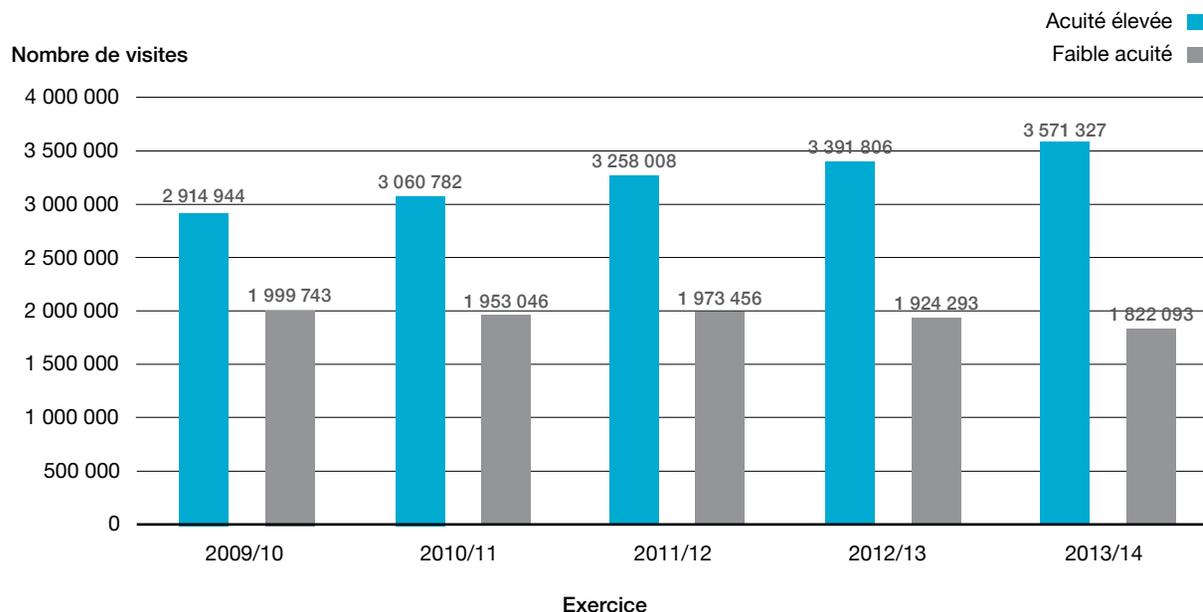
La mesure de l'utilisation des services des urgences des hôpitaux et de la longueur des séjours des patients fournit non seulement des renseignements sur les soins qui sont prodigués dans ces hôpitaux, mais également sur le fonctionnement des différentes parties du système de santé. Certains patients ont réellement besoin de se présenter aux urgences, alors que d'autres peuvent les consulter parce qu'ils ne peuvent obtenir de soins ailleurs lorsqu'ils en ont besoin ou en raison de complications découlant d'une affection chronique qui n'est pas prise en charge de façon adéquate. Les fournisseurs de soins primaires peuvent également envoyer des patients aux services des urgences afin qu'ils aient un accès plus rapide à des spécialistes ou à certains tests.

Environ 10 % des patients qui visitent les services des urgences de l'Ontario ont besoin d'être admis à l'hôpital pour y subir d'autres traitements.[78] Certains de ces patients peuvent passer beaucoup de temps aux urgences parce qu'on manque de lits réservés aux patients hospitalisés. Le manque de lits ouverts pourrait, pour sa part, être le résultat d'autres facteurs qui ont une incidence sur le système de santé, comme des patients incapables de quitter l'hôpital pour recevoir des soins dans d'autres établissements (par exemple, voir la figure 3.8, « Pourcentage de jours d'hospitalisation en soins actifs désignés une attente d'un autre niveau de soins »).

En 2013–2014, près de 5,4 millions d'imprévu de consultations ont été effectuées aux services des urgences de l'Ontario (figure 7.2). Bien que le nombre

FIGURE 7.2

Nombre de consultations aux services des urgences par niveau de gravité, en Ontario, 2009–2010 à 2013–2014



Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par Action Cancer Ontario.

total de consultations ait légèrement augmenté depuis 2009–2010, on constate un changement dans l'urgence des soins dont les patients ont besoin. Le nombre de personnes ayant des besoins plus urgents (affections très graves) a augmenté, alors que moins de gens se présentent aux services des urgences pour des besoins moins urgents (affections mineures) (figure 7.2). En 2013–2014, les patients ayant des états pathologiques de faible gravité représentaient environ 34 % des consultations aux services des urgences en Ontario, alors que les patients ayant des états

pathologiques de gravité élevée en représentaient environ 66 %.[79]

La durée du séjour aux services des urgences mesure le temps total qu'y passe une personne qui se rend aux services des urgences. Cette durée s'entend de la période comprise entre l'inscription du patient ou l'évaluation de l'urgence de ses besoins (triage), selon ce qui se produit en premier, et le moment où le patient quitte les services des urgences ou est transféré dans un lit d'hôpital afin de recevoir davantage de soins.

Nous faisons rapport sur la durée médiane du séjour aux services des urgences et le 90<sup>e</sup> percentile de la durée du séjour aux services des urgences.

Le 90<sup>e</sup> percentile de la durée du séjour aux services des urgences correspond au temps maximum passé par neuf patients sur dix (90 %) aux services des urgences avant de recevoir un congé ou d'être transféré à un lit d'hôpital. Les 10 % qui restent demeurent aux services des urgences plus longtemps que le 90<sup>e</sup> percentile. La durée médiane du séjour est le point milieu des durées de séjour des patients aux services des urgences : la moitié des personnes passe moins de temps que la durée médiane, et l'autre moitié reste plus longtemps.

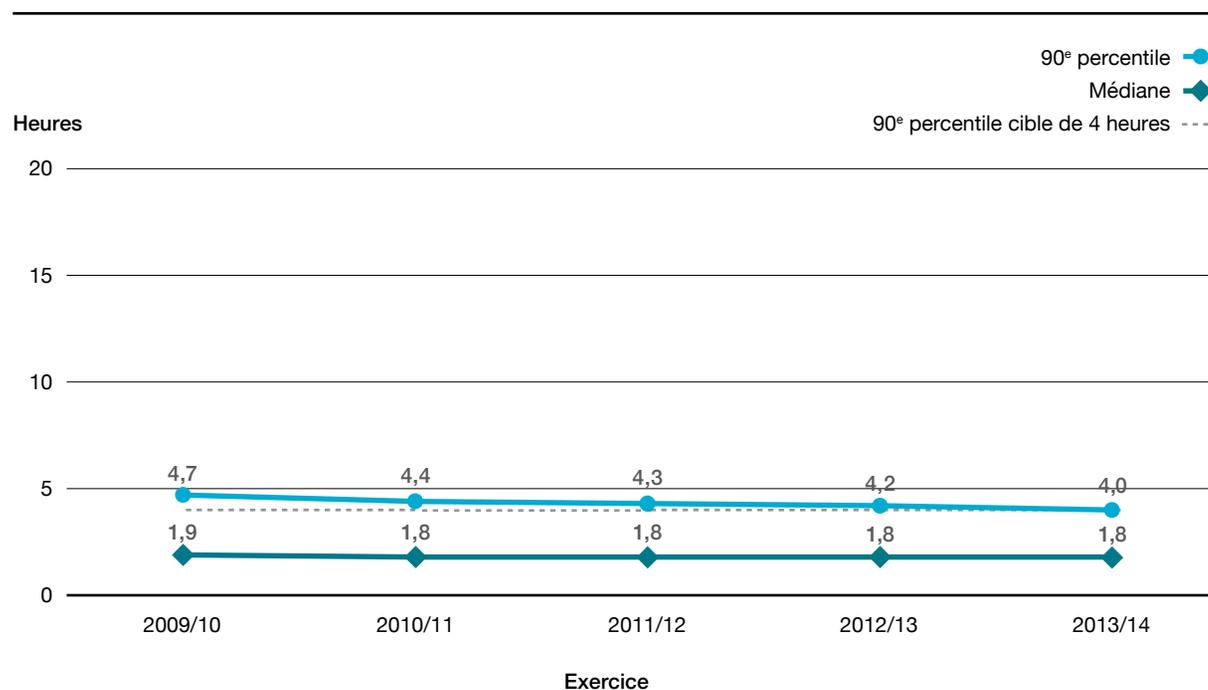
Le 90<sup>e</sup> percentile est utile comme mesure d'une durée maximale escomptée de séjour; la durée médiane indique la durée d'une visite aux services des urgences à laquelle les personnes peuvent habituellement s'attendre.[80]

Au moyen de la mesure du 90<sup>e</sup> percentile, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée établit les objectifs relativement au temps que les patients devraient passer aux services des urgences en Ontario.[80] Ces objectifs sont les suivants :

- quatre heures pour les patients ayant des états pathologiques de faible gravité (personnes dont l'état médical n'a pas à être évalué immédiatement);
- huit heures pour les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée (personnes qui doivent être examinées immédiatement ou dans un très court délai); l'objectif ne concerne plus les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée, car ces patients doivent habituellement passer des tests et recevoir des soins qui demandent plus de temps.

FIGURE 7.3

**Temps maximal passé par 9 patients sur 10 (90<sup>e</sup> percentile) et 5 patients sur 10 (médiane) aux services des urgences pour des états pathologiques de faible gravité, en Ontario, 2009–2010 à 2013–2014**



Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par Action Cancer Ontario.

Un meilleur rendement en ce qui a trait aux objectifs comme ceux-ci est associé à une diminution du risque d'hospitalisation et de décès dans la semaine suivant la visite aux services des urgences.[81]

### Patients ayant des états pathologiques de faible gravité

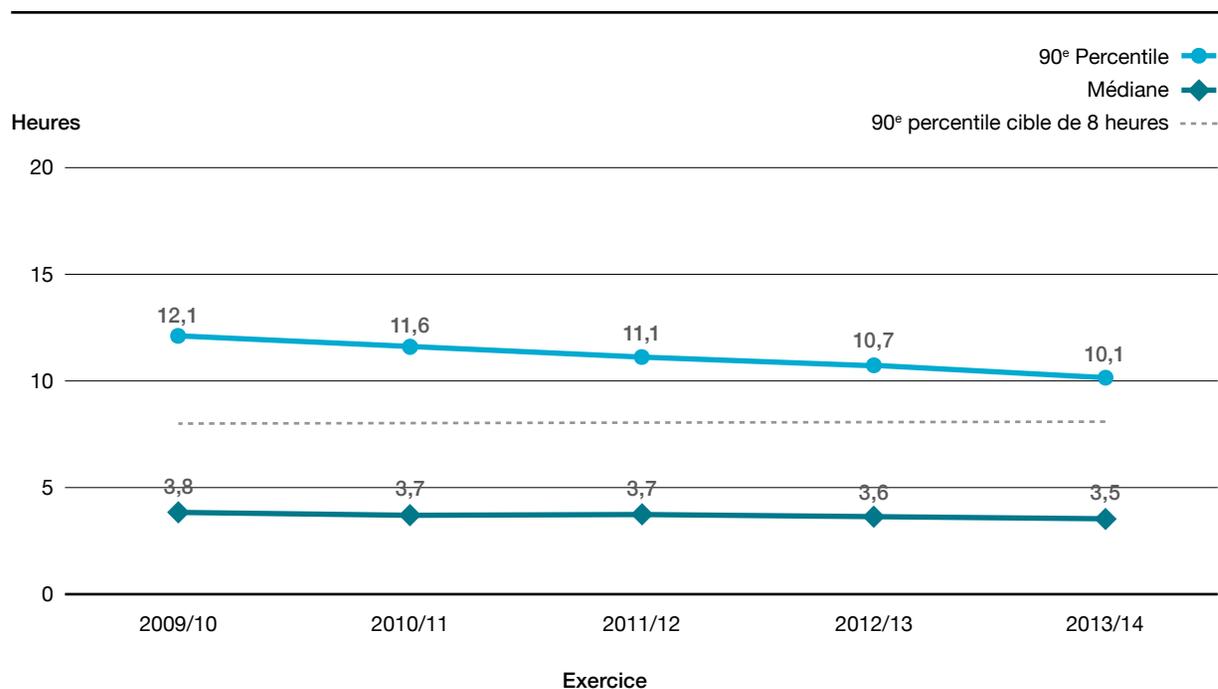
Les patients ayant des états pathologiques de faible gravité en Ontario présentaient un 90<sup>e</sup> percentile de la durée du séjour aux services des urgences de 4,0 heures en 2013–2014, ce qui signifie que 90 % des patients recevaient leur traitement complet aux services des urgences en moins de 4,0 heures, conformément à l'objectif du ministère pour ce groupe de patients. Cette durée a diminué (il y a eu amélioration) de façon constante chaque année depuis 2009–2010, alors qu'elle s'élevait à 4,7 heures. La durée médiane du séjour des patients ayant des états pathologiques de faible gravité est demeurée stable depuis 2009–2010. En 2013–2014, elle s'élevait à 1,8 heure, ce qui signifie que 50 % des patients recevaient leur congé à l'intérieur de ce délai (figure 7.3).

### Patients ayant des états pathologiques de gravité élevée

Les patients ayant des états pathologiques de gravité élevée présentaient un 90<sup>e</sup> percentile de la durée du séjour aux services des urgences de 10,1 heures en 2013–2014, une amélioration comparativement aux 12,1 heures en 2009–2010, bien que cette durée soit de 2,1 heures plus longue que l'objectif de 8 heures (figure 7.4). La durée médiane du séjour, qui représente la durée que les patients ayant des besoins plus immédiats peuvent s'attendre à passer dans un service des urgences, est de 3,5 heures en 2013–2014, en légère baisse depuis 2009–2010.

FIGURE 7.4

Temps maximal passé par 9 patients sur 10 (90<sup>e</sup> percentile) et 5 patients sur 10 (médiane) aux services des urgences pour des états pathologiques de faible gravité, en Ontario, 2009–2010 à 2013–2014



Source des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par Action Cancer Ontario.

## Temps d'attente pour des interventions

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a élaboré la Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente afin d'améliorer l'accès à des interventions, à des chirurgies et à des tests de diagnostic donnés. La Stratégie comprend un ensemble d'objectifs relatifs aux temps d'attente pour des interventions non urgentes : le temps maximal recommandé que les patients devraient attendre, selon l'urgence de leur état. Nous publions les pourcentages de patients ontariens qui ont subi certaines interventions à l'intérieur du temps ciblé.[82]

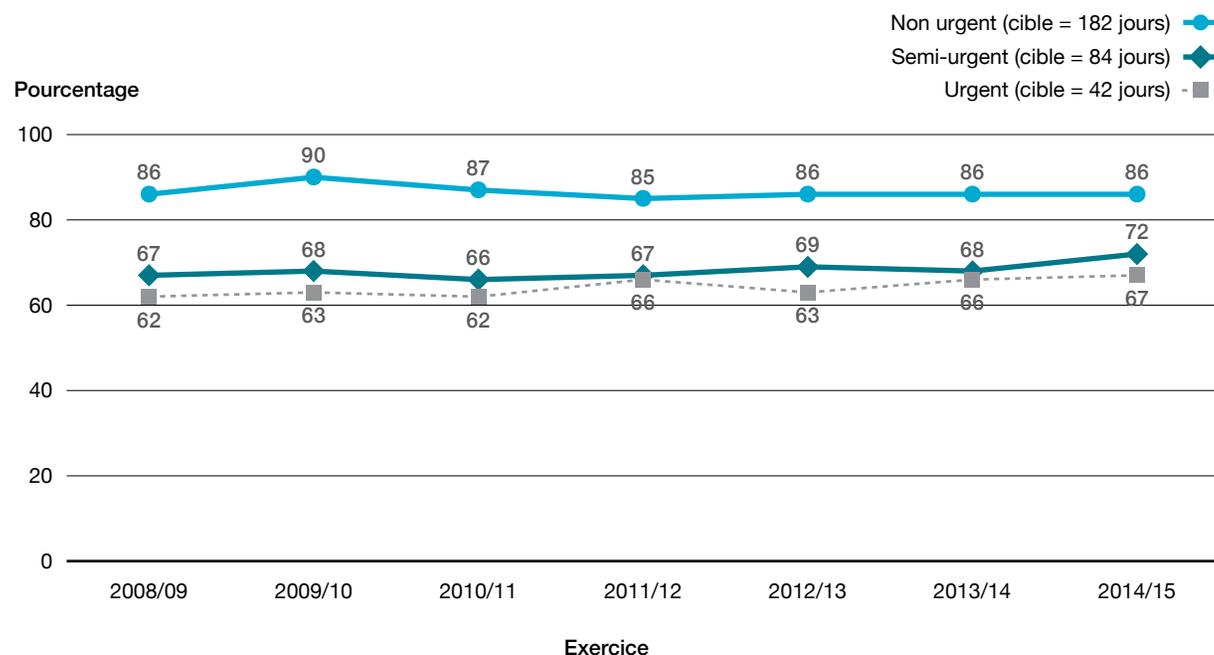
## Arthroplasties de la hanche ou du genou réalisées à l'intérieur des temps d'attente ciblés

Bien que le nombre d'arthroplasties non urgentes ait augmenté, le pourcentage de celles qui ont été effectuées dans le respect des temps d'attente ciblés est demeuré stable ou s'est amélioré

Une arthroplastie de la hanche ou du genou peut améliorer considérablement la mobilité et la qualité de vie d'un patient. Les temps d'attente pour ces interventions chirurgicales sont répartis en deux parties : d'abord, le temps écoulé entre l'aiguillage du patient vers un chirurgien et le moment où le chirurgien rencontre le patient pour la première fois, puis le temps écoulé entre le moment où un patient et un chirurgien décident d'aller de l'avant avec l'intervention et le moment où cette intervention est effectuée. Dans le présent chapitre, nous faisons rapport uniquement sur le second type de temps d'attente.[83,84]

Le nombre total d'arthroplasties de la hanche non urgentes en Ontario a diminué de 30 %, passant de 11 292 en 2008–2009 à 14 711 en 2014–2015.

FIGURE 7.5  
Pourcentage d'arthroplasties de la hanche réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé, par niveau d'urgence, en Ontario, 2008–2009 à 2014–2015



Source des données : Système d'information sur les temps d'attente, fourni par Action Cancer Ontario.

Ces arthroplasties de la hanche non urgentes se divisent en trois niveaux d'urgence : urgentes, semi-urgent et non urgentes. Le nombre d'interventions non urgentes a triplé au cours de la même période de six ans, alors que celui des interventions semi-urgent et non urgentes a diminué considérablement (de 39 % et 46 % respectivement).[79]

Malgré la hausse importante du nombre d'arthroplasties de la hanche non urgentes, le pourcentage d'interventions

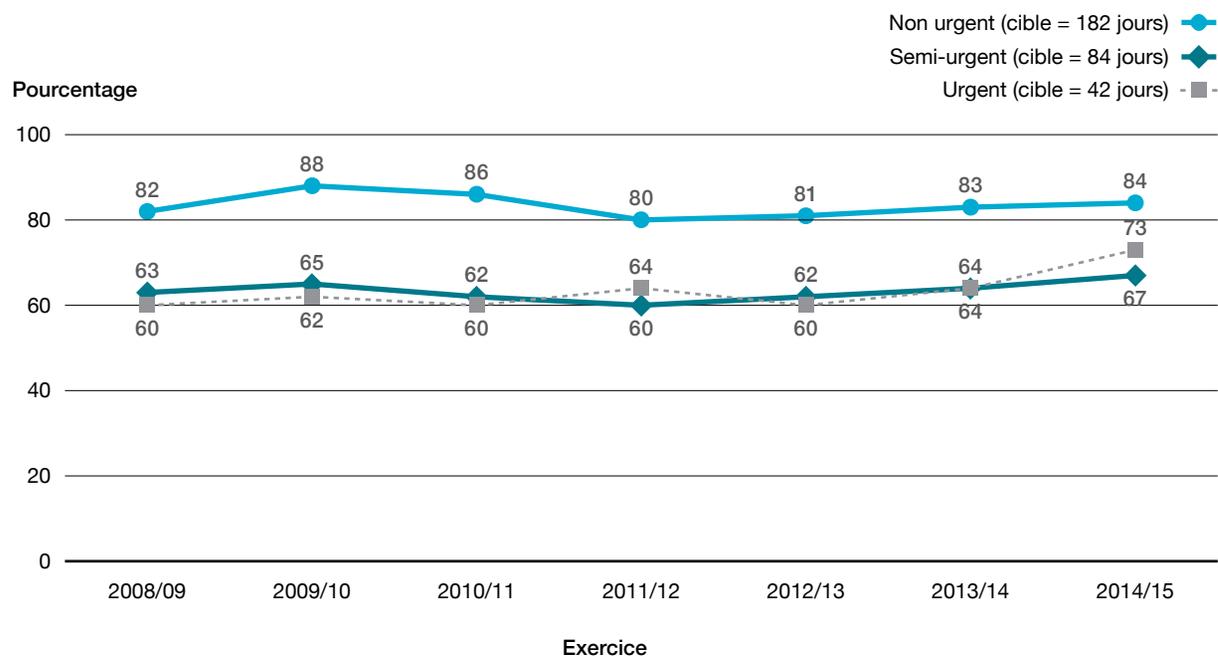
effectuées à l'intérieur du temps ciblé de 182 jours est stable, soit environ 86 % depuis 2010–2011, après avoir connu une légère augmentation à 90 % en 2009–2010 (figure 7.5). Le pourcentage d'arthroplasties du genou non urgentes effectuées à l'intérieur du temps ciblé (84 jours) est demeuré plutôt stable de 2008–2009 (67 %) à 2013–2014 (68 %), et a augmenté légèrement au cours de la dernière année (72 %). Tout de même, plus d'un patient en attente d'une arthroplastie semi-urgente sur quatre n'a pas subi d'intervention à l'intérieur

du temps ciblé de 84 jours en 2014–2015 (figure 7.5). En ce qui concerne les arthroplasties de la hanche urgentes, le pourcentage d'interventions effectuées à l'intérieur du temps ciblé de 42 jours a légèrement augmenté de 2008–2009 (62 %) à 2014–2015 (67 %). En 2014–2015, presque un patient en attente d'une arthroplastie urgente sur trois n'a pas subi l'intervention à l'intérieur du temps ciblé de 42 jours (figure 7.5).

