

OBSERVATEUR-Q

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

**LES SOINS
DE SANTÉ
EN ONTARIO
2008 : VUE
D'ENSEMBLE**



Ontario

Ontario Health Quality Council
Conseil ontarien de la qualité
des services de santé

Chaque Ontarienne et chaque Ontarien a sa part de responsabilité dans la qualité du système – et nous espérons que ce rapport vous aidera à mieux comprendre le système de santé public et vous fournira les renseignements dont vous avez besoin pour continuer à œuvrer pour son amélioration.

Après tout, il s'agit de votre santé et de votre système de santé.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ET RÉSUMÉ 3

QUELLE PERFORMANCE LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC DE L'ONTARIO AFFICHE-T-IL? 11

2.1 ACCESSIBLE	11
2.1.1 Vue d'ensemble	11
2.1.2 Passerelle vers les soins de santé — l'accès à un médecin de famille	11
2.1.3 En attendant — l'accès aux services spécialisés	14
2.1.4 L'accès aux services des urgences	21
2.1.5 L'accès à travers la technologie des communications	25
2.2 EFFICACE	28
2.2.1 Vue d'ensemble	28
2.2.2 Résultats des soins hospitaliers pour crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux	28
2.2.3 Réadmissions d'enfants traités pour l'asthme dans les services des urgences	32
2.2.4 Résultats des soins aux personnes atteintes d'affections chroniques	34
2.3 SÛR	36
2.3.1 Vue d'ensemble	36
2.3.2 La sécurité dans les hôpitaux de soins actifs	36
2.3.3 La sécurité dans les soins de longue durée	39
2.3.4 La sécurité des médicaments dans les soins communautaires pour les personnes âgées	42
2.4 AXÉ SUR LE PATIENT	42
2.4.1 Vue d'ensemble	42
2.4.2 L'expérience des patients à l'égard des soins de médecins en milieu communautaire	43
2.4.3 L'expérience des patients à l'égard des soins reçus dans les hôpitaux de soins actifs et les services des urgences	46
2.5 ÉQUITABLE	49
2.5.1 Vue d'ensemble	49
2.5.2 L'équité pour les Ontariens des régions rurales et urbaines	49
2.6 EFFICIENT	52
2.6.1 Vue d'ensemble	52
2.6.2 Consultations dans les services des urgences réalisables dans un cabinet de médecin	52
2.6.3 Les examens superflus avant une chirurgie de la cataracte	54
2.6.4 L'utilisation de médicaments chers en dépit de l'existence d'équivalents meilleur marché	56
2.7 ADÉQUATEMENT OUTILLÉ	58
2.7.1 Vue d'ensemble	58
2.7.2 La dépense liée aux soins de santé	58
2.7.3 L'investissement dans la formation de professionnels de la santé	61

2.7.4 L'utilisation de la technologie de l'information dans les hôpitaux de soins actifs 63

2.7.5 L'investissement dans la gestion de l'information 66

2.8 INTÉGRÉ 67

2.8.1 Vue d'ensemble 67

2.8.2 Proportion de victimes d'AVC bénéficiant de services de réadaptation 68

2.8.3 Les patients savent-ils où obtenir de l'aide à leur sortie du service des urgences ou des soins actifs? 71

2.9 CENTRÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION 72

2.9.1 Vue d'ensemble 72

2.9.2 Les programmes de vaccination 73

2.9.3 Les programmes de dépistage 74

2.9.4 Les facteurs de risque 77

2.10 CONCLUSIONS 82

LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES EN ONTARIO 85

3.1 INTRODUCTION 85

Lucille Risannen — une lutte acharnée 86

3.2 MESURER LA QUALITÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES 87

Jim Kitts — tenir bon en suivant les bons conseils 88

3.3 L'ONTARIO PARVIENT-IL À GÉRER LES MALADIES CHRONIQUES? 90

3.4 NOTRE MANIÈRE D'ORGANISER LES SOINS FAIT-ELLE UNE DIFFÉRENCE POUR LES PATIENTS? 93

Colborne — des efforts concertés pour donner aux patients les soins qu'il faut 94

York Community Services — regard élargi sur les catalyseurs de la santé 98

3.5 LA DÉPENSE POUR AMÉLIORER LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES : JUSTIFIÉE OU NON? 100

Ashley Thomson — seule pour gérer ses soins 102

NOTES 104

REMERCIEMENTS 107

MEMBRES DU CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ 108



1

Ce document constitue le troisième rapport annuel du Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Notre mandat est de rendre compte de la qualité des soins de santé offerts dans la province et de la rehausser. Nous saluons le bon travail accompli, nous encourageons tous ceux qui sauront en tirer un enseignement et changer les choses pour le mieux, et nous nous attachons à promouvoir les programmes d'amélioration de la qualité à chaque niveau de soins, mais notre tâche consiste également à mettre en lumière les domaines à améliorer.

INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

Le système de santé public de l'Ontario coûte des milliards de dollars en frais de fonctionnement et touche des millions de vies chaque année. Il assure régulièrement des soins qui étaient inimaginables pour la génération précédente et qui étaient encore difficilement offerts il y a une dizaine d'années. Ces soins sont fournis par du personnel et des professionnels dévoués qui consacrent de longues heures et des efforts acharnés à aider des personnes souvent très malades et très angoissées. Leur travail est remarquable, spécialement si l'on songe aux indéniables imperfections de notre système de santé.

Ce document constitue le troisième rapport annuel du Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Notre mandat est de rendre compte de la qualité des soins de santé offerts dans la province et de la relever. Nous saluons le bon travail accompli, nous encourageons tous ceux qui sauront en tirer un enseignement et changer les choses pour le mieux, et nous nous attachons à promouvoir les programmes d'amélioration de la qualité à chaque niveau de soins, mais notre tâche consiste également à mettre en lumière les domaines à améliorer.

Nous avons commencé par examiner ce que les Ontariens et les Ontariennes attendent de leur système de santé. Nous avons posé des questions et constaté qu'ils partagent la même vision; tous veulent un système qui soit accessible, efficace, sûr, axé sur le patient, équitable, efficient, intégré, centré sur la santé de la population et adéquatement outillé, c'est-à-dire doté des ressources adéquates pour remplir sa fonction. Voilà ce que nous appelons les neuf attributs d'un système de santé performant. Chaque année, nous examinons les indicateurs de ces neuf attributs et nous en rendons compte dans un rapport. Par indicateurs, nous entendons les aspects des soins de santé que nous pouvons mesurer et surveiller. (Les caractéristiques techniques de tous les indicateurs cités dans ce rapport sont présentées dans notre site Web, à www.ohqc.ca.)

De plus, nous nous penchons chaque année sur un domaine où nous savons qu'il y a place à l'amélioration. L'an dernier, nous avons évoqué le besoin crucial de mieux gérer les maladies chroniques; cette année, nous nous intéresserons davantage à la manière dont ceci pourrait être fait pour les personnes qui vivent avec deux affections chroniques : la coronaropathie et le diabète.

Le chemin parcouru — conclusions des rapports précédents

Chaque année — nous l'avons dit — l'utilisation insuffisante de la technologie de l'information au sein du système de santé ontarien entrave notre capacité à fournir des soins de santé plus sûrs et de meilleure qualité. Vous trouverez des exemples de cela tout au long de ce rapport, mais ce qui pose un problème non négligeable, c'est que ce manque d'information, de surcroît, empêche le Conseil de faire son travail correctement.

Les données dont nous avons besoin pour mesurer et évaluer les soins et leur impact sont dures à trouver et peuvent être difficiles à interpréter, si tant est qu'elles existent. Ainsi, vous constaterez que certains indicateurs dont nous avons rendu compte l'an dernier ne sont pas présentés cette année puisque aucune information nouvelle à leur sujet n'a été recueillie depuis. Il nous est donc difficile de savoir si les choses s'améliorent ou se dégradent au fil du temps. De plus, ceci nous oblige parfois à utiliser des mesures qui ne renvoient pas directement au problème que nous voulons traiter, simplement parce qu'elles sont ce que nous avons de mieux pour mesurer un attribut donné.

Nous ne sommes pas seuls à croire que le progrès insuffisant de la technologie et de la gestion de l'information (souvent appelées *cybersanté*) entrave le progrès des soins. Dans un document diffusé en janvier 2008, l'Ontario Hospital Association déclarait : « La transformation véritable du système de santé exige l'amélioration du cheminement des patients et des renseignements sur leur santé dans le système de soins, mais, ajoutait-elle, le cadre de financement actuel n'appuie pas adéquatement la démarche, la collaboration et l'intégration nécessaires pour permettre que se réalise en temps utile la valeur réelle de la cybersanté »¹. Lors de l'élection de l'automne dernier, on a promis aux Ontariens et aux Ontariennes « un dossier médical électronique d'ici 2015 »²; au moment de la rédaction du présent rapport, nous attendions l'annonce d'un plan pour la mise en place du dossier médical électronique. Certains aspects des soins de santé dont nous avons rendu compte l'an dernier auguraient bien — la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario permettait effectivement de résorber les temps d'attente pour les services de cancérologie, de cardiologie et d'imagerie diagnostique, les arthroplasties de la hanche et du genou, ainsi que les chirurgies de la cataracte. Chez les patients hospitalisés pour une crise cardiaque, le taux de survie pendant la période décisive de 30 jours suivant une crise

était en hausse, à 88,9 pour cent par rapport à 85,5 pour cent sur une période de six ans. Les taux de survie se sont améliorés pour tous les cancers, et de manière significative pour le cancer du sein, le cancer ovarien et le cancer de la prostate.

En même temps, nous constatons notre incapacité à fournir des soins adéquats aux personnes atteintes de maladies chroniques, maladies dont on souffre pendant des années, comme le diabète et les maladies du cœur. Nous constatons que l'usage du tabac — facteur significatif de maladies chroniques — est en baisse, mais que l'obésité, également un facteur clé, reste un problème grave. Nous constatons que certains groupes, en particulier les Autochtones de l'Ontario et les membres de certaines communautés d'immigrants, sont considérablement plus enclins aux maladies chroniques. Nous constatons aussi que ces groupes ont plus de difficulté à obtenir l'accès aux soins. Les Ontariens et les Ontariennes se sont par ailleurs vu promettre qu'on allait « aider un Ontarien sur trois atteints d'une maladie chronique, à commencer par le diabète »²; une fois de plus, au moment de la rédaction du présent rapport, nous attendions l'annonce d'un plan pour la mise en œuvre de l'aide promise.

La situation cette année

L'examen auquel nous avons soumis les neuf attributs d'un système de santé de grande qualité en 2008 a été préparé par des chercheurs de l'Institut de recherche en services de santé de Toronto, en fonction de leurs données administratives issues, entre autres, de l'*Enquête sur l'accès aux soins primaires*, réalisée au nom du gouvernement de l'Ontario par l'Institut de recherches sociales de l'Université York, et de l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires.

Les neuf attributs d'un système de santé performant

Accessible

On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur.

Pour mesurer l'accessibilité du système de santé, nous avons cherché à savoir combien de personnes ont un médecin de famille, quels sont les temps d'attente dans les services spécialisés et les services des urgences, et dans quelle mesure les patients peuvent utiliser la technologie des communications pour obtenir des soins. Dans les sondages réalisés, 92 pour cent des Ontariens et des Ontariennes ont dit avoir un médecin de famille, mais cette proportion tombe à 86 pour cent chez les immigrants qui vivent ici depuis moins de cinq ans. En même temps, seuls 10 pour cent des médecins de famille de l'Ontario prennent de nouveaux patients, une baisse par rapport aux 40 pour cent d'il y a sept ans. Il est d'ailleurs difficile de consulter un médecin même lorsqu'on en a un : seuls 39 pour cent des Ontariens et

des Ontariennes qui doivent voir leur médecin peuvent le faire le jour même ou le jour suivant — beaucoup moins que dans les autres pays visés par l'enquête.

La bonne nouvelle, c'est que les temps d'attente pour les chirurgies importantes et les services de tomodensitométrie ont diminué et que le recours à la télémédecine augmente. Cela dit, nous sommes profondément inquiets de constater que, si le nombre d'examen par IRM (imagerie par résonance magnétique) a presque doublé, l'attente pour ce service n'est pas écourtée pour autant. Ce problème soulève des questions cruciales. Les médecins exigent-ils des examens par IRM quand ils ne sont pas vraiment nécessaires? Quelle sorte de normes y a-t-il en place pour l'attribution d'une cote de priorité aux personnes qui se disputent ce service? La priorité est-elle déterminée selon le besoin du patient, ou selon le type de médecin qui demande le service? Par endroits, l'attente est beaucoup plus courte qu'ailleurs. Est-ce à dire que l'offre devrait être gérée collectivement, éventuellement par le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), afin de ne pas laisser le hasard déterminer si un patient souffrira pendant des mois ou s'il obtiendra un examen par IRM dans les meilleurs délais? Sommes-nous confrontés à une grave insuffisance de services d'IRM? Les examens par IRM sont parmi les premiers problèmes à être abordés en vertu de la Stratégie de réduction des temps d'attente. Nous ne voudrions pas négliger cette incapacité à réduire les temps d'attente pour les examens par IRM, car l'essentiel de la Stratégie est un succès.

Efficace

On devrait pouvoir obtenir des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles.

La connaissance, les traitements et la technologie font toujours progresser les soins de santé; la capacité à les utiliser efficacement est la clé d'un système de santé performant. Cette année, pour évaluer l'efficacité, nous avons examiné le pourcentage de patients décédés à l'hôpital après y avoir été admis pour une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, la fréquence à laquelle les enfants asthmatiques revenaient au service des urgences, le nombre de personnes décédées peu après un traitement à l'hôpital pour une crise cardiaque ou une insuffisance cardiaque, ainsi que le nombre de diabétiques nouvellement diagnostiqués qui obtiennent les soins nécessaires.

Nous avons réalisé des progrès concernant certains problèmes cardiaques. Moins de personnes meurent dans les 30 jours suivant une crise cardiaque. Moins de personnes doivent se présenter au service des urgences ou retourner à l'hôpital après une première crise cardiaque ou un diagnostic de coronaropathie. Cependant, seulement les deux tiers des personnes souffrant de coronaropathie reçoivent les médicaments et les examens appropriés — et les femmes sont beaucoup moins bien soignées que les hommes.



Le succès obtenu pour le diabète est, lui aussi, relatif. Moins de patients diabétiques utilisent le service des urgences pour une glycémie anormale, mais plus de la moitié ne maîtrisent pas leur glycémie ou leur tension artérielle. Dans l'ensemble, les diabétiques reçoivent moins de la moitié des soins recommandés par les experts. L'incapacité prolongée à gérer le diabète peut entraîner de graves conséquences, notamment une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une insuffisance rénale, une amputation et une mort prématurée.

Sûr

On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner.

Les soins qui nous sont prodigués devraient nous permettre de mieux nous porter. Or, trop souvent, des patients subissent des préjudices inutiles au cours d'un traitement, par exemple quand des personnes âgées tombent dans un établissement de soins, ou quand des patients sont infectés à la suite d'une intervention chirurgicale. Ces préjudices sont autant de choses que l'on peut prévenir et qui n'ont pas leur place dans un milieu dispensant des soins de santé de qualité.

Nous constatons que le taux d'incidence des caillots de sang potentiellement mortels et d'infection des patients en milieu hospitalier a peu changé en cinq ans. Nous nous sommes également penchés sur les chutes concernant des pensionnaires de foyers de soins de longue durée — environ une chute sur 10 est d'une gravité nécessitant une consultation au service des urgences et ce chiffre ne s'améliore pas. Trop de personnes âgées se voient prescrire des médicaments qui risquent de leur faire du tort. Plus de 120 000 Ontariens et Ontariennes âgés de 65 ans et plus (sept pour cent des pensionnaires de maisons de soins infirmiers et huit pour cent des personnes âgées vivant dans la collectivité) se sont vu prescrire des médicaments qui, dans le meilleur des cas, ne leur ont été d'aucune utilité et qui, dans les pires cas, risquaient de leur faire du tort.

Axé sur le patient

Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.

Dans l'idéal, les professionnels de la santé traitent les patients avec respect et les consultent avant de les soigner. Il n'est pas facile d'être attentif aux circonstances de la vie d'une personne — par exemple sa situation familiale, ses besoins spirituels et ses différences linguistiques — et nous n'avons pas de mesures nous permettant de juger si cela est fait. Aux fins du présent rapport, nous avons utilisé les enquêtes sur la satisfaction comme mesure des soins axés sur le patient. Nous prenons en considération l'expérience des gens auprès des médecins dans la collectivité, dans les hôpitaux de soins actifs et, séparément, dans les salles d'urgence.

Dans l'ensemble, les taux de satisfaction ne sont pas mauvais. Les Ontariens et les Ontariennes sont à peu près aussi satisfaits de la qualité des soins qu'ils reçoivent de leur médecin habituel que le sont les personnes interrogées lors d'enquêtes menées dans sept pays. Les trois quarts affirment avoir reçu de leur médecin des soins de très bonne ou excellente qualité au cours des 12 derniers mois, et le même pourcentage d'individus affirment que leur médecin leur a expliqué les choses d'une manière qu'ils ont pu comprendre. Les hôpitaux de soins actifs et les services des urgences ont vu peu de changements dans le degré de satisfaction de leurs patients depuis 2003-2004.

Équitable

La qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est et où l'on vit.

Un système de santé performant propose des soins en fonction du besoin, mais de nombreux facteurs déterminent qui reçoit quels soins en Ontario. Vu l'étendue du territoire, beaucoup de gens habitent loin des spécialistes, de la technologie et même



des services proposant les soins de tous les jours. D'autres ne reçoivent peut-être pas les soins dont ils ont besoin, soit parce qu'ils ne parlent ni anglais ni français, soit en raison de leur âge, de leur sexe, de leur revenu ou de leur origine ethnique.

Chaque année, nous examinons cet attribut important sous un angle différent. L'an dernier, nous avons abordé l'équité au regard des populations autochtones et immigrantes de l'Ontario. Cette année, nous comparons les soins reçus en régions rurales aux soins reçus dans les centres urbains. Bien qu'il y ait également des différences entre les régions rurales et éloignées, nous ne nous sommes pas penchés sur cet aspect.

Nous avons été heureux de constater que, peu importe que l'on habite dans une collectivité urbaine ou rurale, cela change peu de choses à la possibilité d'avoir un médecin de famille, d'obtenir des services de tomodensitométrie, d'être opéré d'une cataracte ou de mourir d'une insuffisance cardiaque congestive. Les taux de satisfaction à l'égard des soins demeurent à peu près inchangés, eux aussi. Villageois ou citadins, atteints ou non d'une maladie chronique, environ 93 pour cent des Ontariens et des Ontariennes sont satisfaits des soins qui leur sont donnés quand ils sont malades.

Cependant, les résidents des régions rurales sont moins enclins à bénéficier d'exams par IRM et les résidents des centres urbains subissent moins souvent une arthroplastie de la hanche ou du genou. Les personnes âgées des régions rurales sont plus susceptibles de prendre des médicaments inappropriés.

Efficient

On devrait constamment chercher des moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé.

Aurons-nous les moyens de continuer à nous offrir ce système de santé? C'est la question qui préoccupe sans cesse les Ontariens et les Ontariennes, d'où l'importance d'exploiter notre système de

santé avec la plus haute efficacité, en réduisant le gaspillage et en faisant une sage utilisation de nos ressources.

Nous avons examiné trois éléments pour évaluer le gaspillage dans le système de santé de l'Ontario : les visites au service des urgences pour des problèmes qui pourraient être résolus dans un cabinet de médecin, les examens superflus pour les personnes qui se font opérer d'une cataracte, et l'emploi de médicaments chers pour traiter l'hypertension artérielle alors qu'un médicament meilleur marché est souvent le choix recommandé.

Les recherches nous révèlent que le nombre de personnes qui se présentent au service des urgences pour des problèmes mineurs représente un petit pourcentage de l'ensemble des consultations offertes dans ces services et qu'il a peu d'incidence sur les temps d'attente pour les personnes plus gravement malades. Nous constatons heureusement que ce pourcentage a même baissé en cinq ans, les consultations accordées en salles d'urgence passant de trois pour cent à 2,6 pour cent de l'ensemble des visites. Cependant, on en dénombrait 300 000 encore en 2006-2007. Ces visites sont parfois nécessaires — dans les régions rurales, par exemple, où il n'y a peut-être nulle part où aller pour se faire soigner après la fermeture des cabinets de médecins. Hélas, ces coûts s'accumulent et engloutissent des ressources financières qui pourraient être utilisées à meilleur escient.

Depuis des années, on soumet régulièrement à des examens auditifs et à des radiographies pulmonaires les personnes qui subissent une simple chirurgie de la cataracte — ceci à un coût estimatif de 35 \$ par personne. C'est beaucoup d'argent consacré à des tests qui n'améliorent pas l'issue pour les patients. Les taux pour ces deux catégories de tests diminuent mais demeurent bien trop élevés encore.

L'hypertension artérielle touche beaucoup de gens, notamment de nombreuses personnes âgées, dont les coûts de médicaments sont en majeure partie pris en charge par la province. La plupart des gens pourraient être traités au moyen de médicaments bon marché, les thiazidiques (souvent appelés diurétiques), bien qu'ils ne soient pas le premier choix recommandé en présence

concomitante d'affections telles que le diabète, la coronaropathie, un trouble rénal chronique, un accident vasculaire cérébral ou une insuffisance cardiaque. Malgré cela, les médecins continuent à prescrire des médicaments plus chers qui n'apportent rien de plus aux patients mais qui contribuent à dilapider des ressources financières qui pourraient être consacrées à autre chose. Tous ces exemples relativement mineurs de gaspillage de nos ressources financières peuvent, au final, se répercuter lourdement sur la capacité à offrir des soins de santé abordables.

Adéquatement outillé

Le système de soins de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens.

Avoir les ressources adéquates pour les soins de santé, ce n'est pas qu'une question d'argent. Cela signifie aussi réunir un ensemble adéquat de ressources financières, professionnelles et matérielles. La nouvelle technologie peut améliorer les soins et même nous faire réaliser des économies — mais seulement si nous avons des techniciens suffisamment compétents pour l'exploiter et des professionnels capables d'en orienter l'utilisation, d'interpréter les résultats qu'elle produit et de l'intégrer dans l'ensemble des soins.

Le gouvernement de l'Ontario s'est engagé à embaucher un complément de travailleurs de la santé et à augmenter le nombre de places à leur disposition dans les établissements de formation. De nouvelles places ont été aménagées pour les étudiants et les diplômés internationaux en médecine. Les facultés de sciences infirmières ont augmenté leur effectif étudiant, de même que l'on recense un plus grand nombre de stagiaires en pharmacie et d'apprenties sages-femmes. L'ennui, c'est qu'il faudra quelques années encore avant que ces étudiants et ces étudiantes soient prêts à prodiguer des soins.

Comme nous disions, la technologie de l'information est essentielle pour fournir des soins de grande qualité, mais très peu d'hôpitaux — seulement certains des plus grands — ont des systèmes d'information électroniques dans l'ensemble de leurs services. Les petits hôpitaux ont tardé à mettre au point les systèmes informatiques nécessaires pour offrir des soins modernes et de grande qualité.

La surveillance des dépenses et du rendement du capital investi en termes de santé de la population ontarienne nous permet, elle aussi, de juger si nous faisons bon usage de nos ressources. Nous dépensons plus qu'il y a une dizaine d'années. Le total — y compris les dépenses de santé engagées par le gouvernement, les particuliers et les compagnies d'assurance — représente environ 10,9 pour cent du produit intérieur brut, en comparaison de 8,6 pour cent en 1997.

Intégré

Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité.

L'intégration des soins, c'est l'établissement d'une liaison entre les différentes parties du système au service des patients, de sorte que les personnes en retirent le maximum d'avantages et qu'elles ne soient pas privées de traitements indispensables. En règle générale, plus les gens sont malades, plus ils obtiennent des soins, auxquels participent de nombreux professionnels. Les soins peuvent être gaspillés ou même causer du tort si les professionnels qui les fournissent ne savent pas de quels traitements complémentaires les patients ont besoin ou lesquels ils reçoivent, ou lorsqu'aucun suivi médical n'est organisé.

Pour mesurer l'intégration des soins en Ontario, nous avons examiné les services de réadaptation des victimes d'accidents vasculaires cérébraux et cherché à savoir si les gens savent qui consulter à leur sortie de l'hôpital. Les résultats ne sont pas formidables. Nous savons que les victimes d'accidents vasculaires cérébraux qui participent à des programmes de réadaptation prennent vite du mieux, mais moins du tiers de ces patients vont directement de l'hôpital à un service de réadaptation. Seuls quatre patients sur cinq quittant l'hôpital et trois patients sur cinq quittant le service des urgences ont dit savoir qui appeler pour obtenir de l'aide à leur sortie de l'établissement.

Centré sur la santé de la population

Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.

Certes il importe de s'occuper des gens quand ils sont malades, mais les garder en bonne santé est de loin la meilleure solution. Les années d'efforts consacrées à faire cesser le tabagisme commencent à rapporter et la preuve en est que les taux de cancer du poumon sont moins élevés qu'avant; les taux de décès attribuables au cancer diminuent parce que nous réussissons mieux à le détecter, à le traiter et à le prévenir.

En bref, la prévention est la clé d'une population en bonne santé et, chaque année, nous étudions des mesures qui nous permettent de voir si nous améliorons l'état de santé général de la population. La vaccination contre les maladies a été l'une des premières démarches réalisées dans ce sens, et elle est devenue chose si courante que nous tenons parfois ses effets pour acquis. Nous sommes néanmoins ravis de voir que l'Ontario réussit assez bien en termes de vaccination antigrippale. Plus des trois quarts des personnes âgées, et la moitié des personnes atteintes de maladies chroniques — qu'une grippe peut faire mourir — ont reçu le vaccin antigrippal l'an dernier. L'Ontario devance toutes les provinces sur ce plan, mais nous pourrions faire mieux encore.

Nous pourrions certainement nous surpasser dans toutes les autres mesures que nous avons contrôlées pour la santé de la population. Seules 60 pour cent des femmes âgées de 50 ans et plus subissent un mammogramme, qui permet de détecter le cancer du sein. Nous sommes loin des tests de dépistage offerts aux personnes de plus de 50 ans pour la détection précoce du cancer du côlon — selon les données disponibles, environ une personne sur six effectue un test par recherche de sang occulte dans les selles.

Le quart des citoyens ontariens les plus pauvres ne savent pas d'où viendra leur prochain repas et la moitié de la population — sans égard au revenu — ne mange pas assez de légumes. Trop de personnes atteintes de maladies chroniques fument et souffrent d'embonpoint. Souvent, ces problèmes sont étroitement liés au statut socioéconomique, mais nous pourrions aider les gens à vivre une vie plus saine en leur proposant des programmes de soutien communautaire.

La gestion des maladies chroniques

La maladie chronique est lourde de conséquences pour la population ontarienne. Chez nous, une personne sur trois en est affligée. Les maladies chroniques sont celles qui subsistent des années durant, comme les maladies du cœur, l'emphysème, le diabète et l'arthrite. Quatre-vingts pour cent des Canadiens et des Canadiennes qui ont passé le cap des 65 ans souffrent d'une maladie chronique et, de ceux-ci, environ 70 pour cent en supportent plusieurs³. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 89 pour cent de l'ensemble des décès au Canada sont causés par une maladie chronique⁴. Les recherches de l'OMS établissent à 80 milliards de dollars par an le coût lié au traitement médical des maladies chroniques et à la perte de productivité qu'elles entraînent dans notre pays⁵.

Dans la plupart des cas, pourtant, il est possible de gérer les symptômes de maladies chroniques et la souffrance qu'ils causent, et d'aider ainsi les gens à mener une vie normale. Nous en savons long sur la manière de prévenir les maladies chroniques et nous sommes bien renseignés sur les tests, les médicaments et la surveillance nécessaires pour que les personnes qui en sont atteintes puissent continuer à vivre une vie relativement normale dans leur collectivité. La plupart des traitements ne sont pas complexes, mais ils doivent être offerts à coup sûr.

En termes plus simples : l'Ontario n'arrive pas à relever le défi des maladies chroniques. Nous pourrions sauver près de 8 000 vies chaque année — et améliorer la qualité de vie de nombreuses personnes — en rehaussant les indispensables soins assidus et la surveillance qui empêchent les malades chroniques de traverser des épisodes de maladie grave.

Moins de la moitié des diabétiques maîtrisent leur glycémie. La plupart ne subissent pas assez souvent d'examen des pieds, de la vue ou de contrôles périodiques de leur glycémie. Près de la moitié n'obtiennent pas les médicaments recommandés. Enfin, seuls cinq pour cent des patients diabétiques reçoivent à la fois tous les traitements souhaitables.

Les résultats en matière de coronaropathie sont légèrement supérieurs mais il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine. Les trois quarts des patients se voient recommander de l'aspirine. Un peu moins des deux tiers se voient recommander des bêtabloquants, médicaments qui réduisent l'effort exigé du cœur et font baisser la tension artérielle. Une proportion semblable s'est vu recommander des statines, celles-ci permettant de réduire le taux de cholestérol. En principe, chacun de ces trois traitements devrait à tout le moins être envisagé pour tous les patients souffrant de coronaropathie. Dans la réalité, la trithérapie n'est envisagée que pour un patient sur trois. Il est d'autre part troublant que, chez les personnes atteintes de coronaropathie, bien moins de femmes que d'hommes se voient recommander un traitement.

Nous avons trouvé intéressant de voir que, généralement, les services de soins primaires où des infirmières praticiennes travaillent aux côtés de médecins de famille s'occupent mieux des personnes atteintes de maladies chroniques que les cabinets où les médecins de famille exercent en solo. Par contre, aucun type de cabinet n'utilise la technologie de l'information d'une manière suffisamment efficace pour gérer les maladies chroniques. Il ne fait aucun doute que le problème de gestion des maladies chroniques est dans une large mesure attribuable à une utilisation inadéquate de la technologie de l'information qui fournirait des renseignements sur les examens et les médicaments et permettrait d'assurer une surveillance régulière. Sans ce type de renseignements, il est impossible d'élaborer des plans d'amélioration des soins et d'encourager cette démarche. L'Ontario doit trouver le moyen de parvenir à cela. Le gouvernement de l'Ontario a promis de mettre en place une stratégie de gestion des maladies chroniques. Il nous tarde d'assister au déploiement de cette stratégie.





Conclusion

Que nous dévoile ce survol des neuf attributs propres à un système de santé performant? D'abord, nous avons un système de santé doté de professionnels possédant une formation avancée et une vaste expérience. Qu'ils exercent dans les centres de santé ultramodernes ou dans les postes les plus éloignés, nous avons la technologie nécessaire pour les relier les uns aux autres et leur donner accès au matériel et aux connaissances qui peuvent leur permettre de traiter de terribles maladies ou même de les prévenir.