En Ontario, on pratique plus d'arthroplasties du genou que de la hanche, mais on observe une tendance semblable d'augmentation du nombre d'interventions non urgentes au cours des six dernières années. Globalement, le nombre total d'arthroplasties du genou non urgentes en Ontario a diminué de 25 %, passant de 20 550 en 2008–2009 à 25 631 en 2014–2015. Ces arthroplasties du genou non urgentes se divisent en trois niveaux d'urgence : urgentes, semi-urgentes et non urgentes. Bien que le nombre d'arthroplasties du genou non urgentes ait presque doublé, le nombre d'interventions semi-urgentes et urgentes a diminué de presque 50 %.[79]

Bien que le nombre d'arthroplasties du genou non urgentes ait augmenté considérablement, le pourcentage d'interventions effectuées à l'intérieur du temps ciblé de 182 jours a augmenté légèrement chaque année de 2011–2012 à 2014–2015, passant de 80 % à 84 % (figure 7.6). En ce qui concerne les arthroplasties du genou semi-urgentes, le pourcentage d'interventions effectuées à l'intérieur du temps ciblé (84 jours) a modérément augmenté depuis 2011–2012, passant de 60 % à 67 % (figure 7.6). Le pourcentage d'arthroplasties du genou urgentes effectuées à l'intérieur du temps ciblé de 42 jours augmente modérément depuis 2012–2013. En 2014–2015, 73 % des arthroplasties du genou urgentes ont été effectuées à l'intérieur du temps d'attente ciblé, soit 9 % de plus que l'année précédente (figure 7.6).

**FIGURE 7.6**  
**Pourcentage d'arthroplasties du genou réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé, par niveau d'urgence, en Ontario, 2008–2009 à 2014–2015**



Source des données : Système d'information sur les temps d'attente, fourni par Action Cancer Ontario.

## Interventions cardiaques réalisées conformément à l'objectif en matière d'accès

En 2014–2015, presque tous les patients (99 %) en attente d'un cathétérisme cardiaque diagnostique ont subi l'intervention à l'intérieur du temps d'attente recommandé

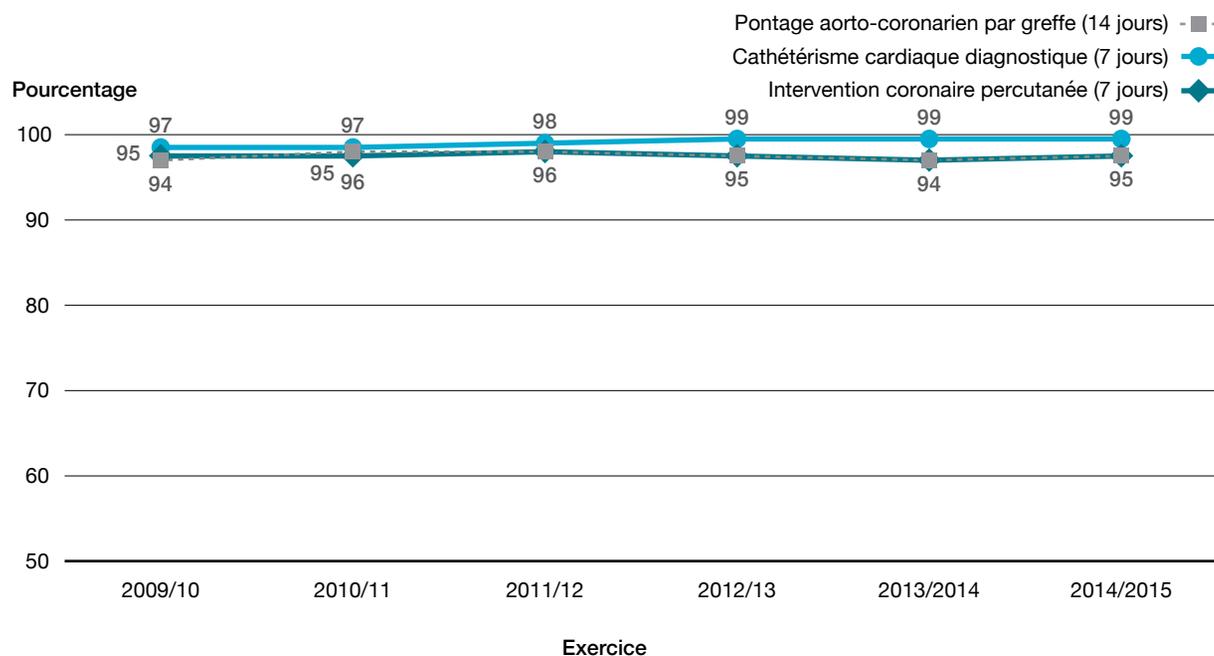
On attribue à chaque patient en attente d'une intervention cardiaque l'un des trois niveaux d'urgence (urgent, semi-urgent ou non urgent) pour lesquels le Réseau ontarien de soins cardiaques a établi des objectifs d'accès. Nous publions les données sur les pourcentages de patients qui ont reçu des soins conformément aux objectifs en matière d'accès pour les trois interventions cardiaques courantes suivantes :

- **cathétérisme cardiaque diagnostique** : un test qui consiste à prendre des images des artères coronaires de sorte que les médecins puissent voir le flux sanguin dans le cœur[85];
- **intervention coronaire percutanée** : une intervention qui consiste à utiliser un cathéter pour insérer une endoprothèse afin de dilater les vaisseaux sanguins du cœur[86];
- **pontage aorto-coronarien par greffe** : intervention qui consiste à contourner une partie bloquée de l'artère coronaire en insérant une section d'un vaisseau sanguin provenant d'une autre partie du corps dans la région touchée du cœur[87].

Pour chacune de ces interventions cardiaques, le pourcentage d'interventions urgentes réalisées conformément à l'objectif en matière d'accès est demeuré stable au cours des cinq dernières années, presque chaque cas étant traité à l'intérieur du temps ciblé. En 2014–2015, 99 % des patients en attente d'un cathétérisme cardiaque diagnostique urgent ont subi

FIGURE 7.7

Pourcentage des interventions cardiaques réalisées conformément à l'objectif en matière d'accès, en Ontario, 2009–2010 à 2014–2015



Source des données : Registre provincial de soins cardiaques géré par le Réseau ontarien de soins cardiaques.

l'intervention à l'intérieur du temps ciblé (une période maximale de sept jours), alors que 95 % des patients en attente d'un pontage aorto-coronarien par greffe urgent ou d'une intervention coronaire percutanée urgente ont subi l'intervention conformément aux objectifs en matière d'accès (temps d'attente maximal de 14 jours pour un pontage aorto-coronarien par greffe ou de sept jours pour une intervention coronaire percutanée) (figure 7.7).

Les résultats sont semblables pour les interventions semi-urgentes et non urgentes; au moins 90 % ont été réalisées conformément aux objectifs en matière d'accès en 2014–2015.[88]

## Temps d'attente pour une chirurgie du cancer

Le pourcentage de chirurgies du cancer réalisées à l'intérieur du temps ciblé s'est amélioré sur six ans pour tous les niveaux de priorité

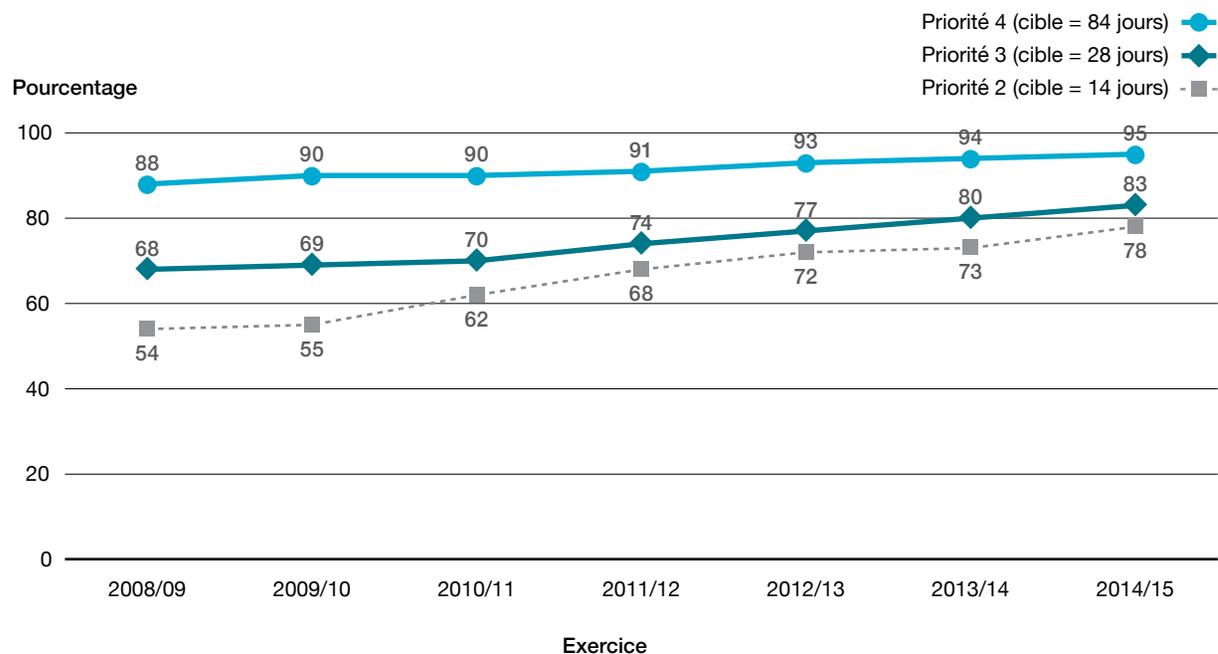
Pour obtenir les meilleurs résultats possible, il est important que les patients cancéreux reçoivent un traitement en temps opportun. Les patients souffrant d'un cancer plus agressif ont habituellement besoin d'un traitement dans un plus court délai que les patients dont le cancer se développe lentement, et les objectifs de temps d'attente pour les soins aux personnes atteintes de cancer en Ontario se fondent sur les niveaux de priorité, cotés de 1 à 4, la priorité 1 étant la plus urgente. Nous faisons rapport sur les temps d'attente pour une chirurgie du cancer pour trois niveaux d'urgence : priorité 2 (temps d'attente maximal recommandé, 14 jours), priorité 3 (28 jours) et priorité 4 (84 jours).[82,89,90]

Le nombre total de chirurgies du cancer réalisées en Ontario a augmenté chaque année depuis 2008–2009, passant de 42 285 cette année-là à 48 551 en 2014–2015, soit une augmentation de 15 %.[79]

Le pourcentage de chirurgies du cancer réalisées à l'intérieur des temps d'attente ciblés a augmenté au cours de la période allant de 2008–2009 à 2014–2015 pour tous les niveaux de priorité signalés dans le présent chapitre : de 54 % à 78 % pour la priorité 2, de 68 % à 83 % pour la priorité 3, et de 88 % à 95 % pour la priorité 4 (figure 7.8).

FIGURE 7.8

Pourcentage des chirurgies du cancer réalisées à l'intérieur du temps d'attente maximal recommandé, par niveau de priorité, en Ontario, 2008–2009 à 2014–2015



Source des données : Système d'information sur les temps d'attente, fourni par Action Cancer Ontario.

## Infections à *Clostridium difficile* contractées à l'hôpital

Le taux d'infections à la bactérie *C. difficile* contractées à l'hôpital a légèrement diminué, avec une baisse d'un peu plus de 800 cas entre 2011–2012 et 2014–2015

Les infections nosocomiales sont des infections graves, potentiellement mortelles, qui peuvent être présentes en milieu hospitalier et transmises directement ou indirectement d'un patient à l'autre. Les patients ne sont pas atteints de ces infections lors de leur admission, mais peuvent être vulnérables à les contracter pendant leur hospitalisation. *C. difficile* est l'un de ces germes.

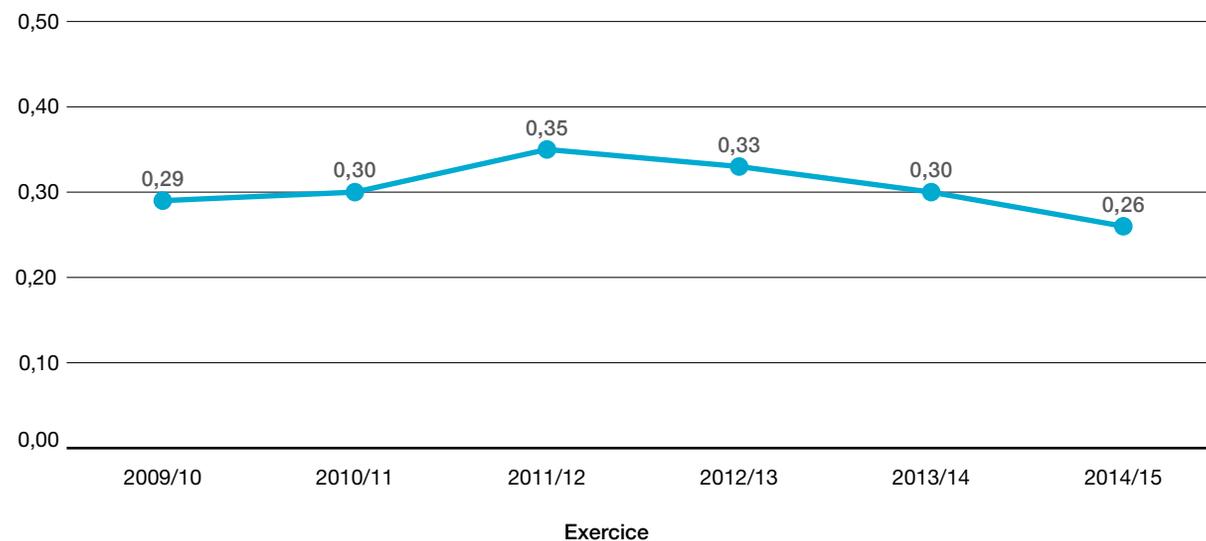
Il peut causer de la diarrhée grave, de la fièvre et des douleurs abdominales. Bien qu'il ne soit pas possible d'éliminer les infections à *C. difficile*, les hôpitaux peuvent réduire la propagation de ce germe en suivant les protocoles recommandés. Les hôpitaux vérifient périodiquement le nombre de patients atteints de telles infections et en rendent compte publiquement.[91,92]

Le taux d'infections à *C. difficile* en Ontario a légèrement diminué, passant à 0,26 par 1 000 jours-patients en 2014–2015 comparativement à 0,35 par 1 000 jours-patients en 2011–2012. Cette légère réduction du taux correspond à une baisse de plus de 800 cas à l'échelle de la province (figure 7.9).

FIGURE 7.9

Taux d'infections à la bactérie *C. difficile* contractées dans les hôpitaux, en Ontario, 2009–2010 à 2014–2015

Taux par 1 000 jours-patients



Source des données : Direction de l'analytique en matière de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

## Accouchements par césarienne

Près d'une naissance à faible risque sur quatre a lieu par césarienne, et ce taux a peu varié depuis sept ans

Les accouchements par césarienne sont les chirurgies avec hospitalisation les plus courantes dans les hôpitaux du Canada. L'accouchement par intervention chirurgicale peut sauver des vies lorsqu'il est médicalement nécessaire, c'est-à-dire lorsqu'un accouchement par voie vaginale serait risqué pour la mère ou le bébé. Il comporte toutefois des risques et entraîne une longue convalescence. On ne doit donc y recourir que lorsqu'il est nécessaire.[93-95]

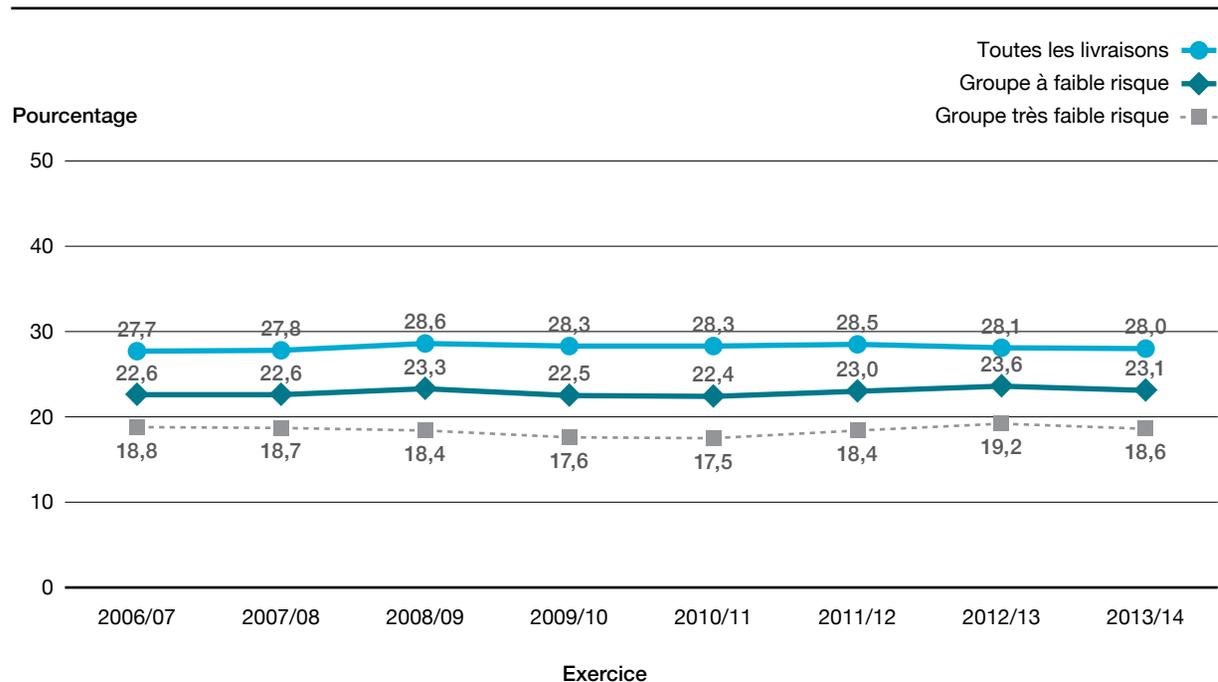
Au cours des dernières décennies, le taux de césariennes a augmenté de manière importante au Canada, passant de 17 % en 1995 à plus de 27 % en 2013.[96,97] Un certain nombre de facteurs ont contribué à cette hausse : les primipares ont tendance à être plus âgées, la proportion de femmes enceintes dont le poids corporel est élevé ou qui sont atteintes d'une affection chronique s'est accrue et plus de femmes recourent à des traitements de fertilité pour devenir enceintes. Durant cette même période, les écarts entre les taux de césarienne d'une région à l'autre en Ontario, d'une province à l'autre et ceux des autres pays ont soulevé la question de savoir si ces taux élevés sont justifiés : ces interventions sont-elles toutes effectuées pour des femmes et des bébés qui auraient autrement été exposés à un risque accru si on avait procédé par voie vaginale?

Nous faisons ici rapport sur le pourcentage de l'ensemble des accouchements et celui des accouchements à faible risque qui ont eu lieu par césarienne en Ontario.

Au total, 136 041 bébés sont nés en Ontario en 2013–2014, soit près de 10 % de plus qu'en 2006–2007, année où on a enregistré 123 711 naissances.[98]

FIGURE 7.10

Pourcentage d'accouchements par césarienne, en Ontario, total et par groupe de risque, 2006–2007 à 2013–2014



Source des données : Niday et système d'information de BORN, fournis par le Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN) d'Ontario.

Durant la même période, la proportion de césariennes est demeurée stable; 28,0 % des accouchements ont été pratiqués par césarienne en 2013–2014 (figure 7.10).

Les femmes qui accouchent pour la première fois d'un seul bébé à terme se présentant par la tête sont considérées comme présentant un faible risque de complications lors d'un accouchement par voie vaginale. Le taux de césariennes chez les femmes dont l'accouchement était à faible risque en Ontario était de 23,1 % en 2013–2014 et n'a pratiquement pas changé depuis 2006–2007 (figure 7.10).

Au sein du groupe à faible risque, certaines femmes sont considérées comme étant à très faible risque : les jeunes mères (de 20 à 34 ans) sans problème de santé, comme le diabète, ni problème de nature obstétrique, comme les anomalies du placenta ou du cordon ombilical. Même parmi ce groupe à très faible risque, près d'une parturiente sur cinq (18,6 %) a accouché par césarienne (figure 7.10).

## En résumé

Les tendances des indicateurs pour les hôpitaux sont généralement positives.

En dépit de l'accroissement du nombre de consultations aux urgences par des patients ayant des besoins plus urgents, le 90<sup>e</sup> percentile de la durée du séjour aux services des urgences continue de s'améliorer. L'accès s'est également amélioré pour certaines hospitalisations visées par la Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente. Bien que le nombre de certaines de ces interventions ait augmenté depuis cinq ans, le pourcentage de celles qui ont été effectuées dans le respect des temps d'attente ciblés est demeuré stable (interventions cardiaques) ou s'est amélioré (arthroplasties et chirurgies du cancer). Dans le cas des interventions cardiaques, celles-ci sont pratiquement toutes réalisées à l'intérieur du temps ciblé.

Certains progrès ont été réalisés pour ce qui est de s'assurer que les patients ne contractent pas d'infection dangereuse durant leur hospitalisation.

On a pu constater un léger déclin sur trois ans des taux d'infection à la bactérie *C. difficile* dans les hôpitaux de l'Ontario. Les sondages réalisés auprès des patients depuis cinq ans montrent une augmentation graduelle du nombre de personnes satisfaites de leur séjour à l'hôpital.

Sur une note moins positive, le pourcentage de bébés nés par césarienne n'a pas diminué en Ontario depuis sept ans. Plus du quart des accouchements ont eu lieu par césarienne et bon nombre de ces interventions étaient destinées à des femmes dont le risque de complication à l'accouchement était faible ou très faible.

# Soins de longue durée

Dans le présent chapitre, nous faisons rapport sur quatre indicateurs relatifs aux soins de longue durée : le temps d'attente pour une place dans un foyer, l'utilisation de moyens de contention physiques, les chutes et les plaies de pression.

Photo en page couverture : Joel Esposito

## Expériences concrètes

### Stan et Judith : Les beaux jours

Depuis deux ans, Stan est inscrit sur la liste d'attente de trois foyers de soins de longue durée, mais sa femme, Judith, ne pense pas qu'il soit encore prêt à vivre dans un de ces foyers. « Stan n'a pas perdu toute sa lucidité », déclare-t-elle. « Il est encore avec nous. » Si une place se libère dans un des foyers qui ont inscrit Stan sur leur liste d'attente, Judith et Stan devront décider s'ils acceptent cette place, ou s'ils recommenceront le processus d'attente depuis le début.

Il y a huit ans, Stan, un acteur torontois de 86 ans, a reçu un diagnostic de démence vasculaire, soit la deuxième forme de démence la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. Judith explique que l'état de son mari ne se détériore pas de façon régulière, mais plutôt, qu'elle s'aggrave, puis reste stable. « En ce moment, il a atteint un nouveau palier, dit-elle, parfois il ne me reconnaît pas, mais autrement, il a l'esprit alerte. »

Judith est certaine que Stan aurait dû être placé dans un foyer de soins de longue durée beaucoup plus tôt, si ce n'était de ses visites bihebdomadaires au programme de jour d'un foyer de soins de longue durée situé à proximité, ainsi que des dix heures de soins à domicile offertes par le centre d'accès aux soins communautaires de sa région chaque semaine.

Le programme de jour auquel Stan participe a été créé par le foyer de soins de longue durée afin de venir en aide aux membres de la collectivité qui font face à de longues attentes pour obtenir des soins de longue durée, mais aussi pour ceux qui ne veulent pas encore vivre dans un foyer, s'ils peuvent obtenir suffisamment de soutien entre-temps.

Selon Judith, le personnel du programme de jour est vraiment attentif aux besoins et à la personnalité de chaque participant. « Ce qui est merveilleux, c'est que même s'ils suivent un programme fixe, ils sont assez souples pour tenir compte des particularités de chacun, » explique Judith. « Et ils sont attentionnés—ils sont vraiment attentionnés. » Ils ont remarqué que Stan était un leader naturel et qu'il est plus heureux lorsqu'il a une certaine autonomie. Comme Stan produisait beaucoup de créations artistiques à la maison, ils l'ont encouragé à dessiner et à enseigner aux autres participants du programme. « Dès qu'il a pu venir en aide aux autres, cela a fait toute une différence, » ajoute Judith.

Malgré ce soutien supplémentaire, Judith éprouve tout de même des difficultés sur les plans physique, psychologique et financier. « Je ne rajeunis pas et je suis vraiment épuisée, » dit-elle. « Je suis le seul soutien économique—c'est très difficile. Quand [Stan] il me voit, il va même jusqu'à dire qu'il me

plaint. » Mais, elle est reconnaissante pour le soutien qui lui est offert : « Les gens sont gentils. J'aimerais seulement que plus de personnes aient accès à ces services, comme moi. »

Chez lui, Stan continue d'exprimer sa créativité au moyen de la peinture et lui et Judith ont même converti leur garage en studio d'art. « Si vous mettez les pieds dans notre garage, dit Judith, vous resterez bouche bée en voyant toutes ces toiles de formes et de grandeurs variées. »

Si une place se libère dans un des foyers qui ont inscrit Stan sur leur liste d'attente, Judith et Stan devront décider s'ils acceptent cette place.

# Des foyers pour certains des patients les plus fragiles de l'Ontario

De nos jours, en Ontario, les pensionnaires des foyers de soins de longue durée ont des besoins beaucoup plus lourds que jamais auparavant. Le nombre de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui ont plus de 75 ans augmente rapidement. Il en va de même de la proportion des pensionnaires atteints d'affections chroniques comme les cardiopathies et l'arthrite, et environ 70 % des Ontariens hébergés dans un foyer de soins de longue durée sont atteints d'une forme ou une autre de démence.[99]

La gestion des temps d'attente pour un lit de soins de longue durée est une préoccupation constante, et les solutions dépendent non seulement de la capacité de ce secteur à fournir plus de lits, mais aussi de la capacité des autres parties du système à gérer les besoins de placement et à aider les personnes à demeurer à domicile dans la mesure du possible. L'amélioration de la qualité des soins dans les foyers de soins de longue durée en Ontario demeure une préoccupation de premier plan, et l'objectif est que les pensionnaires reçoivent des soins sûrs, qui préservent leur qualité de vie et préviennent les admissions inutiles à l'hôpital.

## Principales observations

Le temps d'attente médian pour une demande à partir du domicile pour une place dans un foyer de soins de longue durée s'est amélioré (116 jours en 2013–2014), mais a augmenté pour les patients qui attendent à l'hôpital (69 jours)

L'utilisation de moyens de contention physiques sur les pensionnaires des foyers de soins de longue durée a considérablement diminué, mais varie d'une région de RLSS à l'autre, allant de 2,7 % à 14,4 % en 2014–2015

Les indicateurs de la qualité sont demeurés stables (plaies, chutes) ou se sont améliorés (utilisation de moyens de contention), malgré la complexité croissante des besoins des pensionnaires

Les pensionnaires des foyers de soins de longue durée de l'Ontario sont **plus âgés et souffrent d'un plus grand nombre d'affections chroniques qu'avant.**

## Temps d'attente pour un lit dans un foyer de soins de longue durée

Le temps d'attente médian pour des soins de longue durée est de 116 jours pour les patients qui attendent à la maison et de 69 jours pour ceux qui attendent à l'hôpital

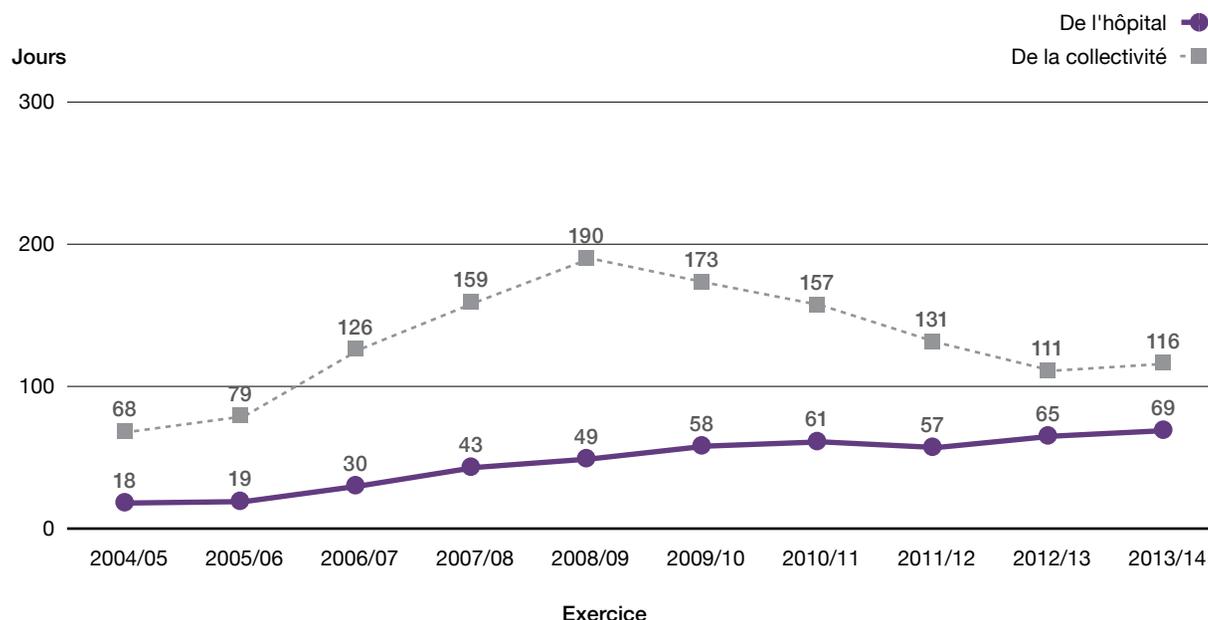
Qu'on soit le patient ou un membre de sa famille, il est stressant d'attendre un lit dans un établissement de soins de longue durée, et les retards peuvent entraîner des complications pour la santé du patient.[100,101]

Les choix que les personnes font et la disponibilité des lits influent sur le temps d'attente d'une place dans un foyer de soins de longue durée. En Ontario, il est possible de soumettre une demande à un maximum de cinq foyers. Il est également possible de refuser une place offerte et de continuer à attendre pour obtenir la catégorie de chambre souhaitée ou un foyer qui figure plus haut sur la liste des préférences. Certains foyers qui desservent des groupes culturels, ethniques ou religieux précis reçoivent des demandes de partout en Ontario et peuvent par conséquent avoir un temps d'attente plus long.

L'indicateur des temps d'attente pour l'admission dans un foyer de soins de longue durée prend en considération deux catégories de patients : les personnes qui attendent dans un hôpital et celles qui attendent à leur domicile. Il mesure le nombre médian de jours pendant lesquels une personne a attendu, à partir de la date de sa demande d'admission jusqu'à la date du placement. La médiane est le point milieu pour une année donnée : la moitié des gens ont attendu moins longtemps que le nombre médian de jours, et l'autre moitié plus longtemps.

FIGURE 8.1

Nombre médian de jours pour être admis dans un foyer de soins de longue durée de l'hôpital ou de la collectivité, en Ontario, 2004–2005 à 2013–2014



Source des données : Base de données des profils des clients fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Au cours des cinq dernières années de cueillette de données (2008–2009 à 2013–2014), le temps d'attente médian pour les personnes admises dans un foyer de soins de longue durée qui attendaient dans la collectivité a diminué de 74 jours, passant de 190 jours à 116 jours (figure 8.1). En examinant dix années de cueillette de données à compter de 2004–2005, les temps d'attente médians dans la collectivité ont fortement augmenté, pour atteindre 190 jours en 2008–2009, et diminuent depuis.

Dans le cas de l'attente à l'hôpital, le temps d'attente pour une place en soins de longue durée a connu une augmentation lente et régulière depuis quatre ans.

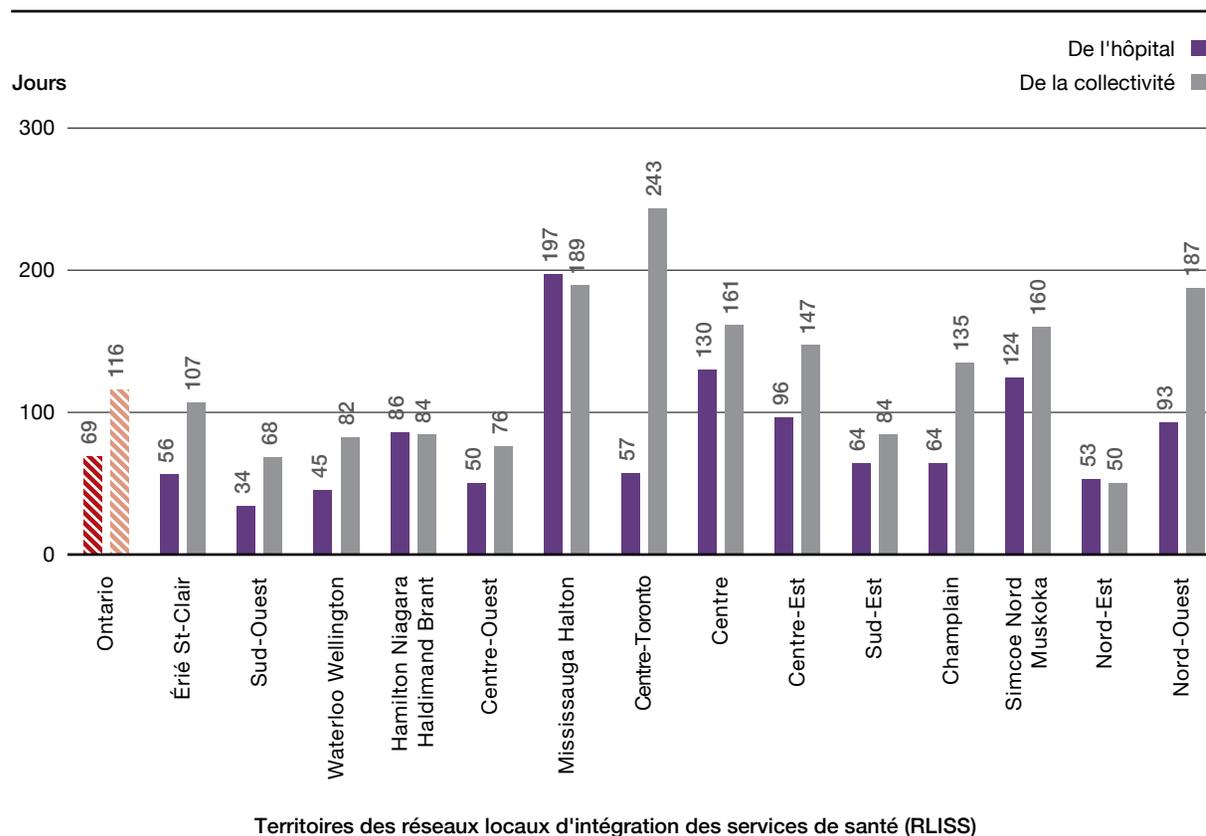
De 58 jours qu'il était en 2009–2010, il est passé à 69 jours en 2013–2014 (figure 8.1). Pour la décennie qui a commencé en 2004–2005, l'augmentation a été de 51 jours. Toutefois, le nombre de personnes qui présentent une demande de soins de longue durée alors qu'elles sont hospitalisées a décliné en raison des nouveaux

programmes de soutien offerts aux personnes qui retournent à leur domicile après une hospitalisation.[102]

On note de fortes disparités des temps d'attente pour obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée d'une région à l'autre en Ontario. En 2013–2014, le temps d'attente le plus long pour l'admission dans un foyer à partir de la collectivité (médiane de 243 jours pour la région du RLISS du Centre-Toronto) était presque le quintuple de celui de la région dans laquelle il était le plus court (médiane de 50 jours dans la région du RLISS du Nord-Est). Les temps d'attente médians à l'hôpital se situent à l'intérieur d'une fourchette de 197 jours pour la région du RLISS de Mississauga Halton à 34 jours pour la région du RLISS du Sud-Ouest (figure 8.2).

FIGURE 8.2

**Nombre médian de jours pour être admis dans un foyer de soins de longue durée de l'hôpital ou de la collectivité, en Ontario et par RLISS, 2013–2014**



Source des données : Base de données des profils des clients fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Remarque : Le temps d'attente par région de RLISS est fondé sur l'emplacement géographique du foyer de soins de longue durée et non sur l'endroit où les gens vivaient avant leur admission dans un foyer.

## Utilisation quotidienne de moyens de contention physiques dans les foyers de soins de longue durée

L'utilisation quotidienne de moyens de contention physiques sur des pensionnaires dans des foyers de soins de longue durée a augmenté de manière importante sur quatre ans

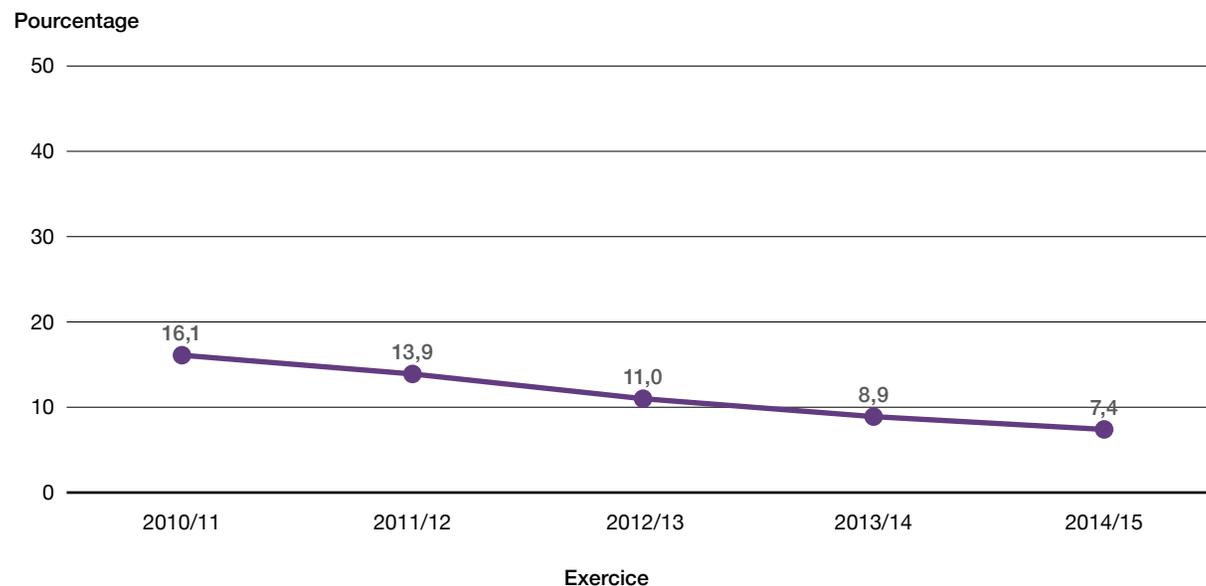
Les foyers de soins de longue durée recourent parfois à des moyens de contention physiques pour empêcher les pensionnaires de se faire mal ou de faire mal à autrui, ou pour s'assurer qu'un traitement sera terminé. La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* exige que tous les foyers de soins de longue durée se dotent de politiques qui réduisent au minimum l'utilisation de moyens de contention physiques et réévaluent périodiquement la nécessité de ceux-ci. En raison de la perte d'autonomie et de dignité, les moyens de contention physiques peuvent entraîner une perte de capacité physique fonctionnelle chez les patients, ce qui peut alors contribuer à l'apparition d'infections et de plaies de pression, et entraîner de l'agitation. Les moyens de contention physiques peuvent en réalité accroître le risque de blessure.[103–109]

Notre indicateur unique couvre trois types de moyens de contention physiques : contention du tronc, contention des membres et fauteuils qui empêchent de se lever. Il mesure le pourcentage de personnes en établissement de soins de longue durée pour qui on a fait usage d'un moyen de contention physique au moins une fois durant la période de sept jours qui précédait l'évaluation.

Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario soumis à des moyens de contention physiques quotidiennement a diminué de manière importante, passant de 16,1 % en 2010–2011 à 7,4 % en 2014–2015 (figure 8.3).

FIGURE 8.3

Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée soumis à des moyens de contention physiques quotidiennement,<sup>†</sup> en Ontario, 2010–2011 à 2014–2015

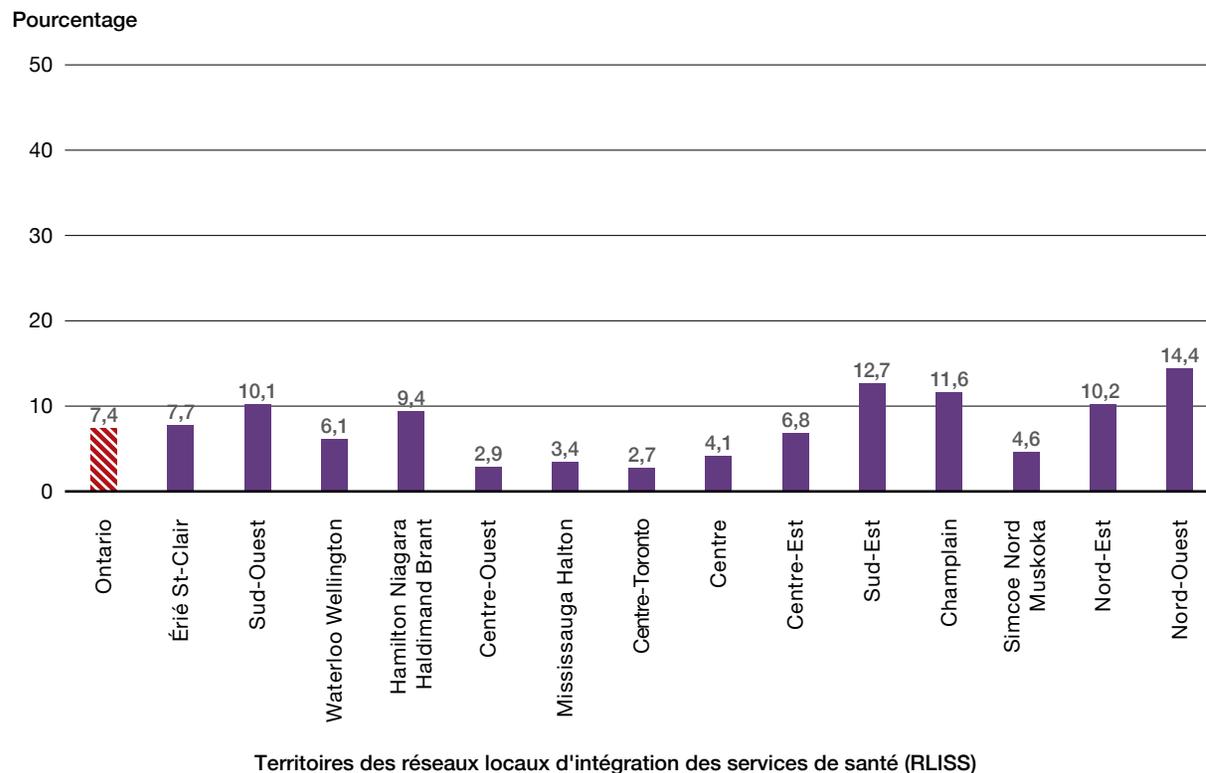


Source des données : Rapports électroniques du système d'information sur les soins de longue durée fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé. <sup>†</sup>Taux ajustés en fonction des risques.

Les taux varient considérablement dans l'ensemble de l'Ontario en 2014–2015, avec un minimum de 2,7 % pour la région du RLISS du Centre-Toronto et un maximum de 14,4 % pour la région du RLISS du Nord-Ouest (figure 8.4).

FIGURE 8.4

**Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée soumis à des moyens de contention physiques quotidiennement,<sup>†</sup> en Ontario et par région de RLISS, 2014–2015**



Source des données : Rapports électroniques du système d'information sur les soins de longue durée fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé. <sup>†</sup>Taux ajustés en fonction des risques.

## Chutes dans les foyers de soins de longue durée

Environ 15 % des pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario ont fait une chute au cours d'un mois donné

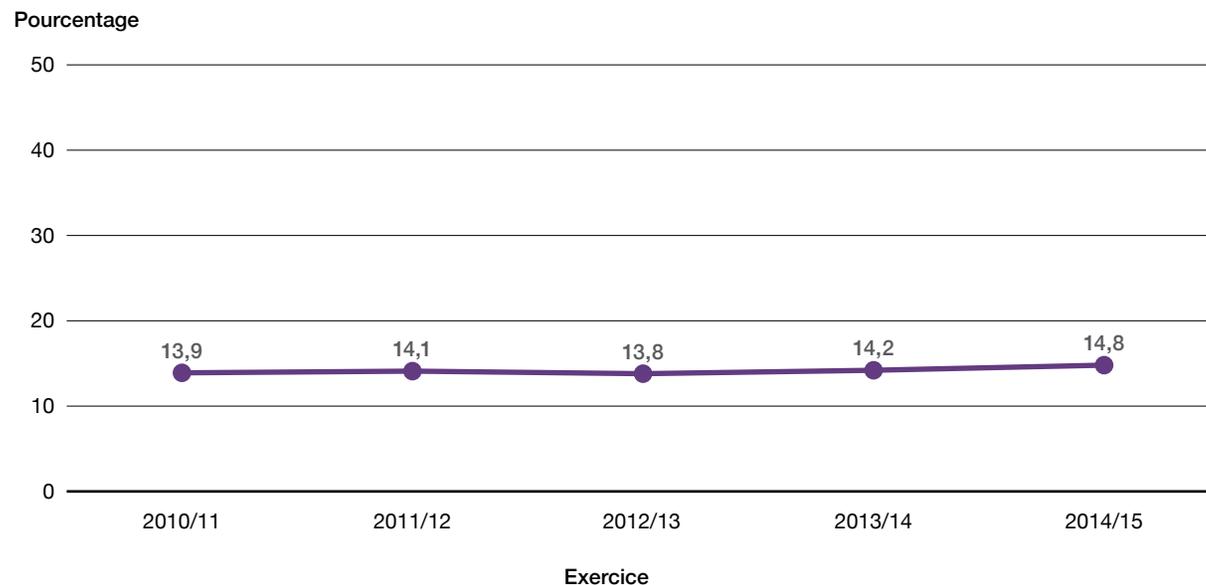
Les chutes sont une cause courante de blessure parmi les personnes âgées, particulièrement chez les pensionnaires de foyers de soins de longue durée. Même une chute qui n'entraîne pas de blessures peut susciter la crainte de tomber, réduisant ainsi la mobilité, les interactions sociales et la qualité de vie d'un pensionnaire. Bien que les foyers de soins de longue durée ne soient peut-être pas en mesure d'éliminer complètement les chutes, surtout lorsqu'ils s'efforcent également de maximiser la mobilité et l'autonomie des pensionnaires, tous les foyers de l'Ontario doivent mettre en œuvre un programme de prévention et de prise en charge des chutes.[110–113]

L'indicateur des chutes pour lequel nous présentons un rapport comprend toutes les chutes constatées et signalées dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, qu'elles se soient traduites ou non par des lésions ou des blessures.

Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario ayant chuté dans les 30 derniers jours est demeuré stable, soit à juste un peu moins de 15 % entre 2010–2011 et 2014–2015 (figure 8.5). Les résultats les plus récents démontrent peu de variation par région de RLISS dans l'ensemble de la province.[114]

FIGURE 8.5

Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 derniers jours†, en Ontario, 2010–2011 à 2014–2015



Source des données : Rapports électroniques du système d'information sur les soins de longue durée fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé. †Taux ajustés en fonction des risques.

## Plaies de pression nouvelles ou s'aggravant

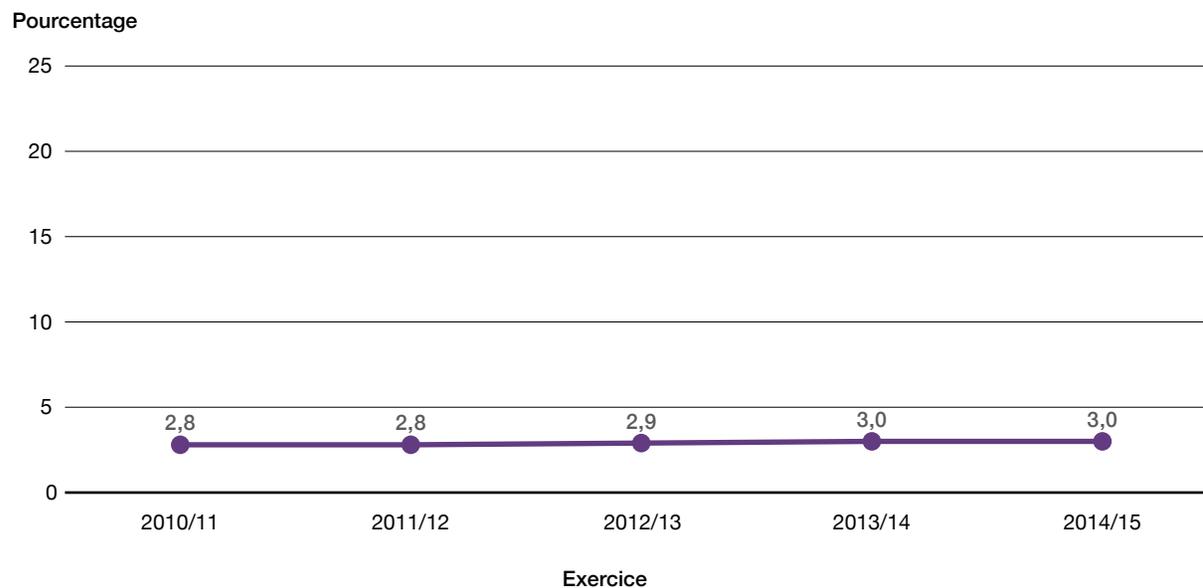
Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario ayant développé une nouvelle plaie de pression ou vu leur plaie s'aggraver est stable à 3 %

Les plaies de pression, souvent appelées plaies de lit, sont des blessures à la peau ou aux tissus sous-jacents. Elles sont plus susceptibles de se développer avec l'âge, particulièrement lorsqu'une personne âgée est couchée ou assise dans la même position trop longtemps. Les plaies de pression peuvent être très douloureuses, s'infecter et s'avérer coûteuses à traiter, mais on peut facilement les prévenir en repositionnant fréquemment les pensionnaires dont les mouvements sont limités, à l'aide de dispositifs permettant de répartir la pression sur la peau (p. ex., un matelas spécial) et en s'assurant que les pensionnaires maintiennent une alimentation saine et une bonne hydratation. En vertu de la loi, les foyers de soins de longue durée de l'Ontario doivent mettre en œuvre des stratégies de soins des plaies visant à prévenir les plaies de pression nouvelles ou s'aggravant et d'autres plaies cutanées. [104,115–120]

Le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant développé une nouvelle plaie de pression ou vu leur plaie s'aggraver est demeuré stable à environ 3 % dans l'ensemble de l'Ontario de 2010–2011 à 2014–2015 (figure 8.6). Les données les plus récentes indiquent peu de variation dans l'ensemble de la province.[114]

FIGURE 8.6

Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant développé une nouvelle plaie de pression ou vu leur plaie s'aggraver,<sup>†</sup> en Ontario, 2010–2011 à 2014–2015



Source des données : Rapports électroniques du système d'information sur les soins de longue durée fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé. <sup>†</sup>Taux ajustés en fonction des risques.

FIGURE 8.7

Pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée soumis à des moyens de contention physiques quotidiennement, ayant fait une chute dans les 30 derniers jours, ayant développé une nouvelle plaie de pression ou vu leur plaie s'aggraver en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, 2014–2015

Utilisation quotidienne de moyens de contention physiques :



7,4 %

Ontario



10,9 %

Colombie-Britannique

8,6 %

Alberta

Chutes :



14,8 %

Ontario



16,1 %

Colombie-Britannique

15,2 %

Alberta

Plaies de pression nouvelles ou s'aggravant :



3,0 %

Ontario



3,3 %

Colombie-Britannique

3,1 %

Alberta

Sources de données: soins continus rapports électroniques du système de rapports, fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.

## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

Pour obtenir des renseignements sur la qualité des soins dans les foyers de soins de longue durée, l'Ontario dispose du système de collecte et de communication de données sur les foyers de soins de longue durée le plus important et le plus ancien au pays. Quelques autres provinces et territoires présentent actuellement suffisamment de données pour permettre de comparer les résultats des indicateurs d'utilisation de moyens de contention ainsi que de chutes et de plaies de pression. La Colombie-Britannique et l'Alberta comptaient, respectivement, près de 300 et 170 foyers de soins de longue durée en 2014-2015, et sont les provinces les plus comparables à l'Ontario, où 630 foyers ont déposé des rapports. Ce nombre représente la plupart des foyers de chaque province. Dans l'ensemble, le rendement de l'Ontario en ce qui a trait à ces indicateurs est semblable ou meilleur (inférieur) à ceux de la Colombie-Britannique et de l'Alberta (figure 8.7).

### En résumé

Les efforts déployés à l'échelle du système pour réduire les temps d'attente pour une place en soins de longue durée ont connu un certain succès. Dans le cas des personnes qui présentent une demande à partir de leur domicile, les temps d'attente sont beaucoup plus courts qu'il y a quatre ans, bien que le temps d'attente médian soit encore près de quatre mois. Les temps d'attente sont plus courts pour les personnes qui présentent une demande à partir d'un hôpital (le temps d'attente médian est d'environ deux mois), mais ont légèrement augmenté. Les temps d'attente pour une place en soins de longue durée varient sensiblement par région de RLIS.

Les indicateurs de la qualité des soins pour les foyers de soins de longue durée en Ontario se sont améliorés ou sont restés stables au cours des quatre dernières années. L'utilisation quotidienne de moyens de contention physiques a diminué de manière importante, bien qu'elle varie considérablement d'une région de RLIS à l'autre. Les taux de plaies de pression et de chutes chez les pensionnaires de foyers de soins de longue durée n'ont pratiquement pas changé dans l'ensemble de la province. On peut considérer la stabilité de ces indicateurs comme une amélioration, étant donné que les pensionnaires de foyers de soins de longue durée de l'Ontario ont une fragilité croissante et des besoins de plus en plus complexes. Dans le cas de ces trois indicateurs de la qualité, les résultats de l'Ontario restent comparables à ceux de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ou sont meilleurs.

# Effectifs en santé



Dans le présent chapitre, nous faisons rapport sur trois indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés à l'effectif en santé : le nombre d'infirmières et d'infirmiers en Ontario, le nombre de médecins et les interruptions de travail attribuables à des blessures pour divers fournisseurs de soins de santé.

Photo en page couverture : Roger Yip

## Expériences concrètes

### Carrie : Venir en aide aux sans-abri

Récemment, un homme ayant perdu la moitié d'un orteil est arrivé à la clinique à un sans-abri à Ottawa, où Carrie fonctionne. Comme il ne voulait pas aller à l'hôpital, Carrie, une infirmière praticienne, a aidé à soigner sa blessure à la clinique.

Généralement, les personnes qui visitent la clinique sont des sans-abri n'ayant pas de médecin habituel et qui, souvent, ne peuvent aller nulle part ailleurs pour obtenir des soins de santé. « Nous faisons notre possible pour traiter les patients ayant des problèmes graves qui refusent d'aller à d'autres établissements de soins de santé, » explique Carrie.

Souvent, les sans-abri ont des besoins complexes en matière de santé. Certains ont de graves abcès qui se sont infectés et qui nécessitent des antibiotiques ou d'autres traitements. Un grand nombre de personnes qui consultent la clinique souffrent de dépression et d'autres conditions psychiatriques—Carrie évalue que près de 90 % de ses patients ont des problèmes de santé mentale. De plus, un bon nombre d'entre eux ont des problèmes de toxicomanie. Carrie aide beaucoup de personnes à lutter contre l'alcoolisme et elle teste les utilisateurs de drogues injectables pour dépister les maladies infectieuses.

« Ils savent que nous ne portons pas de jugements et que nous respectons leur vie privée, » affirme Carrie. « En général, nos clients sont honnêtes avec

nous. Ils savent que nous sommes conscients de leur situation, que nous tentons de les respecter et qu'ils ne subiront pas de pression. »

La clinique est dirigée par une équipe de trois infirmiers praticiens, mais elle est financée en tant que centre de santé communautaire. D'autres professionnels prêtent main-forte à l'équipe de base, notamment un psychiatre qui possède une clinique de santé mentale ordinaire, un spécialiste du VIH qui visite la clinique une fois par semaine ainsi qu'une équipe d'infirmiers qui visite les autres refuges de la région pour offrir des soins.

Carrie explique que lorsque les infirmiers praticiens de la clinique parviennent à stabiliser un patient ou à le libérer de sa dépendance, ils sont heureux de le diriger vers des services de prestation de autres services de santé. Mais, elle dit que certains patients ne veulent tout simplement pas aller ailleurs. Une femme que Carrie traitait depuis deux ans lui a dit : « Il n'est pas question que je parte. Je vais vivre et mourir avec vous. »

Ancienne infirmière dans un milieu hospitalier, Carrie est devenue infirmière praticienne après avoir travaillé en santé publique, dans une clinique de santé sexuelle. Elle espérait pouvoir offrir plus de services aux personnes n'ayant pas accès à un médecin habituel. Elle a travaillé dans le nord pendant quelque temps avant d'effectuer un stage étudiant à la clinique d'Ottawa. « Maintenant, je crois

que je suis ici pour de bon, » déclare-t-elle. « Je sais que je suis bonne pour travailler auprès de cette population et je crois que je parviens à établir un lien avec ces personnes. »

Selon Carrie, la clinique parvient à offrir aux gens des soins accessibles, directement là où ils en ont besoin. « C'est certain que c'est un bon modèle, » dit-elle. « Il permet de garder les gens hors de la salle d'urgence. »

De plus en plus, Carrie constate une évolution des mentalités par rapport aux sans-abri, surtout dans les hôpitaux. « Parfois, les gens que nous envoyions aux services des urgences revenaient nous voir après s'être fait fermer la porte au nez, » explique-t-elle. « Mais cela est de moins en moins fréquent. » Je crois que les gens deviennent plus conscients des besoins des sans-abri et des personnes ayant des problèmes de dépendance.

**Selon Carrie, la clinique parvient à offrir aux gens des soins accessibles, directement aux endroits où ils en ont besoin. « Il permet de garder les gens hors de la salle d'urgence. »**

# Les personnes qui sont aux premières lignes des soins de santé

Un système de santé repose sur un effectif sain qui travaille efficacement en collaboration avec ses diverses composantes. Disposer du nombre suffisant de professionnels de la santé requis aux bons endroits constitue un premier pas pour s'assurer que les Ontariennes et les Ontariens aient accès à des soins de qualité supérieure, au bon moment et au bon endroit.

Nous faisons ici rapport sur le nombre d'infirmières, d'infirmiers et de médecins travaillant dans la province. Les données existantes nous permettent de comparer ces chiffres à ceux d'autres provinces ainsi que d'une région à l'autre de l'Ontario. Cependant, le nombre adéquat peut différer selon l'endroit, en fonction de facteurs comme la manière dont est organisé le système de santé et les besoins de la population locale.