Bien que l'on constate une diminution des temps d'attente pour certaines chirurgies importantes, dans 60 pour cent des cas, une personne malade doit attendre plus de deux jours pour voir son médecin de famille. Souvent, nous sommes incapables de donner aux patients atteints de troubles chroniques les soins courants nécessaires pour les garder en bonne santé et prévenir les complications, qu'il s'agisse d'examen de la vue pour les diabétiques ou de médicaments efficaces pour les personnes atteintes de coronaropathie. Nous commençons à peine à utiliser la technologie de l'information de toutes les façons possibles pour fournir de meilleurs soins.

Des améliorations s'imposent dans l'ensemble du système de santé. Nous devons mettre au point les systèmes d'information qui nous permettront de gérer, d'évaluer et de comparer les processus que nous employons et les résultats qu'ils produisent, afin de savoir comment l'Ontario se mesure aux autres provinces et aux autres pays et de trouver des modèles à suivre pour améliorer les choses. Chaque Ontarien et chaque Ontarienne peut jouer un rôle clé dans l'amélioration de sa santé, d'une part en posant plus de questions sur son état et son traitement, et d'autre part en choisissant un mode de vie sain.

Des progrès sont réalisés dans différents domaines, mais il faut que le système de santé soit empreint d'un engagement global envers l'amélioration de la qualité et que s'accélère le rythme du changement.



2

Les données et l'analyse utilisées pour ce chapitre ont été préparées par

QUELLE PERFORMANCE LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC DE L'ONTARIO AFFICHE-T-IL?

2.1 Accessible

2.1.1 Vue d'ensemble

Un système de santé performant permet d'obtenir les soins nécessaires au moment voulu. Pour certaines personnes, un bon accès implique que les soins sont accessibles immédiatement lorsqu'un nouveau symptôme ou problème inquiétant exige un diagnostic et un traitement. Les retards de diagnostic ou de traitement peuvent exacerber l'anxiété, prolonger ou intensifier la souffrance ou, dans certains cas, augmenter le risque de décès.

Pour d'autres, un bon accès, c'est recevoir les soins courants ou pouvoir passer régulièrement des examens médicaux. Les nourrissons devraient bénéficier de bilans de santé réguliers pour le dépistage de problèmes éventuels et recevoir leurs vaccins. Les femmes ont besoin de passer régulièrement le test de Papanicolaou et les personnes de 50 ans ou plus doivent bénéficier de tests de dépistage du cancer du côlon. Les diabétiques ont besoin d'un suivi régulier pour contrôler leur glycémie, leur tension artérielle et leur taux de cholestérol. Ces consultations régulières ne sont pas urgentes, mais les personnes qui en ont besoin ne devraient pas devoir attendre plus longtemps que le délai recommandé et devraient avoir facilement accès au professionnel qui les connaît le mieux.

Un bon accès comporte une autre dimension : l'accès à un médecin de famille qui vous connaît et qui connaît aussi vos antécédents médicaux et vos problèmes de santé. Ce médecin sert de passerelle vers les autres composantes du système de santé, facilitant l'accès aux soins appropriés aux personnes qui doivent voir un spécialiste ou subir une intervention chirurgicale ou un examen spécialisé. C'est pourquoi avoir un médecin attitré — et pouvoir le consulter au moment voulu — est la condition sine qua non d'un système de santé performant.

Le quatrième maillon d'un système accessible est la commodité des services. Devoir parcourir de longues distances peut être un obstacle à l'obtention des soins nécessaires. Attendre inutilement au téléphone pour parler à l'un de vos fournisseurs de soins de santé ou à son personnel peut gêner l'accès, et spécialement si la communication peut se faire aussi bien par courrier électronique.

Le rapport que nous vous présentons cette année aborde plusieurs aspects de l'accès :

- l'accès à un médecin attitré;
- l'accès aux services de diagnostic par IRM et tomodensitométrie;
- l'accès aux services chirurgicaux spécialisés (pontages cardiaques et angioplasties, chirurgies de la cataracte, arthroplasties de la hanche et du genou);
- l'accès aux services des urgences pour les troubles pressants;
- l'accès à la technologie qui facilite les soins de santé, comme la télémédecine (communication vidéo avec un professionnel de santé), le courrier électronique et Télésanté (conseils téléphoniques dispensés par une infirmière ou un infirmier).

2.1.2 Passerelle vers les soins de santé — l'accès à un médecin de famille

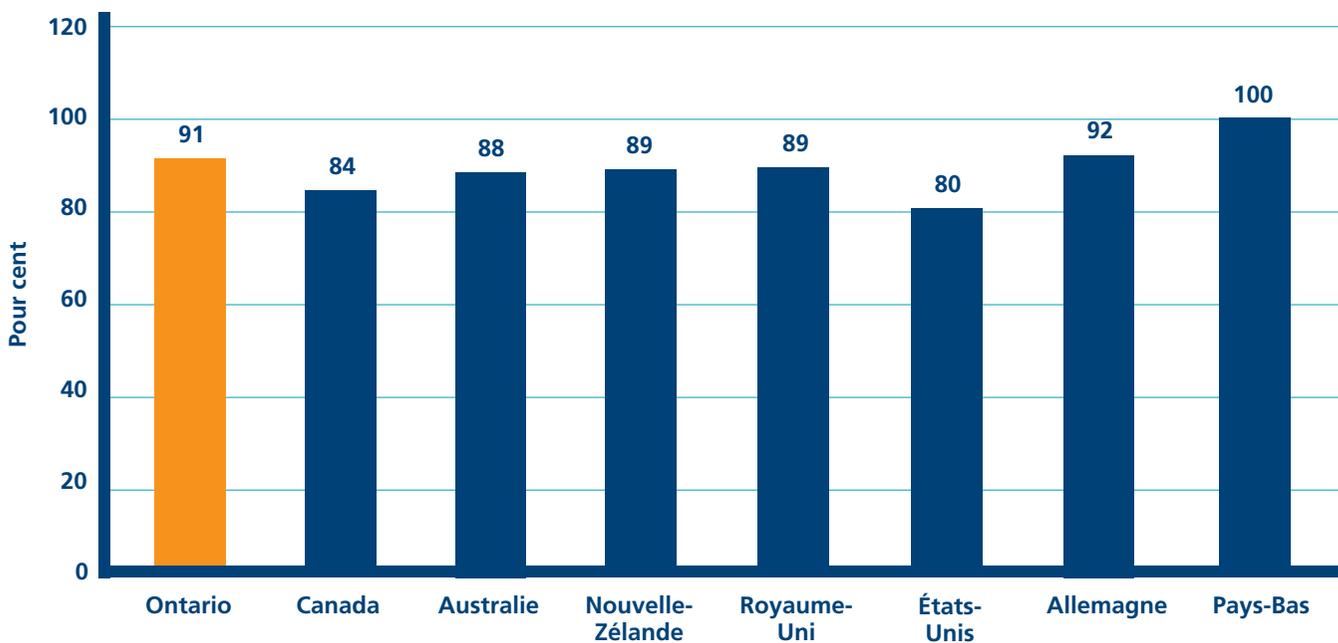
Un médecin attitré, c'est le socle des soins primaires. C'est votre premier point de service quand vous êtes malade, la personne la mieux choisie pour les examens de routine, les tests de dépistage et les conseils médicaux, et c'est aussi le point d'aiguillage vers les services spécialisés. Aussi craignons-nous pour les personnes qui ne trouvent pas de médecin de famille et c'est d'ailleurs sur ce problème que nous nous sommes penchés en premier lieu.

Nous avons utilisé deux sondages comportant des questions similaires pour déterminer quelle proportion d'Ontariens et d'Ontariennes ont un médecin attitré. L'un est l'*Enquête sur l'accès aux soins primaires*, menée régulièrement par l'institut de recherches sociales de l'Université York au nom du gouvernement de l'Ontario. Cette enquête nous permet de voir si le nombre d'Ontariens et d'Ontariennes affirmant avoir un médecin attitré change sur une période donnée. L'autre est l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, qui nous permet de comparer

On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur.

Un accès de grande qualité permet d'obtenir un test spécialisé dans les meilleurs délais et sans efforts ni bouleversements inutiles. Les personnes atteintes de maladies chroniques, telles que le diabète ou l'asthme, devraient pouvoir trouver de l'aide pour gérer leur maladie et prévenir de graves problèmes.

Pourcentage d'adultes ayant un médecin ou lieu de soin attiré, en Ontario et selon le pays, 2007



*Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées.
Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.*

l'Ontario à six instances territoriales (l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Allemagne et les Pays-Bas). Les deux sondages ont donné les mêmes résultats pour l'année qu'ils chevauchent, ce qui laisse supposer que tous deux sont exacts.

L'Enquête sur l'accès aux soins primaires a révélé que 92 pour cent des adultes avaient un médecin attiré en 2006 et en 2007 — en d'autres termes, la situation est demeurée inchangée sur cette période. L'enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires a indiqué que 91 pour cent des Ontariens et des Ontariennes avaient un médecin attiré. C'est mieux que dans l'ensemble du Canada, où seuls 84 pour cent des répondants ont affirmé en avoir un. La proportion de 91 pour cent signalée pour l'Ontario est semblable à celle d'autres pays visés par l'enquête du Fonds du Commonwealth, sauf aux États-Unis, où le pourcentage est plus faible qu'en Ontario, et aux Pays-Bas, où la proportion signalée est de 100 pour cent, résultat exceptionnel qui pourrait s'expliquer par les réformes opérées récemment dans le domaine de l'assurance-santé.

Bien que l'Ontario semble dépasser le reste du Canada selon le pourcentage de personnes ayant un médecin de famille, semblable d'ailleurs à celui observé dans d'autres pays, il est troublant de savoir qu'environ huit pour cent de la population (un adulte sur 12) n'en a pas. Selon l'Enquête sur l'accès aux soins primaires, environ la moitié de ces personnes ne cherchent pas de médecin de famille. Il reste quand même en Ontario

quatre pour cent des adultes, ou près de 400 000 personnes, qui voudraient avoir un médecin et qui en ont cherché un mais qui n'en trouvent pas. Un autre sondage mené auprès de médecins montre que seuls 10 pour cent des médecins de famille prennent de nouveaux patients, une baisse par rapport aux 40 pour cent observés il y a sept ans⁶.

La portée de l'Enquête sur l'accès aux soins primaires n'était pas assez vaste pour broser un tableau de la situation dans les collectivités. Il y a probablement des endroits où plus de gens sont sans médecin de famille. Ce sondage nous révèle cependant que les nouveaux immigrants (au Canada depuis moins de cinq ans) sont selon toute probabilité moins nombreux à avoir un médecin de famille — seulement 86 pour cent d'entre eux affirment en avoir un.

Dans son Discours du Trône du 29 novembre 2007, le gouvernement provincial déclarait qu'il déploierait les efforts nécessaires pour « accroître de 500 000 le nombre de personnes ayant accès à des soins familiaux plus efficaces et mieux coordonnés, dispensés par des médecins, des infirmières et des infirmiers et d'autres professionnels de la santé ». Il était rassurant d'entendre le gouvernement évoquer une cible précise, mais s'il faut encore trois ans pour y parvenir, l'accès ouvert à 500 000 personnes de plus ne sera jamais que le prolongement de la croissance démographique; il restera encore des gens qui cherchent un médecin et qui n'en trouvent pas. Il y a aussi des régions où il est plus difficile de trouver un médecin, et

les habitants de ces régions pourraient avoir besoin d'une aide supplémentaire pour obtenir les soins recherchés.

L'enquête du Fonds du Commonwealth posait une importante question de contrôle : *Si vous avez un médecin de famille, combien de temps devez-vous attendre pour obtenir un rendez-vous lorsque vous êtes malade?* Avoir un médecin est primordial, mais s'il est impossible d'obtenir une consultation promptement quand c'est nécessaire, l'état de santé du patient peut se dégrader et nécessiter à long terme des soins plus lourds.

C'est peut-être trop souvent le cas en Ontario. Dans l'enquête du Fonds du Commonwealth, 40 pour cent des répondants ont déclaré pouvoir consulter leur médecin le jour où ils lui téléphonaient ou le jour suivant. Ce pourcentage s'avoisine de celui observé pour l'ensemble du Canada, mais il est beaucoup moins élevé que dans tous les autres pays ayant fait l'objet de l'enquête, où plus de la moitié des répondants pouvaient voir un médecin le jour de leur appel téléphonique ou le jour suivant. La proportion la plus élevée était en Nouvelle-Zélande, où 75 pour cent des répondants voyaient un médecin dans un délai de deux jours quand ils étaient malades.

En résumé, bien que les Ontariens et les Ontariennes soient aussi nombreux à avoir un médecin de famille que les habitants des autres pays, ils sont beaucoup moins nombreux à obtenir rapidement les soins de leur médecin. Un rapport récent du

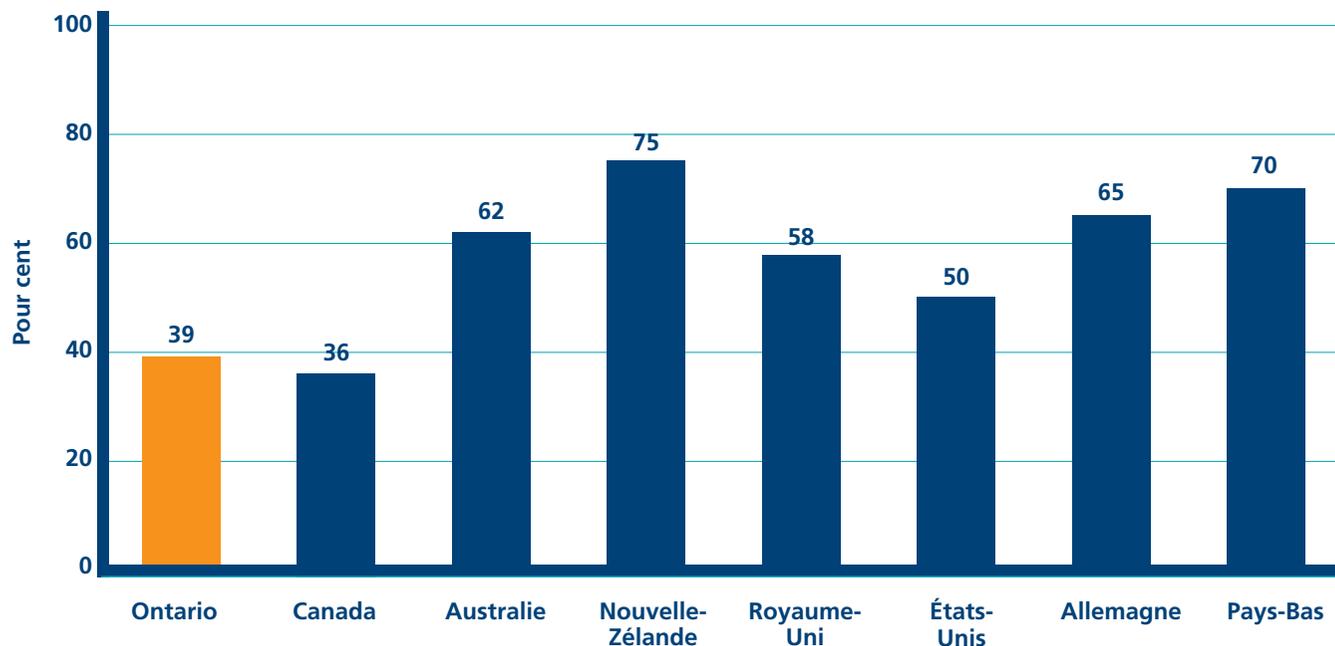
Conseil canadien de la santé constatait aussi que leurs soins n'étaient pas toujours bien coordonnés, complets ou accessibles au moment voulu⁷.

De plus en plus, au Canada et dans le monde, les nouvelles méthodes régissant l'exercice de la profession médicale sont axées sur la coordination des soins au sein d'une équipe réunissant des médecins et d'autres professionnels de la santé. Ces méthodes pourraient améliorer les soins dispensés au patient et favoriser, chez le médecin de famille, une utilisation plus judicieuse de son temps.

Le rendez-vous avec accès préalable est une stratégie qui contribue largement à réduire les temps d'attente pour voir un médecin de famille.

Cette méthode a pour but d'obtenir aux patients un rendez-vous le jour qu'ils souhaitent, même si c'est le jour où ils téléphonent. À cette fin, les cliniques essaient d'organiser les rendez-vous en tenant compte des périodes qui risquent d'être les plus en demande. Ainsi, vu que de nombreux médecins estiment que le lundi est le jour le plus chargé, les cliniques gardent des places ouvertes ce jour-là et cette latitude leur permet d'offrir des soins rapides. L'accès préalable exige aussi de gérer la demande de consultations, par exemple en traitant les problèmes mineurs par téléphone au lieu de faire venir un patient alors que ce n'est pas vraiment nécessaire. La transition vers l'accès préalable oblige

Pourcentage d'adultes ayant obtenu rendez-vous chez le médecin le jour même ou le jour suivant la dernière fois qu'ils ont été malades ou qu'ils ont eu besoin d'un médecin, en Ontario et selon le pays, 2007



Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées. Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

Des soins au moment voulu, pour un traitement moins lourd

Rexdale et Lawrence Heights sont deux centres de santé communautaire de Toronto qui voyaient leurs listes d'attente s'allonger. Les centres de santé communautaire offrent des soins axés sur un travail d'équipe et leur clientèle regroupe souvent des personnes pour qui l'accès aux soins est parsemé d'embûches — nombre d'entre eux ont immigré récemment ou ont une maladie chronique, et la pauvreté est un problème pour beaucoup. En avril 2003, les patients de Lawrence Heights attendaient 30 jours pour obtenir un rendez-vous. Quand le temps de réponse s'éternise ainsi, c'est une situation à tout le moins stressante pour les patients qui, au final, ne reçoivent probablement pas les soins dont ils ont besoin. Le centre a embauché temporairement un complément de médecins afin de résorber le retard et a réservé toutes les possibilités de rendez-vous en après-midi (environ 57 pour cent) pour les besoins du jour. En décembre 2004, les patients attendaient déjà moins d'une semaine pour un rendez-vous pris à l'avance et obtenaient une consultation le jour même pour les maladies soudaines. Rexdale, en employant une tactique similaire, a pu réduire les temps d'attente aussi : alors qu'il fallait auparavant attendre six semaines pour voir un médecin et quatre semaines pour voir une infirmière praticienne, ce centre a désormais pu proposer des rendez-vous le jour même, le jour suivant ou une semaine plus tard.

Les deux centres affirment que pour mettre en œuvre l'accès préalable, il faut comprendre les besoins et les attentes de la collectivité, afin de pouvoir créer un emploi du temps qui permette de bien servir les patients, et désigner au sein du personnel une personne qui guidera la transition. Il faut aussi comprendre les besoins du personnel du centre de santé et l'encourager à être souple et ouvert au changement.

généralement les cliniques à prolonger leurs heures d'ouverture ou à embaucher des aides temporaires pour une courte période afin de servir les patients en attente d'un rendez-vous. De plus, les cliniques gardent chaque jour un certain pourcentage de places ouvertes pour accorder des consultations aux patients qui ont des problèmes de santé urgents. Les soins courants sont prévus, mais pas longtemps à l'avance et, grâce à cette astuce, les rendez-vous manqués et les pertes de temps qui en découlent sont minimisés. Résultat : les personnes souffrant de maladies chroniques ont beaucoup plus de chances d'obtenir le suivi régulier dont elles ont besoin.

La mise en place de l'accès préalable exige une formation et un soutien. En Grande-Bretagne, l'accès préalable est inscrit dans les objectifs du National Health Service depuis 2000, et les cliniques intéressées par cette méthode et désireuses d'échanger des idées sur la façon de la mettre en œuvre, se réunissent dans le cadre de « collaborations informatives » désormais entrées dans l'usage. L'Alberta et la Saskatchewan ont, elles aussi, introduit l'accès préalable à la médecine familiale à travers des collaborations de ce genre.

Des comparaisons faites aux quatre coins du globe et des exemples relevés chez nous, au Canada, nous révèlent que nous devons en apprendre davantage sur ce qui empêche les gens d'obtenir des soins primaires quand ils en ont besoin. Nous devons en savoir plus sur les raisons pour lesquelles il est difficile de trouver un médecin et sur les temps d'attente et davantage également sur l'issue qu'entraînent les retards dans la fourniture des soins. Une réforme des soins primaires qui permettra de répondre aux besoins des Ontariens et des Ontariennes au XXI^e siècle n'est possible qu'à condition que nous puissions mieux comprendre toutes ces questions.

2.1.3 En attendant — l'accès aux services spécialisés

L'inquiétude du public face aux listes d'attente pour les soins de santé spécialisés ne se dissipe jamais vraiment. Si nous-mêmes n'avons jamais été contraints d'attendre pour être soignés, ou que nous n'avons jamais eu à nous faire de souci pour un ami ou un parent dans cette situation, nous pouvons en revanche imaginer à quel point cela peut être pénible. Il y a donc eu un grand soulagement en septembre 2004 quand l'Ontario, les autres provinces et les territoires ont signé avec le gouvernement fédéral un plan décennal pour renforcer les soins de santé. Ce plan prévoyait l'octroi de 5,5 milliards de dollars par le gouvernement du Canada pour réduire les temps d'attente dans cinq domaines — la chirurgie cardiaque, la chirurgie du cancer, l'arthroplastie, la chirurgie de la cataracte et les épreuves diagnostiques (par IRM et tomodensitométrie).

Deux mois plus tard, l'Ontario annonçait sa Stratégie de réduction des temps d'attente, qui visait à augmenter les services et à réduire les temps d'attente dans ces cinq domaines pour décembre 2006, et dans un plus vaste éventail de services par la suite. Cette stratégie permet de mesurer les attentes en calculant le temps qui s'écoule avant que 90 pour cent des patients reçoivent le service souhaité. Pour la chirurgie, la mesure commence lorsqu'un patient et son chirurgien décident de procéder à l'opération. Pour les examens par IRM et tomodensitométrie, la mesure est le temps qui s'écoule entre la demande d'examen et le moment où il est réalisé. Dans le cas de l'IRM, un « temps d'attente au 90^e percentile » de 75 jours signifie que neuf patients sur 10 ont bénéficié d'un examen par IRM dans les 75 jours suivant la demande (ou qu'une personne sur 10 ayant passé un examen par IRM a attendu plus de 75 jours).



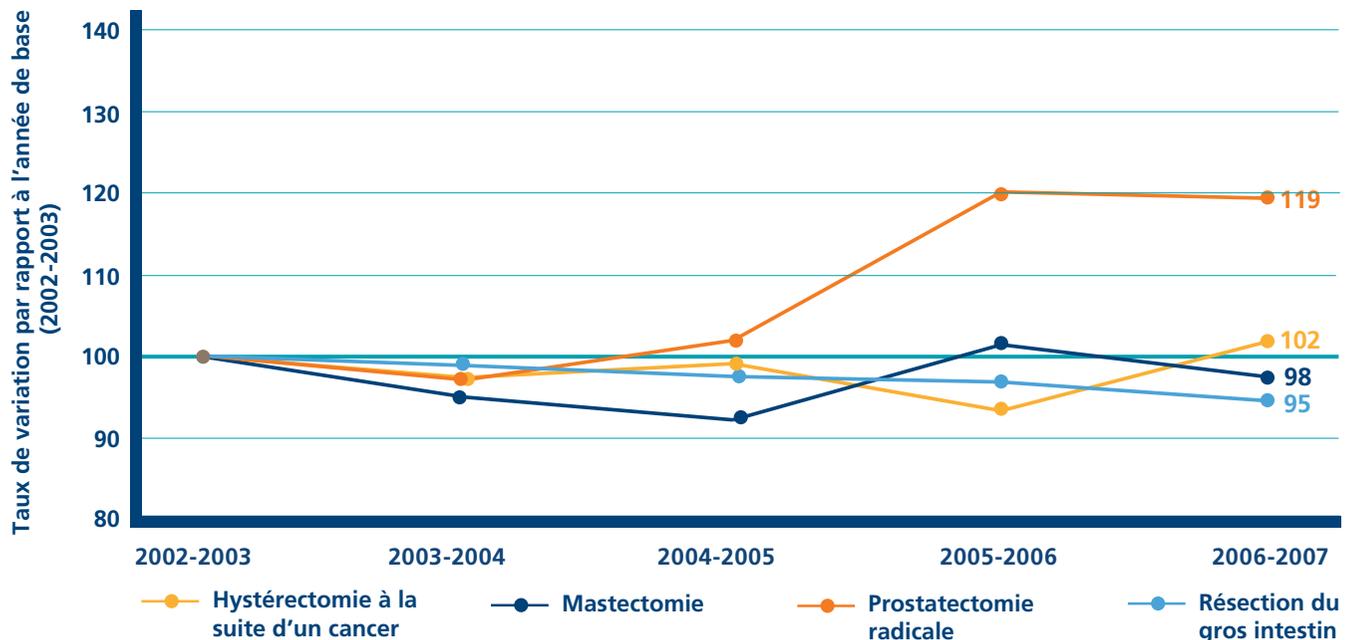
À vous de jouer!

Si vous cherchez un médecin de famille, visitez le site Web de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, à www.cpsso.on.ca, et cliquez sur « Doctor Search ». Vous trouverez peut-être un médecin qui accepte de nouveaux patients dans votre collectivité.

Les patients qui sont plus gravement malades ont besoin de recevoir des services plus rapidement que d'autres. Aux termes de la Stratégie de réduction des temps d'attente, les patients en attente de services sont répartis en quatre catégories selon leur besoin et des cibles ont été établies pour chacune. La priorité absolue est désignée « priorité I », pour les situations où la vie du patient est en danger (par exemple si le patient atteint d'un cancer doit être opéré immédiatement parce que la tumeur

saigne ou obstrue une voie aérienne). Les cas moins urgents sont classés « priorité IV » (comme l'opération d'une tumeur cancéreuse à évolution lente). En priorité I, la cible fixée pour la chirurgie du cancer ou les épreuves diagnostiques prévoit une intervention sans délai, alors qu'en priorité IV les cibles sont de 84 jours pour la chirurgie du cancer et de 28 jours pour les examens par IRM ou tomodensitométrie. Les cibles ont été établies par des experts et représentent le temps que

Variation, en pourcentage, des taux rajustés de chirurgies du cancer en Ontario, de 2002-2003 (année de base) à 2006-2007



Nota : Les taux d'hystérectomies et de mastectomies ne concernent que les femmes; les taux de prostatectomies radicales ne concernent que les hommes; les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.

Source : Institut de recherche en services de santé.

les patients peuvent attendre sans danger et sans risque de dégradation continue de leur état de santé ou d'angoisse et de douleur inutiles.

Pour savoir combien de services additionnels sont fournis, nous utilisons les données recueillies périodiquement par les médecins et les hôpitaux. Nous calculons le taux d'intervention en divisant le nombre total d'interventions pratiquées au cours d'une année par le nombre d'habitants recensé pour la dernière fois en Ontario; nous avons ainsi la certitude d'avoir pris en compte la croissance démographique. Pour surveiller plus facilement l'évolution des taux sur une période donnée, nous prenons 2002-2003 comme année de base et nous lui attribuons un taux de 100, puis nous comparons les années ultérieures à celle-ci. Un nouveau taux de 110 signifie donc que le taux s'est accru de 10 pour cent et un taux de 97 signifie que nous avons pratiqué trois pour cent d'interventions en moins, après avoir tenu compte de l'augmentation de la population.

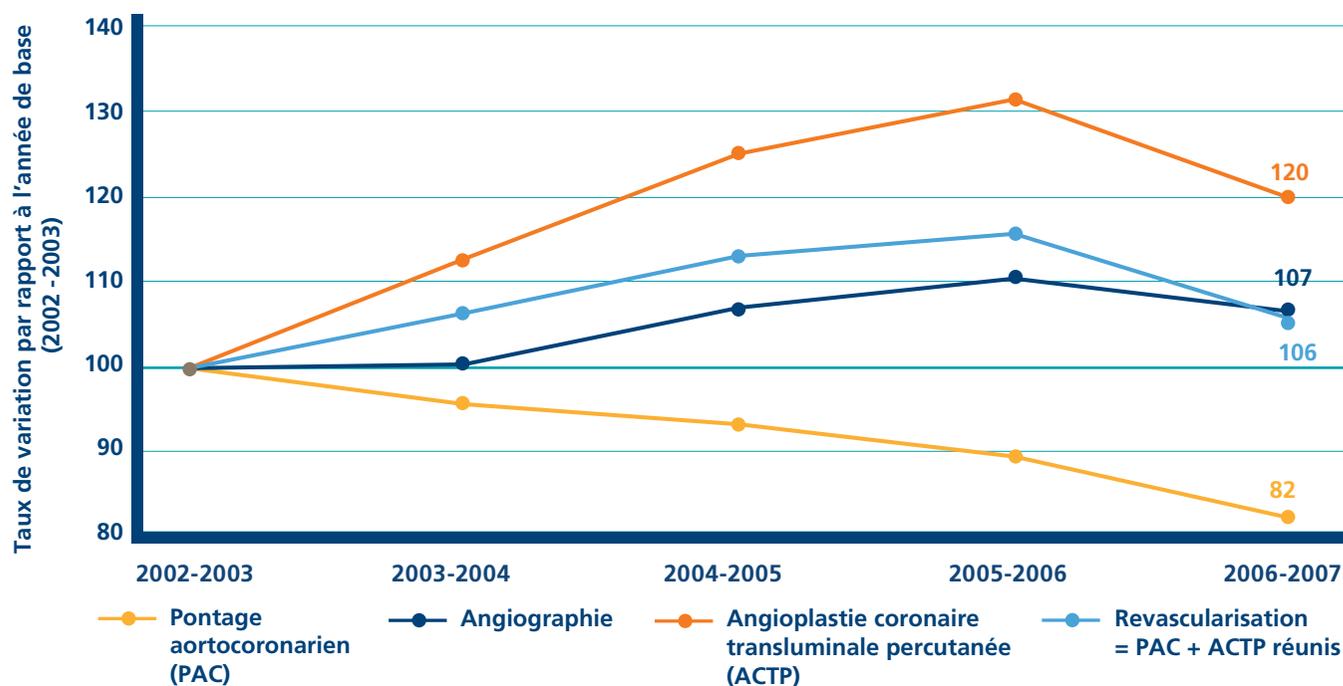
Nous nous sommes servis des données sur les changements survenus dans les temps d'attente entre août-septembre 2005, date de lancement de la Stratégie, et décembre 2007. Dans la mesure où nous n'avons pas pu recueillir d'informations répartissant les temps d'attente selon le niveau de priorité, nous comparons tous les temps d'attente aux cibles établies pour les cas non prioritaires, soit ceux de priorité IV. Ainsi, si les temps d'attente n'atteignaient pas la cible établie pour les cas de priorité IV, nous pourrions à tout le moins conclure qu'il y a sans doute un vaste

segment de la population dont les besoins ne sont pas comblés. Les données selon le niveau de priorité devaient être diffusées dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente en avril 2008. Ces renseignements cruciaux devraient déjà être affichés dans le site Web www.ontariowaittimes.ca.

Les deux premiers diagrammes présentent les changements dans les taux de chirurgies du cancer et d'interventions cardiaques. À l'exception du cancer de la prostate, il y a eu peu de changement dans les taux de chirurgies du cancer. Les opérations de cancers de la prostate ont augmenté de près de 20 pour cent depuis l'année de base, c'est-à-dire depuis 2002-2003, ce qui peut refléter un changement dans l'exercice de la profession après qu'une étude a démontré que la chirurgie peut réduire le risque de récurrence de la maladie.

Le diagramme suivant concerne l'angiographie et deux méthodes de « revascularisation » distinctes qui permettent de désobstruer les artères qui irriguent le muscle cardiaque. Lors d'un pontage aortocoronarien (PAC), les artères occluses autour du cœur sont remplacées par des greffons artériels prélevés sur d'autres parties du corps. L'angioplastie coronaire transluminale percutanée (ACTP) est une intervention moins effractive durant laquelle une artère rétrécie est élargie à l'aide d'un ballonnet introduit dans la cuisse du patient sous sédation consciente. L'intervention choisie pour le patient dépend de facteurs tels que le nombre d'artères malades et leur emplacement, et elle peut dépendre également des préférences du médecin et de

Variation, en pourcentage, des taux rajustés de chirurgies cardiaques en Ontario, de 2002-2003 (année de base) à 2006-2007



Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.

la disponibilité des services. L'angiographie est une forme de radiographie qui sert à vérifier si des vaisseaux sanguins sont obstrués. Elle doit être réalisée avant qu'une revascularisation puisse être pratiquée; s'il y a une attente pour cette épreuve, il y a aussi une attente pour le traitement. Le diagramme suivant montre une diminution constante du taux de pontages aortocoronariens, neutralisée par des augmentations du taux d'ACTP. Réunies dans une même catégorie, sous le libellé « revascularisation », elles montrent un taux de revascularisations qui demeure à peu près inchangé.

Le troisième diagramme présente les changements dans les taux de chirurgies de la cataracte, d'arthroplasties de la hanche et du genou, ainsi que d'examen par IRM et tomographie par ordinateur. Les taux pour toutes ces interventions ont augmenté considérablement après l'implantation de la Stratégie de réduction des temps d'attente.

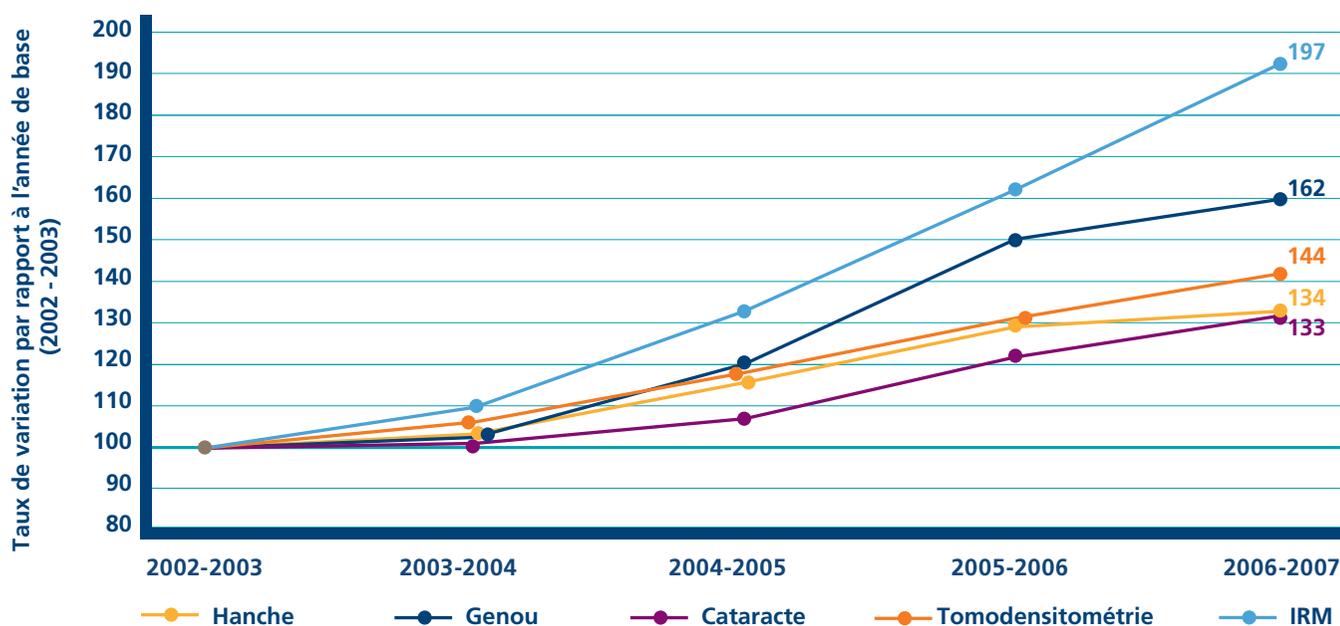
Les trois diagrammes suivants montrent des attentes de 90^e percentile pour la chirurgie du cancer et les interventions cardiaques. Les temps d'attente pour la chirurgie du cancer et le pontage aortocoronarien sont bien en dessous des cibles établies pour les patients de priorité IV. Comme nous le faisons déjà remarquer dans le présent rapport, nous ignorons si les cibles sont atteintes pour les patients qui ont la priorité absolue; ces renseignements seront connus dans le courant de l'année. Le diagramme concernant les interventions cardiaques montre que les temps d'attente ont beaucoup raccourci pour l'angioplastie

et l'angiographie, bien que la Stratégie de réduction des temps d'attente ne prévoie de cible ni pour l'une ni pour l'autre.

Les deux derniers diagrammes montrent les temps d'attente en 90^e percentile pour la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie et les épreuves diagnostiques. Les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte sont nettement en baisse, et les données les plus récentes montrent des temps d'attente bien en dessous de la cible de 182 jours visée en priorité IV. Pour l'arthroplastie, les temps d'attente sont en baisse constante depuis avril 2005 mais demeurent plus élevés que la cible de 182 jours visée en priorité IV. Les temps d'attente pour les épreuves de tomographie par ordinateur ont diminué plus lentement mais demeurent deux fois plus longs que la cible de 28 jours visée en priorité IV. La Stratégie de réduction des temps d'attente n'a pas donné de très bons résultats pour les examens par IRM. À vrai dire, les temps d'attente ont été abrégés dans un premier temps mais ont augmenté de manière constante depuis 2006. Les données les plus récentes montrent des temps d'attente bien au-delà de la cible visée en priorité IV.

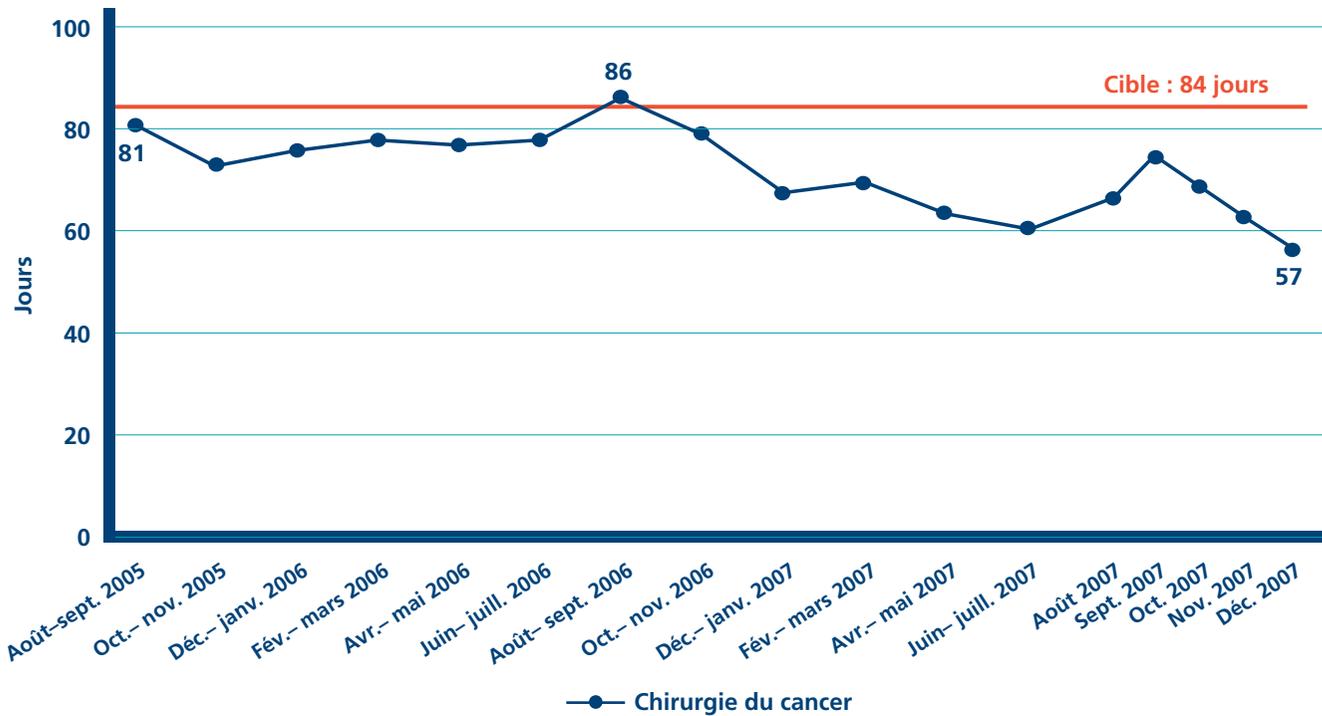
La Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario visait dans un premier temps à rendre plus accessibles cinq types de soins présélectionnés tout en établissant un système qui nous permettrait de surveiller sa capacité à réduire les temps d'attente. Les résultats jusqu'à présent sont relatifs. En ce qui concerne la chirurgie du cancer, il est rassurant de voir que dans l'ensemble les temps d'attente se résorbent, mais tant que nous n'en

Variation, en pourcentage, des taux rajustés d'arthroplasties, de chirurgies de la cataracte et d'épreuves diagnostiques en Ontario, de 2002-2003 (année de base) à 2006-2007



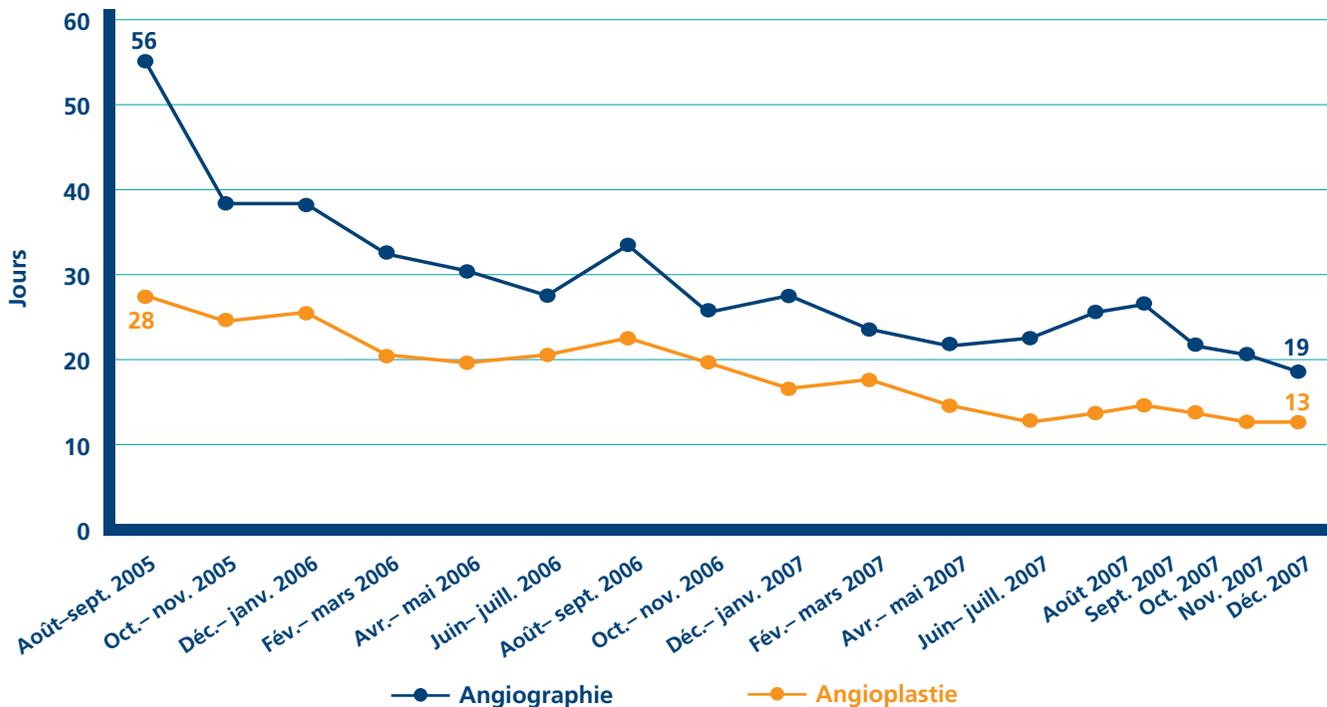
Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.

Temps d'attente en 90^e percentile pour la chirurgie du cancer en Ontario, août-septembre 2005 à décembre 2007



Source : Bureau d'information sur les temps d'attente, 2008; ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

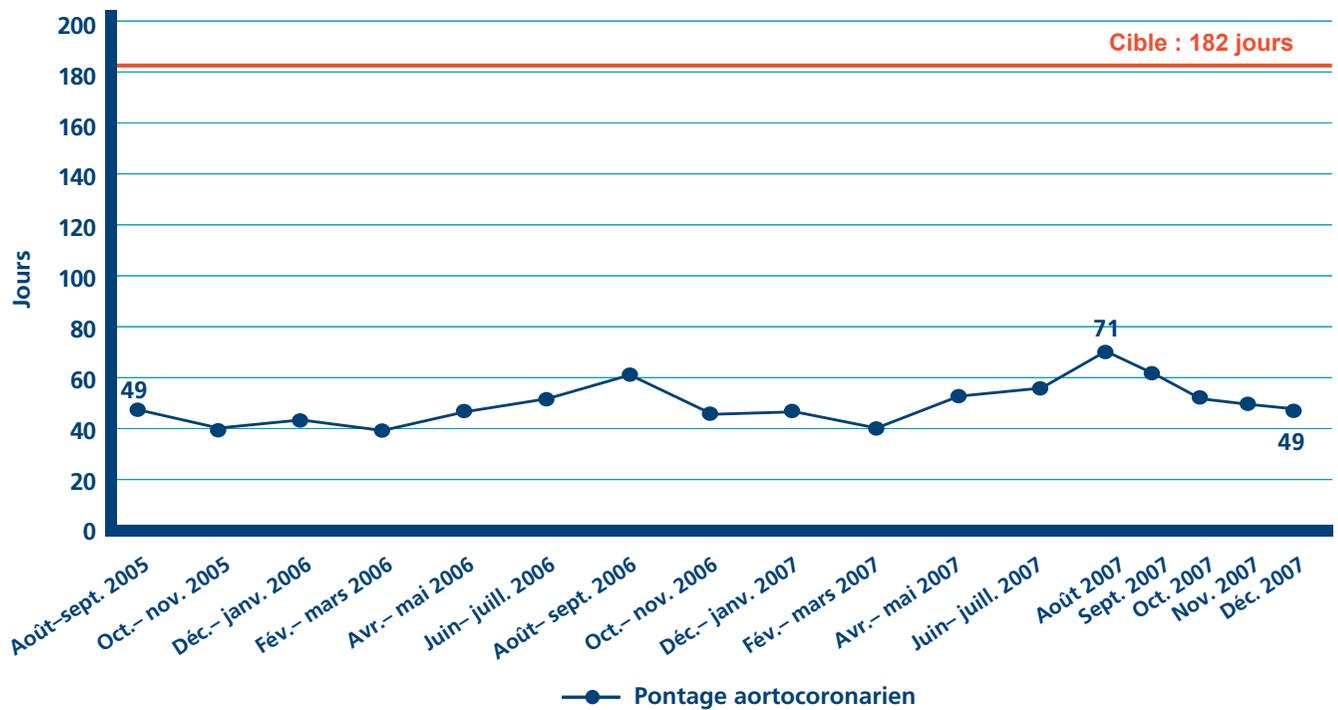
Temps d'attente en 90^e percentile pour l'angiographie et l'angioplastie en Ontario, août-septembre 2005 à décembre 2007



Nota : La Stratégie de réduction des temps d'attente ne prévoit pas de cibles pour ces interventions.

Source : Bureau d'information sur les temps d'attente, 2008; ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Temps d'attente en 90^e percentile pour le pontage aortocoronarien en Ontario, août-septembre 2005 à décembre 2007



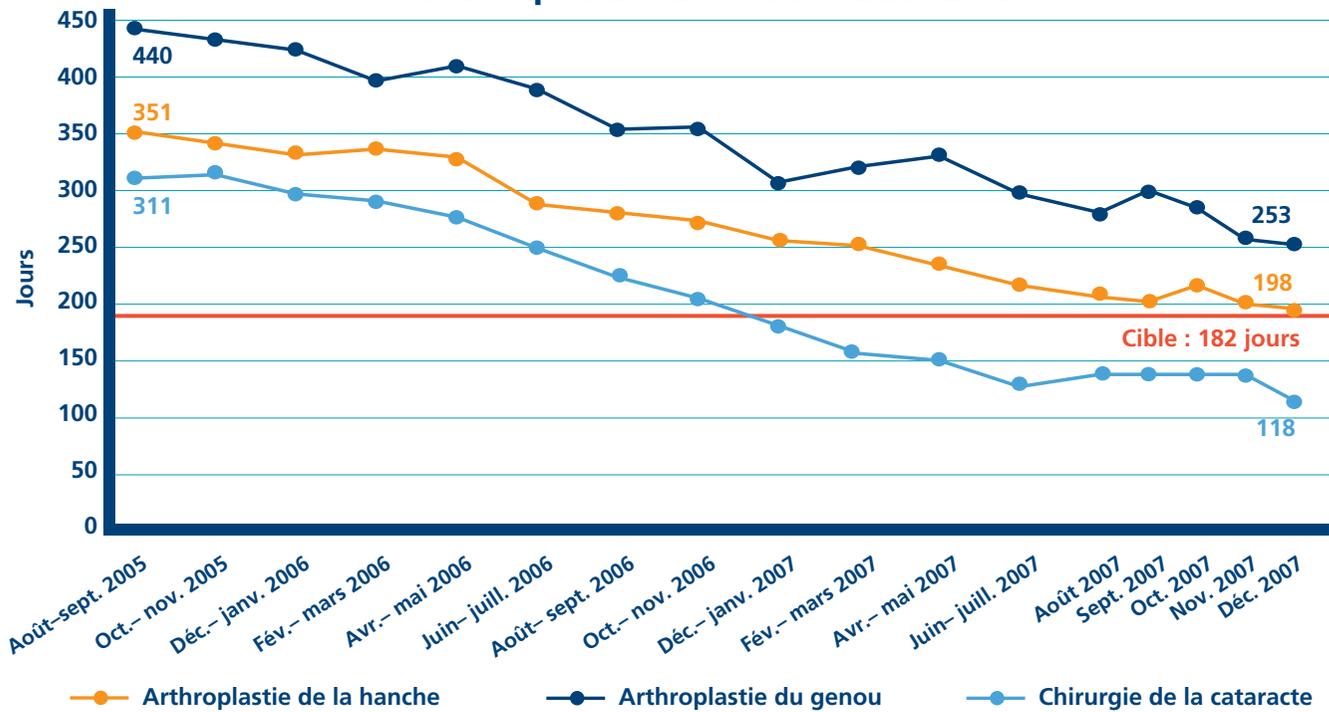
Source : Bureau d'information sur les temps d'attente, 2008; ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

saurons pas davantage sur les temps d'attente particuliers dans chaque catégorie de priorité, nous n'aurons aucune certitude de l'efficacité de la Stratégie. Les temps d'attente plus courts pour l'angiographie et l'angioplastie sont une bonne nouvelle aussi, mais là encore il nous faut davantage d'informations pour évaluer le succès de la Stratégie de réduction des temps d'attente — en l'occurrence, il nous faut des temps d'attente cibles pour les interventions, selon le niveau de priorité. Sans renseignements plus complets, nous ne sommes pas en mesure de juger si les patients atteints de cancer et de troubles cardiaques reçoivent des soins selon la priorité accordée à leur besoin.

Les taux pour les chirurgies de la cataracte, les arthroplasties et les examens par IRM ont nettement diminué et, dans la plupart des cas, cela s'est traduit par une diminution des temps d'attente, sauf en ce qui concerne les examens par IRM. L'incapacité à réduire les temps d'attente pour ces examens soulève une question qui, jusqu'ici, n'a pas été abordée dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente. Bien que le nombre d'examens par IRM ait presque doublé, les temps d'attente ne sont pas plus courts pour autant. Les avantages de l'IRM rejoignent-ils les personnes qui en ont le plus besoin? Les médecins exigent-ils des examens par IRM quand ils ne sont pas vraiment nécessaires? Quelles normes y a-t-il en place pour l'attribution d'une cote de priorité aux personnes qui se disputent ce service? La priorité est-elle déterminée selon le besoin du patient, ou selon le type de médecin qui demande le service? Sommes-nous confrontés à une grave insuffisance de services d'IRM?

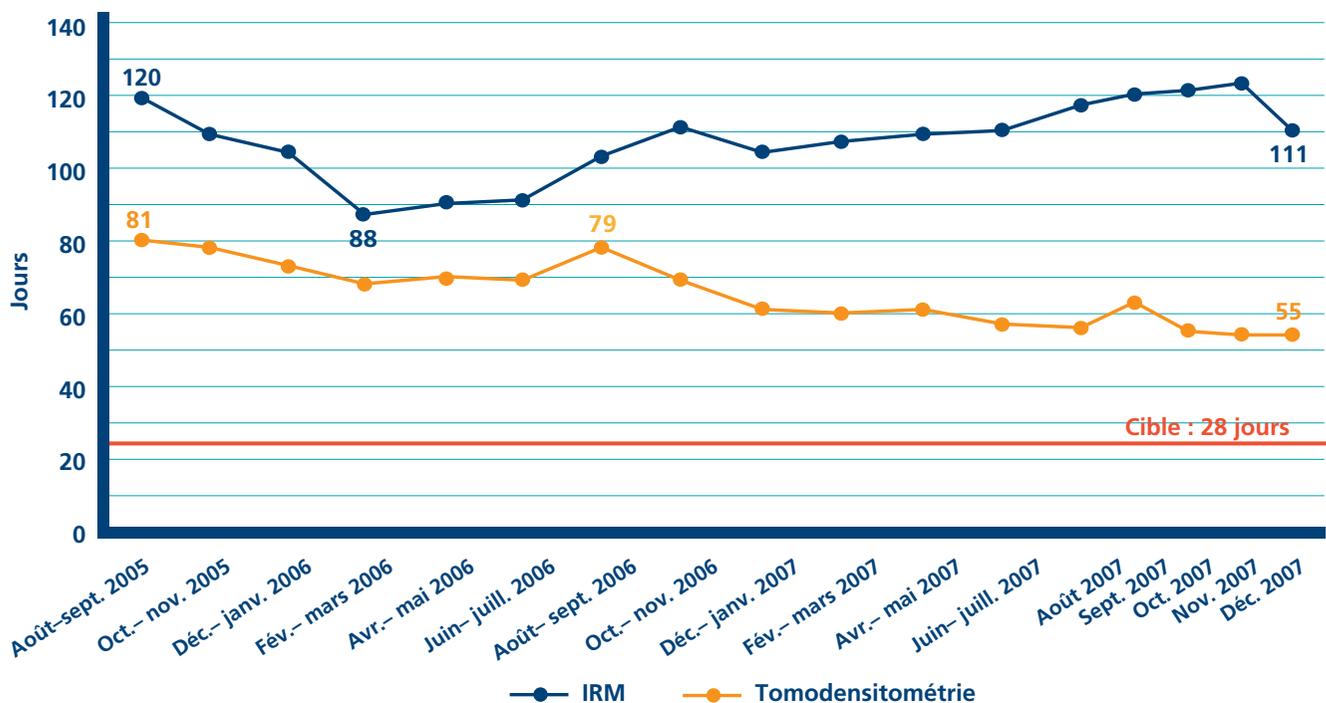


Temps d'attente en 90^e percentile pour l'arthroplastie de la hanche et du genou et la chirurgie de la cataracte en Ontario, août-septembre 2005 à décembre 2007



Source : Bureau d'information sur les temps d'attente, 2008; ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Temps d'attente en 90^e percentile pour les examens par IRM et tomographie par ordinateur en Ontario, août-septembre 2005 à décembre 2007



Source : Bureau d'information sur les temps d'attente, 2008; ministère de la Santé et des Soins de longue durée.



À vous de jouer!

Visitez www.ontariowaittimes.ca pour obtenir des renseignements sur les temps d'attente dans votre région. Ce site contient également une liste utile de questions à poser à votre médecin de famille ou à votre spécialiste si vous attendez une intervention chirurgicale.

D'après les temps d'attente affichés (www.ontariowaittimes.ca), l'attente est beaucoup plus courte dans certains hôpitaux que dans d'autres. Est-ce à dire que l'offre devrait être gérée collectivement, éventuellement par le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), afin de ne pas laisser le hasard déterminer si un patient souffrira pendant des mois ou s'il obtiendra un examen par IRM dans les meilleurs délais? Les mêmes questions se posent pour toutes les interventions liées aux soins de santé, et nous ne pouvons pas évaluer de manière précise l'impact de cette stratégie à un milliard de dollars avant de savoir mieux si tous les services qu'elle englobe sont utilisés de manière appropriée — en d'autres termes, s'ils sont offerts exclusivement aux personnes qui en bénéficieront vraiment. Ce n'est pas toujours le cas, nous le savons bien. Dans une étude menée en Colombie-Britannique, par exemple, bien que la plupart des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche se portent mieux depuis l'intervention, quelque 27 pour cent des personnes qui ont subi une chirurgie de la cataracte ont constaté une vision inchangée ou moins bonne qu'avant l'opération⁸.

Le fait qu'il y ait eu une énorme augmentation des taux d'examen par IRM sans pour cela que les temps d'attente s'en ressentent, pourrait signifier qu'il existait déjà une énorme demande qui n'était pas comblée, ou bien que les médecins prescrivent plus de tests que nécessaire, ou encore que quelque

chose ne va pas dans la façon dont les hôpitaux gèrent l'accès à l'IRM. Dans certains cas, les soins inappropriés peuvent être dangereux. Les examens par tomographie assistée par ordinateur, par exemple, peuvent être fort utiles mais ils nécessitent une quantité considérable de radiation. Pour certains patients, le risque associé à la tomographie assistée par ordinateur peut l'emporter sur l'avantage que cet examen peut comporter.

Dans le Discours du Trône de novembre 2007, le gouvernement a affirmé qu'il intensifierait les efforts qu'il consacre aux temps d'attente en incluant les consultations dans les services des urgences, la chirurgie infantile et la chirurgie générale. La Stratégie de réduction des temps d'attente élargira également son processus de collecte de données en y incluant toutes les interventions chirurgicales orthopédiques, oculaires et générales d'ici mars 2008. Dès mars 2009, elle communiquera des renseignements sur toutes les chirurgies des sous-spécialités pédiatriques et pour adultes. Ces informations indispensables nous permettront de mieux comprendre la prestation des soins de santé en Ontario, et nous attendons avec impatience qu'elles soient rendues publiques.

2.1.4 L'accès aux services des urgences

Le service des urgences est l'un des piliers du système de santé de l'Ontario, car on y traite à la fois les affections présentant un danger de mort et les maladies aiguës mais sans gravité. Chaque

année, en Ontario, on dénombre environ cinq millions de consultations dans les services des urgences. La plupart d'entre nous ont une expérience personnelle des services des urgences. Ces derniers peuvent être les premiers à sonner l'alarme pour les soins de santé, car c'est sur eux que se répercutent les problèmes qui surgissent dans d'autres secteurs du système. Si les patients n'ont pas accès à un médecin de famille, ils peuvent se retrouver au service des urgences, même pour des soins courants non urgents. Et si d'autres patients ne peuvent être mis en congé par l'hôpital pour être admis dans un foyer de soins de longue durée parce qu'il ne s'y trouve pas une place, l'hôpital n'aura peut-être pas de lits disponibles. En conséquence, les patients qui ont besoin d'un lit peuvent devoir rester à l'urgence, parfois sur une civière dans un corridor.