## Principales observations

---

Le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens, de médecins de famille et de spécialistes pour 100 000 personnes a continué d'augmenter en 2013

Le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens pour 100 000 personnes avait diminué en Ontario en 2013 comparativement à 2005, mais le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens autorisés avait augmenté

Les taux de blessures avec interruption de travail pour le secteur des soins de santé sont passés de 2,3 blessures pour 100 travailleurs en 2003 à 1,4 blessure en 2013

**Les personnes qui prodiguent des soins de santé en Ontario constituent la force principale du système de santé de l'Ontario.**

## Infirmières et infirmiers

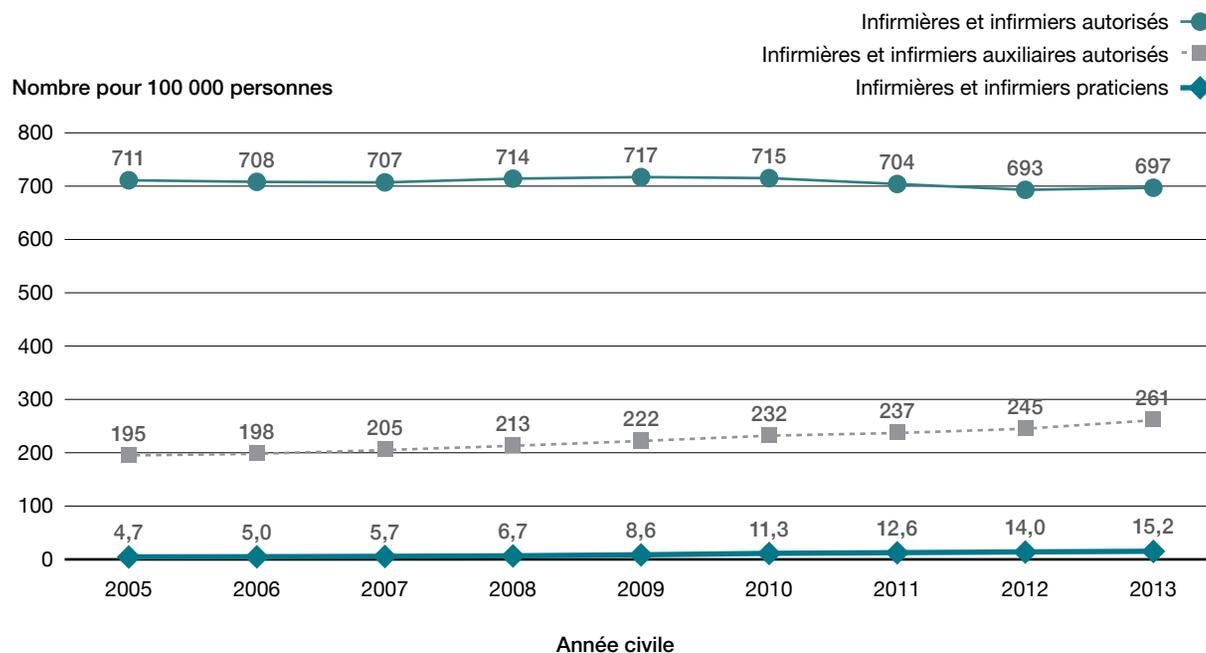
Au cours des quatre dernières années de cueillette de données, le nombre d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires autorisés et d'infirmières ou d'infirmiers praticiens a continué d'augmenter, alors que le nombre d'infirmières ou d'infirmiers autorisés a légèrement diminué

Trois groupes d'infirmières et infirmiers sont réglementés pour exercer en Ontario—les infirmières et infirmiers autorisés, praticiens et auxiliaires autorisés—et chaque groupe offre différents niveaux de soins. Les chiffres que nous présentons pour chaque groupe représentent les infirmières et infirmiers qui sont membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et occupent au moins un emploi d'infirmière ou infirmier en Ontario (à temps plein, à temps partiel ou occasionnel).[121,122]

En 2013, les deux tiers des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (66,4 %) et la majorité des infirmières et infirmiers praticiens (83,2 %) travaillaient à temps plein, mais seulement un peu plus de la moitié des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés travaillaient à temps plein (56,8 %). La plupart des autres infirmières et infirmiers autorisés travaillaient à temps partiel (moins de 30 heures par semaine) (26,1 %) ou comme main-d'œuvre occasionnelle (7,5 %). Seulement 2,2 % des infirmières et infirmiers praticiens travaillaient comme main-d'œuvre occasionnelle et 14,6 % travaillaient à temps partiel. Environ le tiers des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés travaillaient à temps partiel (34,6 %) et 8,6 % travaillaient comme main-d'œuvre occasionnelle.[123]

FIGURE 9.1

Nombre d'infirmières et d'infirmiers ayant un emploi pour 100 000 personnes, par catégorie d'infirmiers, en Ontario, 2005 à 2013



Source des données : Membership Statistics Highlights 2014 Report de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; estimations démographiques fondées sur le recensement 2011 du ministère des Finances.

Le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés travaillant pour 100 000 personnes a diminué entre 2009 et 2012 en Ontario, mais a légèrement augmenté de 2012 à 2013. Le nombre d'infirmières ou d'infirmiers praticiens et d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires autorisés pour 100 000 personnes en Ontario a considérablement augmenté de 2005 à 2013 (figure 9.1).

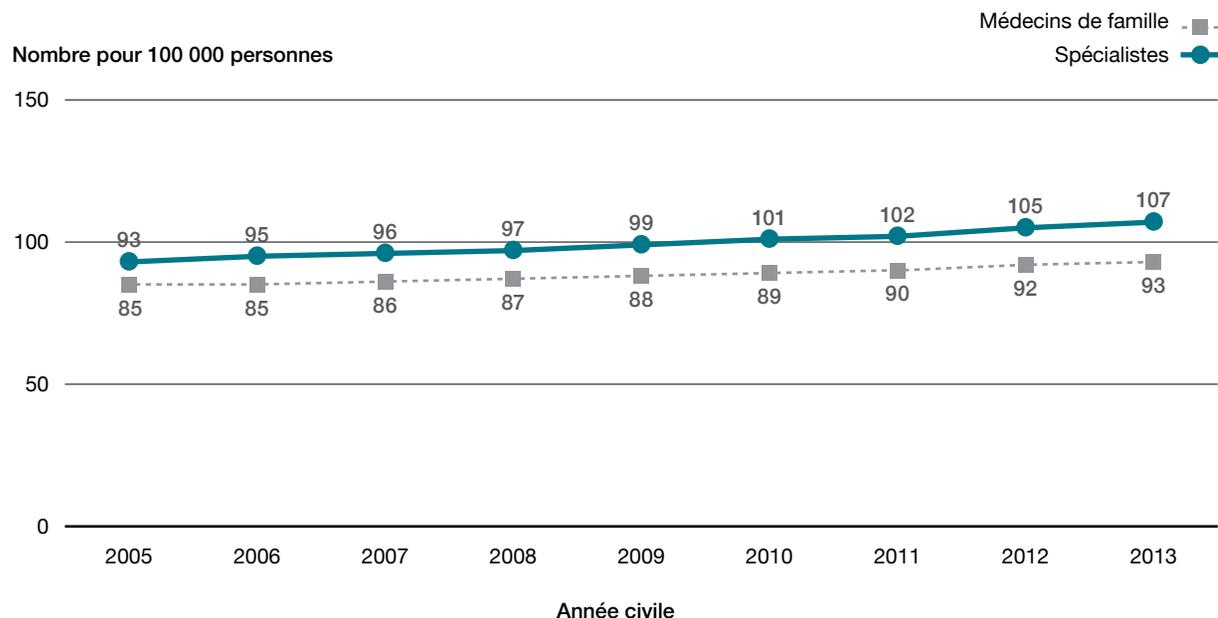
## Médecins de famille et spécialistes

En Ontario, le nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes pour 100 000 personnes a augmenté au cours des huit dernières années

Les médecins, comme le personnel infirmier et de nombreux autres fournisseurs de soins de santé, doivent être autorisés pour exercer leur profession en Ontario. Selon leur formation, ils peuvent exercer comme médecin de famille et prodiguer des soins continus complets aux particuliers et aux familles, ou comme médecin spécialiste et prodiguer des soins précis en pédiatrie, en chirurgie ou en médecine de laboratoire. Certains médecins de famille orientent également leur pratique dans des domaines particuliers, par exemple la psychothérapie ou le travail aux urgences. L'indicateur pour lequel nous déposons un rapport présente le nombre de médecins dûment autorisés qui exercent leur profession sur une base régulière en Ontario. Il ne tient pas compte du nombre d'heures pendant lesquelles ils travaillent ni ne reflètent parfaitement le type de soins qu'ils peuvent prodiguer.

Le nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes a augmenté de façon constante au cours des huit dernières années. De 2005 à 2013, le nombre de médecins de famille a augmenté, passant de 85 pour 100 000 personnes à 93, et le nombre de médecins spécialistes a également augmenté, passant de 93 pour 100 000 personnes à 107 (figure 9.2).

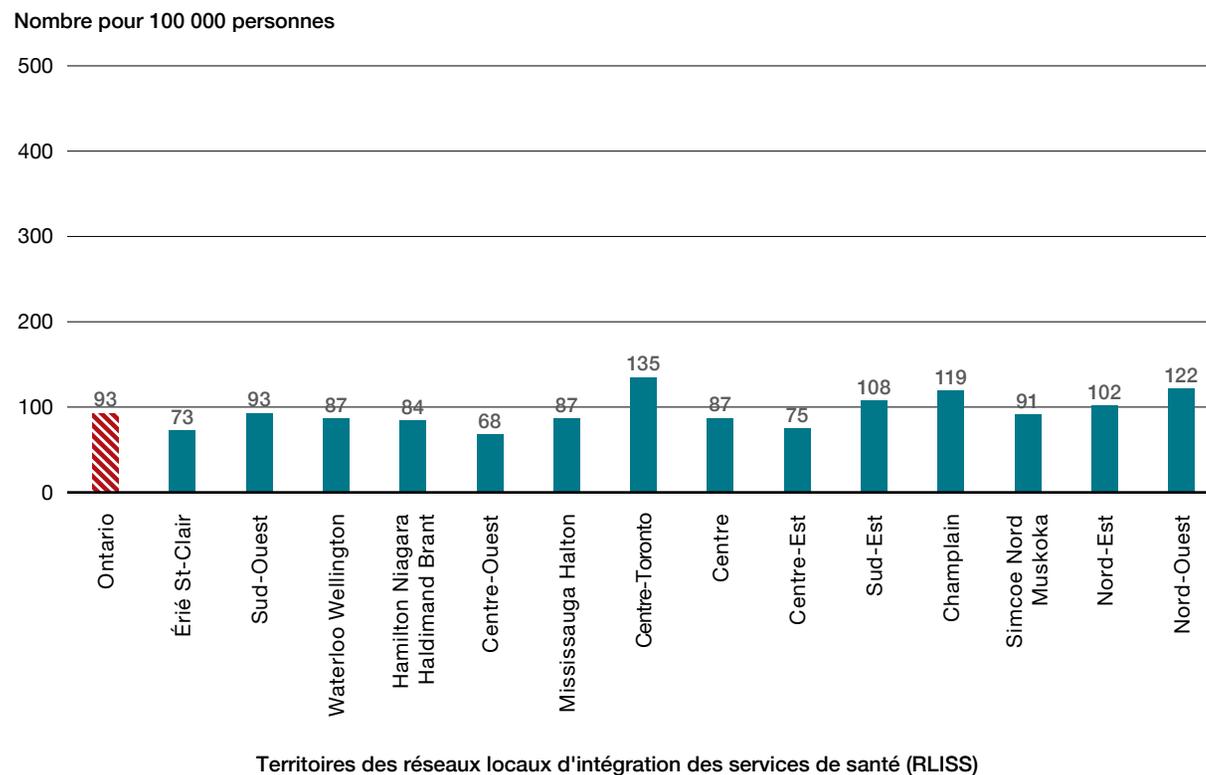
FIGURE 9.2  
Nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes pour 100 000 personnes, en Ontario, 2005 à 2013



Source des données : Centre de données sur les médecins de l'Ontario; Estimations démographiques fondées sur le recensement de 2011 du ministère des Finances.

Le nombre de médecins de famille dans chaque région de RLISS varie dans l'ensemble de l'Ontario, allant de 68 médecins de famille pour 100 000 personnes dans le Centre-Ouest à 135 médecins par 100 000 personnes dans le Centre-Toronto (figure 9.3). Ce calcul repose sur l'emplacement du cabinet principal du médecin. Un médecin qui exerce dans plus d'une région de RLISS n'est pris en compte qu'une seule fois.

**FIGURE 9.3**  
**Nombre de médecins de famille pour 100 000 personnes, en Ontario, par région de RLISS, 2013**



Sources des données : Centre de données sur les médecins de l'Ontario; Estimations démographiques fondées sur le recensement de 2011 du ministère des Finances.

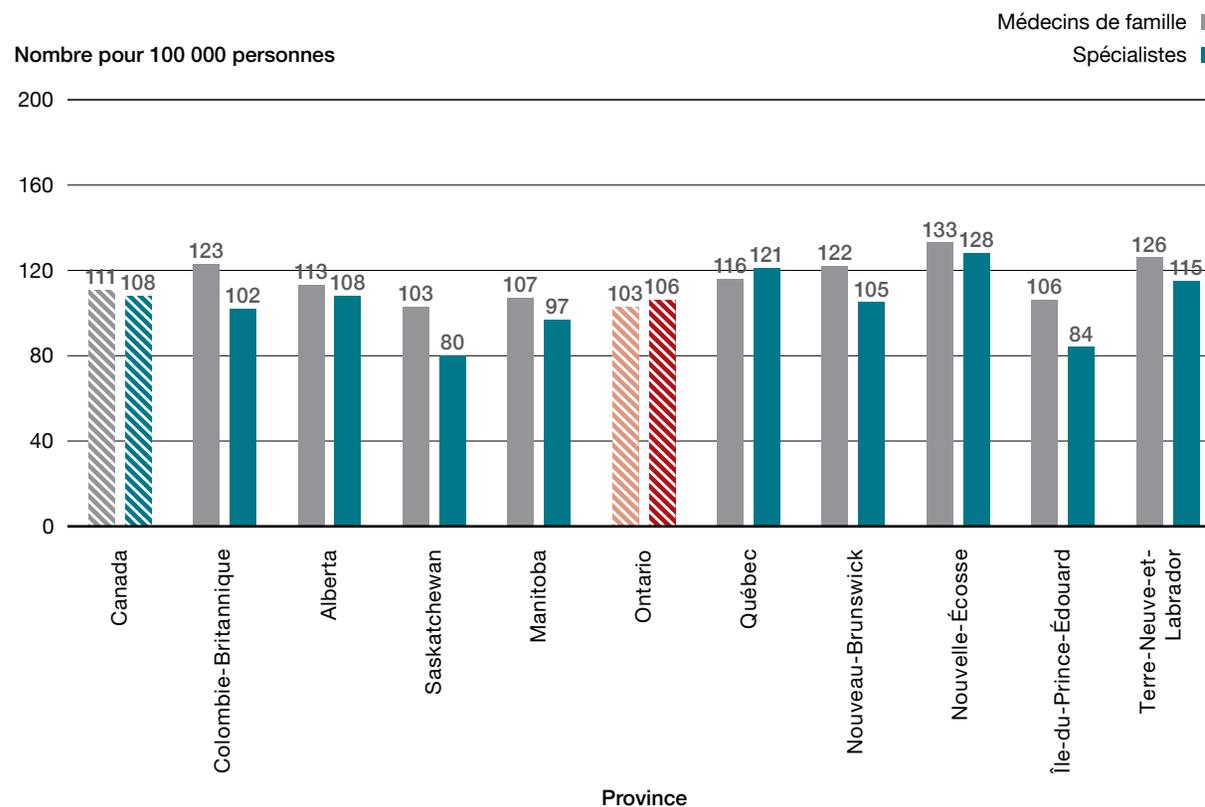
## Comparaison de l'Ontario avec le reste du Canada

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) produit un rapport sur le nombre de médecins au Canada.[124] Bien que les méthodes sources de données et des calculs utilisées par l'ICIS diffèrent des nôtres, son rapport nous permet de comparer l'Ontario avec d'autres provinces canadiennes. L'Ontario et la Saskatchewan se partagent le taux provincial de médecins de famille le plus bas, soit 103 pour 100 000 personnes, tandis que la Nouvelle-Écosse affiche le taux le plus élevé, soit 133 (figure 9.4).

En Ontario, le nombre de médecins spécialistes est de 106 pour 100 000 personnes, ce qui est légèrement inférieur au taux canadien de 108 spécialistes pour 100 000 personnes. La Nouvelle-Écosse présente le taux le plus élevé de médecins spécialistes avec 128 médecins pour 100 000 personnes (figure 9.4).

Les données existantes nous permettent de comparer ces chiffres à ceux d'autres provinces ainsi que d'une région à l'autre de l'Ontario. Cependant, le nombre adéquat peut différer selon l'endroit, en fonction de facteurs comme la manière dont est organisé le système de santé et les besoins de la population locale.

FIGURE 9.4  
Nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes pour 100 000 personnes, au Canada par province, 2013



Sources des données : Base de données médicales Scott's et estimations démographiques de Statistique Canada (tirés de Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2013, Institut canadien d'information sur la santé).

## Taux de blessures avec interruption de travail

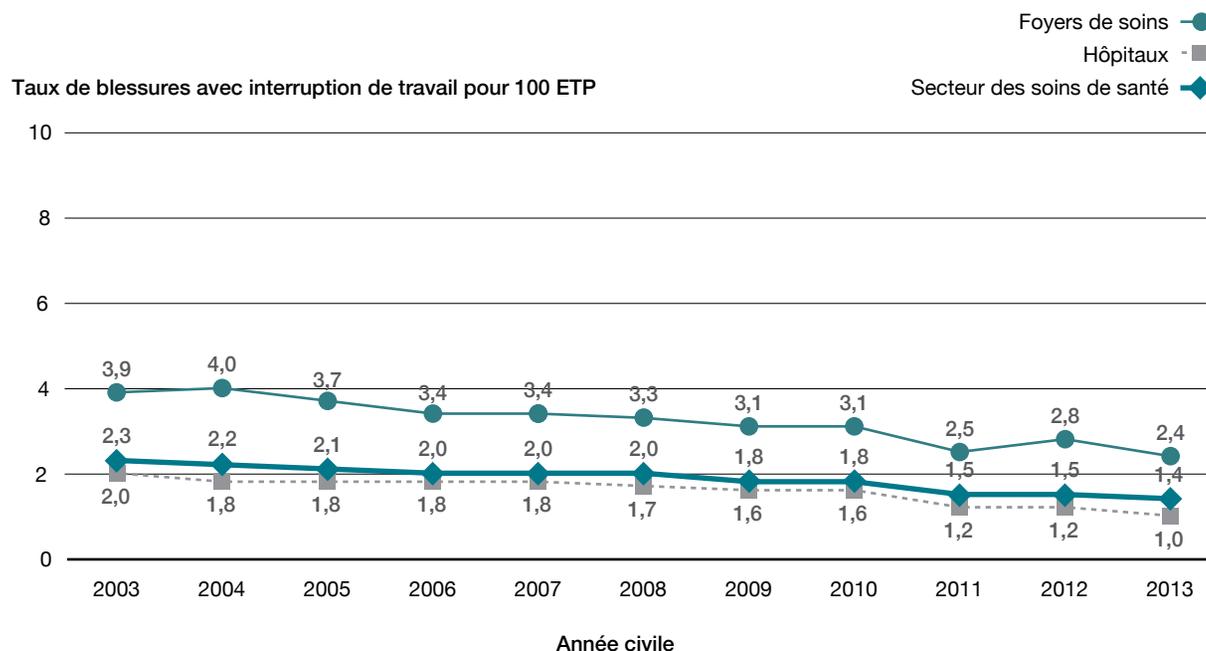
Les taux de blessures avec interruption de travail pour les travailleurs du secteur des soins de santé ont diminué sur une période de dix ans

Il est important que les travailleurs de la santé de l'Ontario fournissent des soins dans des milieux aussi sécuritaires que possible. Quand un travailleur de la santé subit une blessure ou contracte une maladie en lien avec le travail qui entraîne une interruption du travail, une perte de salaire ou une incapacité permanente, l'employeur est tenu de présenter une demande de prestations pour interruption de travail à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Le taux de blessures avec interruption de travail est fondé sur le nombre de demandes de prestations approuvées pour 100 travailleurs (équivalents temps plein ou ETP) pour une année donnée.[125]

Les taux de blessures avec interruption de travail dans les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux et le secteur des soins de santé en général en Ontario ont tous diminué de 2003 à 2013. Le taux global est passé de 2,3 blessures pour 100 ETP en 2003 à 1,4 blessure pour 100 ETP en 2013. Les hôpitaux, qui représentent le plus grand pourcentage de l'effectif en santé inclus dans cet indicateur, ont également connu une diminution des taux de blessures avec interruption de travail, qui sont passés de 2,0 blessures pour 100 ETP en 2003 à 1,0 blessure pour 100 travailleurs en 2013 (figure 9.5). Au cours de la même période, les foyers de soins de longue durée (foyers de soins infirmiers) ont également observé une diminution importante des blessures liées au travail, qui sont passées de 3,9 blessures pour 100 ETP en 2003 à 2,4 blessures pour 100 ETP en 2013, bien que le taux ait quelque peu fluctué au cours de la décennie (figure 9.5).