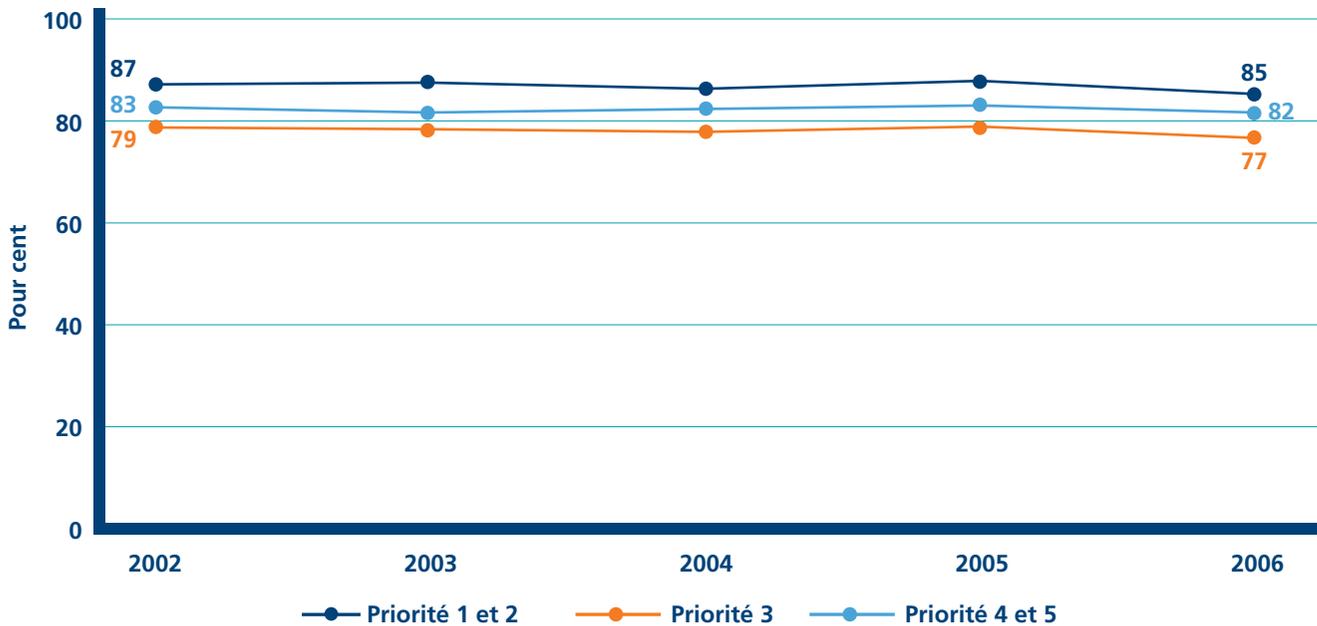
Nous avons employé deux mesures de vitesse pour évaluer l'accès aux soins d'urgence. La première permettait de compter le temps écoulé à partir du moment où les patients arrivaient à l'urgence jusqu'au moment où ils étaient renvoyés chez eux ou transférés vers un autre service pour être soignés. Les hôpitaux collectent régulièrement ces informations, pour lesquelles le gouvernement de l'Ontario a établi des cibles, selon le niveau de priorité attribué à un patient. Pour les patients les plus malades, ceux qui requièrent le plus de soins (niveau I ou II), la consultation devrait être achevée dans les huit heures; les patients en priorité III, qui nécessitent moins de soins, la cible est de six

heures; enfin, les patients en priorité IV ou V, dont l'état est le moins urgent et qui n'ont pas besoin de soins complexes, devraient pouvoir rentrer chez eux dans les quatre heures.

Le diagramme suivant montre qu'environ un sixième des patients restent à l'urgence plus longtemps que le temps ciblé, et les chiffres n'ont pas tellement changé au cours des cinq dernières années. Quand les patients sont plus gravement malades, il est souvent sage de les garder sous observation plus longtemps avant de décider de les admettre à l'hôpital ou de les renvoyer à la maison; il peut donc y avoir des circonstances exceptionnelles dans lesquelles une attente de plus de huit heures serait raisonnable. Dans bien des cas, cependant, les décisions relatives au traitement ont déjà été prises, mais les patients en attente d'un lit d'hôpital occupent des places dont d'autres auraient besoin au service des urgences.

Une seconde méthode employée pour mesurer les attentes dans les services des urgences tenait compte du moment à partir duquel les patients arrivaient à l'urgence jusqu'au moment où ils étaient traités. Les données pour cette mesure proviennent de l'enquête du Fonds du Commonwealth, ce qui permet d'établir des comparaisons internationales. Cette enquête montre que les Ontariens, comme le reste des Canadiens, sont de loin plus nombreux à affirmer qu'ils ont attendu plus de deux heures pour un traitement en urgence que les répondants des autres

Pourcentage de patients de services des urgences dont les soins ont été complétés dans le délai recommandé, de 2002 à 2006



Nota : Priorité I et II - cible : huit heures; priorité III - cible : six heures; priorité IV et V - cible : quatre heures.

Source : Institut de recherche en services de santé.

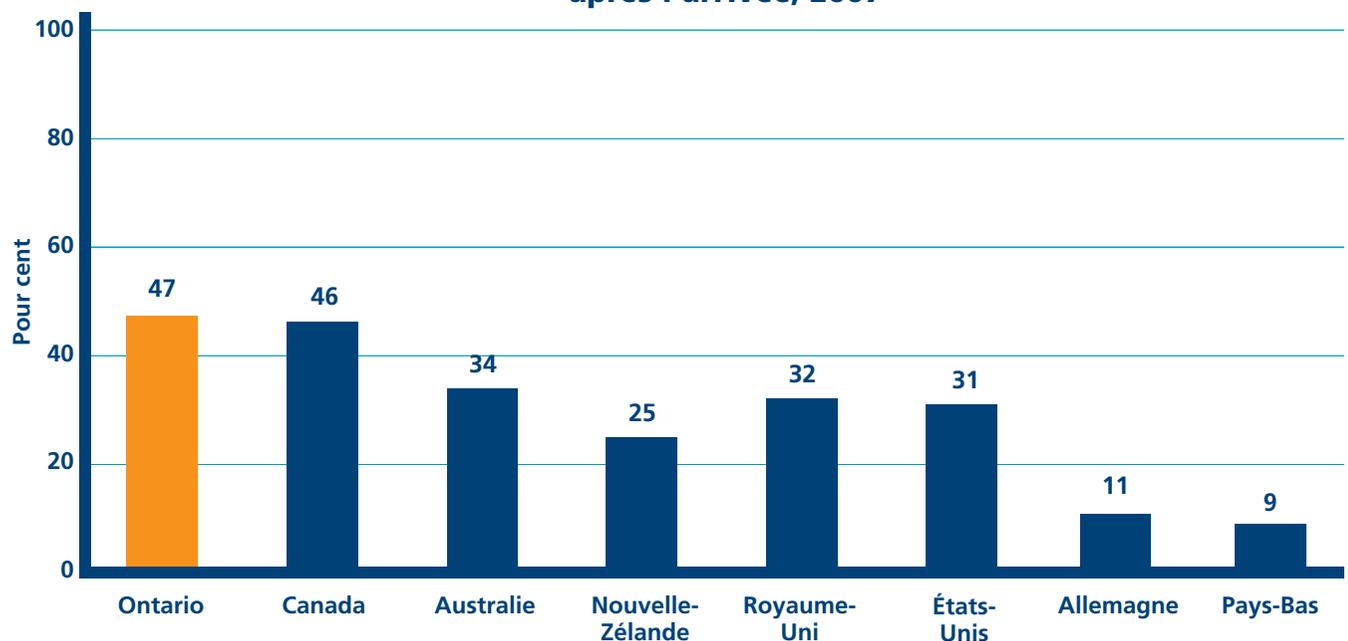
L'importance du projet Flo

Pour une personne âgée, quitter l'hôpital, ce n'est pas simplement franchir une porte. Alors que beaucoup de jeunes et de personnes d'âge moyen (hélas, pas tous) rentrent chez eux et retournent au travail à leur sortie de l'hôpital, pour une personne âgée, un trouble de santé signifie souvent une perte d'autonomie. Même celles qui se portent suffisamment bien pour rentrer chez elles ne sont peut-être plus capables de conduire une voiture, ou assez fortes pour tenir maison sans aucune aide. D'autres ne peuvent pas retourner à leur domicile et ont besoin d'une place dans un centre de soins de longue durée. Beaucoup finissent par rester à l'hôpital bien plus longtemps qu'il n'est nécessaire, en attendant qu'une place se libère dans un foyer de soins de longue durée ou que des soins à domicile soient organisés pour elles.

Le projet de collaboration Flo a pour but d'améliorer le processus de transition de l'hôpital à la collectivité. Flo est le nom d'une patiente imaginaire — mais typique — de 85 ans, prête à quitter l'hôpital après une affection aiguë. Lancé en septembre 2007, ce projet a pour objet d'assurer une transition plus rapide entre l'hôpital de soins actifs et les autres milieux de soins et de minimiser les désagréments, les engorgements et les contrariétés que cette transition peut engendrer pour chacun, y compris Flo, sa famille et le personnel qui s'occupe d'elle. L'une des choses que nous avons remarquées jusqu'à présent est que la planification de la mise en congé ne commence généralement que lorsque les patients ne réclament plus de soins actifs, et non pas dans les deux ou trois jours suivant l'admission comme il serait souhaitable pour minimiser les retards.

Comme dans tout projet sérieux d'amélioration de la qualité, des données sont recueillies afin de suivre les progrès réalisés. Les parties à cette collaboration travaillent également avec de hauts dirigeants pour les aider à favoriser les activités d'amélioration et forment des conseillers à qui elles transmettent les connaissances nécessaires en amélioration de la qualité pour que ce projet soit une réussite. Il y a 29 équipes d'amélioration et au total 42 organismes, comme des hôpitaux et des centres d'accès aux soins communautaires, qui participent au projet visant à faire de la transition entre différents types de soins une expérience plus positive pour tous.

Pourcentage de la population ayant consulté le service des urgences et affirmant avoir attendu deux heures ou plus pour un traitement après l'arrivée, 2007



*Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées.
Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.*

Mille et une petites choses qui contribuent au changement

Le service des urgences du Toronto Western Hospital, membre du Réseau universitaire de santé, est en définitive l'un des plus fréquentés de la province, voire du pays. Un grand remue-ménage est probablement inévitable mais, dans le droit fil d'une initiative qui visait la réduction des temps d'attente dans les services des urgences, le personnel de l'hôpital a commencé à se demander s'il n'y avait pas un peu trop d'allers-retours inutiles.

Le personnel a estimé qu'environ cinq heures étaient consacrées chaque jour à chercher du matériel. Les statistiques qu'il a réunies sont renversantes : avec en moyenne 90 patients par jour, dont chacun recevait la visite d'une infirmière autorisée et celle d'un médecin, il y avait chaque jour au minimum 180 visites de patients effectuées par le personnel. Les infirmières et les médecins passaient 334 minutes (5,6 heures) chaque jour en temps « hors salle » comme ils l'appelaient — c'est-à-dire ailleurs qu'au chevet du patient — à chercher des fournitures, temps qu'ils auraient pu consacrer à des soins directs aux patients. Et pour faire ces recherches, ils marchaient plus de neuf kilomètres.

Si vous avez déjà essayé de préparer un repas ailleurs que chez vous, dans une cuisine où il fallait chaque fois regarder à 36 endroits pour trouver une cuillère ou une épice, vous comprendrez le problème du Réseau universitaire de santé. Il n'y avait pas de méthode de rangement. Un article qui était gardé avec un groupe de fournitures dans un placard pouvait être rangé avec autre chose dans un autre placard, ce qui faisait perdre un temps énorme.

L'objectif général du projet était de créer un lieu de travail organisé, propre et sûr afin de pouvoir offrir des soins efficaces aux patients. Pour minimiser le temps perdu à chercher les fournitures, on a normalisé les aires de travail, les lieux d'entreposage des fournitures et les méthodes de rangement du matériel dans les secteurs clés du service, tout cela lors d'une campagne-éclair de réorganisation qui a pris 4,5 jours. Le principe consistait à faire une nouvelle utilisation d'une vieille méthode — une place pour chaque chose et chaque chose à sa place. Et le tout a été un succès. L'équipe a réduit de plus de 44 pour cent le temps qu'elle perdait à chercher des fournitures et du matériel, libéré un espace de 10 mètres carrés dans son service et amélioré de 14 pour cent la satisfaction du personnel.

À vous de jouer!

Ne vous présentez pas à l'urgence si ce n'est pas nécessaire. Appelez Télésanté Ontario (sans frais au 1 866 797-0000) si vous êtes dans l'incertitude, ou consultez votre médecin s'il offre des services en dehors des heures normales de travail.

Si vous devez aller à l'urgence, apportez vos médicaments et ayez en main les renseignements clés sur votre état de santé.

pays. En Ontario, presque la moitié des répondants ont attendu plus de deux heures, chiffre de loin supérieur à celui observé aux États-Unis ou au Royaume-Uni et presque cinq fois plus élevé qu'en Allemagne ou aux Pays-Bas.

Si nous pouvions atteindre ne serait-ce que le point médian des moyennes internationales pour les temps d'attente dans les services des urgences, nous aurions déjà réussi un coup de maître. Parmi les pays visés par l'enquête sur les temps d'attente, la Nouvelle-Zélande se range à peu près au centre. Si nous voulons que la proportion d'Ontariens qui attendent plus de deux heures ne dépasse pas celle de la Nouvelle-Zélande, il faudra que chaque année nous puissions compter en plus un million de consultations réalisées en moins de deux heures.

Des efforts intenses sont consacrés à améliorer la situation dans les services des urgences en Ontario. À l'automne de 2007, le gouvernement provincial a annoncé que les temps d'attente à l'urgence seraient intégrés dans la Stratégie de réduction des temps d'attente et c'est dès lors que l'élaboration du Système de production de rapports sur les services des urgences a commencé. Six hôpitaux de la province ont été choisis pour la mise à l'essai de ce système. Au moment de la rédaction du présent rapport, des discussions sont en cours sur ce qu'il convient de mesurer — par exemple, le temps qu'il faut pour être examiné et admis, le temps que les patients passent dans les services des urgences et le nombre total de personnes qui y sont reçues.

L'intégration des services des urgences dans la Stratégie de réduction des temps d'attente est un heureux ajout, puisque les retards dans ces services hospitaliers de haute importance peuvent avoir de graves répercussions sur les patients, les travailleurs et le système dans son ensemble. Nous sommes impatients de recevoir des renseignements plus précis sur le cheminement des patients dans les services des urgences; nous en avons besoin pour cerner les problèmes et déployer des solutions. De même, nous souhaiterions obtenir des données plus précises sur les temps d'attente, l'encombrement et la proportion de personnes qui quittent l'urgence avant d'avoir été vues.

2.1.5 L'accès à travers la technologie des communications

Les Ontariens et les Ontariennes ne communiquent plus de la même façon qu'avant. Les percées technologiques telles que le téléphone, le courrier électronique et le clavardage nous permettent de communiquer presque dans n'importe quelles circonstances. Il est donc logique que le système de santé utilise une technologie de communication originale et novatrice qui permette d'accéder plus facilement aux soins de santé. Pour les personnes des régions éloignées ou qui ne peuvent se déplacer, la technologie a le potentiel de fournir des soins selon des méthodes plus rapides, plus pratiques et éventuellement moins chères que les visites en personne.

C'est certainement le cas du Réseau Télémédecine Ontario, qui s'élargit chaque année. Ce réseau utilise la technologie de la téléconférence pour permettre aux spécialistes des services cen-

traux d'intervenir dans des cas impliquant des professionnels et des patients situés à des centaines de kilomètres.

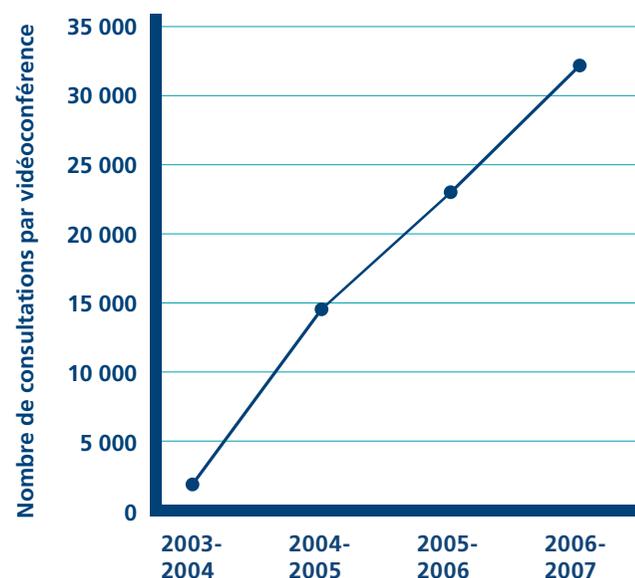
Le service de télésanté permet aux gens de joindre une infirmière par téléphone chaque fois qu'ils ont besoin d'être conseillés ou aidés. Télésanté propose à la population ontarienne un premier service auquel s'adresser pour obtenir un avis médical.

Nous avons puisé dans deux sources de données pour examiner la façon dont les Ontariens et les Ontariennes utilisent la technologie des communications pour accéder aux soins. Le Réseau Télémédecine Ontario nous a fourni des renseignements sur l'utilisation de ses services de téléconférence. L'enquête du Fonds du Commonwealth posait des questions sur l'utilisation du courrier électronique et du téléphone comme sources de renseignements et de conseils sur la santé.

Le nombre de membres du Réseau Télémédecine Ontario a doublé, celui-ci étant passé de 119 à 234 depuis 2003-2004, et le Réseau a rapidement augmenté le nombre de patients ayant obtenu des consultations cliniques, comme le montre le tableau suivant.

L'usage du courrier électronique pour communiquer avec son médecin n'est pas très répandu dans les pays ayant fait l'objet de l'enquête; les Ontariens (et les Canadiens) sont d'ailleurs les moins nombreux à utiliser ce moyen pour joindre leur médecin.

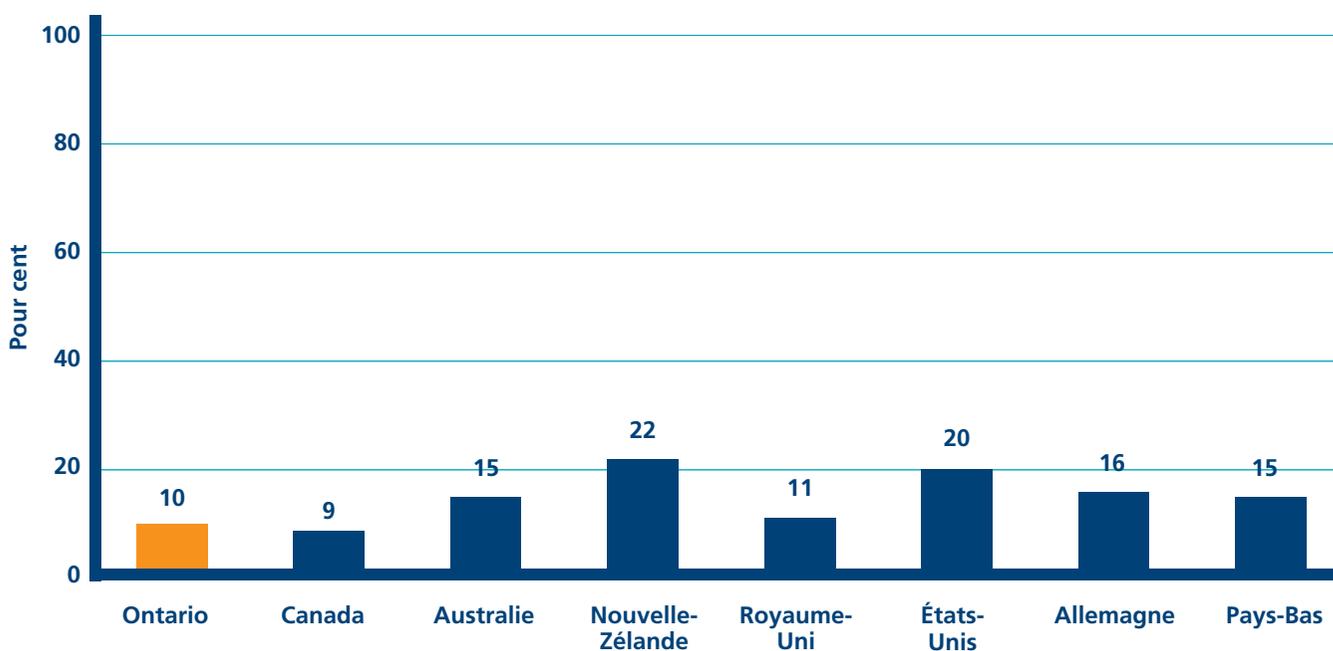
Patients recourant à la télémédecine pour des consultations, dans l'ensemble de Ontario, de 2003-2004 à 2006-2007



Nota : Questions cliniques seulement aux consultations.

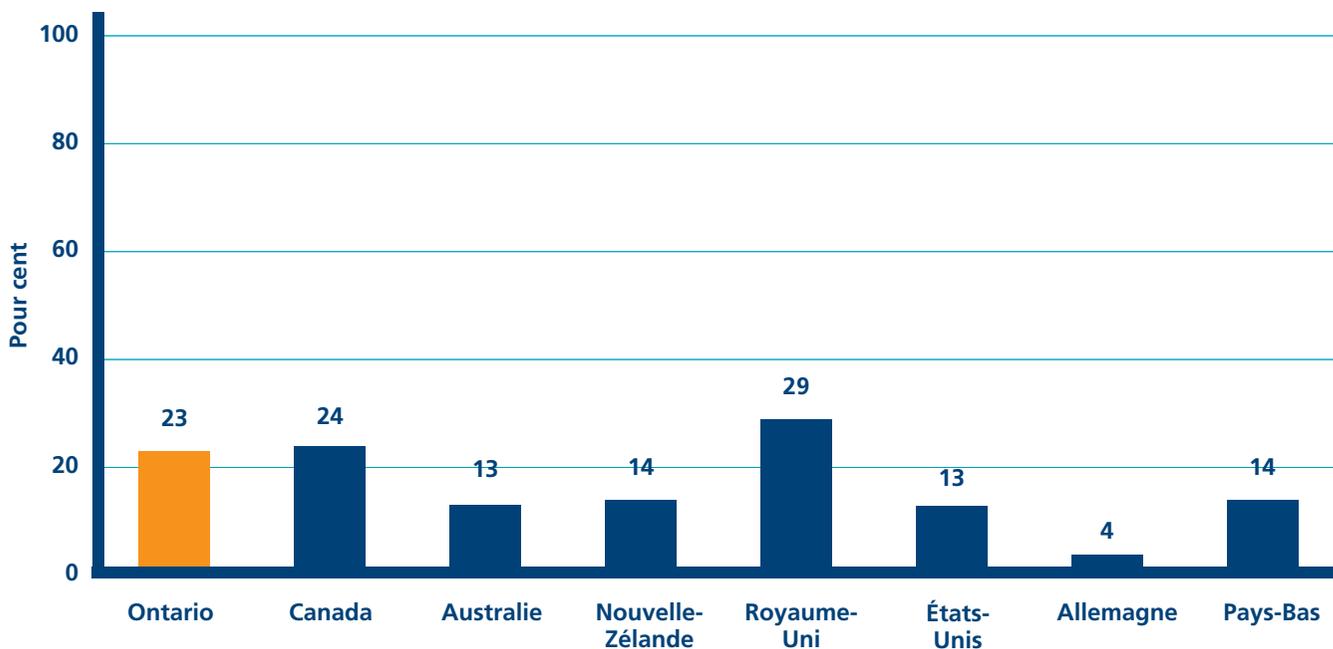
Source : Réseau Télémédecine Ontario, 2007; ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Pourcentage d'adultes ayant un médecin ou lieu de soin attiré et en mesure de communiquer avec celui-ci par courriel, en Ontario et selon le pays, 2007



*Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées.
Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.*

Pourcentage d'adultes ayant appelé une ligne d'aide téléphonique pour obtenir un avis médical ou des conseils sur la santé au cours des 12 derniers mois en Ontario et selon le pays, 2007



*Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées.
Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.*

Être compris et aidé à 80 kilomètres de distance

Dans une ville ontarienne, la télémédecine a permis de simplifier les choses pour les personnes présentant des problèmes psychiatriques — et par la même occasion pour les travailleurs du service d'urgence local. L'Hôpital Mémorial du district de Leamington dessert une ville de 30 000 habitants située en bordure du lac Érié. Là-bas, on craignait que les personnes se présentant au service des urgences pour des problèmes de santé mentale ne reçoivent pas les meilleurs soins. Faute d'expertise psychiatrique sur place, les urgentistes finissaient souvent par signer une Formule 1, qui autorise l'hôpital à retenir un patient sans son consentement pendant 72 heures, jusqu'à ce qu'une évaluation adéquate de sa santé mentale puisse être effectuée. Ainsi, les patients qui n'avaient pas vraiment besoin d'être admis, et encore moins d'être retenus contre leur gré, étaient confrontés à des attentes qui pouvaient se prolonger avant d'obtenir des soins.

Il y a un peu plus de deux ans, l'Hôpital Mémorial du district de Leamington a conclu une entente avec l'Alliance Chatham-Kent pour la santé (un groupe d'hôpitaux de Chatham et des environs, à 80 kilomètres de distance), entente qui permet d'utiliser la technologie de la télémédecine pour offrir des interventions d'urgence en santé mentale. Aujourd'hui, lorsqu'une personne en détresse se présente au service des urgences de Leamington, le personnel communique avec une infirmière de Chatham spécialisée dans les urgences en santé mentale, et celle-ci évalue le patient à distance grâce à la technologie de la vidéoconférence et lui recommande les soins appropriés. De nombreux patients sont mis en congé et aiguillés vers des ressources communautaires ou obtiennent un rendez-vous de suivi; ceux qui ont besoin d'être hospitalisés pour des soins psychiatriques sont envoyés directement à Chatham.

Les soins à distance fonctionnent bien. Les médecins affectés aux services des urgences sont plus à l'aise dans les interventions d'urgence en santé mentale quand ils savent qu'ils ont l'appui d'experts en psychiatrie à Chatham, et les patients gagnent à recevoir une intervention rapide et à commencer un traitement dans les meilleurs délais quand ils en ont vraiment besoin.



À vous de jouer!

Gardez le numéro de Télésanté Ontario à portée de main — 1 866 797-0000.

Si vous devez vous déplacer pour une consultation médicale, demandez à votre médecin s'il est possible de prendre rendez-vous par le biais du Réseau Télémédecine Ontario. Visitez www.otn.ca pour en savoir plus sur ses activités.

Demandez à votre médecin quand vous pouvez commencer à obtenir des rendez-vous et des renseignements par courriel.

Une recherche menée aux États-Unis a conclu que les patients aiment utiliser le courrier électronique pour les communications brèves ou de routine, par exemple pour faire renouveler une ordonnance, décrire un léger malaise, demander rendez-vous⁹ ou poser une question sur un sujet délicat comme l'impotence¹⁰. Les médecins qui s'en servent l'apprécient pour son utilité dans l'organisation des rendez-vous et le soin des malades chroniques; il leur permet de recommander rapidement et facilement des changements mineurs dans les soins, ainsi que de surveiller et d'appuyer les efforts des patients pour gérer leur maladie eux-

mêmes¹¹. Une autre recherche américaine a révélé en revanche que les médecins s'inquiètent du temps qu'ils consacrent à envoyer des courriels aux patients puisqu'en principe ils ne sont pas rémunérés pour cela, ainsi que des frais supplémentaires liés à la technologie de la sécurité et des implications légales du recours à ce moyen de communication¹².

Par contre, l'Ontario est au second rang, juste derrière le Royaume-Uni, pour le taux d'utilisation des services de consultation téléphonique.

Le Réseau Télémédecine Ontario a permis à un grand nombre d'Ontariens et d'Ontariennes d'obtenir des services sans devoir parcourir de longues distances pour rencontrer des professionnels de la santé. La popularité de Télésanté Ontario montre que les gens ont à cœur de savoir quand et où se faire soigner. C'est d'ailleurs ce qui permet d'améliorer l'accès aux soins. Cependant, nous tardons à emboîter le pas et à appliquer les grandes percées technologiques qui améliorent déjà les soins dans d'autres pays du globe. Nos réussites en télémédecine et en télésanté devraient nous permettre de rechercher d'autres façons d'utiliser la technologie des communications pour améliorer l'accès aux soins.

2.2 Efficace

2.2.1 Vue d'ensemble

Un système de santé performant devrait permettre de prévenir la maladie, de diminuer la douleur et la souffrance et, dans la mesure du possible, d'améliorer l'état de santé des malades et d'accroître l'espérance de vie. Lorsqu'il permet d'accomplir cela en veillant à ce que les patients obtiennent les traitements que l'on sait utiles, de manière prompte et dans le bon ordre, et en adaptant le traitement aux besoins individuels des patients, nous considérons qu'il propose des soins de santé efficaces. Hélas, ces facteurs ne sont pas toujours réunis, et les patients n'obtiennent pas toujours les résultats que nous espérons.

Aux fins du présent rapport, nous examinons les « résultats » : la santé ou la qualité de vie du patient s'est-elle améliorée? Avons-nous réussi à prévenir le décès ou l'invalidité? En règle générale, nous nous concentrons sur les résultats que l'on sait améliorables grâce aux bons soins qui sont offerts. Les mesures que nous examinons sont les suivantes :

- le taux de décès pour le soin hospitalier des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux;
- les visites répétées aux services des urgences par les enfants traités auparavant pour des crises d'asthme;
- le taux de décès des patients mis en congé après un traitement pour crise cardiaque ou insuffisance cardiaque;
- les résultats indésirables pour les patients nouvellement diagnostiqués de troubles diabétiques.

On devrait pouvoir obtenir des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles.

Par exemple, votre médecin (ou professionnel de santé) devrait savoir quels sont les traitements éprouvés pour vos besoins particuliers, notamment les meilleures façons de coordonner les soins, de prévenir la maladie et d'utiliser la technologie.

2.2.2 Résultats des soins hospitaliers pour crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux

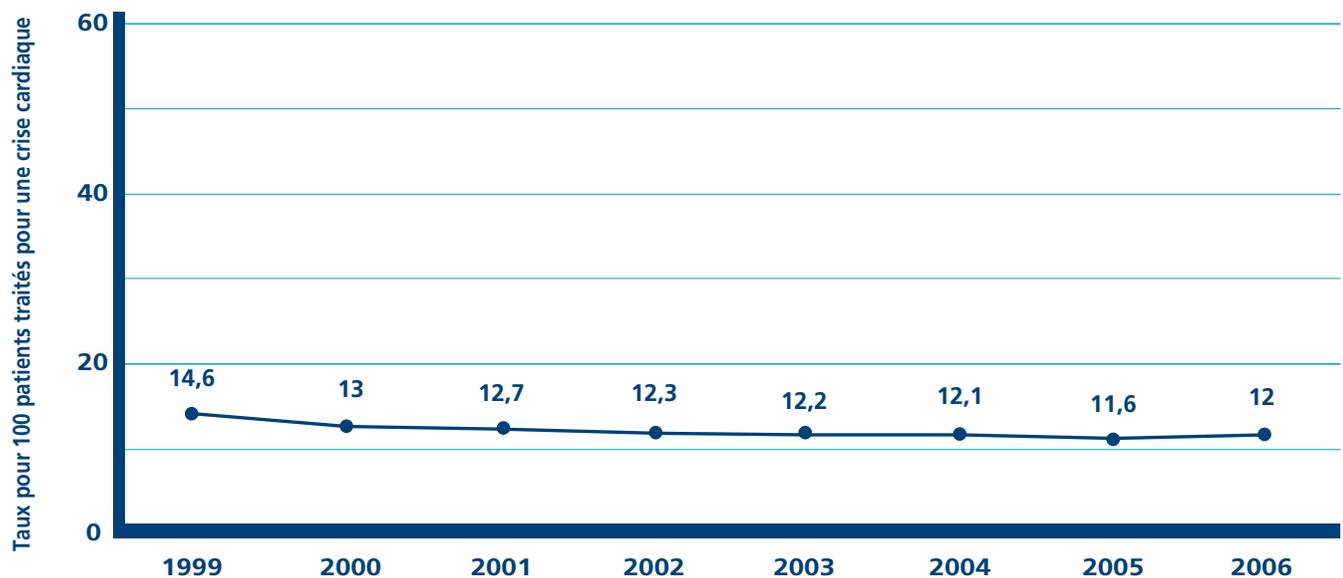
Les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux sont d'importantes causes de décès en Ontario. Des améliorations récentes dans les soins nous révèlent que les personnes qui reçoivent des soins adéquats suffisamment tôt ont une meilleure chance de survie. Cela s'explique par les progrès pharmacologiques réalisés, et par ce que nous avons appris sur l'importance de les fournir dans un délai donné. La Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux et les hôpitaux s'attachent tout spécialement à faire en sorte que les patients soient traités dans les meilleurs délais. En recensant le nombre de personnes qui gardent la vie sauve 30 jours après une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, nous sommes en mesure de dire si ces efforts sont récompensés. La comparaison des résultats de l'Ontario à ceux des autres provinces est l'une des méthodes qui nous permettent de savoir si nous pourrions faire mieux encore.

Nous avons utilisé les données recueillies auprès des hôpitaux sur les Ontariens et les Ontariennes ayant eu une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral pour voir s'ils sont décédés dans les 30 jours qui ont suivi, s'ils étaient toujours à l'hôpital ou s'ils avaient été mis en congé. Nous avons constaté une diminution constante des décès dans les 30 jours, le taux de personnes admises pour une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral étant passé de 15 pour cent en 1999 à environ 12 pour cent en 2006.

Depuis 2004, nous pouvons comparer, dans l'ensemble du Canada, le nombre de décès survenus à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission pour une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. Les données les plus récentes



Taux rajusté de décès dans les 30 jours suivant une crise cardiaque pour 100 patients en Ontario, de 1999 à 2006



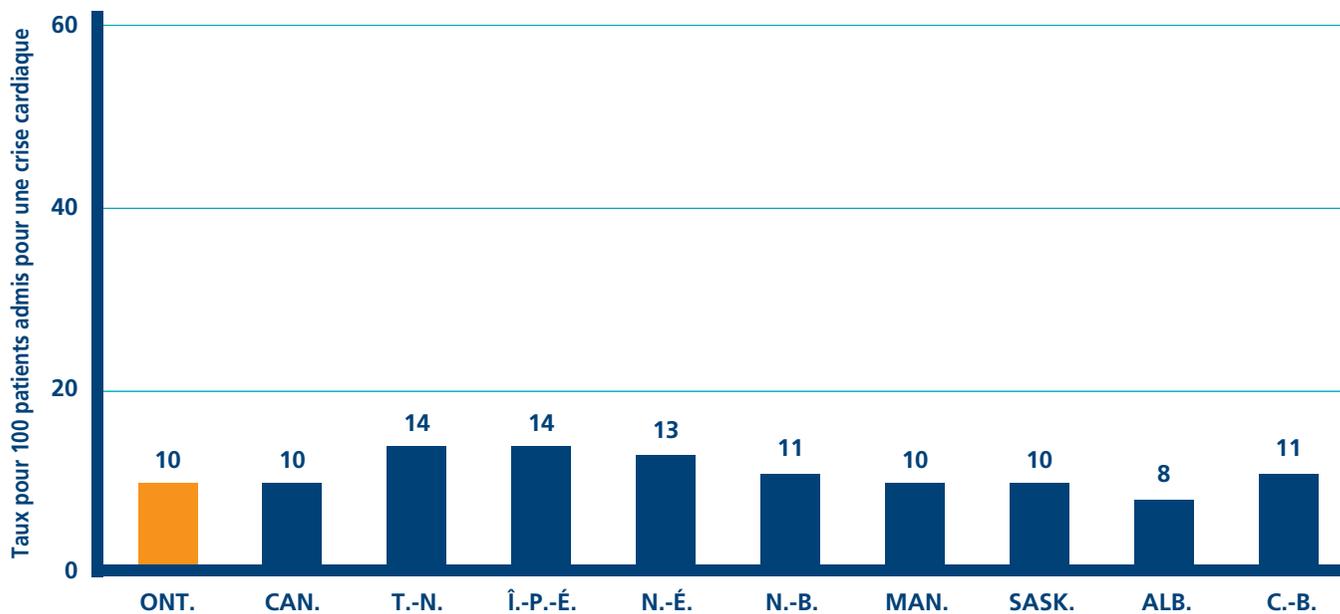
*Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.*

montrent qu'à cet égard l'Ontario a un taux de décès à l'hôpital très semblable aux taux canadiens dans l'ensemble.

Il est encourageant de constater une diminution constante des taux de décès dans les 30 jours suivant une crise cardiaque. Ce que nous ignorons, c'est jusqu'à quel niveau ces taux pourraient baisser lorsque nous saurons mieux ce qui fonctionne

et que nous aurons en place de nouveaux programmes pour veiller à ce que les patients reçoivent les meilleurs soins, mais nous pouvons nous attendre à une amélioration continue. Les données nationales montrent que les taux de décès à l'hôpital après une crise cardiaque en Ontario sont très près de la moyenne. Le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta affichent des taux inférieurs.

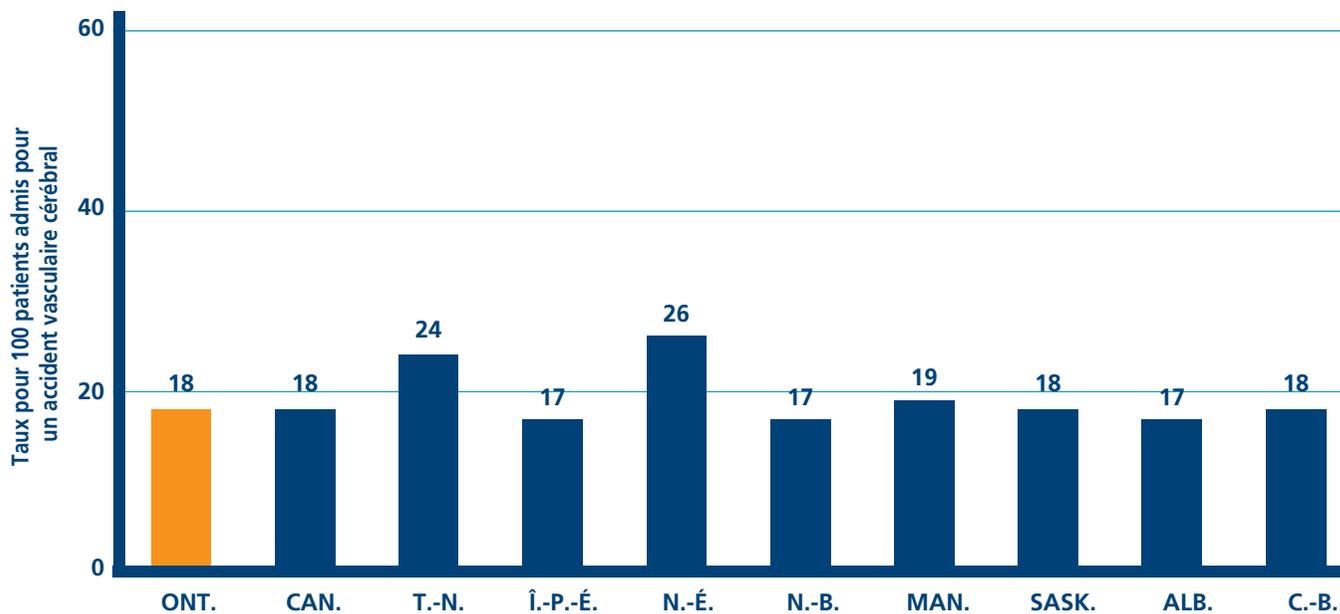
Taux rajusté de décès à l'hôpital dans les 30 jours pour 100 patients admis pour une crise cardiaque, par province, 2004



Nota : Les données sont rajustées selon le risque.

Source : Indicateurs de santé, 2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Taux rajusté de décès à l'hôpital dans les 30 jours pour 100 patients admis pour un accident vasculaire cérébral, par province, 2004



Nota : Les données sont rajustées selon le risque.

Source : Indicateurs de santé, 2007, Institut canadien d'information sur la santé.

Une feuille de route bien pensée pour sauver des vies — la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! et les crises cardiaques

Des soins de qualité, ce n'est pas un coup de chance et ce n'est pas non plus une question de mémoire — c'est le résultat de systèmes conçus de façon à les favoriser et de personnes formées pour les dispenser. La campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! a pour objet de rendre les soins de santé plus sûrs et plus efficaces en encourageant les hôpitaux à modifier leur façon de traiter six problèmes de santé courants, notamment les infections postopératoires, les pneumonies causées par les appareils de ventilation et les réactions indésirables à des erreurs de médicaments.

L'un des volets de la campagne vise à prévenir le décès des patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde (plus connu sous le nom de crise cardiaque).

Des « trousse de démarrage » peuvent être téléchargées sur le Web; elles contiennent sept éléments contribuant à de bons soins cardiovasculaires et à leur mise en application.

Ces éléments concernent pour la plupart l'administration des bons médicaments au bon moment, comme l'aspirine et les thrombolytiques à donner rapidement aux victimes de crises cardiaques qui arrivent à l'hôpital. D'autres sont des médicaments à prendre chaque jour pendant des périodes prolongées et que l'on distribue aux patients au moment de leur mise en congé : de l'aspirine (toujours et encore), des bêtabloquants (pour ralentir le rythme cardiaque) et des statines (pour faire baisser le taux de cholestérol). L'assistance pour encourager à cesser de fumer est une autre démarche forte utile.

Pour que la campagne soit efficace, les hôpitaux doivent rassembler des informations sur les soins dispensés, y compris la prise de médicaments, le temps qu'il faut pour qu'un patient victime d'une crise cardiaque reçoive le traitement nécessaire à son arrivée (dans l'idéal, le délai « de la porte à l'intraveineuse » devrait être de moins de 30 minutes), ainsi que des renseignements indiquant si les patients sont conseillés pour cesser de fumer. La surveillance de ces mesures aide à établir des cibles pour les soins et permettra à l'hôpital de déterminer s'il fait des progrès et de savoir quels secteurs ont encore besoin d'amélioration.

Citons, à titre d'exemple, l'Hôpital Alexandra Marine and General de Goderich. Depuis qu'il a adopté ce plan à l'automne de 2005, cet établissement a opéré divers changements; il a notamment élaboré des listes de vérification spéciales que les médecins doivent suivre pendant le traitement d'une victime de crise cardiaque, et il a fait l'acquisition, auprès du bureau de santé, de « trousse pour cesser de fumer » faciles d'emploi qui ont permis d'améliorer les soins. Résultat : presque 100 pour cent des recommandations de médicaments sont désormais suivies. La cible a été fixée à 100 pour cent en ce qui concerne le counseling pour inciter les victimes de crise cardiaque à cesser de fumer; jusqu'à présent, l'hôpital a réussi à porter le taux de patients qui reçoivent ce counseling à un niveau de 33 à 50 pour cent, alors qu'il était presque de zéro.

Dans l'Ouest canadien, la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! reçoit un appui beaucoup plus ferme qu'ici. Le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et les territoires forment une seule division aux fins des activités de la campagne. Leur population est un peu moins nombreuse que celle de l'Ontario, mais le financement de 550 000 \$ qui en provient (composé de contributions locales et provinciales, de dons de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de contributions en espèces) fait plus du double de ce qu'il est en Ontario, où il totalise 211 000 \$ par an.



À vous de jouer!

Demandez à votre hôpital s'il participe à la campagne **Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!** Renseignez-vous davantage sur la campagne en visitant **www.soinsplusecuritairesmaintenant.ca**.

Apprenez à connaître les symptômes d'une crise cardiaque et d'un accident vasculaire cérébral, et si vous en êtes victime, rendez-vous à l'urgence le plus vite possible. Les crises cardiaques peuvent être soudaines et intenses, mais beaucoup commencent lentement, et s'accompagnent des symptômes suivants :

- douleur ou malaise thoracique qui ne se dissipe pas après une période de repos;
- douleur ou malaise à un bras ou aux deux bras, au dos, au cou, à la mâchoire ou à l'estomac;
- douleur se ressentant comme une brûlure, une constriction, une lourdeur, un serrement ou une pression;
- essoufflement;
- nausée, sueurs froides, étourdissement.

Les symptômes d'un accident vasculaire cérébral se présentent de façon soudaine et comprennent les suivants :

- engourdissement ou faiblesse du visage, d'un bras ou d'une jambe, habituellement d'un côté seulement;
- désorientation, avec élocution ou compréhension difficile;
- vision trouble unilatérale ou bilatérale;
- vertiges, difficulté à marcher et perte d'équilibre ou de coordination;
- maux de tête graves et inexplicables.

Pour de plus amples renseignements, visitez le site Web de la Fondation des maladies du cœur : **www.heartandstroke.ca**.



La plus grande difficulté dans l'interprétation des données sur les résultats réside dans notre méconnaissance des différences qu'il peut y avoir, d'un hôpital à l'autre, entre les traitements administrés aux patients. Par exemple, il serait utile de savoir quels patients reçoivent un thrombolytique (médicament qui désagrège les caillots) et le délai dans lequel il leur est administré après leur arrivée à l'hôpital. L'administration rapide d'un thrombolytique est cruciale, car plus ce médicament est donné tôt, plus il est efficace.

2.2.3 Réadmissions d'enfants traités pour l'asthme dans les services des urgences

L'asthme infantile est un problème qui prend de l'ampleur en Ontario. Souvent, les crises d'asthme sont d'une gravité telle que les personnes malades se présentent à l'urgence pour être soignées. Chaque jour, une centaine d'enfants en moyenne sont traités pour l'asthme dans les services des urgences de l'Ontario. Les soins d'urgence appropriés comprennent l'administration sans délai de médicaments pour soulager les symptômes. Une fois la phase aiguë maîtrisée, les parents peuvent apprendre comment soigner l'enfant à la maison afin de prévenir de nouvelles crises. Cependant, si un enfant revient à l'urgence pour une crise d'asthme sévère dans les trois jours suivant la visite initiale, c'est peut-être que les soins donnés dans un premier temps étaient inadéquats. Des recherches nous révèlent que

l'emploi de listes de vérification standard et d'autres outils pour assurer le traitement adéquat des enfants asthmatiques abaisse le taux de réadmission à l'urgence.

Nous n'avons pas réduit de beaucoup les visites répétées à l'urgence chez les enfants asthmatiques qui y reviennent pour être soignés. Au cours des dernières années, de deux à quatre pour cent des enfants traités en service d'urgence pour l'asthme y sont revenus dans les 72 heures qui ont suivi, et ce taux n'a pas diminué au fil du temps.

Une réadmission à l'urgence dans les 72 heures peut signifier que la première crise d'asthme n'a pas été correctement maîtrisée, ou que le patient et la famille n'ont pas su prévenir l'apparition d'une nouvelle crise. Quoi qu'il en soit, le service des urgences aurait peut-être pu faire mieux, soit en choisissant une meilleure pharmacothérapie pour la première crise, soit en proposant aux parents un plan de prévention adéquat. Il existe de bons traitements et des trousseaux d'information utiles qui peuvent minimiser le risque de crises récurrentes.

Une étude récente a démontré qu'en Ontario, les services des urgences ont pour la plupart des stratégies de traitement de l'asthme, mais que certaines sont plus adéquates que d'autres. Nous devons miser sur cette recherche et veiller à ce que les enfants asthmatiques obtiennent les meilleurs soins possibles dans les services des urgences. On ne sait pas exactement

Aider les enfants asthmatiques à mieux respirer

Une étude menée par l'Institut de recherche en services de santé a permis de trouver deux façons de réduire le nombre d'enfants qui réapparaissent au service des urgences après un premier traitement. La première consiste à utiliser un « ensemble d'ordonnances » standard, une sorte de liste de vérification de tout ce qui devrait être fait pour traiter les enfants pendant une crise d'asthme. La seconde est la possibilité de consulter un pédiatre¹³.

Les hôpitaux n'ont pas tous un pédiatre de garde, mais la télémédecine pourrait aider dans ces cas-là, tout comme elle intervient à Leamington dans le traitement de la maladie mentale. Des chercheurs ont cependant constaté que si l'utilisation d'ensembles d'ordonnances est aussi efficace que le recours à un pédiatre, c'est la méthode la moins fréquemment utilisée pour réduire le taux de réadmission pour l'asthme¹⁴.

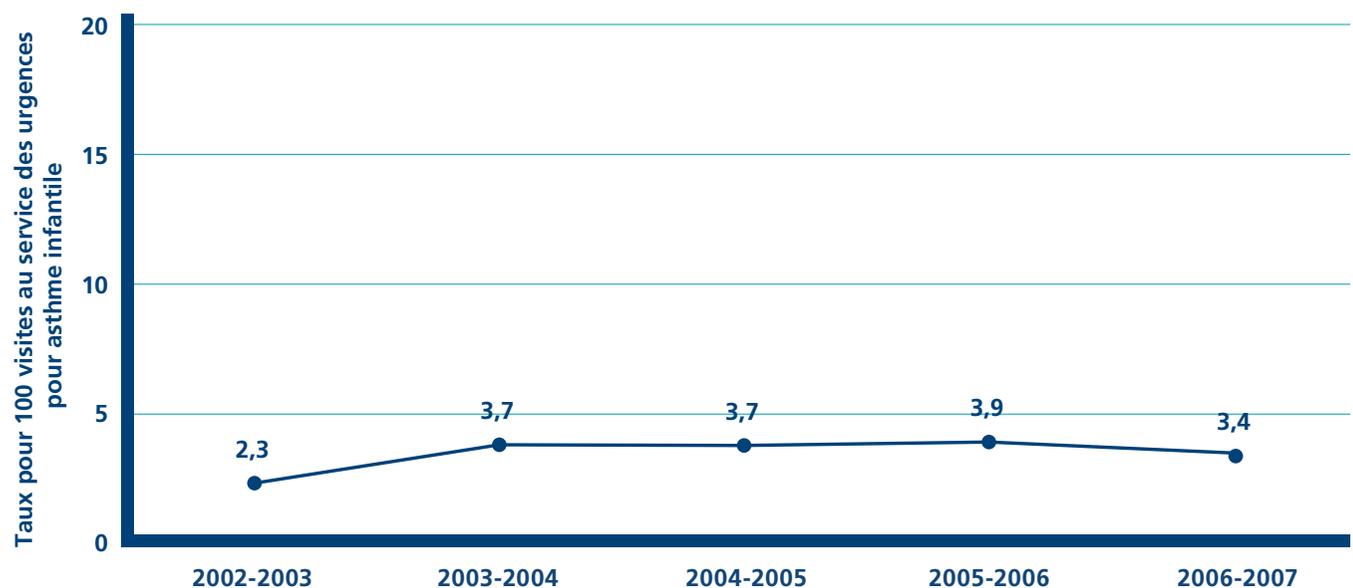
Cet état de choses pourrait changer grâce à l'initiative « Open Source Order Sets » (ensembles d'ordonnances en libre accès), dans le cadre de laquelle des médecins préparent des ensembles d'ordonnances pour un éventail d'affections. L'objectif est de rationaliser les soins, d'en améliorer la qualité et de réduire le nombre d'erreurs médicales en normalisant des listes de vérification des meilleures pratiques. Jusqu'à présent, 55 hôpitaux de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de Colombie-Britannique participent à l'initiative des ensembles d'ordonnances¹⁵.



À vous de jouer!

Il importe de sensibiliser toute la famille au traitement et à la prévention des crises d'asthme. Pour de plus amples renseignements, visitez le site Web de l'Ontario Lung Association — www.on.lung.ca — et cliquez sur « Asthma » dans la rubrique « Lung health ».

Taux rajusté de réadmission à l'urgence dans les 72 heures suivant le traitement initial d'un enfant asthmatique, de 2002-2003 à 2006-2007



Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.

combien de visites répétées pourraient être évitées, mais il est clair que certains services des urgences font un meilleur travail que d'autres.

2.2.4 Résultats des soins aux personnes atteintes d'affections chroniques

L'an dernier, nous avons examiné la difficulté qu'éprouve l'Ontario à fournir des soins primaires de grande qualité aux personnes atteintes d'affections chroniques. Cette année, nous allons revoir cette question, que nous abordons au chapitre trois du présent rapport. Nous tenons cependant à aborder les soins aux malades chroniques dans cette section, que nous consacrons à l'efficacité de notre système de santé. Les soins aux malades chroniques sont en majorité dispensés par des médecins en soins primaires; et plus ces soins sont adéquats, plus grandes sont nos chances de réduire les complications aiguës du diabète et l'incidence des décès attribuables à une crise cardiaque ou à une insuffisance cardiaque.

Afin de voir où l'Ontario se situe dans le traitement des personnes atteintes de diabète, nous avons examiné les complications qui les mèneront à l'hôpital si elles ne sont pas soumises à un traitement approprié, y compris l'hyperglycémie ou l'hypoglycémie et les infections liées au diabète. Des soins de bonne qualité peuvent réduire le taux d'admission pour ces problèmes.

Notre évaluation de l'efficacité des soins communautaires aux cardiaques est fondée sur la survie des patients traités pour

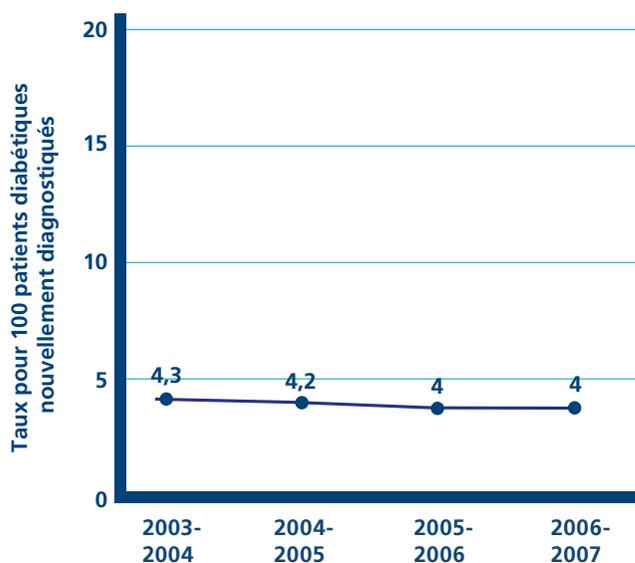
une crise cardiaque ou une insuffisance cardiaque — mais dans ce cas-ci nous cherchions à savoir combien de personnes ayant subi une crise cardiaque meurent dans un délai de 30 à 365 jours. Cette capacité prolongée de survie reflète plutôt les soins dispensés dans la collectivité que l'efficacité avec laquelle les patients sont pris en charge à l'hôpital.

Dans toutes les mesures que nous avons examinées, peu de choses ont changé ces quatre à cinq dernières années. Notre analyse montre que de façon constante environ quatre pour cent des diabétiques nouvellement diagnostiqués finissent au service des urgences ou à l'hôpital pour complications aiguës liées à leur affection. Les données sur les patients nouvellement diagnostiqués pour une insuffisance cardiaque congestive montrent qu'environ un sur six d'entre eux mourront dans un délai d'un an. Le taux de décès des patients après une crise cardiaque se maintient à un sur sept environ.

Il y a dans les soins primaires certaines mesures qui peuvent être prises pour prévenir les complications liées au diabète. Le statu quo observé dans le taux de complications sur quatre ans laisse supposer que peu de progrès ont été faits dans la prestation de soins appropriés aux diabétiques.

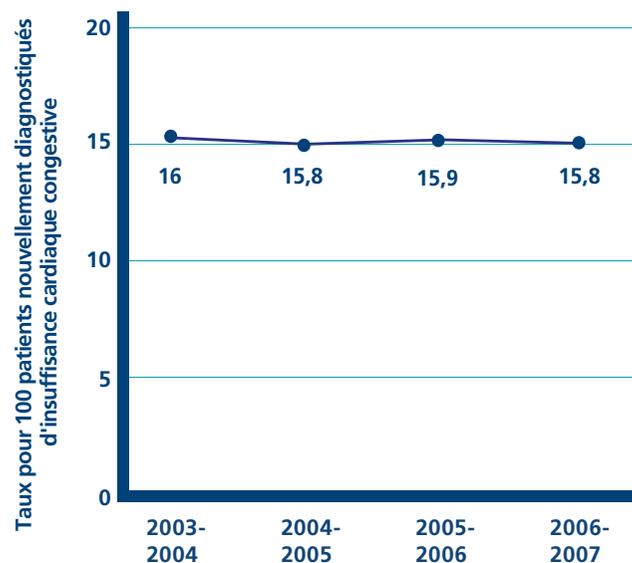
Les données montrent que les taux de décès sont très élevés au cours de la première année de survie suivant une première hospitalisation pour crise cardiaque ou insuffisance cardiaque congestive, même supérieurs à ce qu'ils sont pour de nombreuses formes de cancer. Bien que nous ayons réalisé des progrès consi-

Taux rajusté de complications aiguës du diabète pour 100 patients nouvellement diagnostiqués ayant été traités au service des urgences ou à l'hôpital en Ontario, de 2002-2003 à 2005-2006



Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.

Taux rajusté de décès pour 100 patients au cours de l'année suivant un diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive en Ontario, de 2002-2003 à 2005-2006



Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.

Une attention de tous les instants aux soins de tous les jours

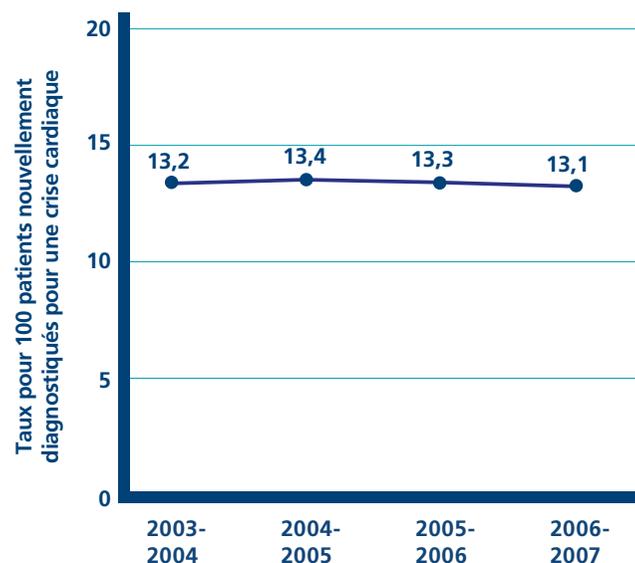
Le très novateur Partenariat de services de santé de Sault Ste. Marie, l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie et le centre d'accès aux soins communautaires North Eastern ont travaillé ensemble pour élaborer, à l'intention des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, un programme qui améliore les résultats pour ces patients, trop souvent réadmis à l'hôpital.

L'objectif de ce programme est de mettre en place un processus communautaire de collaboration aux soins et de le mettre en application afin de diminuer les taux de réadmission à l'hôpital et d'améliorer la qualité de vie des patients. L'utilisation de ressources informatives normalisées, la promotion des capacités d'autogestion des patients, et un système coordonné de prescription de médicaments au moment de la mise en congé pour favoriser une plus grande rigueur et améliorer l'observation des normes et la sécurité, sont autant d'éléments clés qui contribuent au succès du programme. Un programme de réadaptation cardiaque a récemment été proposé aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive.

Une baisse constante du taux de réadmission à l'hôpital laisse croire que le plan fonctionne. Les données recueillies sur trois ans montrent une diminution soutenue de 43 pour cent dans les taux de réadmission après un mois, ce qui révèle une plus forte tendance à rester en bonne santé dans la collectivité. Le programme à l'intention des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive fait réaliser des économies : l'équivalent estimatif de 527 jours en moins passés à l'hôpital - à un coût estimatif de 800 \$ par jour - se traduit par des économies de plus de 422 000 \$ et des visites moins nombreuses dans les services des urgences.

Les différents collaborateurs affirment que le programme à l'intention des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive est rentable et laissent entendre qu'il est applicable à un éventail de cadres communautaires. Tout programme destiné à des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive aurait intérêt à prévoir des lignes directrices relatives aux médicaments et une approche multidisciplinaire coordonnée. Ils émettent tout de même une mise en garde : changer la routine d'un système de santé établi n'est pas facile.

Taux rajusté de décès, pour 100 patients traités pour une crise cardiaque, entre 30 jours et 1 an après la première crise cardiaque, de 2002-2003 à 2005-2006



*Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.*



À vous de jouer!

Vous pouvez en apprendre davantage sur les meilleures pratiques relatives aux maladies chroniques en visitant notre site Web : www.ohqc.ca/en/patient_resources.php. Demandez à votre médecin ce que vous pourriez faire ensemble pour gérer votre maladie chronique.

dérables dans la réduction du taux de décès à l'hôpital chez les patients traités pour une crise cardiaque, ce n'est pas le cas dans la collectivité ni chez les patients traités pour une insuffisance cardiaque congestive. Nous connaissons les mesures utiles que peuvent prendre les médecins en soins primaires pour amener leurs patients à prendre les bons médicaments, à consommer les bons aliments et à faire ce qu'il faut pour améliorer leur santé, les garder en vie et leur épargner l'hospitalisation. Hélas, trop peu est fait dans ce sens.

Les résultats ne s'améliorent pas pour ces patients. Dans le chapitre trois, nous jetons un regard en profondeur sur ce qui est fait pour eux et sur ce qu'il reste à faire, afin de pouvoir dresser la liste des domaines à améliorer et d'en assurer l'utilisation uniforme et efficace dans l'ensemble de la province.

2.3 Sûr

2.3.1 Vue d'ensemble

La plupart des traitements et de nombreux services de diagnostic impliquent des risques pour les patients, mais un système de santé performant devrait minimiser le risque de blessure ou de complication à la suite des soins reçus. On ne peut éliminer tous les risques. Les patients peuvent avoir un érythème ou l'estomac dérangé par un médicament dont ils ont besoin. D'autres, s'ils reçoivent des anticoagulants pour prévenir la formation de caillots pouvant causer des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux, peuvent finir par saigner trop facilement. Ces risques font partie des soins. Cependant, certaines blessures et complications sont attribuables à des erreurs qui peuvent être évitées.