FIGURE 9.5

Taux de blessures avec interruption de travail pour le secteur des soins de santé en général, les foyers de soins infirmiers et les hôpitaux, en Ontario, 2003 à 2013



Sources des données : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. En chiffres: Rapport statistique 2013 de la CSPAAT en 2013 Annexe 1 Rapport statistique (en ligne).

## En résumé

Les personnes qui prodiguent des soins de santé en Ontario constituent la force principale du système de santé de l'Ontario. Le nombre d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et d'infirmières et infirmiers praticiens par habitant en Ontario a augmenté de 2005 à 2013, tandis que le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés a diminué. Le nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes par habitant en Ontario se

situait sous la moyenne canadienne en 2013, mais il a augmenté depuis 2005. Selon les données tirées des demandes de prestations pour interruption de travail, on observe une diminution du nombre de travailleurs de la santé qui sont blessés au travail dans les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et le secteur de la santé en général.

# Dépenses en santé

Dans le présent chapitre, nous faisons rapport sur trois indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité liés au coût des soins de santé en Ontario : le total des dépenses en santé, les dépenses liées aux médicaments et la question de savoir si les coûts constituent un obstacle à la prise des médicaments prescrits.

# Dépenser de façon efficace et efficiente

Les données sur les dépenses en santé peuvent fournir des renseignements importants sur le système de soins de santé. On peut déterminer le rendement général d'un système de santé en examinant son rendement par rapport aux indicateurs de la qualité des soins, ainsi que le montant d'argent dépensé pour les soins de santé. Le système fonctionne plus efficacement lorsque ses composantes travaillent en étroite collaboration.

En outre, le coût peut parfois affecter l'accès aux soins. Par exemple, le coût des médicaments constitue une préoccupation croissante, et les personnes qui vivent en Ontario ne disposent pas toutes d'une assurance pour les aider à payer les médicaments d'ordonnance. Si les gens ne prennent pas les médicaments qui leur ont été prescrits parce qu'ils ne peuvent pas se les payer, cela peut avoir une incidence sur leur santé.

## Principales observations

---

Après avoir augmenté de façon constante pendant une décennie, les dépenses en santé par habitant en Ontario ont reculé légèrement au cours des deux dernières années

La moyenne des dépenses en médicaments par personne en Ontario est élevée comparativement à celles observées dans les autres pays étudiés

Parmi les Ontariennes et les Ontariens de 55 ans ou plus interrogés, 8 % n'ont pas fait exécuter une ordonnance ou ont sauté une dose en raison des coûts, soit de trois à quatre fois plus que dans la majorité des pays étudiés

Le système fonctionne plus efficacement lorsque ses composantes travaillent en étroite collaboration.

## Total des dépenses en santé par habitant

Le total des dépenses en santé par personne en Ontario est en légère baisse depuis 2010

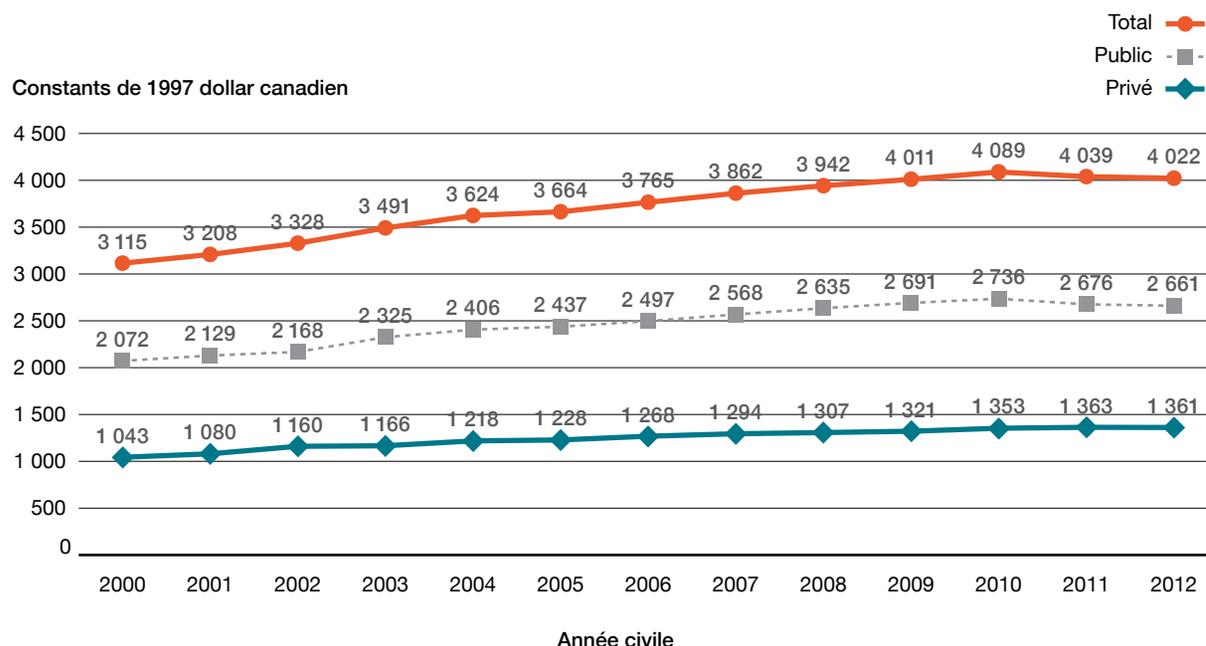
Le total des dépenses en santé par habitant mesure combien d'argent est dépensé en moyenne par personne pour des soins de santé. Cet indicateur tient compte de toutes les dépenses en santé—tant dans le secteur public que privé—y compris les services offerts par les fournisseurs de soins de santé, les programmes de santé publique et de prévention, l'administration et les dépenses en immobilisations sur l'infrastructure comme les bâtiments hospitaliers.

Les dépenses du secteur privé comprennent notamment les médicaments, les appareils et les services que les gens paient eux-mêmes ou grâce à une assurance privée.[126]

Après la croissance stable observée de 2000 à 2010, le total des dépenses en santé par habitant en Ontario a diminué en 2011 et en 2012, une fois l'inflation prise en compte. Mesurées en dollars canadiens constants de 1997, les dépenses ont connu une augmentation régulière de 97 \$ en moyenne par année pendant dix ans, atteignant 4 089 \$ par habitant en 2010, avant de diminuer à 4 022 \$ en 2012 (figure 10.1).

La combinaison de fonds publics et privés qui compose le total des dépenses en santé en Ontario a été relativement stable, les deux tiers environ provenant de sources publiques (de 65 % à 68 %) et le tiers de sources privées, comme une assurance maladie privée et des ressources personnelles (de 35 % à 32 %).[127]

FIGURE 10.1  
Total des dépenses en santé par habitant, en Ontario, par secteur, 2000 à 2012

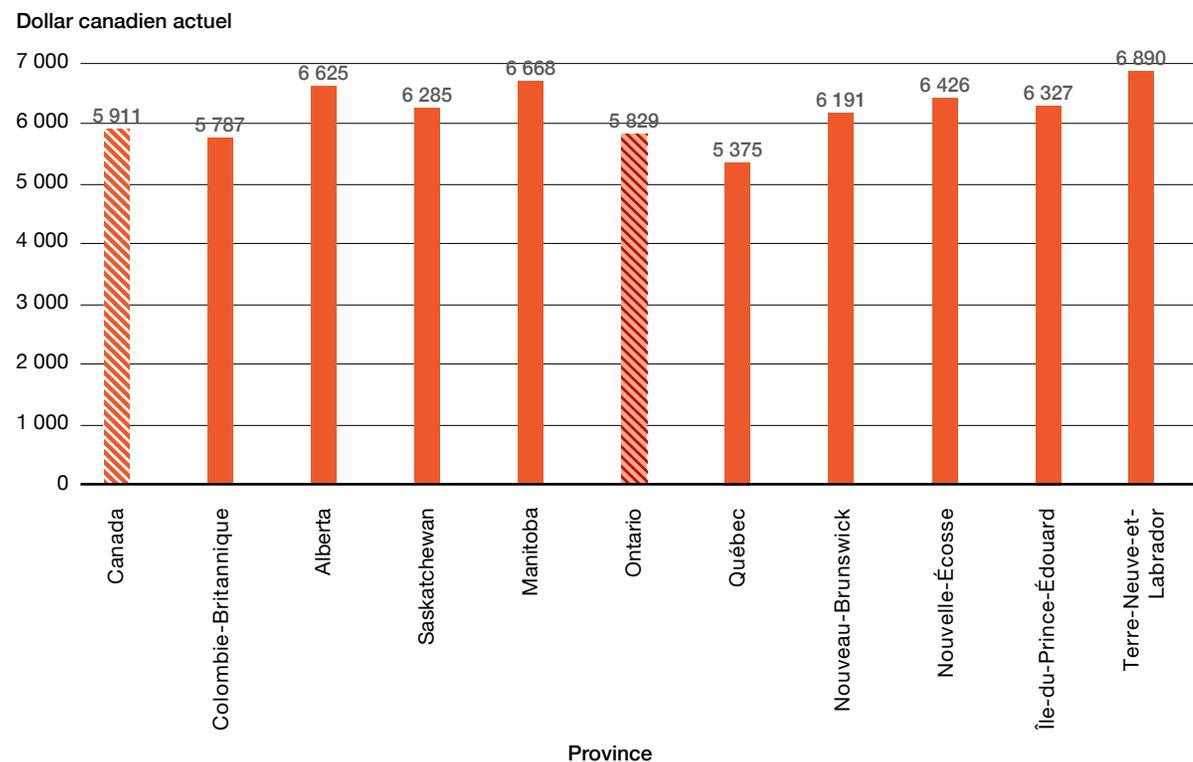


Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé; population et indices de prix, Statistique Canada.

Selon les plus récentes données accessibles (2012), l'Ontario affiche le troisième total des dépenses en santé le plus bas par habitant parmi les provinces canadiennes. Mesurées en dollars canadiens courants de 2012, les dépenses de l'Ontario sont supérieures d'environ 450 \$ en moyenne par personne comparativement à la province qui dépense le moins (Québec) et inférieures d'environ 1 000 \$ par rapport à la province qui dépense le plus (Terre-Neuve et Labrador) (figure 10.2).

Le lien entre les dépenses en santé et les résultats de santé est complexe. Le montant dépensé en santé dépend d'un bon nombre de facteurs, comme la santé de la population, la structure et la gestion du système de santé, ainsi que la valeur que le public accorde à des soins accessibles et de qualité par rapport à d'autres besoins publics.

FIGURE 10.2  
Total des dépenses en santé par habitant, au Canada, par province, 2012



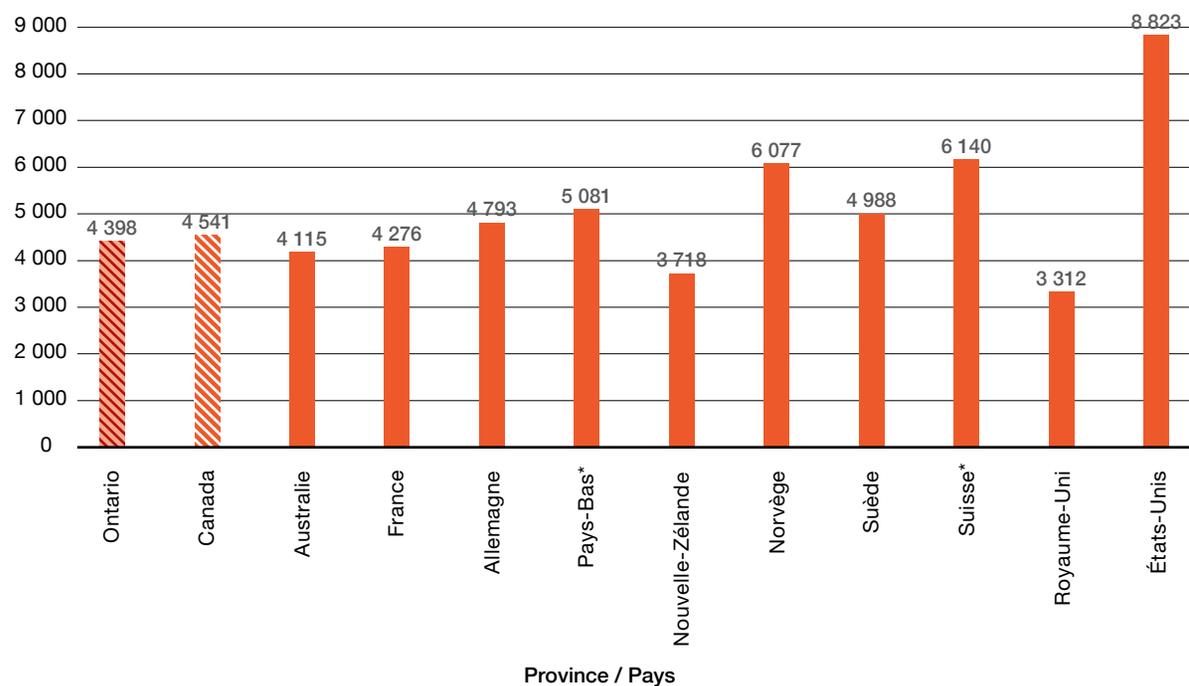
Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé; population et indices de prix, Statistique Canada.

Dans une comparaison internationale utilisant elle aussi les données de 2012, le total des dépenses en santé de l'Ontario se situe au milieu des 11 pays (figure 10.3). Pour que cette comparaison ait un sens, les dépenses de chaque pays sont fournies en dollars américains et rajustées au moyen d'une méthode appelée parité des pouvoirs d'achat pour convertir les différentes devises. Il s'agit du taux auquel un montant d'argent donné peut permettre d'acheter le même panier de produits et de services dans tous les pays. Si l'on tient compte de la parité des pouvoirs d'achat, l'Ontario dépense environ 1 100\$ US de plus par personne, en moyenne, que le pays où les dépenses sont les moins élevées dans le groupe (Royaume-Uni), environ 4 400\$ US de moins par personne que le pays où les dépenses sont les plus élevées (États-Unis) et plus de 1 700\$ US de moins que le deuxième pays où les dépenses sont les plus élevées (Suisse).

FIGURE 10.3

### Total des dépenses en santé par habitant, en Ontario, au Canada et à l'étranger, par province ou pays, 2012

Pouvoir d'achat parité US Dollar



Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé; Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, Organisation de coopération et de développement économiques. \*Excluant les immobilisations.

## Dépenses en santé par habitant liées aux médicaments

La moyenne par personne des dépenses en santé liées aux médicaments en Ontario est parmi les plus élevées dans le monde

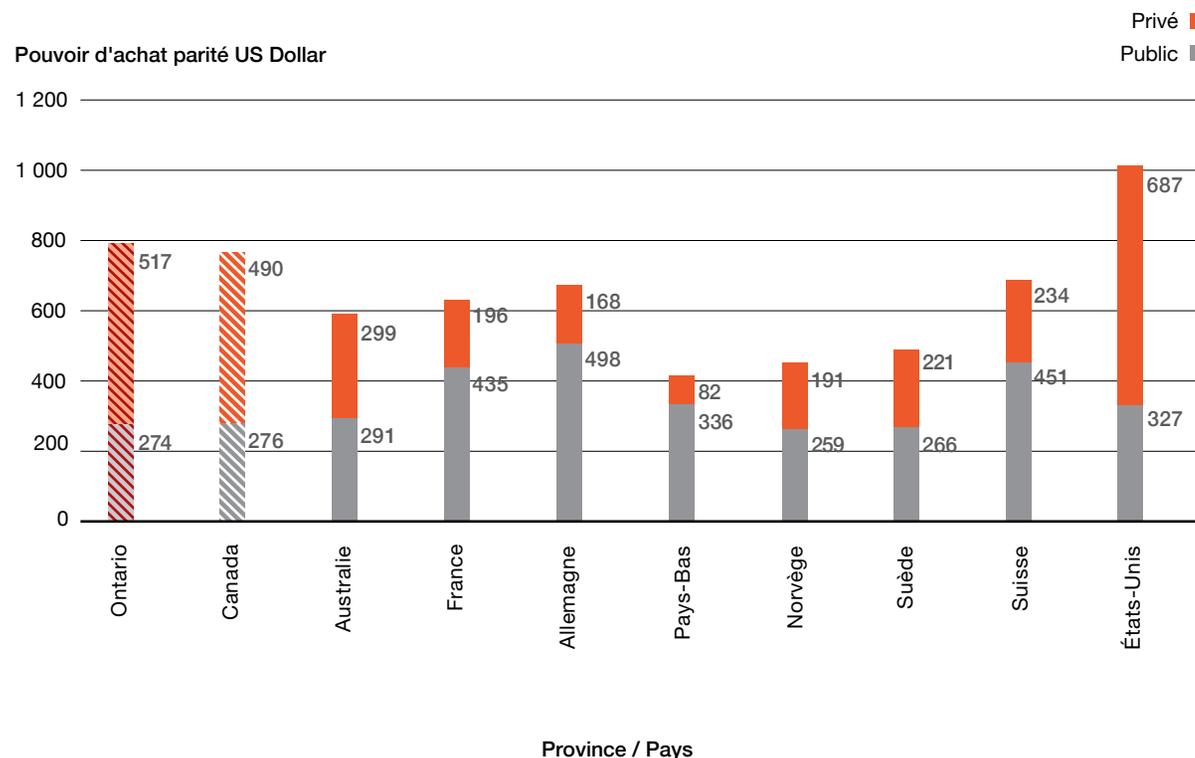
Les médicaments d'ordonnance constituent une partie importante du traitement de nombreux Canadiens et correspondaient à l'une des catégories de dépenses du système de santé affichant la croissance la plus rapide au cours de la période allant de 2001 à 2013. Dans le présent chapitre, nous faisons rapport sur les dépenses moyennes par personne en médicaments. Cela comprend les médicaments d'ordonnance et les produits en vente libre achetés dans les magasins de détail, mais ne comprend pas les médicaments administrés dans les hôpitaux et d'autres établissements, comme les foyers de soins de longue durée.[128-130]

Selon les données de 2012, l'Ontario dépense tout juste en deçà de 800 dollars américains par personne, en moyenne, en médicaments (montant ajusté aux fins de la parité des pouvoirs d'achat). Par rapport au montant dépensé dans dix pays, il s'agit du deuxième montant en importance après les États-Unis, qui dépensent tout juste au-delà de 1 000 dollars américains en médicaments (figure 10.4). Le total des dépenses en médicaments rend compte tant du prix des médicaments que de la quantité utilisée. En général, les prix des médicaments génériques au Canada se sont révélés plus élevés que dans bon nombre d'autres pays.[131]

Le régime d'assurance-médicaments public en Ontario, ainsi qu'au Canada en général, ne couvre qu'un faible pourcentage de la population. Par conséquent, les dépenses en médicaments en Ontario constituent l'une des catégories de dépenses en santé pour laquelle la

FIGURE 10.4

Dépenses en médicaments par habitant, en Ontario, au Canada et à l'étranger, par province ou pays, 2012



Sources des données : Base de données sur les dépenses nationales de santé, fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé; Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, Organisation de coopération et de développement économiques.

part du secteur privé est plus élevée que celle du secteur public. Alors que la part du secteur public du total des dépenses en santé par habitant en Ontario en 2012 a été de 66,2 %, la part du secteur public des dépenses en médicaments par habitant n'a été que de 34,6 %.[127]

## Ordonnance ou dose de médicament sautée en raison des coûts

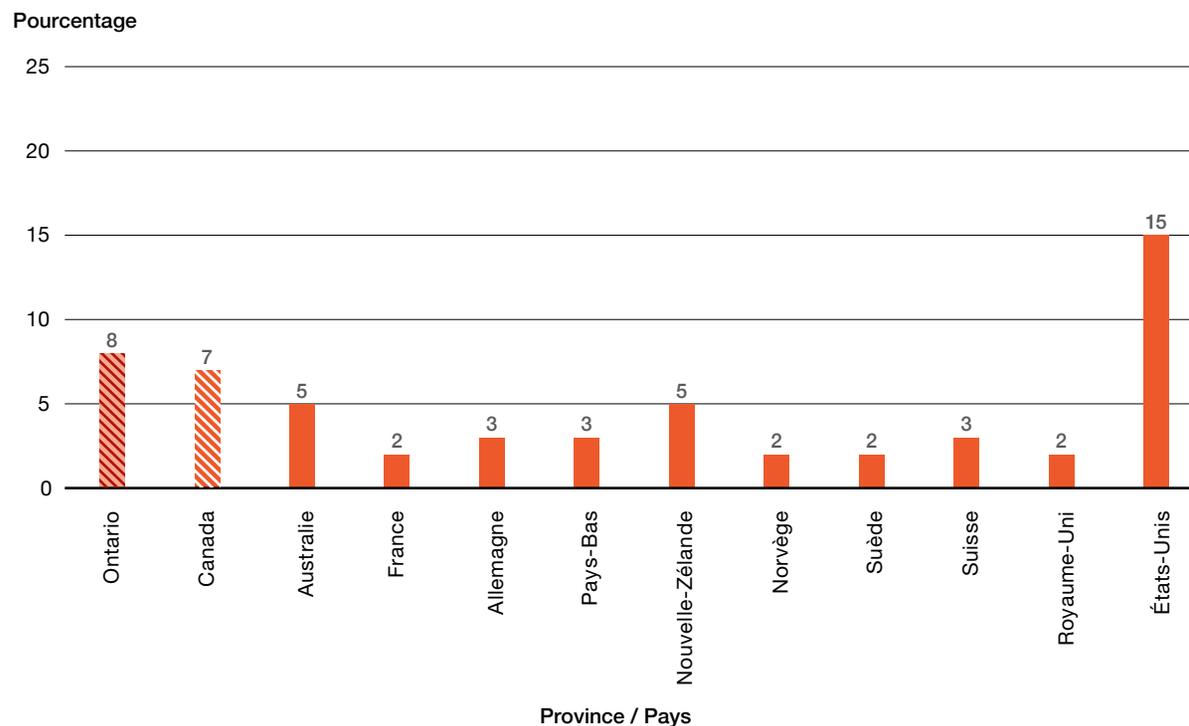
Près de un Ontarien sur 12 âgé de 55 ans ou plus a omis de prendre des médicaments en raison de leurs coûts, soit de trois à quatre fois plus que dans la majorité des pays étudiés

Étant donné la part relativement élevée attribuable au secteur privé dans les dépenses en médicaments en Ontario, il convient d'examiner la mesure dans laquelle les coûts empêchent les gens d'utiliser un médicament que leur a prescrit un fournisseur de soins de santé. Dans le cadre d'un sondage international réalisé par le Fonds du Commonwealth en 2014, on a demandé à des adultes âgés de 55 ans et plus s'il leur était déjà arrivé de ne pas faire exécuter une ordonnance ou de sauter une dose de médicament en raison du coût. Parmi les Ontariennes et les Ontariens interrogés, 8 % ont déclaré que les coûts constituaient un obstacle à l'accès aux médicaments. Le taux en Ontario est de trois à quatre fois plus élevé que dans la majorité des 11 pays étudiés (figure 10.5).