Il faut savoir quels préjudices il est possible de prévenir, en comprendre les causes et chercher des moyens de les empêcher. Il importe par ailleurs de cerner les situations où les patients ont été exposés à un risque, même s'ils n'ont subi aucun préjudice. Ces erreurs qui ne finissent pas par des blessures, ou qui sont évitées de justesse, peuvent nous apprendre beaucoup sur la manière de préserver les patients des dangers. Depuis quelques années, de nombreux hôpitaux se concentrent sur la sécurité des patients. Les hôpitaux dispensent des soins complexes aux patients les plus gravement malades, et plus leur niveau de complexité est élevé, plus le risque d'erreur est grand.

Dans la section suivante, nous abordons :

- la sécurité dans les hôpitaux de soins actifs;
- la sécurité dans les soins de longue durée;
- la sécurité des médicaments dans les soins aux personnes âgées dans la collectivité.



2.3.2 La sécurité dans les hôpitaux de soins actifs

Cette année, nous avons examiné deux types de complications qui se produisent dans les soins hospitaliers et qui – nous le savons bien – ne sont pas inévitables. Les premières concernaient la formation de caillots de sang, ou thromboses veineuses profondes, chez les patients opérés. Ces caillots, qui habituellement se forment dans les jambes, et souvent après une chirurgie, peuvent voyager jusqu'aux poumons du patient et causer une embolie pulmonaire, ce qui risque de provoquer une douleur, voire la mort. Afin de prévenir ces complications, on peut notamment donner des anticoagulants aux patients et ainsi empêcher la formation de caillots. Le second type de complications que nous avons examiné concernait les infections contractées à l'hôpital. Le personnel soignant peut les prévenir en se lavant les mains et en suivant les autres procédures de lutte contre les infections. Des renseignements sur les infections et les caillots sont collectés régulièrement au Canada et aux États-Unis afin d'aider les études portant sur la qualité des soins¹.

Les complications de ce genre sont relativement rares dans les deux cas, mais quand elles surviennent, elles peuvent être dévastatrices. Leurs taux d'incidence ont été relativement

¹ Le ratio normalisé de mortalité hospitalière a fait couler beaucoup d'encre dans les médias en novembre dernier. Cette mesure permet d'estimer combien de patients pourraient mourir au cours d'une année donnée dans un hôpital, puis de comparer cette estimation au nombre réel de patients décédés, afin de savoir si l'hôpital a des résultats meilleurs ou moins bons que ceux auxquels on pourrait s'attendre. L'Institut canadien d'information sur la santé a rendu public son premier rapport sur cette mesure pour un certain nombre d'hôpitaux au pays, mais il ne s'en est pas servi pour examiner les tendances de la sécurité à l'échelle provinciale. Nous allons procéder à une analyse afin de savoir s'il serait utile à cette fin et nous présenterons nos conclusions dans le rapport de l'an prochain.

stables jusqu'à présent, ce qui suggère que nous avons fait peu de progrès dans le but de les réduire. Nous devons établir des cibles qui définissent le niveau auquel nous voulons faire baisser les taux de complications.

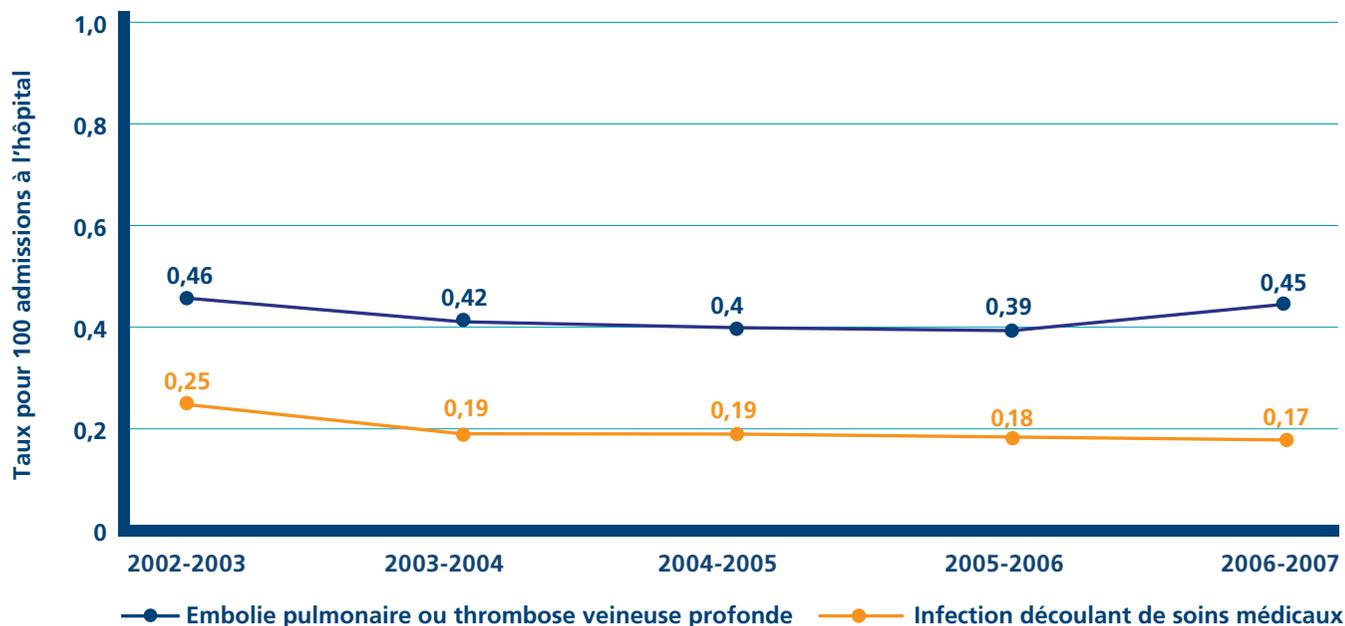
L'embolie pulmonaire et l'infection sont toutes deux de graves complications des soins médicaux. Pour mieux les comprendre et les prévenir, nous devons mesurer l'efficacité des programmes visant à réduire l'incidence de la formation de caillots de sang. Il nous faut en outre examiner de plus près les « superbactéries » difficiles à éradiquer, comme le *Staphylococcus aureus*

(ou « staphylocoque doré ») résistant à la méthicilline et les entérocoques résistant à la vancomycine. Nous n'avons pas de données valables sur le taux d'infection par ces bactéries, pourtant il serait utile d'en faire la collecte à l'avenir. Cela se fait déjà ailleurs. De plus, nous savons que dans certains cas, comme dans celui des infections causées par des ventilateurs ou des cathéters, il existe des interventions précises que nous pouvons pratiquer pour réduire les taux d'infection. Là non plus, nous ne disposons pas de données valables sur ces importantes mesures d'évaluation de la sécurité des patients.

On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner.

Par exemple, il devrait y avoir en place des mesures de sécurité qui permettent aux personnes âgées de réduire leur risque de chute dans les maisons de soins infirmiers. Il faudrait un système qui empêche les gens de recevoir le mauvais médicament ou la mauvaise dose de médicament.

Taux rajusté de complications pour 100 admissions, dans certains hôpitaux, de 2002-2003 à 2006-2007



*Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.*

Bluewater Health respire à pleins poumons

Nous évoquons en début de chapitre la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Des plans d'amélioration des soins ont été élaborés pour six problèmes de santé courants dans les hôpitaux, notamment les infections postopératoires et le traitement administré après une crise cardiaque. Bluewater Health, constitué de trois établissements hospitaliers situés à Sarnia et dans le comté de Lambton, a décidé de souscrire à la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! pour réduire l'incidence de la pneumonie associée à l'utilisation d'un ventilateur, qui frappe les patients respirant à l'aide de tubes et de ventilateurs mécaniques après un accident, une chirurgie ou un autre problème de santé.

Bluewater a adopté l'ensemble des quatre mesures destinées à prévenir l'infection pulmonaire courante :

- élever la tête du lit;
- procéder quotidiennement à des interruptions de la sédation afin de vérifier si le patient est prêt à respirer sans assistance;
- réaliser l'intubation par la bouche plutôt que par les voies nasales;
- utiliser des tubes Evac pour empêcher les sécrétions de s'accumuler et de causer une pneumonie.

Bluewater s'est fixé pour objectif de réduire de 50 pour cent son taux de pneumonie associée à la ventilation. L'unité de soins intensifs de l'hôpital a adopté ces quatre mesures de prévention en novembre 2005 et, quatre mois plus tard, c'était le service de cardiologie qui lui emboîtait le pas. Une équipe interdisciplinaire a été constituée pour mettre le programme en place et le maintenir, et celle-ci continue à se réunir chaque mois.

Les difficultés rencontrées étaient notamment l'intégration des épreuves quotidiennes de respiration, l'application d'une différente méthode d'intubation et l'utilisation de tubes Evac, ainsi que l'organisation de l'emploi du temps de façon à permettre au personnel d'assister aux réunions et de gérer le programme.

Bluewater est près de son objectif. Avant l'introduction du programme, il y avait 12,6 cas de pneumonie associée au ventilateur pour 1 000 jours-patients de ventilation. Durant la période d'avril à octobre 2007, le taux a été de 7,6 cas pour 1 000 jours-patients aux soins intensifs et de zéro dans le service de cardiologie.

Bluewater conseille d'introduire les quatre volets de l'ensemble séparément, non pas tous à la fois, et pense que l'équipe de prévention de la pneumonie associée au ventilateur devrait être formée de personnes qui sont motivées et qui souhaitent en faire partie.

À vous de jouer!

Encouragez l'hôpital de votre région à souscrire à la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Informez-vous davantage sur la campagne en visitant le site www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca.

Demandez aux professionnels de la santé qui vous soignent s'ils se sont lavé les mains et veillez, vous aussi, à vous laver les mains régulièrement et soigneusement. C'est le meilleur moyen de vous protéger contre l'infection.



2.3.3 La sécurité dans les soins de longue durée

Les bénéficiaires de soins de longue durée sont en principe frêles et âgés. Ils se tournent généralement vers les soins résidentiels parce qu'eux-mêmes ou leur famille pensent qu'ils ne sont plus en sécurité à leur domicile. Cependant, les pensionnaires de maisons de soins infirmiers font souvent des chutes, chutes qui peuvent entraîner des fractures, des blessures à la tête et même la mort. Le plus triste, c'est que bon nombre de ces chutes pourraient être évitées. Pour enquêter sur ce sujet, nous avons examiné les données recueillies auprès de services des urgences pour savoir combien de pensionnaires de maisons de soins infirmiers y ont été traités après une chute.

Nous avons également étudié les données du régime provincial de médicaments (qui fournit gratuitement des médicaments d'ordonnance aux personnes âgées résidant dans des maisons de soins infirmiers), afin de savoir à quelle fréquence les pensionnaires de maisons de soins infirmiers reçoivent des médicaments qui de l'avis des experts ne devraient pas être donnés à des personnes âgées. Les médicaments d'ordonnance contribuent dans une large mesure à préserver la santé de ces personnes, mais ils ne sont pas tous sans danger pour elles. Certains médicaments ne sont pas efficaces, et d'autres ont été remplacés par de nouveaux produits qui provoquent moins d'effets secondaires.

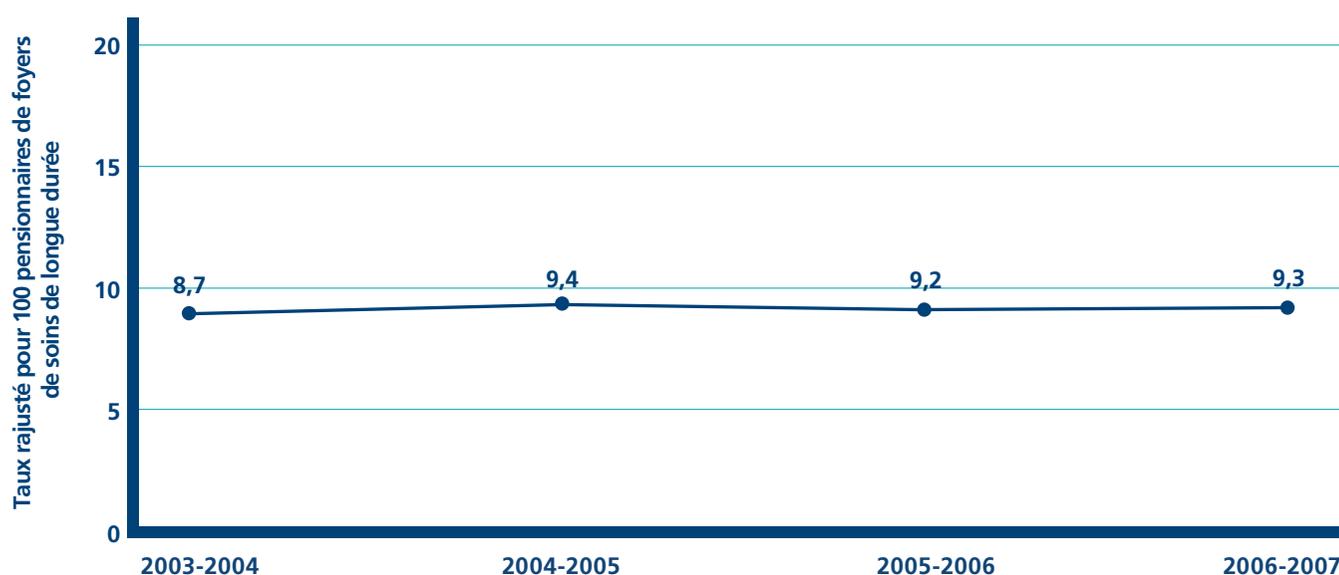
Les données des services des urgences montrent qu'en 2006-2007, le taux de chutes entraînant une visite à l'urgence était d'environ 1 pour 10 pensionnaires dans les maisons de soins infirmiers, un taux à peu près inchangé depuis plusieurs

années. Puisque certaines recherches nous disent comment prévenir les chutes dans les maisons de soins infirmiers, il est consternant de voir que le nombre de chutes dans ces établissements n'a pas diminué. De plus, nous n'avons pas de données indiquant comment l'Ontario se mesure aux statistiques nationales ou internationales dans ce domaine : allons-nous de mieux en mieux, ou de mal en pis? Il ne faut pas non plus oublier que de nombreux pensionnaires tombent sans pour autant se présenter à l'urgence et que nos données sous-estiment donc le nombre total de chutes.

Cet état de choses mérite une plus grande attention. Nous devons en savoir davantage sur les causes de ces chutes et déterminer s'il y a des changements que nous pourrions mettre en place pour les prévenir, par exemple éviter de donner aux personnes âgées des médicaments qui leur causent des étourdissements ou de la somnolence. D'autre part, il serait utile de savoir si les maisons de soins infirmiers de l'Ontario mettent à l'essai des stratégies telles que les programmes d'exercice, connus pour réduire les chutes.

L'emploi de médicaments inappropriés par les pensionnaires de maisons de soins infirmiers a diminué lentement mais de manière constante au cours des cinq dernières années. Le taux est passé d'environ 10 pour cent à près de sept pour cent. Réalité cependant troublante : ils continuent à être distribués aux personnes frêles dans les maisons de soins infirmiers, où l'on est censé surveiller et revoir les médicaments. La diversité des sources d'information sur cette situation permet difficilement de faire un parallèle avec d'autres lieux, mais il semble que

Taux rajusté de chutes entraînant une visite à l'urgence pour 100 pensionnaires de foyers de soins de longue durée, de 2003-2004 à 2006-2007



*Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.*

Soigner vos patients sans compromettre leur sécurité

Toute bonne chose peut être une chose en trop, c'est vrai. Les médicaments d'aujourd'hui font des miracles à condition d'être utilisés correctement, au bon moment et pour les bonnes personnes. Ceci dit, prescrire un médicament à une personne âgée frêle est une démarche complexe. Des problèmes de santé multiples alliés à l'intervention de soignants multiples peuvent les amener à se voir administrer des médicaments pour plusieurs affections à la fois. Souvent, personne ne se préoccupe de savoir si la prise concomitante des différents médicaments est sans danger et si leur action est utile. Il faut savoir également que, bien que de nombreux médicaments soient réputés pour présenter un danger pour les personnes âgées en raison de leurs effets secondaires, comme des étourdissements ou une désorientation, ils continuent à leur être donnés régulièrement.

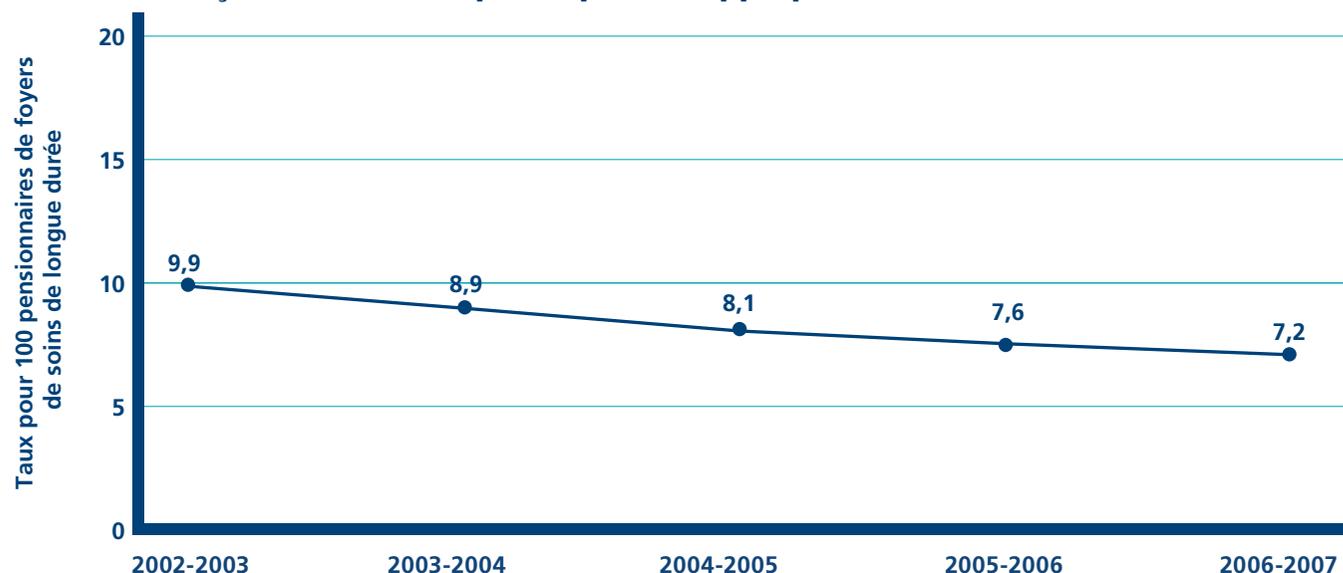
Des efforts ont été faits pour essayer de prévenir cette « polypharmacie », comme on l'a vu appeler. En 1991, un médecin américain du nom de Mark Beers établissait une liste de médicaments qu'il jugeait dangereux pour les patients âgés. Cette liste a été mise à jour en 2003. L'utilisation des médicaments figurant sur la liste du Dr Beers est en baisse, mais en Ontario, environ huit pour cent des médicaments prescrits aux personnes âgées y figurent.

Une liste semblable établie à des fins d'essais en Europe a montré qu'au Danemark, environ six pour cent seulement des médicaments inappropriés étaient prescrits. Cette différence peut s'expliquer en partie du fait que les pays européens ont coutume de ne pas prendre en charge les médicaments connus pour faire du tort aux personnes âgées. De plus, l'institut national danois de la santé a procédé à une révision de l'usage des médicaments et communiqué à chaque médecin des observations sur ses habitudes de prescription, assorties de commentaires particuliers sur les prescriptions dangereuses¹⁶.

Au nombre des autres méthodes assurant la sécurité des patients, citons la sensibilisation de ces derniers et du public aux médicaments sécuritaires pour les personnes âgées, l'examen des médicaments des personnes âgées par des équipes médicales multidisciplinaires et la sélection de ceux qui sont vraiment nécessaires, la surveillance des médicaments prescrits par les médecins, ainsi que des mises en garde à l'intention des médecins qui prennent des décisions risquées.

En décembre 2007, un programme d'évaluation des risques mis au point par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada et financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a été instauré en Ontario pour aider les établissements à définir des moyens d'améliorer l'usage des médicaments.

Taux pour 100 pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant reçu au moins une prescription inappropriée, de 2002-2003 à 2006-2007



Source : Institut de recherche en services de santé.



À vous de jouer!

Si vous, un ami ou un membre de votre famille réside dans une maison de soins infirmiers, demandez à la direction ce qu'elle fait pour assurer la sécurité de ses pensionnaires.

Visitez le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour avoir des renseignements sur le rendement des foyers de soins de longue durée en Ontario. Vous pouvez, par exemple, passer en revue un compte rendu d'inspection ou visualiser un rapport d'examen concernant une plainte portée par un patient ou un parent.

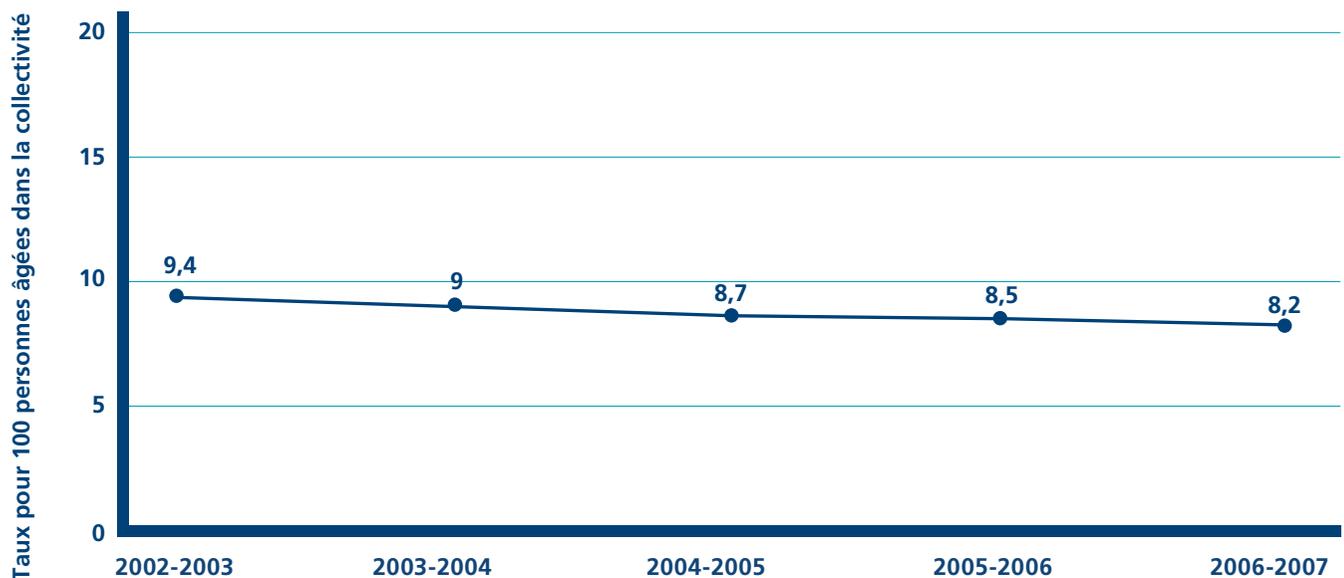
Rendez-vous à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/ltaf/30_pr_reportsf.html et cliquez sur « Rapports sur les foyers de soins de longue durée/Localiser un foyer ».

L'utilisation de tels médicaments pose un problème considérable dans le monde entier, bien que les experts la déconseillent dans pratiquement tous les cas. Nous allons devoir recueillir de plus amples renseignements sur les raisons pour lesquelles des médicaments jugés inappropriés par les experts sont donnés aux patients d'établissements de soins de longue durée en Ontario.

L'an dernier, nous avons intégré dans notre rapport les escarres de décubitus (familièrement appelées « plaies de lit ») chez les

patients des hôpitaux pour malades chroniques. Cette année, nous aurions aimé y inclure des renseignements sur les escarres de décubitus pour les pensionnaires de maisons de soins infirmiers, mais il n'y a pas de données provinciales justes sur ce problème grave. Le gouvernement de l'Ontario collabore actuellement avec les maisons de soins infirmiers pour recueillir ces informations et nous attendons avec impatience l'occasion de vous les communiquer dans nos prochains rapports.

Taux de prescriptions inappropriées pour 100 personnes âgées dans la collectivité, de 2002-2003 à 2006-2007



Source : Institut de recherche en services de santé.

2.3.4 La sécurité des médicaments dans les soins communautaires pour les personnes âgées

Malheureusement, les personnes âgées qui vivent dans la collectivité sont peut-être plus vulnérables encore aux dangers que peuvent poser des prescriptions inappropriées que ne le sont celles qui résident en foyers de soins de longue durée. Plusieurs études montrent que la prescription de médicaments inappropriés aux patients âgés qui vivent dans la collectivité peut entraîner l'hospitalisation et une qualité de vie médiocre en raison de problèmes de santé connexes.

Bien que les taux d'emploi inapproprié de médicaments soient en baisse, ils diminuent plus lentement chez les personnes résidant dans la collectivité que chez les pensionnaires de maisons de soins infirmiers. La recherche sur laquelle nous nous sommes fondés montre que 9,4 personnes âgées sur 100 vivant dans la collectivité ont reçu des médicaments inappropriés en 2003-2004. Ce taux a baissé à 8,2 pour cent en 2006-2007. Puisque 1,2 million de personnes âgées vivent dans la collectivité en Ontario, nous savons qu'environ 120 000 personnes de 65 ans et plus ont fait exécuter des ordonnances de médicaments qui, dans le meilleur des cas, ne leur ont été d'aucune utilité et qui, dans les pires cas, risquaient de leur faire du tort.



À vous de jouer!

Demandez l'avis d'une autre personne à propos de vos prescriptions. En vertu du programme MedsCheck, les Ontariens et les Ontariennes qui prennent au moins trois médicaments d'ordonnance pour des affections chroniques peuvent, une fois par an, bénéficier gratuitement d'une révision personnelle de leurs médicaments auprès d'un pharmacien. Un suivi dans le cadre de MedsCheck vous est également offert sans frais si vous avez récemment été mis en congé par un hôpital et que vous souhaitez faire vérifier une modification de votre régime médicamenteux. Voyez les détails dans le site Web de MedsCheck : www.medscheck.ca.

Pour vérifier si certains médicaments qui vous sont prescrits figurent sur la liste de ceux qui présentent un danger pour les personnes âgées (« liste du D^r Beers »), visitez www.cbc.ca/news/background/seniorsdrugs/beers_table_more.html#b, ou consultez l'article original¹⁷.

Si un médicament figurant sur la liste du D^r Beers vous est prescrit ou qu'une telle prescription est remise à un parent ou à un ami, demandez à votre médecin pourquoi.

2.4 Axé sur le patient

2.4.1 Vue d'ensemble

Dans un système de santé performant, les patients et les professionnels de la santé devraient être réunis dans un partenariat fondé sur la considération, le respect et la communication. Les acteurs d'un système qui accorde une haute importance aux soins axés sur le patient font un effort pour communiquer et pour impliquer les patients dans les décisions qui concernent leurs soins. La prestation de soins axés sur le patient, ce n'est pas une chose qui vous est faite mais qui est faite avec vous.

Évaluer les efforts réalisés pour que les soins soient axés sur le patient n'est pas chose facile. Nous cherchons toujours le meilleur moyen de définir et de mesurer les soins axés sur le patient. L'une des mesures que nous utilisons dans ce rapport est la satisfaction du patient, évaluée à travers des sondages. La satisfaction, cependant, est un résultat des soins dispensés; elle ne permet pas de savoir si le patient a participé aux décisions. Dans l'enquête du Fonds du Commonwealth, non seulement il était demandé aux patients s'ils étaient satisfaits de la qualité des soins reçus de leur médecin, mais on examinait trois questions reflétant au mieux des soins axés sur le patient. Voici ces questions : Le patient est-il d'avis que le médecin explique bien les choses? Dans quelle mesure le patient estime-t-il que le médecin le fait participer aux décisions? Le patient est-il d'avis que le médecin lui a consacré suffisamment de temps?



Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.

Par exemple, vous devriez recevoir des soins qui respectent votre dignité et votre vie privée, des soins qui correspondent à vos besoins spirituels, culturels et linguistiques, ainsi qu'à vos circonstances personnelles.

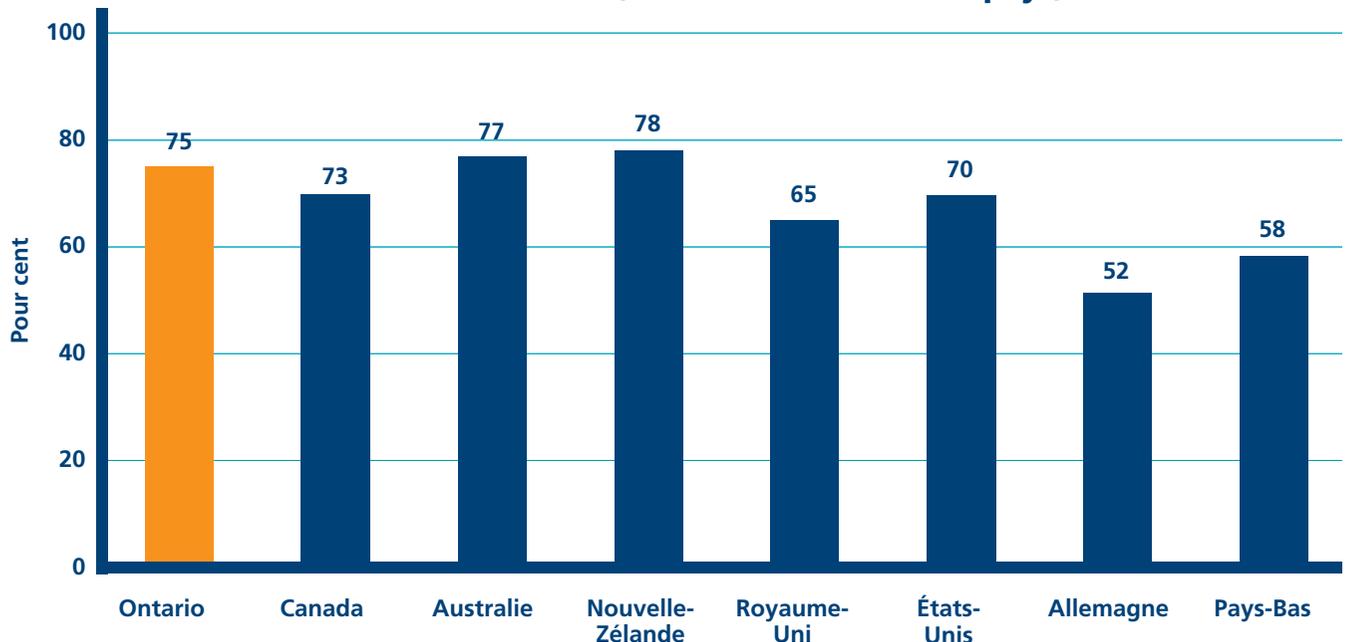
Certaines recherches montrent que les patients qui sont impliqués dans leurs soins et qui en sont satisfaits sont plus susceptibles de suivre les conseils qui leur sont donnés pour gérer leurs affections. Nous nous sommes intéressés à l'expérience vécue par des patients dans trois milieux de soins :

- les soins de médecins en milieu communautaire;
- les soins actifs en milieu hospitalier;
- les soins dans les services des urgences.

2.4.2 L'expérience des patients à l'égard des soins de médecins en milieu communautaire

L'appréciation de la qualité des soins par les patients est révélatrice de la qualité générale des soins à l'échelle du système car, en tant que contribuables, les patients s'attendent à ce que le système public leur fournisse des soins satisfaisants. Si un nombre suffisant de personnes ont une mauvaise expérience du système, celui-ci sera jugé lacunaire par ceux et celles qui règlent la note. Généralement, bien que ce ne soit pas l'écrasante majorité, les clients se disent satisfaits. En Ontario, comme au Canada et dans plusieurs autres pays visés par l'enquête, environ trois répondants sur quatre affirment que les soins reçus de leur médecin au cours de la dernière année étaient de très bonne ou excellente qualité. Cependant, les taux sont plus faibles — plus près d'un sur deux — en Allemagne et aux Pays-Bas.

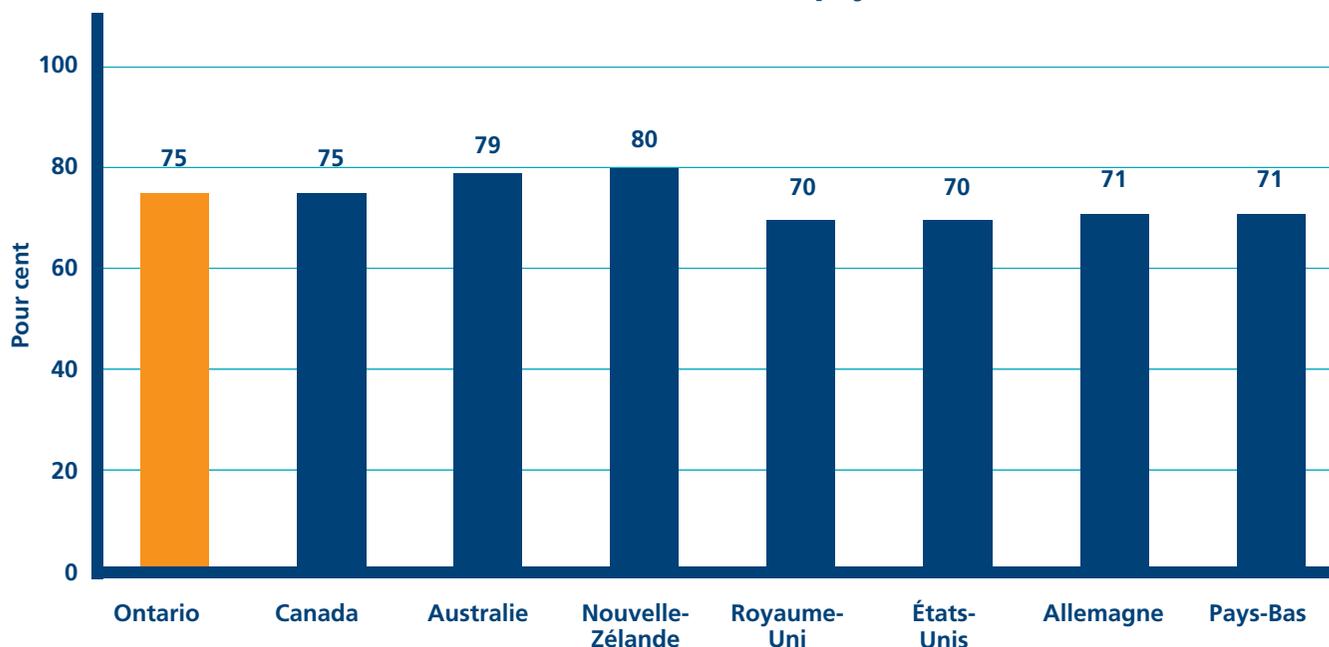
Pourcentage d'adultes ayant un médecin ou lieu de soin attiré et jugeant excellente ou très bonne la qualité générale des soins médicaux reçus au cours des 12 derniers mois, en Ontario et selon le pays, 2007



Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées.

Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

Pourcentage d'adultes ayant un médecin ou lieu de soin attiré et affirmant recevoir des explications compréhensibles, en Ontario et selon le pays, 2007



Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées. Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.

En Ontario et dans l'ensemble du Canada, environ trois personnes sur quatre estimaient que leur médecin expliquait les choses d'une manière compréhensible, et cette proportion est semblable à celle observée dans les autres pays concernés par l'enquête.

Ce succès modéré dans la prestation de soins de très bonne ou excellente qualité et dans la communication d'explications compréhensibles ne semble pas stimuler beaucoup l'initiative des patients. Dans les pays visés par l'enquête, seules trois personnes environ sur cinq ont affirmé que leur médecin les impliquait dans la sélection de leur traitement, sauf au Royaume-Uni, où les taux étaient même plus faibles. Seuls la moitié des Britanniques estiment collaborer activement avec leur médecin aux décisions concernant leur traitement.

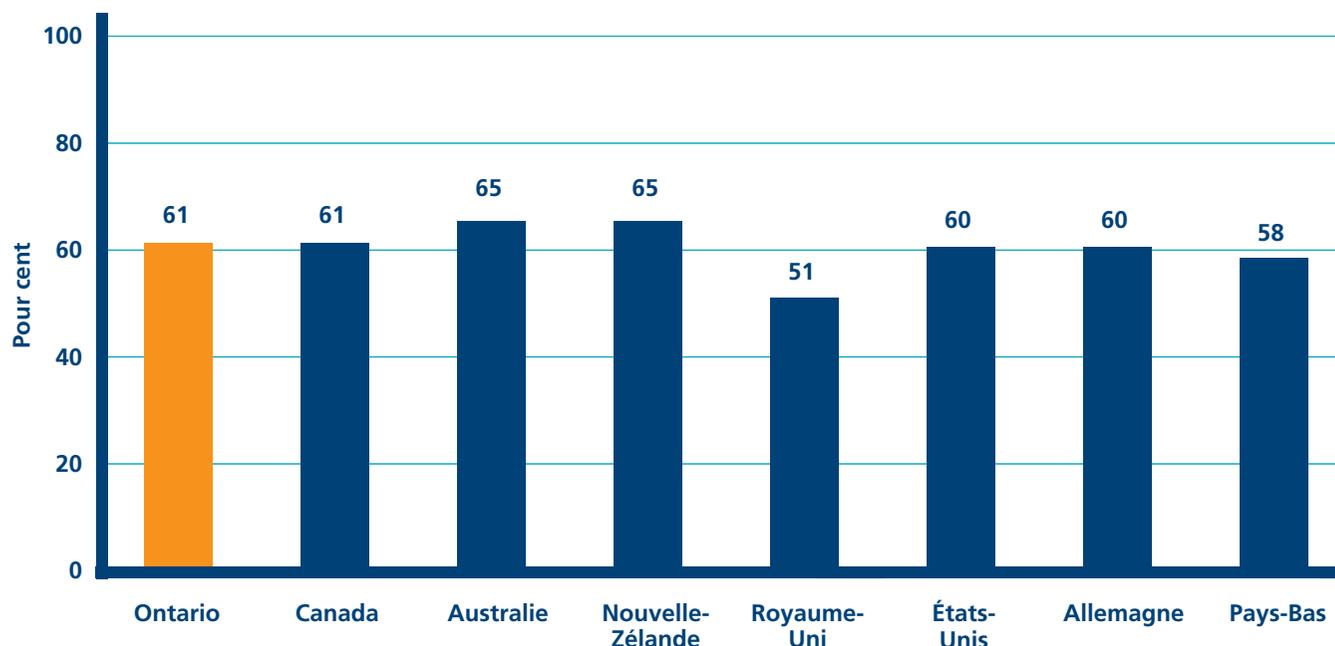
Lorsqu'on leur demandait si à leur avis leur médecin passait suffisamment de temps avec eux, les patients exprimaient un degré de satisfaction variable à cet égard. En Ontario, au Canada dans l'ensemble, au Royaume-Uni et aux États-Unis, environ six patients sur 10 étaient satisfaits du temps que leur médecin leur consacrait. Le taux de satisfaction était plus près de sept sur 10 dans les autres pays ayant fait l'objet de l'enquête.

Dans l'ensemble, les Ontariens et les Ontariennes sont à peu près aussi satisfaits de la qualité des soins qu'ils reçoivent de leur médecin que les autres répondants visés par l'enquête. Cela signifie cependant qu'environ une personne sur quatre, chez

nous, juge que la qualité des soins est moins que « très bonne ». Une proportion considérable de résidents estime que les choses ne leur sont pas expliquées adéquatement et qu'ils ne sont pas impliqués dans les décisions concernant leurs soins. Il est intéressant de voir que, bien que les trois quarts des Ontariens et des Ontariennes pensent qu'ils reçoivent des soins de très bonne ou excellente qualité, un grand nombre (42 pour cent) ne pensent pas pour autant que leur médecin passe assez de temps avec eux. Ces résultats laissent supposer que des aspects fondamentaux de la relation médecin-patient ont besoin d'amélioration en Ontario, mais les résultats internationaux semblent montrer que de nombreux systèmes de santé sont confrontés aux mêmes problèmes.

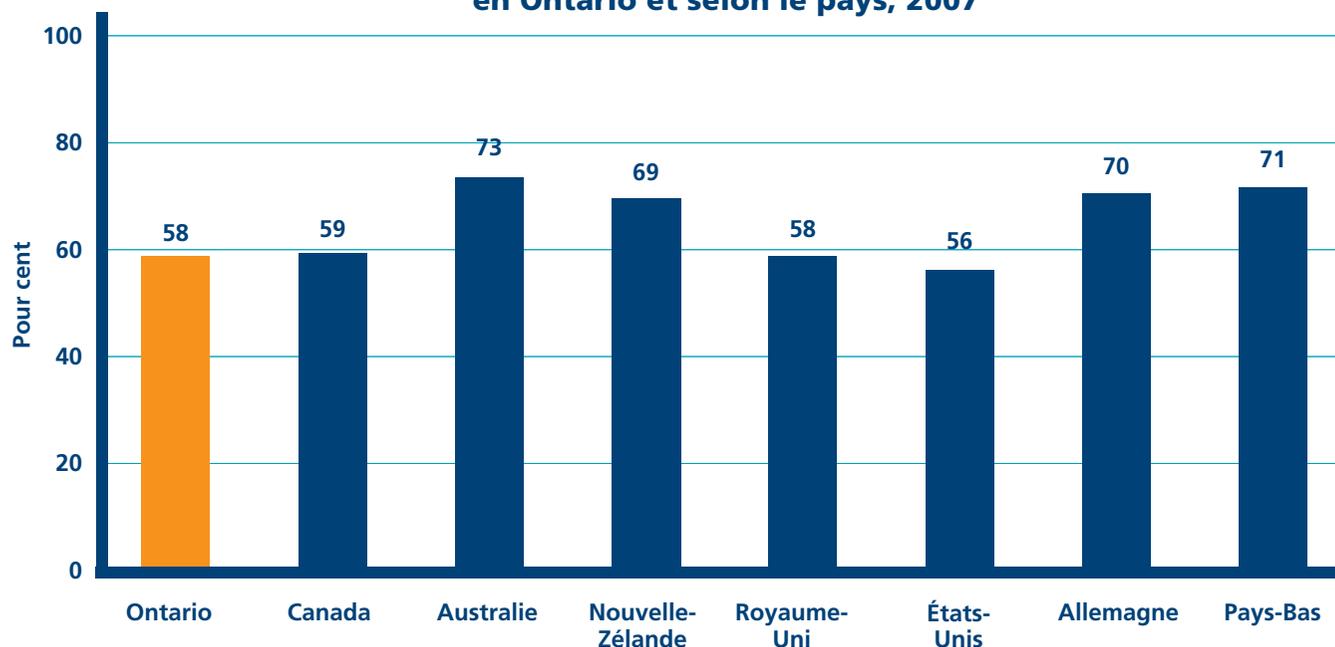
Ce que n'indiquent pas ces renseignements, c'est ce que les patients attendaient de leur médecin, et ceci rend leur mécontentement plus difficile à interpréter. Aux prémices d'une réforme des soins primaires en Ontario, nous devrions essayer de clarifier ce que nous entendons par « soins axés sur le patient » et quelles sont nos attentes en matière de partenariats entre médecins, patients et autres fournisseurs de soins de santé. Un travail considérable a été réalisé en Ontario et ailleurs afin de déterminer quel serait le meilleur moyen d'évaluer les soins axés sur le patient^{18,19}. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé tâchera, au cours de l'année qui vient, de voir comment mesurer cette qualité insigne des soins primaires et comment en communiquer le résultat au public.

Pourcentage d'adultes ayant un médecin ou lieu de soin attiré et affirmant être toujours informés des traitements possibles et impliqués dans la sélection du meilleur traitement, en Ontario et selon le pays, 2007



*Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées.
Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.*

Pourcentage d'adultes ayant un médecin ou lieu de soin attiré dont ils affirment qu'il leur consacre suffisamment de temps, en Ontario et selon le pays, 2007



*Nota : Les données de chaque pays sont pondérées en fonction de sa composition démographique lors du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées.
Source : Conseil canadien de la santé, 2007; enquête internationale du Fonds du Commonwealth de 2007 sur les politiques sanitaires, intitulée General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries.*

Les patients au cœur de la cible, et les soins centrés sur les patients : nouvelles approches des soins primaires

Les efforts destinés à réformer la prestation des soins de santé de base n'ont rien de nouveau. On s'entend depuis un moment déjà à dire que les équipes soignantes, notamment les médecins, les infirmières et les infirmières praticiennes, les thérapeutes et mêmes les travailleurs sociaux qui collaborent ensemble pour fournir des soins peuvent faire davantage pour répondre aux besoins des malades qu'un médecin de famille à lui seul, tout diligent qu'il soit. Dans le chapitre trois, nous aborderons plusieurs approches que l'Ontario emploie pour créer des modèles de soins primaires plus susceptibles d'améliorer l'expérience des patients dans ce domaine.

Sachant bien que les équipes ne sont pas l'effet du hasard, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé le Projet de collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Le plan directeur provincial diffusé en juillet 2007 dans le cadre de ce projet vise à bâtir des soins axés sur le patient, en commençant par former les fournisseurs de soins de santé de tous les types ensemble, afin qu'ils s'habituent à collaborer aux soins. Ce plan directeur convie les différentes professions à intégrer le travail en équipe dans leurs normes et invite les organisations, les responsables des politiques et le législateur à jeter les bases qui favoriseront l'essor de la collaboration en soins de santé.

Le Fonds du Commonwealth est lui aussi d'avis que les équipes interdisciplinaires et les innovations telles que les soins dirigés par du personnel infirmier accroissent la participation des patients aux soins primaires. D'un autre côté, il souligne aussi ce que révèle l'expérience hautement positive signalée par les patients australiens et néo-zélandais : les médecins qui ont plus de temps à consacrer à leurs patients font une différence considérable dans la satisfaction de ces derniers²⁰.



2.4.3 L'expérience des patients à l'égard des soins reçus dans les hôpitaux de soins actifs et les services des urgences

La communication, le respect et la réceptivité sont autant d'aspects essentiels des soins axés sur le patient. Les soins dispensés dans les hôpitaux et les services des urgences impliquent souvent un cordon de professionnels qui gèrent des affections complexes et qui essaient de faire en sorte que les patients reçoivent les soins nécessaires dans les meilleurs délais, tout en les aidant à comprendre ce qui ne va pas et comment ils peuvent être traités. En même temps, les patients malades et vulnérables réclament particulièrement des soins réceptifs et respectueux, ainsi que des soignants qui sauront les rassurer et communiquer avec eux.

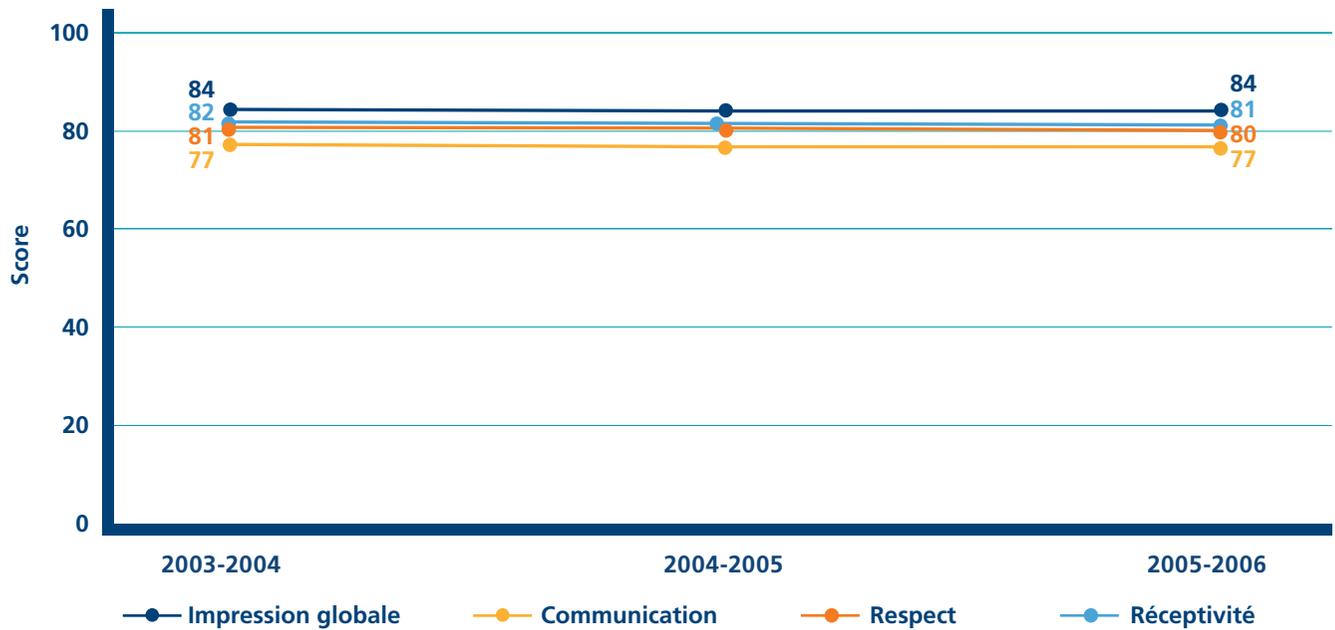
Depuis plusieurs années, le Rapport sur les hôpitaux, projet conjoint du gouvernement de l'Ontario et de l'Ontario Hospital Association, permet de collecter des données sur l'expérience des patients dans les hôpitaux de soins actifs et les services des urgences. Bien que les hôpitaux de l'Ontario n'y soient pas tous

pris en compte, ce rapport présente un aperçu de la satisfaction à l'égard des soins hospitaliers et d'urgence ainsi que des informations précises sur la perception que les patients ont de la communication, du respect et de la réceptivité dans les soins. Les réponses ont été classées selon des échelles de zéro à 100. Plus le score se rapproche de 100, mieux l'hôpital se porte.

Les résultats concernant les hôpitaux de soins actifs montrent peu de changements, au fil des ans, dans la satisfaction globale ou dans les échelles portant sur la communication, le respect et la réceptivité. La satisfaction générale des patients dépasse l'opinion qu'ils ont de la communication, du respect et de la réceptivité. Les chiffres relevés pour les services des urgences donnent à penser que la communication s'est améliorée un peu.

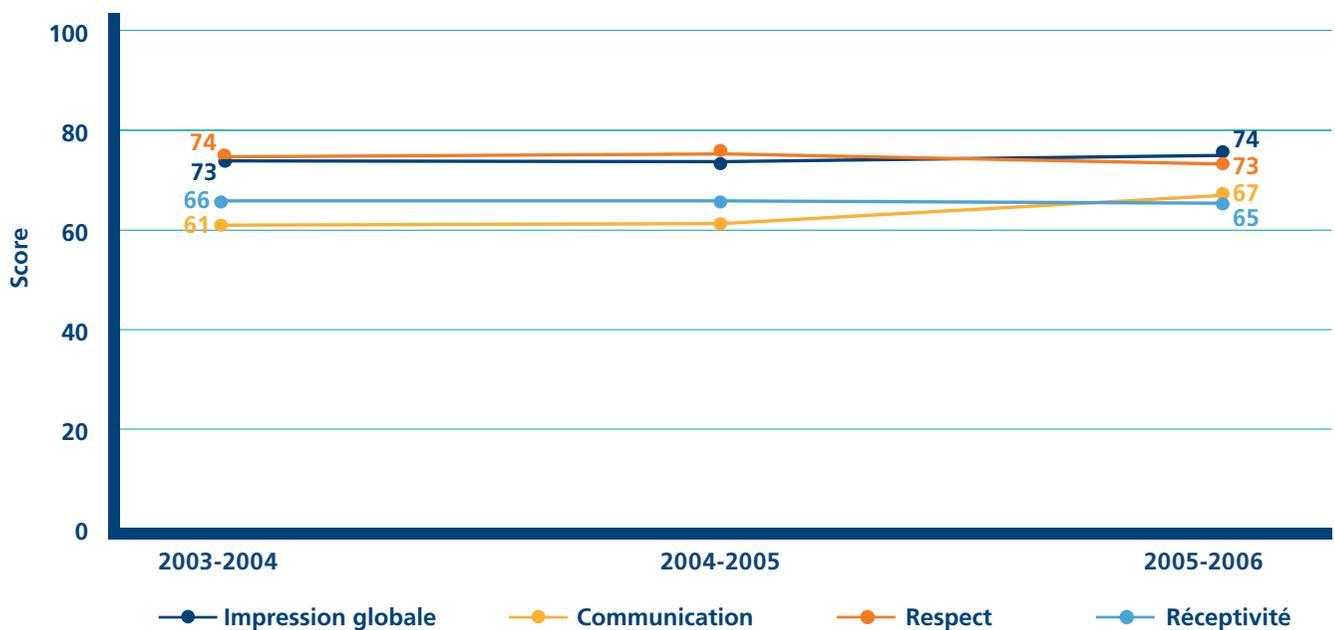
Les données abondent sur l'expérience des patients à l'égard des soins reçus dans les hôpitaux et les services des urgences. Si nous pouvions étudier ces données, nous aurions peut-être une meilleure idée de ce qui est à l'origine des résultats observés — pourquoi, par exemple, le tiers des patients ne sont-ils pas satisfaits de la communication dans les services des urgences?

Score pour la satisfaction et l'expérience des patients à l'égard des soins actifs en Ontario, 2003-2004 et 2005-2006



Source : Équipe de recherche pour le rapport sur les hôpitaux. Rapport sur les hôpitaux 2005 : service d'urgence — Satisfaction des patients; Hospital Report 2006: Emergency Department care — Patient Satisfaction; Rapport sur les hôpitaux 2007: soins dispensés dans les services des urgences — Satisfaction des patients.

Score pour la satisfaction et l'expérience des patients à l'égard des services des urgences en Ontario, de 2003-2004 à 2005-2006



Source : Équipe de recherche pour le rapport sur les hôpitaux. Rapport sur les hôpitaux 2007: soins dispensés dans les services des urgences — Satisfaction des patients, Rapport sur les hôpitaux 2005 : service d'urgence — Satisfaction des patients.



Avoir la situation bien en main quand vous êtes mal en point

« C'est votre santé — Impliquez-vous » est un programme d'autonomisation et d'éducation des patients conçu pour amener ceux-ci à mieux connaître le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'amélioration de leur santé et de leur sécurité. Les patients s'entendent souvent dire qu'il est vital de collaborer avec leur équipe soignante, mais il leur est difficile de mettre cela en pratique quand ils sont malades. « C'est votre santé — Impliquez-vous » a été mis sur pied par l'Ontario Hospital Association (avec l'appui financier du ministère de la Santé et des Soins de longue durée). Grâce à des documents tels que des affiches et des dépliants — disponibles en 14 langues — le programme donne des conseils sur les mesures à prendre pour être un patient averti :

1. Impliquez-vous dans vos soins de santé. Dites-nous si vous avez des questions ou des préoccupations à propos des soins qui vous sont donnés.
2. Communiquez à un membre de votre équipe médicale votre historique, ainsi que les renseignements sur votre état de santé actuel.
3. Apportez tous vos médicaments avec vous lorsque vous vous rendez à l'hôpital ou à un rendez-vous médical.
4. Dites à un membre de votre équipe médicale si vous avez déjà souffert d'une allergie ou d'une mauvaise réaction à un médicament ou à un aliment.
5. Assurez-vous de savoir quoi faire lorsque vous retournez à la maison après votre rendez-vous médical ou votre séjour à l'hôpital.

Bien que les affiches montrent également ces cinq conseils, le dépliant fournit des précisions sur chacun d'eux et propose des questions que les patients peuvent poser à leur équipe soignante, par exemple : « Que dois-je faire une fois chez moi? » ou « Quel est le but de cet examen ou de ce traitement? » De plus, le dépliant décrit certaines choses dont les patients devraient informer leur équipe soignante, notamment les maladies chroniques ou les allergies dont ils souffrent, ainsi que les herbes à base de plantes médicinales et les compléments alimentaires qu'ils prennent.

Ce programme a été déployé à l'origine en septembre 2005 puis il a été reconduit en octobre 2007. Un sondage initial a été mené aux premières étapes de la campagne. Vu la très forte participation des hôpitaux et les observations reçues des professionnels de la santé et des patients, il est clair que ce programme a eu un impact significatif sur l'éducation et l'autonomisation des patients à l'égard de leur sécurité.

À vous de jouer!

Pour en savoir davantage sur les questions à poser au professionnel qui vous soigne, visitez <http://www.ohqc.ca/fr/index.php>, et cliquez sur la rubrique « Pour patients ».

Pourquoi à peu près la même proportion de patients trouvent-ils que les soins dispensés dans les services des urgences ne sont pas réceptifs? De plus, certains hôpitaux ont toujours de meilleurs scores que d'autres pour ces mesures. Si nous savions pourquoi, nous pourrions aider les autres à améliorer leur performance.

2.5 Équitable

2.5.1 Vue d'ensemble

Dans un système de santé performant, la qualité des soins que l'on reçoit devrait être fondée sur le besoin, non pas sur d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'éducation, le revenu ou le lieu de résidence. Si la qualité des soins varie pour ce type de raison, alors nous devrions savoir que le système n'est pas équitable.

Chaque année, nous examinons cet attribut important sous un angle différent. L'an dernier, nous avons abordé l'équité au regard des populations autochtones et immigrantes de l'Ontario. Cette année, nous examinons l'incidence de la géographie sur l'équité. L'Ontario est une province très étendue et compte de petites collectivités rurales situées loin des grands centres. La distance peut empêcher certaines personnes d'obtenir les soins qu'il leur faut.

Aux fins du présent rapport, nous employons une mesure élaborée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ontario Medical Association; il s'agit de l'index de ruralité de l'Ontario. Celui-ci utilise un éventail de facteurs, comme la distance séparant un lieu des ressources médicales, la population, les indicateurs sociaux et les tendances météorologiques, pour déterminer quelles régions forment des secteurs ruraux. Il y a une distinction entre « régions rurales » et « régions éloignées », mais pour les besoins de ce rapport, le terme « régions rurales » s'entend des lieux qui, selon l'index, sont admissibles à des programmes spéciaux concernant les services de médecins en milieu rural. Selon cet index, environ un Ontarien sur huit vit en milieu rural.

La qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est et où l'on vit.

Nous avons choisi plusieurs mesures déjà abordées dans ce rapport pour déterminer si le fait de vivre en milieu rural se ressent dans la qualité des soins. Nous avons inclus les facteurs suivants :

- la présence d'un médecin attitré;
- la présence de services spécialisés;
- les décès dans les 12 mois suivant un diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive;
- l'emploi de médicaments inappropriés par les personnes âgées;
- la satisfaction globale à l'égard des soins reçus des médecins.

2.5.2 L'équité pour les Ontariens des régions rurales et urbaines

Les données de l'*Enquête sur l'accès aux soins primaires*, menée régulièrement par l'Université York au nom du gouvernement provincial, montrent que le lieu de résidence détermine dans une très faible mesure l'accès à un médecin attitré.

Proportion d'Ontariens âgés de 18 ans ou plus ayant un médecin attitré, selon le lieu de résidence (rural/urbain), 2007

	Pourcentage ayant un médecin de famille	Pourcentage atteint d'une maladie chronique et ayant un médecin de famille
Rural	90,4	93
Urbain	92	94,7

Source : Institut de recherche en services de santé.



Les personnes qui ne parlent ni anglais ni français, par exemple, auront peut-être du mal à savoir de quels services de santé elles ont besoin et à les obtenir. Il en est de même pour les personnes pauvres ou moins instruites, ou pour les habitants des petites localités ou des villes éloignées. Une aide supplémentaire est parfois nécessaire pour que tous reçoivent les soins dont ils ont besoin.

Les données sur les services spécialisés prises en compte dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente montrent que l'utilisation des services de tomodensitométrie et de chirurgie de la cataracte est presque identique en milieu urbain et en milieu rural. C'est une grande amélioration dans les services de tomodensitométrie, dont les résidents des régions rurales recevaient 11 pour cent de moins que les citadins. Les résidents des régions rurales ont des taux plus élevés d'arthroplastie de la hanche que les citadins, et le constat est le même dans les autres pays^{21, 22}. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en milieu rural, un plus grand nombre de personnes souffrent d'arthrite²³.

Taux rajustés de chirurgies de la cataracte selon le lieu de résidence (rural/urbain), pour 100 000 habitants, de 2002-2003 à 2006-2007

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Rural	1 153	1 195	1 261	1 420	1 456
Urbain	1 093	1 103	1 172	1 342	1 471

*Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.*

Taux rajustés de services de tomodensitométrie selon le lieu de résidence (rural/urbain), pour 100 000 habitants, de 2002-2003 à 2006-2007

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Rural	7 108	7 812	8 771	9 904	11 191
Urbain	7 910	8 385	9 356	10 394	11 217

*Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.*

Taux rajustés d'arthroplasties de la hanche selon le lieu de résidence (rural/urbain), pour 100 000 habitants, de 2002-2003 à 2006-2007

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Rural	96,2	100,8	120,2	129,8	130
Urbain	75	77,4	85,8	96,8	100,3

*Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.*

Dans les deux groupes, les taux de décès attribuables à une insuffisance cardiaque congestive sont semblables et n'ont pas changé au fil des ans.