Le pourcentage d'Ontariennes et d'Ontariens qui ont déclaré ne pas avoir fait exécuter une ordonnance ou avoir sauté des doses de médicament en raison du coût varie selon le groupe d'âge. Le pourcentage de répondants âgés de 55 à 64 ans l'ayant fait est presque trois fois plus élevé (11 %) que celui des répondants âgés de 65 ans ou plus (4 %).<sup>[132]</sup> L'une des raisons pouvant expliquer cet écart est que les Ontariennes et les Ontariens de 65 ans ou plus reçoivent du soutien au titre du Programme de médicaments de l'Ontario, qui couvre la plus grande partie du coût des médicaments d'ordonnance, atténuant ainsi l'obstacle du coût.

FIGURE 10.5

Pourcentage des répondants âgés de 55 ans ou plus qui n'ont pas fait exécuter / ne sont pas allés chercher une ordonnance pour un médicament, ou qui ont sauté des doses de médicament en raison du coût, en Ontario, au Canada et à l'étranger, par province ou pays, 2014



Source des données : Sondage international 2014 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé.

## En résumé

Depuis 2010, l'Ontario a limité la croissance du total des dépenses en santé par habitant. Parallèlement, le système de santé a réussi à s'améliorer davantage dans certains secteurs, comme nous l'avons décrit dans d'autres chapitres. Le total des dépenses en santé par habitant en Ontario (publiques et privées combinées) est aujourd'hui plus bas que dans la majorité des provinces canadiennes et se situe près de la moyenne d'un groupe de pays faisant l'objet d'une comparaison internationale.

Les dépenses en médicaments en Ontario sont élevées par rapport à celles d'autres pays, la province étant devancée à ce chapitre seulement par les États-Unis. De plus, un pourcentage bien plus faible des coûts des médicaments des Ontariennes et des Ontariens est couvert par le système public comparativement aux coûts en vigueur dans la majorité des autres pays étudiés. Presque les deux tiers des coûts des médicaments dans la province (et au Canada en général) sont assumés par des assurances privées ou défrayés par les particuliers. Selon les données d'un sondage réalisé auprès de personnes âgées de 55 ans ou plus dans 11 pays en 2014, les obstacles à l'utilisation d'un médicament d'ordonnance liés aux coûts sont bien plus courants en Ontario que dans la majorité des autres pays.

# Prochaines étapes



# Nous partageons la route de l'avant avec tous les Ontariens.

Qu'est-ce que les résultats des indicateurs rapportés dans le présent chapitre nous révèlent sur la santé des Ontariennes et des Ontariens et le rendement du système de santé de la province? En règle générale, la santé des Ontariennes et des Ontariens continue de s'améliorer, et on observe des résultats positifs à l'égard du rendement de certaines parties du système de santé.

Cependant, les résultats d'un certain nombre d'indicateurs sont demeurés stables au cours des dernières années. Malgré d'importants efforts, le taux d'amélioration n'est toujours pas suffisant. Pour d'autres indicateurs, les écarts régionaux révèlent que les Ontariennes et les Ontariens ne reçoivent pas tous la même qualité de soins : on peut observer des foyers d'améliorations, mais certains résultats positifs ne se répètent pas de façon uniforme dans la province.

## Relever les défis

Grâce aux histoires des patients, des personnes soignantes et des fournisseurs de soins de santé, on peut dresser un portrait des travaux en cours en Ontario visant à s'attaquer aux difficultés auxquelles ces patients ont été confrontés.

Les patients, leur famille, les fournisseurs de soins de santé, les administrateurs, les groupes de services communautaires et les décideurs savent tous que l'Ontario pourrait fournir de meilleurs soins de santé. Tout le monde concentre ses efforts afin que notre système fournisse les meilleurs services afin de répondre aux besoins des patients.

Le rôle de Qualité des services de santé Ontario à titre de conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé place l'organisme dans une position unique. Notre travail permet de rassembler en un seul organisme les fonctions de surveillance du rendement du système de santé et de production de rapports sur ce rendement, de promotion de l'utilisation de données scientifiques et de soutien de l'amélioration de la qualité dans tout le système. Les organismes et les fournisseurs du système de santé ontarien se sont engagés à améliorer la qualité. Cette année, plus de 1 000 organismes ont officialisé leurs engagements par l'élaboration de plans d'amélioration de la qualité. Ainsi, notre nouvelle série de rapports, Pleins feux sur l'amélioration de la qualité, s'appuie sur ces plans pour partager les outils et les idées de changements fructueux et inspirants dans chaque secteur. Notre intention est de nous servir de ce travail pour favoriser et soutenir l'amélioration continue de la qualité des

soins de santé pour l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens, peu importe qui ils sont ou l'endroit où ils vivent.

## Favoriser l'amélioration de la surveillance du rendement et de la production de rapports

Malgré toutes les données présentées cette année, il reste encore d'importants secteurs de rendement sur lesquels nous ne pouvons faire rapport. L'ensemble d'indicateurs de rendement du programme commun d'amélioration de la qualité a évolué cette année afin de comprendre les indicateurs des soins à domicile et un chapitre consacré aux indicateurs des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Toutefois, nous ne disposons toujours pas des données sur les services qui aident les groupes de personnes clés à éviter les hospitalisations en recevant les soins dont ils ont besoin dans la collectivité, en particulier les Ontariennes et les Ontariens souffrant de troubles de maladie mentale ou de toxicomanie, les personnes âgées et les personnes handicapées. De plus, il y a toujours peu d'indicateurs de l'expérience des patients en ce qui concerne les soins offerts par de multiples fournisseurs ou secteurs ou les transitions entre des types de soins, les points où les patients sont les plus vulnérables aux lacunes dans la qualité des soins. Dans

le futur, nous travaillerons avec des partenaires afin de trouver de meilleures façons de faire rapport sur ces secteurs et nous examinerons plus minutieusement les groupes de personnes les plus à risque.

Dans l'ensemble, Qualité des services de santé Ontario continue d'élargir la portée de ses rapports sur le rendement du système de santé. Nous produisons des rapports thématiques dans lesquels nous examinons plus en profondeur le rendement du système dans des secteurs de soins en particulier. Certains de ces rapports se concentrent sur les indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité, ce qui nous permet d'analyser plus en profondeur un sujet donné en nous appuyant sur cet ensemble de mesures. Dans la mesure du possible, nous essayons également d'inclure dans nos rapports des comparaisons internationales et interprovinciales, afin d'évaluer où nous en sommes par rapport aux autres territoires de compétence.

Au cours de la dernière année, nous avons publié un rapport sur les expériences des patients concernant la communication et la coordination des soins (*Les soins intégrés*), qui élargit notre production de rapports sur l'intégration du système et compare le rendement de l'Ontario à celui d'autres pays. Un autre rapport thématique met en lumière l'utilisation d'antipsychotiques dans les foyers de soins de longue durée (*Recherche l'équilibre*). Ce rapport comble les lacunes des indicateurs de rendement des soins de longue durée du programme commun d'amélioration de la qualité et a entraîné une nouvelle collaboration entre Qualité des services de santé Ontario et nos partenaires.

Nous préparons également un rapport sur les indicateurs de rendement des soins primaires, sélectionnés en partenariat avec le secteur des soins

primaires. Conjointement au lancement des rapports en ligne sur les mêmes indicateurs, la publication de ce rapport marquera le début d'une production de rapports réguliers et ciblés sur les soins primaires en Ontario. Cela comprend un rapport imminent sur les expériences des médecins de soins primaires, au moyen de la comparaison entre les données de l'Ontario et celles d'autres pays recueillies dans le cadre du sondage international réalisé par le Fonds du Commonwealth en 2015. Nous continuerons également à élargir notre production de rapports en ligne, notamment par l'ajout d'indicateurs du programme commun d'amélioration de la qualité.

Au cours de la prochaine année, nous examinerons la santé et les soins de santé du point de vue de l'équité en faisant rapport sur plus d'indicateurs en ce qui a trait à différentes catégories relatives aux Ontariennes et aux Ontariens, telles que les catégories de revenu et d'âge. Cela contribuera à déterminer si les changements positifs sont répartis équitablement parmi les Ontariennes et les Ontariens ou si certaines catégories sont laissées pour compte.

### Notre mission : votre santé

Au cours de la prochaine année, notre surveillance du rendement du système de santé et notre production de rapports sur ce rendement continueront de croître, et nous poursuivrons le renforcement du programme commun d'amélioration de la qualité. Dans le cadre de ce travail, nous nous appuyons sur nos partenariats avec les associations, les décideurs, les administrateurs, les experts universitaires, les fournisseurs de soins de santé et, depuis plus récemment, sur les patients, les personnes soignantes et les membres du public. Nos partenaires nous aident à choisir les meilleurs indicateurs pour mesurer le rendement, fournir une orientation sur le fonctionnement de différents secteurs

du système de santé et nous lier avec les personnes qui sont « sur le terrain » des soins de santé, soit les patients, les personnes soignantes, les membres des familles et les fournisseurs. Nous misons maintenant sur un groupe de base de conseillers composé de patients, de personnes soignantes et de membres du public, qui contribuent à maintenir les patients au centre de notre travail, dont l'objectif est l'amélioration du système de santé en Ontario.

Qualité des services de santé Ontario parcourra le reste du chemin avec l'ensemble de la population ontarienne. Ce faisant, nous continuerons à travailler ensemble afin d'améliorer la santé partout dans la province.

**Nous continuerons à travailler ensemble afin d'améliorer la santé partout dans la province.**

# Bibliographie

1. *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé*, L.O. 2006, chap. 4; accessible à l'adresse : <http://www.ontario.ca/fr/lois/loi/06104>.
2. MANUEL, D. G., R. Perez, C. Bennett, L. Rosella, M. Taljaard, M. Roberts et coll. *Sept années en plus : Incidence du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'alimentation, de l'activité physique et du stress sur la santé et l'espérance de vie en Ontario*, Toronto, Institut de recherche en services de santé et Santé publique Ontario, 2012.
3. MANUEL, D., R. Perez, C. Bennett, L. Rosella et B. Choi. *900,000 days in hospital: the annual impact of smoking, alcohol, diet and physical activity on hospital use in Ontario*, Toronto, Institut de recherche en services de santé, 2014.
4. KATZMARZYK, P. « The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Ontario », *Health and Fitness Journal of Canada*, vol. 4, n° 4 (2011), pp. 31 à 40.
5. EVANS, M. 23 heures et 1/2—*Quelle est la meilleure manière d'améliorer notre santé?* Vidéo publiée le 11 mai 2012. Accessible à l'adresse : <https://sites.google.com/a/exercisemedicine.ca/lexerciceunmedicamentcanada/ressources-professionnelles/23-heures-et-1-2---quelle-est-la-meilleure-maniere-d-ameliorer-notre-sante>.
6. KOPELMAN, P. « Health risks associated with overweight and obesity », *Obesity Reviews*, vol. 8, suppl. 1 (2007), pp. 13 à 17.
7. OYEBODE, O., V. Gordon-Dseagu, A. Walker et J. S. Mindell. « Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 68, n° 9 (2014), pp. 856 à 862.
8. GREENBERG, L. et C. Normandin. « Variations en matière d'espérance de vie à la naissance », *Coup d'œil sur la santé*, 82-624-X, Statistique Canada, avril 2011.
9. Statistique Canada. Tableau 102-0512— *Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires annuel (années)*, CANSIM (base de données). Accessible à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020512&p2=9&tabMode=dataTable&p1=1&retrLang=fra&srchLan=-1&lang=fra>.
10. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Données de l'OCDE sur la santé : état de santé*. Statistiques de l'OCDE sur la santé (base de données). Accessible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-mortalite-infantile.htm>.
11. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, édition 2008, Ottawa, 2008.
12. Statistique Canada. *Taux de mortalité infantile, par province et territoire (les deux sexes)*, tableau sommaire créé à partir du tableau 102-0504 — *Décès et taux de mortalité, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires (annuel)*, CANSIM (base de données). Accessible à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/26?id=1020504&pattern=&p2=49&stByVal=1&p1=1&tabMode=dataTable&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra>.
13. Statistique Canada. Tableau 102-0504— *Décès et taux de mortalité, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires annuel, CANSIM (base de données)*. Accessible à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?id=1020504&pattern=102-0504&stByVal=1&paSer=&retrLang=fra&csid=&lang=fra>.
14. DESALVO, K. B., N. Blose, K. Reynolds, J. He et P. Muntner. « Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, n° 3 (2006), pp. 267 à 275.

15. IDLER, E. L. et S. V. Kasl. « Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? », *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 50B, n° 6 (1995), pp. S344 à S353.
16. Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013 fournies par l'Institut de recherche en services de santé.
17. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2013. Données provenant de Statistique Canada. Tableau 105-0503 – Profil d'indicateurs de la santé, taux normalisés selon l'âge, estimations annuelles, selon le sexe, Canada, provinces et territoires occasionnel, CANSIM (base de données).
18. State Government of Victoria (AU). *Health Status of Victorians – Avoidable Mortality*. Accessible à l'adresse : <http://www.health.vic.gov.au/healthstatus/admin/avoidable-mortality.htm>.
19. Institut canadien d'information sur la santé. *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*, Ottawa, 2012.
20. LINDENFELD, J., N. M. Albert, J. P. Boehmer, S. P. Collins, J. A. Ezekowitz, M. M. Givertz et coll. « HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline », *Journal of Cardiac Failure*, vol. 16, n° 6 (2010), pp. e1 à 194.
21. LUI, C. K. et S. P. Wallace. « A common denominator: calculating hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions in California », *Preventing Chronic Disease*, vol. 8, n° 5 (2011), p. A102.
22. Page Web d'Action Cancer Ontario. *Définition of alternate level of care*. Accessible à l'adresse : <https://fr.cancercare.on.ca/ocs/alc/>.
23. COVINSKY, K. E., R. M. Palmer, R. H. Fortinsky, S. R. Counsell, A. L. Stewart, D. Kresevic et coll. « Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, n° 4 (2003), pp. 451 à 458.
24. GRAF, C. « Functional decline in hospitalized older adults: it's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be », *American Journal of Nursing*, vol. 106, n° 1 (2006), pp. 58 à 68.
25. HAM, C., J. Dixon et C. Chantler. « Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England? », *British Medical Journal*. 2011;342:d905.
26. KYDD, A. « The patient experience of being a delayed discharge », *Journal of Nursing Management*, vol. 16, n° 2 (2008), pp. 121 à 126.
27. MACLEOD, H., R. S. Bell, K. Deane et C. Baker. « Creating sustained improvements in patient access and flow: experiences from three Ontario healthcare institutions ». *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 3 (2008), pp. 38 à 49.
28. VEDEL, I., M. Monette, F. Béland, J. Monette et H. Bergman. « Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada », *International Journal of Integrated Care*, vol. 11 (2011) (numéro spécial), p. e004.
29. Action Cancer Ontario. Bureau d'information sur les temps d'attente (données sur les ANS) et données sur les taux d'occupation des lits au 8 mai 2015.
30. Institut de recherche en services de santé. *Les soins primaires en Ontario : atlas de l'ICES*, Toronto, IRSS, 2006.
31. ENGSTRÖM, S., M. Foldevi et L. Borgquist. « Is general practice effective? A systematic literature review », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 19, n° 2 (2001), pp. 131 à 144.
32. GRUMBACH, K., D. Keane et A. Bindman. « Primary care and public emergency department overcrowding », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 3 (1993), pp. 372 à 378.
33. STARFIELD, B., L. Shi et J. Macinko. « Contribution of primary care to health systems and health », *Millbank Quarterly*, vol. 83, n° 3 (2005), pp. 457 à 502.
34. Données du Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
35. WONG, S. T., D. E. Watson, E. Young et S. Regan. « What do people think is important about primary healthcare? », *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, vol. 3, n° 3 (2008), pp. 89 à 104.
36. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*, 2012.
37. VAN UDEN, C. J. T. et H. F. J. M. Crebolder. « Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? », *Emergency Medicine Journal: EMJ*, vol. 21, n° 6 (2004), pp. 722 à 723.
38. ISHIKAWA, H., H. Hashimoto et T. Kiuchi. « The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research », *Social Science & Medicine*, vol. 96 (nov. 2013), pp. 147 à 153.
39. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, Février 2015.

40. Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2013 : *Les indicateurs de l'OCDE*. Publications de l'OCDE, 2013. Accessible à l'adresse : [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante\\_19991320;jsessionid=aja6cfp78fbkk.x-oecd-live-02](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320;jsessionid=aja6cfp78fbkk.x-oecd-live-02).
41. Fonds du Commonwealth. *Sondage international du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé*, 2013.
42. Action Cancer Ontario. Prévention, dépistage et soins. Dépistage. *Dépistage du cancer colorectal*. Accessible à l'adresse : <https://fr.cancercare.on.ca/pcc/screening/>.
43. Action Cancer Ontario. Surveillance du cancer. Statistiques sur le cancer. *Deaths for cancers by sex, Ontario*. Accessible à l'adresse : <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=8630#two-tab>.
44. HEWITSON, P., P. Glasziou, E. Watson, B. Towler et L. Irwig. « Cochrane Systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemocult): an update », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 103, n° 6 (2008), p. 1541.
45. BOOTH, G. L., J. Y. Polsky, G. Gozdyra, K. Cauch-Dudek, T. Kiran, B. R. Shah et coll. *Regional measures of diabetes burden in Ontario Toronto*, Institut de recherche en services de santé, 2012.
46. Guide de pratique clinique du comité de spécialistes de l'Association canadienne du diabète. BOYD, S. R., A. Advani, F. Altomare et F. Stockl. « Retinopathy », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 37, pp. S137 à S141.
47. Groupe de travail sur le diabète. *Rapport présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, septembre 2004. Accessible à l'adresse : [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/diabetes\\_taskforce/diabetes\\_taskforce.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/diabetes_taskforce/diabetes_taskforce.aspx).
48. KIRAN, T., A. Kopp, R. Moineddin, J. C. Victor, R. J. Campbell, B. R. Shah et coll. « Unintended consequences of delisting routine eye exams on retinopathy screening for people with diabetes in Ontario, Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 185, n° 3 (2013), pp. E167 à E173.
49. Données de la base de données l'Assurance-santé de l'Ontario et de la base de données de l'Ontario sur les médicaments fournies par l'Institut de recherche en services de santé.
50. Commission de la santé mentale du Canada. Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé. Fiche de renseignements – Principaux faits, 2014.
51. RATNASINGHAM, S., J. Cairney, J. Reh, H. Manson et P. A. Kurdyak. *Rapport sur le fardeau de la maladie mentale et de la toxicomanie en Ontario*, Toronto, Institut de recherche en services de santé, 2012.
52. SMETANIN, P., D. Stiff, C. Briante, C. E. Adair, S. Ahmad et M. Khan. « The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041 », *RiskAnalytica*, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada, 2011.
53. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*. Information détaillée pour 2012.
54. SHAEFFER, D. E., H. C. Schulberg et G. Board III. « Effects of community mental health services on state hospital admissions: a clinical-demographic study », *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 29, n° 9 (1978), pp. 578 à 583.
55. MADIANOS, M. G. et M. Economou. « International update. The impact of a community mental health center on psychiatric hospitalizations in two Athens areas », *Community Mental Health Journal*, vol. 35, n° 4 (1999), pp. 313 à 323.
56. HYUN, J. « Recovery- and community-based mental health services in the Slovak Republic: a pilot study on the implications for hospitalization and inpatient length-of-stay for individuals with severe and persistent mental illness », *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, vol. 13, n° 1 (2008), p. 9.
57. HERMANN, R. C., S. Mattke, D. Somekh, H. Silfverhielm, E. Goldner, G. Glover et coll. « Quality indicators for international benchmarking of mental health care », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18 (sept. 2006), pp. 31 à 38.
58. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health & Human Services. *National Quality Measures Clearinghouse*. Follow-up after hospitalization for mental illness. Accessible à l'adresse : <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=48642>. 59. Données de la Base de données sur les congés des patients et du Système national d'information sur les soins ambulatoires fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé.
60. EMANUEL, L. L., L. Taylor, A. Hain, J. R. Combes, M. J. Hatlie, B. Karsh et coll. Module 13 : Modules de santé mentale / Soins de santé mentale : isolement et contention. Programme d'éducation en sécurité des patients – Canada (PSEP – Canada), programme d'études 2010.

61. Données du Système d'information ontarien sur la santé mentale fournies par l'Institut de recherche en services de santé.
62. KRUG, E. G. *Rapport mondial sur la violence et la santé*, publié sous la direction de Etienne G. Krug, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.
63. HARKAVY-FRIEDMAN, J. M. et E. Nelson. « Management of the suicidal patient with schizophrenia », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 20, n° 3 (1997), pp. 625 à 640.
64. Santé Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
65. Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. Comment les CASC prodiguent des soins : *Mise à jour sur l'amélioration de la qualité pour les patients*, novembre 2014. Accessible à l'adresse : <http://oaccac.com/Quality/Documents1/FRENCH-Quality-Update-nov%2012.pdf>.
66. TIPPER, B. pour The Change Foundation. *Survey Review: A scan of existing and planned surveys of patient/client or caregiver experiences in transitions across care providers in Ontario*, The Change Foundation, 2010.
67. MCMILLAN, S. S., E. Kendall, A. Sav, M. A. King, J. A. Whitty, F. Kelly et coll. « Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials », *Medical Care Research and Review*, vol. 70, n° 6 (2013), pp. 567 à 596.
68. Données du « Client and Caregiver Experience Evaluation Survey » mené par la National Research Corporation of Canada fournies par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario.
69. Ministère des Finances de l'Ontario. Budget de l'Ontario 2013, Chapitre I : Un Ontario prospère et équitable, Section B : Une société équitable, 2013. Accessible à l'adresse : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/budget/ontariobudgets/2013/ch1b.html>.
70. Données de la Base de données sur les soins à domicile fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
71. PEDLAR, D. et J. Walker. Rapport sommaire : « The Overseas Service Veteran At Home Pilot: How Choice of Care May Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists », *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 23, n° 4 (2004), p. 367.
72. HOLLANDER, M. J. et N. L. Chappell. « A Comparative Analysis of Costs to Government for Home Care and Long-term Residential Care Services, Standardized for Client Care Needs », *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 23, n° 1 (2007), p. 149.
73. Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. *Rapport annuel 2012* du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, chapitre 3, section 3.08 : Processus de placement en foyer de soins de longue durée, 2012.
74. « Screening Algorithms », interRAI. Accessible à l'adresse : <http://www.interrai.org/algorithms.html>.
75. Base de données des profils des clients, système de gestion des clients des CASC et RAI-HC par l'intermédiaire du logiciel d'évaluation des séjours prolongés fournis par l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario.
76. Institut canadien d'information sur la santé. Statistiques éclair du Système d'information sur les services à domicile 2013–2014, août 2010. Accessible à l'adresse : [https://www.cihi.ca/web/resource/en/stats\\_hcrs\\_2013\\_14\\_fr.xls](https://www.cihi.ca/web/resource/en/stats_hcrs_2013_14_fr.xls).
77. Institut canadien d'information sur la santé. Analyse en Bref de la performance du système de santé : *Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile*, Toronto, Institut canadien d'information sur la santé, août 2010.
78. Système national d'information sur les soins ambulatoires, fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé.
79. Système d'information sur les temps d'attente, fourni par Action Cancer Ontario.
80. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Temps d'attente en Ontario*, résumé provincial, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.ontariowaittimes.com/er/Fr/ProvincialSummary.aspx?view=0>.
81. SCHULL, M., M. Vermeulen, A. Guttmann et T. Stukel. « Better performance on length-of-stay benchmarks associated with reduced risk following emergency department discharge: an observational cohort study », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, vol. 17, n° 3 (2015), pp. 253 à 262.
82. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Temps d'attente en Ontario : Objectifs de réduction des temps d'attente de l'Ontario*. Accessible à l'adresse : <http://www.ontariowaittimes.com/er/Fr/ProvincialSummary.aspx?view=0>.
83. SLOAN, F. A., L. K. George et L. Hu. « Productivity Improvements in Hip and Knee Surgery », *Arthritis*, 2014.
84. NORMAN-TAYLOR, F. H., C. R. Palmer et R. N. Villar. « Quality-of-life improvement compared after hip and knee replacement », *The Journal of Bone and Joint Surgery, Brith Volume*, vol. 78, n° 1 (1996), pp. 74 à 77.

85. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. *Angiography* (dernière révision en 2012). Accessible à l'adresse : [http://www.heartandstroke.com/site/c.ikiQLcMWJtE/b.3484085/k.6FB8/Heart\\_disease\\_\\_Angiography.htm](http://www.heartandstroke.com/site/c.ikiQLcMWJtE/b.3484085/k.6FB8/Heart_disease__Angiography.htm).
86. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. *Percutaneous coronary intervention*. Accessible à l'adresse : [http://www.heartandstroke.com/site/c.ikiQLcMWJtE/b.3831925/k.4F32/Heart\\_disease\\_\\_Percutaneous\\_coronary\\_intervention\\_PCI\\_or\\_angioplasty\\_with\\_stent.htm](http://www.heartandstroke.com/site/c.ikiQLcMWJtE/b.3831925/k.4F32/Heart_disease__Percutaneous_coronary_intervention_PCI_or_angioplasty_with_stent.htm).
87. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. *Coronary artery bypass surgery*. Accessible à l'adresse : [http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvI3leNWJwE/b.4010277/k.3D0B/Heart\\_Disease\\_\\_Coronary\\_artery\\_bypass\\_surgery.htm](http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvI3leNWJwE/b.4010277/k.3D0B/Heart_Disease__Coronary_artery_bypass_surgery.htm).
88. Réseau de soins cardiaques de l'Ontario du registre des soins cardiaques de l'Ontario.
89. LOHRISCH, C., C. Paltiel, K. Gelmon, C. Speers, S. Taylor, J. Barnett et coll. « Impact on Survival of Time From Definitive Surgery to Initiation of Adjuvant Chemotherapy for Early-Stage Breast Cancer », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 24, n° 30 (2006), pp. 4 888 à 4 894.
90. DES GUETZ, G., P. Nicolas, G.-Y. Perret, J.-F. Morere et B. Uzzan. « Does delaying adjuvant chemotherapy after curative surgery for colorectal cancer impair survival? A meta-analysis », *European Journal of Cancer*, vol. 46 (2010), pp. 1 049 à 1 055.
91. Qualité des services de santé Ontario. Rapports sur la divulgation publique concernant la santé des patients. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/public-reporting/patient-safety/about-patient-safety-public-reporting>.
92. Santé publique Ontario, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Annexe C : Analyse, surveillance et gestion du *Clostridium difficile*. L'annexe s'ajoute au document *Pratiques de base et précautions supplémentaires* dans tous les établissements de soins de santé, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013.
93. Institut canadien d'information sur la santé. Fiche d'information sur les indicateurs d'hospitalisations, de chirurgies et d'accouchement pour l'exercice 2013–2014, Institut canadien d'information sur la santé, 2015.
94. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2015.
95. DEGANI, N. et N. Sikich, Qualité des services de santé Ontario. « Examen des taux d'accouchement par césarienne : Analyse fondée sur des données probantes », Toronto, Qualité des services de santé Ontario, 2015.
96. BORN, K., J. Konkin, J. Tepper et N. Okun. « Pulling back the curtain on Canada's rising C-section rate », *Healthy Debate*, 29 mai 2014. Accessible à l'adresse : <http://healthydebate.ca/2014/05/topic/quality/c-section-variation>.
97. Institut canadien d'information sur la santé. Outil interactif des indicateurs de santé 2015.
98. Système d'information de BORN 2013–2014.
99. Ontario Long-Term Care Association. *Rapport This is long-term care*, Markham, Ontario Long-Term Care Association, 2014.
100. MEILAND, F. J. M., J. A. C. Danse, J. F. Wendte, N. S. Klazinga et L. J. Gunning-Schepers. « Caring for relatives with dementia – Caregiver experiences of relatives of patients on the waiting list for admission to a psychogeriatric nursing home in The Netherlands », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 29, n° 2 (2001), pp. 113 à 121.
101. CREDITOR, M. C. « Hazards of hospitalization of the elderly », *Annals of Internal Medicine*, vol. 118, n° 3 (1993), pp. 219 à 223.
102. Base de données des profils des clients fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
103. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Norme d'exercice, *La contention*, Toronto, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009.
104. *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, L.O. 2007, chap. 8. Accessible à l'adresse : <http://www.ontario.ca/laws/statute/07I08>.
105. CASTLE, N. G. et V. Mor. « Physical Restraints in Nursing Homes: A Review of the Literature Since the Nursing Home Reform Act of 1987 », *Medical Care Research and Review*, vol. 55, n° 2 (1998), p. 139.
106. RYDEN, M. B., K. S. Feldt, H. L. Oh, K. Brand, M. Warne, E. Weber et coll. « Relationships between aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents and use of restraints, psychoactive drugs, and secured units », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 13, n° 4 (1999), pp. 170 à 178.
107. HAMERS, J. P. H. et A. R. Huizing. « Why do we use physical restraints in the elderly? », *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 38, n° 1 (2005), pp. 19 à 25.
108. CASTLE, N. G. « Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes (private) », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 33, n° 6 (2006).
109. GUTTMAN, R., R. D. Altman et M. S. Karlan. « Report of the Council on Scientific Affairs. Use of restraints for patients in nursing homes », *Archives of Family Medicine*, vol. 8, n° 2 (1999), p. 101.

110. *Manuel de l'utilisateur de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI-MDS 2.0)©, version canadienne*, Institut canadien d'information sur la santé, février 2012.
111. Sauve-Qui-Pense. *Le fardeau économique des blessures au Canada*, Toronto, Sauve-Qui-Pense, 2009.
112. Centers for Disease Control and Prevention. *Falls in Nursing Homes*. Accessible à l'adresse : <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/nursing.html>.
113. Règlement de l'Ontario 79/10 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, 2007, chap. 8. Accessible à l'adresse : <http://www.ontario.ca/laws/regulation/100079>.
114. Rapports électroniques du système d'information sur les soins de longue durée fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé.
115. Comité consultatif ontarien des technologies de la santé. *OHTAC Recommendation : Prevention and Management of Pressure Ulcers*, octobre 2009. Accessible à l'adresse : [http://www.hqontario.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec\\_pup\\_20091020.pdf](http://www.hqontario.ca/english/providers/program/ohtac/tech/recommend/rec_pup_20091020.pdf).
116. *Manuel de l'utilisateur de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI-MDS 2.0)©, version canadienne, Addendum pour les protocoles d'évaluation des résidents (PER) originaux*, Institut canadien d'information sur la santé, janvier 2012.
117. Institut canadien d'information sur la santé. *Vivre dans un centre de soins infirmiers : évaluation de la qualité des centres de soins infirmiers au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2013.
118. Institut canadien d'information sur la santé. *Les plaies difficiles au Canada* (analyse en bref de la performance du système de santé), Institut canadien d'information sur la santé, 2013.
119. Association des infirmières et infirmiers autorisés. *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* (version révisée), Toronto, Association des infirmières et infirmiers autorisés, 2005.
120. BERGSTROM, N., S. D. Horn, M. Rapp, A. Stern, R. Barrett, M. Watkiss et coll. *Prévention des plaies de pression : Essai clinique randomisé multisite dans des établissements des soins de longue durée*, l'Ontario Health Technology Assessment Series, Qualité des services de santé Ontario, 2014.
121. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Registered Nurse/Nurse Practitioner Workforce Backgrounder*, juillet 2015. Accessible à l'adresse : <http://rmao.ca/policy/reports/nursing-workforce-backgrounder-2014>.
122. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Types of nursing*. Accessible à l'adresse : <http://rmao.ca/about/types-nursing>.
123. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. *Membership Statistics Highlights 2014* (version révisée en 2015).
124. Institut canadien d'information sur la santé. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2013*. Accessible à l'adresse : <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC34>.
125. ProfessionsSantéOntario. *Milieux de Travail Sains : Qu'est-ce qu'un milieu de travail sain?* Accessible à l'adresse : [http://www.healthforceontario.ca/fr/Home/D%C3%A9cideurs\\_politiques\\_%26\\_chercheurs/Milieux\\_de\\_Travail\\_Sains](http://www.healthforceontario.ca/fr/Home/D%C3%A9cideurs_politiques_%26_chercheurs/Milieux_de_Travail_Sains).
126. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2014.
127. Base de données sur les dépenses nationales de santé fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé.
128. MORGAN, S. et J. Kennedy. « Prescription Drug Accessibility and Affordability in the United States and Abroad », *The Commonwealth Fund*, juin 2010.
129. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2013 With Special Feature on Prescription Drugs*, H. Hyattsville, 2014.
130. Institut canadien d'information sur la santé. *Rapport sur les dépenses en médicaments prescrits au Canada 2012*.
131. BEALL, R. F., J. W. Nickerson et A. Attaran. « Pan-Canadian overpricing of medicines: a 6-country study of cost control for generic medicines », *Open Medicine : A peer-reviewed, independent, open-access journal*, vol. 8, n° 4 (2014), pp. e130 à e135.
132. *2014 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults in 11 Countries*, de mars à mai 2014. The Commonwealth Fund.

# Remerciements

## Conseil d'administration

**Andreas Laupacis**

Président

**Richard Alvarez**

**Tom Closson**

**Marie E. Fortier**

Vice-présidente

**Jeremy Grimshaw**

**Shelly Jamieson**

**Julie Maciura**

**Angela Morin**

**James Morrissey**

**Tazim Virani**

**Dr Stewart Kennedy**

Les biographies sont affichées à l'adresse  
[www.hqontario.ca/nous/gouvernance](http://www.hqontario.ca/nous/gouvernance)

## Direction

**Dr Joshua Tepper**

Président et Chef de la direction

**Jennifer Schipper**

Chef, Communications et participation des patients

**Dr Jeffrey Turnbull**

Chef, Qualité Clinique

**John Yip**

Vice-président, Affaires Générales

**Anna Greenberg**

Vice-président, Performance du système de santé

**Dr Irfan Dhalla**

Vice-président, Élaboration des preuves,  
normes et financement

**Lee Fairclough**

Vice-présidente, Amélioration de la Qualité

Les biographies sont affichées à l'adresse  
[www.hqontario.ca/nous/équipe-de-direction](http://www.hqontario.ca/nous/équipe-de-direction)

## Élaboration du rapport

L'élaboration du présent rapport a été dirigée par une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé Ontario composée notamment de Symron Bansal, Elizabeth Jean Betsch, Susan Brien, Kristan Chamberlain, Ann-Elise Chen, Shirley Chen, Maaïke de Vries, Naushaba Degani, Gail Dobell, Suzanne Dugard, Ryan Alexander Emond, Louise Grenier, Hui Jia, Michal Kapral, Sandra Kerr, Isra Khalil, Christopher Linaksita, Tim McGuire, Ryan Monte, Jennifer Riley, Anita Singh, Angus Steele, Marianne Takacs, Tommy Tam, Naira Yeritsyan, et Amy Zierler.

## Qualité des services de santé Ontario reconnaît et remercie les nombreuses personnes dévouées qui ont contribué au présent rapport, notamment :

Le comité d'examen de QSSO, un groupe d'experts en recherche et en évaluation provenant de partout dans la province qui a livré des conseils sur la totalité de la recherche quantitative et de l'analyse :

Dr Howard Barbaree, Anne Bell, Richard Birtwhistle, Dan Buchanan, Pat Campbell, Lucas Chartier, Nancy Cooper, Imtiaz Daniel, Stacy Daub, John David Stanway, Claire de Oliveira, Donna Fairley, Cathy Foulds, Natalie Greenidge, Cathy Hecimovich, Erik Hellsten, Jeremy Herring, John Hirdes, Jeremiah Hurley, Kim Jarvi, Kori Kingsbury, Boris Kralj, Paul Kurdyak, Carol Lambie, Lisa Little, Barbara Liu, Monique Lloyd, Cathy Lumsden, Karim Mamdani, Barbara Mildon, Andrea Moser, Garth Oakes, Connie Paris, Kristen Parise, George Pasut, Kathryn Pilkington, Jeff Poss, Debbie Roberts, Paula Rochon, Ruth Sanderson, Claudia Sanmartin, Michael Schull, Naomi Schwartz, Doug Sider, Jane Simms, Roz Smith, Michael Spinks, Ann Sprague, Therese Stukel, Jason Sutherland, Linda Tracey, Sue VanderBent, Simone Vigod, Eugene Wen, Peggie Willett, Walter Wodchis, Anne Wojtak, and Jennifer Young.

Les organismes suivants qui ont fourni des examens ou des données destinés au rapport :

BORN Ontario, Réseau ontarien de soins cardiaques, Institut de recherche en services de santé, Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Fonds du Commonwealth, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, Association des hôpitaux de l'Ontario, Ontario Medical Association, Association des infirmières et infirmiers autorisés, Statistique Canada et Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

*Remarque : Des parties du présent document sont fondées sur des données et des renseignements compilés et fournis par l'ICIS. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les commentaires exprimés aux présentes sont ceux de l'auteur, mais pas nécessairement ceux de l'ICIS.*

Le personnel d'un grand nombre de divisions et de directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui a fourni des données et des renseignements de base, en plus de vérifier des faits :

Direction de la santé communautaire et de la santé de la population, Direction des services liés aux programmes de médicaments, Direction des services de santé d'urgence, Direction de l'analytique en matière de santé, Division de la promotion de la santé, Direction des services de santé, Direction de la qualité des services de santé, Direction des politiques de financement du système de santé, Direction des relations de travail et des politiques de réglementation au sein du système de santé, Direction des politiques des ressources humaines dans le domaine de la santé, Direction de la mise en œuvre, Direction de la liaison avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, Direction des politiques et de l'innovation en matière de soins infirmiers, Direction des soins primaires, Direction des programmes provinciaux, Division de la santé publique, Direction du financement des actes médicaux fondés sur la qualité et Direction de la sécurité radiologique et des foyers de soins de longue durée.



Qualité des services de santé Ontario  
130, rue Bloor Ouest  
10e étage  
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél: 416-323-6868  
Sans frais: 1-866-623-6868  
Courriel: [info@hqontario.ca](mailto:info@hqontario.ca)  
[www.hqontario.ca](http://www.hqontario.ca)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015