Taux rajustés de décès pour 100 patients nouvellement diagnostiqués d'une insuffisance cardiaque congestive, selon le lieu de résidence (rural/urbain) en Ontario, de 2002-2003 à 2005-2006

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Rural	16,07	15,94	16,79	15,68
Urbain	15,98	15,82	15,78	15,81

*Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
Source : Institut de recherche en services de santé.*

Les personnes âgées des régions rurales sont plus susceptibles de recevoir un médicament inapproprié que celles des régions urbaines mais, fort heureusement, le nombre de prescriptions inappropriées est en baisse dans les deux groupes.

Taux de prescription d'au moins un médicament inapproprié pour 100 personnes âgées dans la collectivité, selon le lieu de résidence (rural/urbain) et pour 100 000 habitants, de 2002-2003 à 2006-2007

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Rural	10 680	10 230	9 900	9 780	9 480
Urbain	9 280	8 890	8 560	8 370	8 070

Source : Institut de recherche en services de santé.

Les données de l'Enquête sur l'accès aux soins primaires montrent des différences infimes dans la satisfaction à l'égard des soins.

Proportion d'Ontariens âgés de 18 ans ou plus satisfaits des soins reçus en période de maladie, selon le lieu de résidence (rural/urbain), 2007

	Pourcentage satisfait des soins reçus en période de maladie	Pourcentage atteint d'une maladie chronique et satisfait des soins reçus en période de maladie
Rural	93,5	93,6
Urbain	92,1	92,5

Source : Institut de recherche en services de santé.



L'application de l'index de ruralité à ces mesures particulières pour la qualité des soins montre que l'Ontario réussit plutôt bien à minimiser l'écart dans la qualité des soins dispensés aux habitants des régions rurales et ceux fournis aux autres. Dans certains domaines, la situation semble un peu plus grave pour les habitants des régions rurales, par exemple en termes d'utilisation de médicaments inappropriés. Quant aux taux plus élevés d'arthroplasties de la hanche en milieu rural, ils sont probablement attribuables à un besoin plus élevé.

Le gouvernement provincial a mis en place des programmes dans l'espoir de pouvoir fournir aux Ontariens et aux Ontariennes en milieu rural les soins de santé dont ils ont besoin. Des honoraires spéciaux sont proposés pour inciter les médecins à exercer en milieu rural et, ces dernières années, de nouveaux programmes de formation ont été mis sur pied dans le Nord de l'Ontario, non seulement à leur intention mais aussi pour les infirmières et d'autres professionnels de la santé. Le motif à l'origine de cette démarche : d'une part on veut éviter aux résidents du Nord de devoir se déplacer sur de longues distances pour suivre des études et, d'autre part, on pense que les personnes qui reçoivent leur formation dans les hôpitaux des grandes villes hésitent à aller exercer dans un centre de santé rural ou éloigné. La télémédecine, abordée plus avant dans ce

rapport, vise également à permettre plus facilement aux patients situés en dehors des grands centres de consulter des spécialistes et de subir certains examens.

Notre analyse ne saurait suggérer que les soins ne sont pas empreints d'iniquités fondées sur le lieu de résidence. La limite que trace l'index de ruralité est une façon d'examiner cette problématique, mais nous savons que les habitants des régions très éloignées peuvent être confrontés à de véritables obstacles quand ils veulent consulter un médecin ou aller à l'hôpital. Des mesures différentes auraient pu révéler des difficultés particulières pour les habitants des régions rurales; en effet, ces mesures ne montrent pas le temps et les efforts supplémentaires que doivent investir les résidents des régions rurales pour obtenir des services médicaux.

Il y a un autre enjeu que nous n'avons pas examiné mais qui influence profondément les soins de santé. Nous savons que les personnes qui habitent en milieu rural sont en moins bonne santé dans l'ensemble, et c'est peut-être une question d'équité dans les soins. Une étude détaillée de l'enjeu que représente l'équité entre le milieu urbain et le milieu rural a été réalisée dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne²⁴.



On devrait constamment chercher des moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé.

Par exemple, pour éviter de devoir répéter des examens ou attendre que les rapports utiles soient transmis d'un médecin à un autre, les renseignements sur votre santé devraient être accessibles à tous vos médecins traitants grâce à un système informatique sécurisé.

2.6 Efficient

2.6.1 Vue d'ensemble

Réduire le gâchis et améliorer l'efficacité, c'est réaliser des économies sans compromettre les soins. Les sommes économisées peuvent être débloquées pour améliorer d'autres domaines du système de soins de santé. Un système de santé performant devrait toujours surveiller le gaspillage d'argent, de ressources ou de temps et les façons de le réduire.

Dispenser des soins qui ne sont pas nécessaires, c'est du gâchis. Lorsqu'un patient subit un examen par tomodensitométrie dont il n'avait pas besoin, c'est une perte de temps, à la fois pour le personnel et pour le patient. Et que dire des examens qui sont répétés parce que le médecin n'arrive pas à obtenir le résultat de ceux qui ont déjà été faits!

Cependant, le gaspillage n'est pas la plaie des soins de santé uniquement; d'autres secteurs cherchent sans cesse des moyens de mettre au point des produits équivalents ou supérieurs à moindre coût. Pour devenir plus efficace, il faut tantôt investir dans de nouveaux systèmes, tantôt repenser les politiques ou les procédures en place. Les soins de santé sont ponctués d'exemples d'une plus grande efficacité du système : de nombreuses interventions chirurgicales qui autrefois nécessitaient une hospitalisation prolongée se font maintenant de manière aussi sécuritaire et efficace dans des centres de chirurgie d'un jour, moins coûteux. En même temps, nous pourrions faire bien davantage que cela.

Cette année, nous examinons les possibilités de réduire le gaspillage et d'accroître l'efficacité dans trois milieux de soins :

- les consultations dans les services des urgences qui pourraient être offertes dans un cabinet de médecin;

- les examens superflus pour les personnes qui se font opérer d'une cataracte;
- l'emploi de médicaments chers dans la collectivité alors que des médicaments meilleur marché font aussi bien l'affaire.

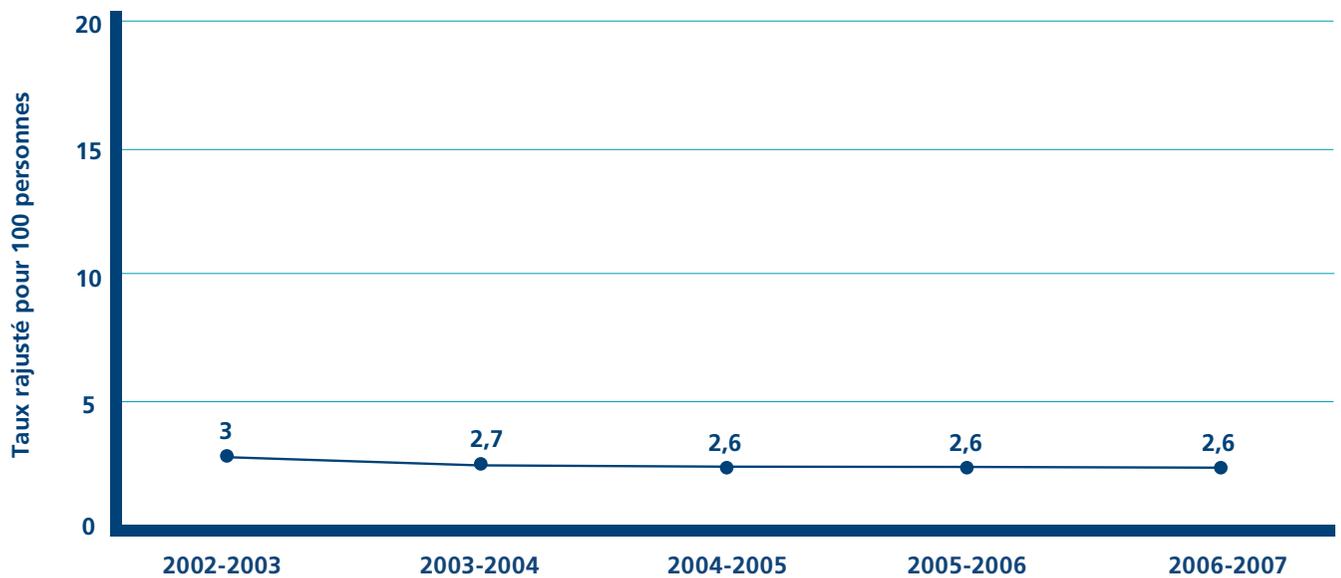
2.6.2 Consultations dans les services des urgences réalisables dans un cabinet de médecin

Le service des urgences a pour vocation de s'occuper des patients souffrant de maladies aiguës qui ne devraient pas attendre pour être soignés. Cependant, certaines visites dans ce service sont pour des problèmes bénins tels que des infections de l'oreille et des rhumes qui pourraient facilement être traités dans un cabinet de médecin. Ces consultations entraînent un gaspillage dans la mesure où le service des urgences coûte plus cher à doter en personnel et à entretenir qu'un bureau de médecin.

Dans cette section, nous comparons les données sur les consultations dans les services des urgences aux prévisions démographiques de l'Ontario pour mesurer le taux de visites pour des affections qui pouvaient être soignées dans un cabinet de médecin. Nous avons constaté que le taux de consultations non nécessaires est relativement constant, à environ 2,6 pour cent depuis quelques années. Au cours de la dernière année pour laquelle nous disposons de données, il y a eu un tout petit peu plus de 300 000 visites dans les services des urgences de l'Ontario pour des problèmes qui pouvaient être traités ailleurs. Le nombre de visites ayant atteint cinq millions au total, celles-ci représentent environ six pour cent de l'ensemble des consultations réalisées dans les services des urgences.

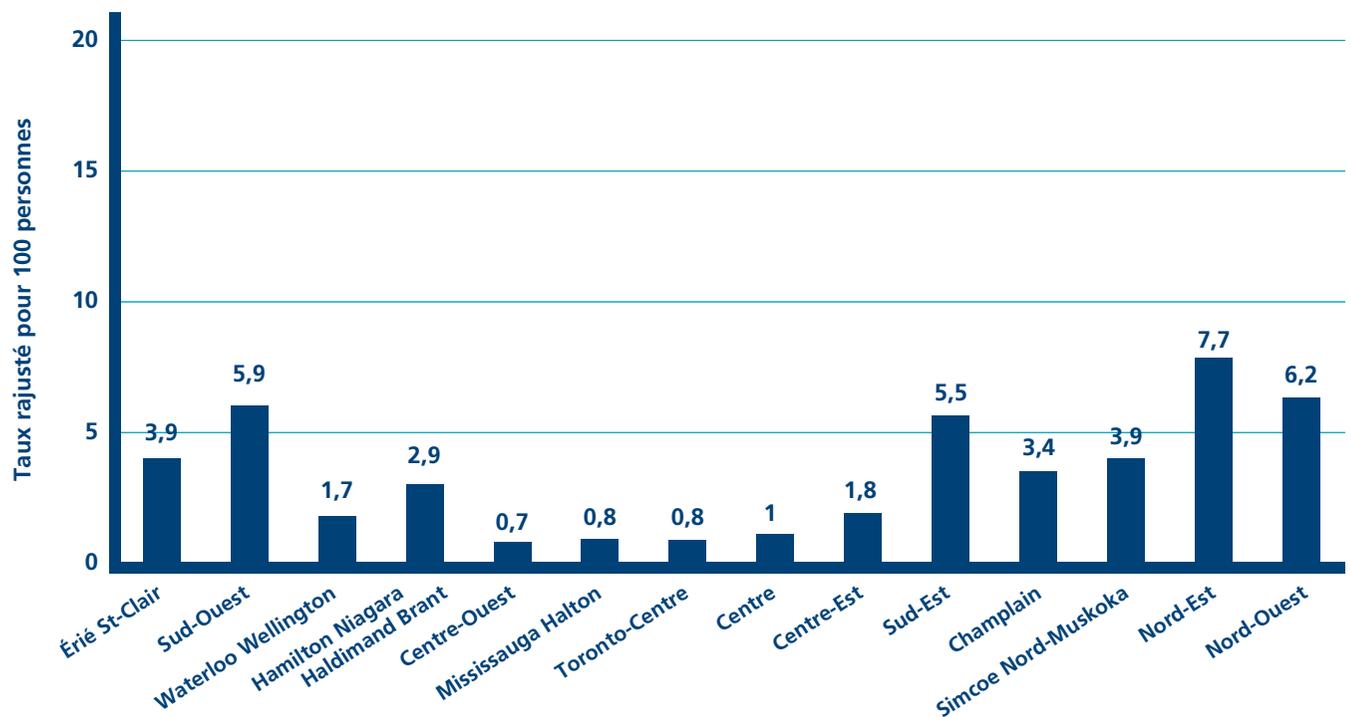
Six pour cent, c'est relativement peu par rapport à l'utilisation globale; d'ailleurs des rapports de recherche laissent supposer que les patients qui ne sont pas très malades n'ont pas une

Taux rajusté de visites à l'urgence pour des affections qui pouvaient être traitées ailleurs, pour 100 personnes, de 2002-2003 à 2006-2007



Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
 Source : Institut de recherche en services de santé.

Taux rajusté de visites à l'urgence qui pouvaient être offertes ailleurs, selon le réseau local d'intégration des services de santé, pour 100 personnes, 2006-2007



Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.
 Source : Institut de recherche en services de santé.

À vous de jouer!

Si vous devez subir une chirurgie de la cataracte, vous pourriez demander quels examens préopératoires seront pratiqués et pourquoi.

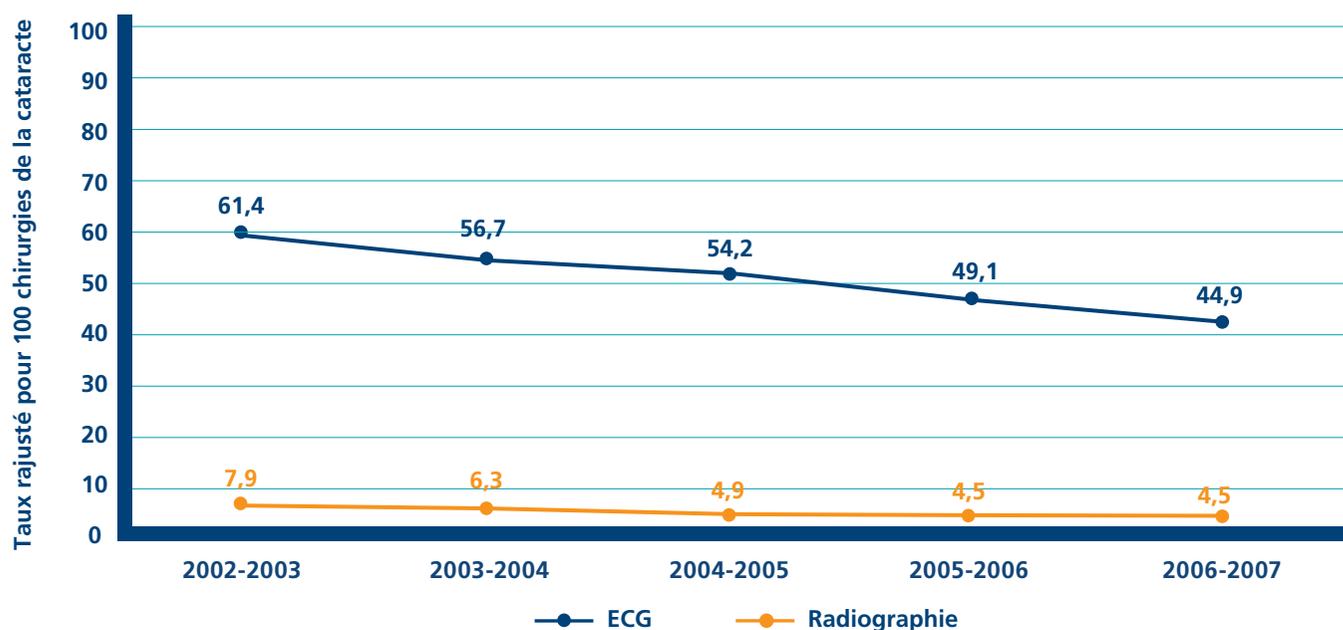
grande incidence sur les temps d'attente à l'urgence. On recense tout de même 300 000 visites chaque année dans ces services. Même si elles ne coûtent que quelques dollars de plus que les soins donnés dans un cabinet de médecin, elles représentent probablement un gaspillage d'argent.

Les taux de ces consultations varient d'un bout à l'autre de la province. Ils sont deux ou trois fois plus élevés dans les RLIS (réseaux locaux d'intégration des services de santé) desservant des secteurs ruraux plus reculés. Il en est peut-être ainsi parce que les collectivités de plus petite taille ne peuvent pas se permettre de faire fonctionner en même temps un service des urgences et une clinique ouverte le soir et le week-end. En l'occurrence, l'utilisation plus fréquente du service des urgences pour des affections mineures peut être raisonnable.

2.6.3 Les examens superflus avant une chirurgie de la cataracte

Subir une chirurgie nécessite ordinairement des examens préalables pour obtenir des renseignements sur la santé et déterminer les risques. Les patients qui ont des problèmes de santé particuliers sont éventuellement obligés de subir des examens supplémentaires. Pourtant, certains examens continuent à être effectués même s'ils ne sont plus jugés nécessaires à la sécurité ou à un bon état de santé. Diverses études montrent que les électrocardiogrammes et les radiographies réalisés de façon courante avant une chirurgie de la cataracte ne servent en rien au patient²⁵, et une étude canadienne a même démontré que nous pourrions épargner environ 35 \$ par patient en cessant d'effectuer ces examens, entre autres²⁶. En Ontario, nous prati-

Taux d'examens préopératoires pour 100 chirurgies de la cataracte, de 2002-2003 à 2006-2007



Source : Institut de recherche en services de santé.

Une norme désuète qu'il est grand temps de changer

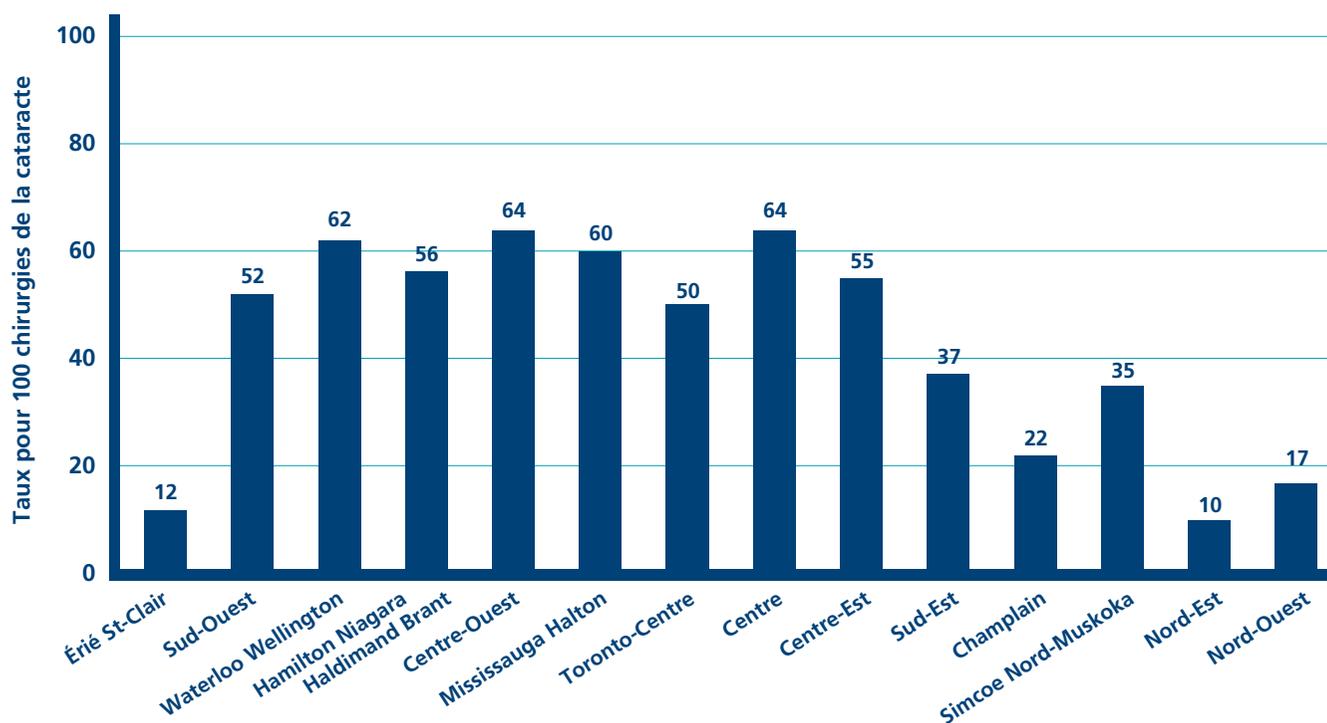
Plusieurs organisations, notamment la Société canadienne des anesthésiologistes et l'Ontario Preoperative Task Force, ont publié des lignes directrices recommandant la suppression des examens qui sont administrés aux patients avant leur chirurgie alors qu'ils ne leur sont pas utiles, par exemple les électrocardiogrammes précédant les chirurgies de la cataracte; pourtant, il y a encore des médecins, des hôpitaux et des régions sanitaires qui maintiennent leurs pratiques désuètes.

Une étude menée à l'Hôpital d'Ottawa a conclu que malgré une nouvelle politique fondée sur des directives d'experts et homologuée par les services d'anesthésiologie, de chirurgie et de soins infirmiers, un grand nombre d'examen superflus continuaient à être pratiqués. Motif : les anesthésistes et les infirmières seraient réticents à annuler des examens exigés par un collègue. Les auteurs de cette étude ont constaté que pour changer les comportements établis, il faudrait éduquer les chirurgiens et le personnel de soutien qui souhaitent annuler les examens superflus²⁷.

Un organisme de santé albertain estimait plus sage de délaisser la normalisation et les listes de contrôle et de baser les examens préopératoires sur l'individu²⁸; en revanche, une étude menée en Nouvelle-Zélande affirmait le contraire, faisant valoir que les demandes d'examen préopératoires étaient laissées au hasard avant l'introduction des listes de contrôle²⁹.

En Ontario, la Stratégie de réduction des temps d'attente inclut la règle suivante dans ses quatre objectifs pour améliorer l'accès et réduire les temps d'attente : « normaliser les pratiques exemplaires pour les fonctions médicales et administratives afin d'améliorer le cheminement des patients et l'efficacité ».

Taux rajusté d'électrocardiogrammes préopératoires pour 100 chirurgies de la cataracte, selon le réseau local d'intégration des services de santé, 2006-2007



Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe.

Source : Institut de recherche en services de santé.



quons bien au-delà de 100 000 chirurgies de la cataracte chaque année. Voilà donc une véritable occasion de faire des économies tout en fournissant des soins de grande qualité. Nous pourrions probablement réduire la fréquence des examens préopératoires associés à de nombreuses interventions chirurgicales courantes et ainsi faire réaliser au système de santé des économies substantielles.

En nous fondant sur les données hospitalières et les honoraires de médecin facturés, nous avons constaté une baisse constante de l'utilisation des électrocardiogrammes et des radiographies au cours des cinq dernières années. Moins de cinq pour cent des patients opérés d'une cataracte subissent une radiographie avant l'intervention, mais plus de 40 pour cent subissent encore un électrocardiogramme.

Des recherches antérieures ont révélé que les taux d'examens préopératoires varient largement d'un hôpital à l'autre, et nous avons constaté qu'il en est de même au sein des RLISS.

Les radiographies superflues réalisées avant les chirurgies de la cataracte ne sont plus vraiment un problème. Cependant, les taux d'électrocardiogrammes, bien qu'ils soient en baisse, restent assez élevés : presque 60 000 patients, ou quatre sur 10, opérés d'une cataracte ont subi un électrocardiogramme avant leur chirurgie au cours de 2006-2007. De plus, l'habitude de pratiquer des électrocardiogrammes varie considérablement d'un RLISS à l'autre, certaines régions affichant des taux six fois plus élevés que d'autres. En étudiant la démarche des hôpitaux affichant des taux plus bas, nous pourrions avoir une idée des moyens à mettre en œuvre pour réduire ceux des autres hôpitaux. Il serait également utile d'examiner d'autres chirurgies à faible risque et de voir si l'on pourrait supprimer les examens qui n'apportent rien à la sécurité du patient ou à sa santé.

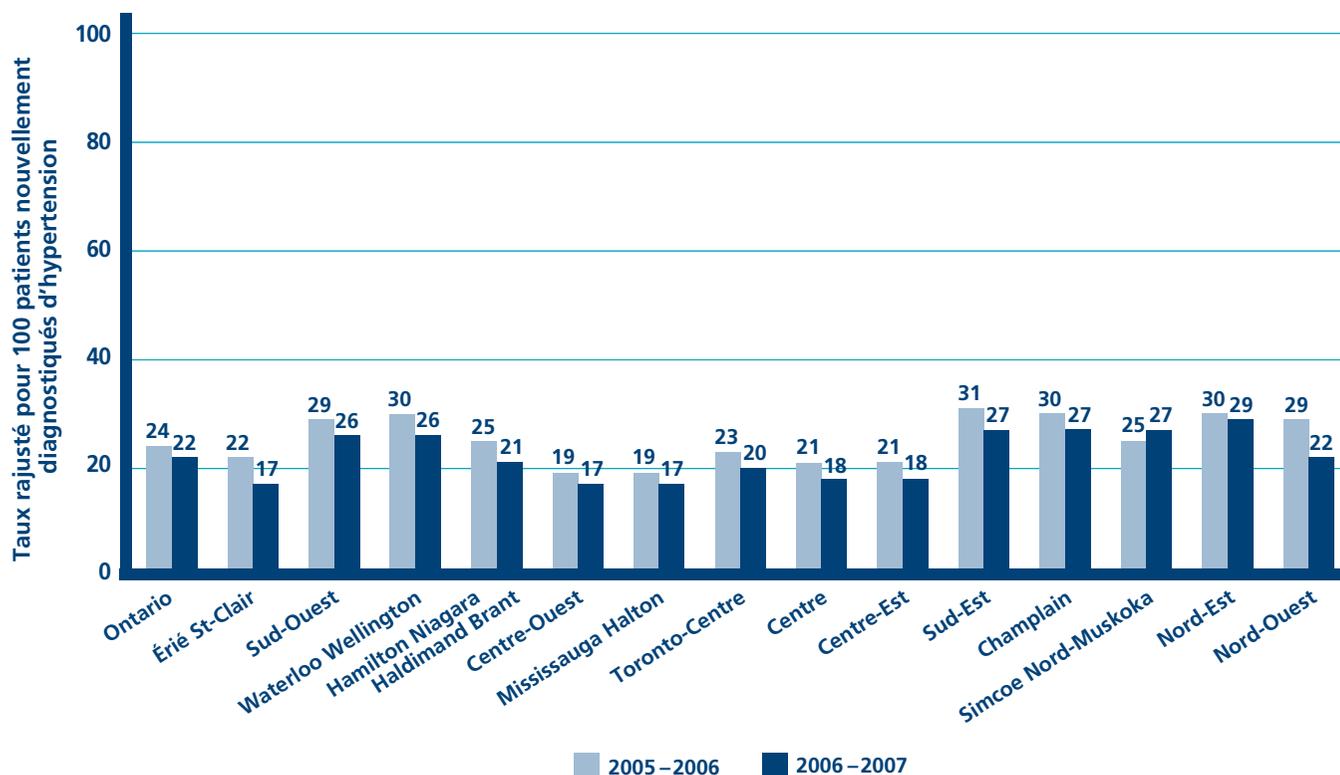
2.6.4 L'utilisation de médicaments chers en dépit de l'existence d'équivalents meilleur marché

L'hypertension, qui désigne une tension artérielle trop élevée, fatigue le cœur et peut entraîner une insuffisance cardiaque, une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un anévrisme, une insuffisance rénale ou une lésion oculaire. Les médicaments d'ordonnance revêtent une haute importance dans le traitement de cette affection. Le Comité consultatif des guides de pratique clinique de l'Ontario pèse les données issues de la recherche et recommande aux médecins les soins les mieux indiqués³⁰. Pour l'hypertension, une catégorie de médicaments appelés thiazidiques (type de diurétiques) devrait être le premier choix pour les patients chez qui l'on vient de déceler un problème d'hypertension, sauf ceux qui souffrent également de certaines affections telles que le diabète, la coronaropathie, une maladie hépatique chronique, un accident vasculaire cérébral ou une insuffisance cardiaque. Les thiazidiques sont d'une efficacité égale ou supérieure à celle des autres médicaments, mais ils ne coûtent que quelques sous par jour alors que certains nouveaux médicaments peuvent coûter 4 \$ ou 5 \$ par jour.

Nous avons utilisé les données du régime de médicaments provincial pour identifier les personnes âgées qui, lorsqu'elles ont commencé un traitement pour l'hypertension, ne présentaient aucune des affections précitées. Nous avons constaté que seul un patient sur cinq avait commencé son traitement avec un thiazidique. Le régime de médicaments provincial pourrait réduire considérablement ses coûts sans diminuer la qualité du traitement si les thiazidiques étaient le premier choix pour la majorité des patients.

Notre comparaison n'ayant porté que sur deux années, il nous est difficile de tirer des conclusions sur les tendances, mais le taux de personnes traitées aux thiazidiques comme premier

Taux rajusté de prescription d'un thiazidique comme hypotenseur de premier choix pour 100 personnes âgées, 2005-2006 et 2006-2007



Nota : Les données sont rajustées selon l'âge et le sexe; les patients souffrant de diabète ou d'insuffisance cardiaque congestive sont exclus.
Source : Institut de recherche en services de santé.

choix a baissé dans 13 des 14 RLISS de l'Ontario entre 2005-2006 et 2006-2007. Un écart substantiel a également été observé entre les régions, les taux d'utilisation de thiazidiques ayant été deux fois plus élevés dans certains RLISS.

Pourquoi un tel phénomène? Ainsi que nous le faisons remarquer dans notre rapport l'an dernier³¹, il y a trop souvent d'écarts entre les soins que nous savons les mieux indiqués pour les patients et ceux qu'ils reçoivent. Les obstacles à la prestation des meilleurs soins sont notamment un emploi du temps qui ne laisse pas aux professionnels le loisir d'apprendre, une mauvaise communication, une formation mal coordonnée et un manque de soutien en faveur du changement. Les nouveaux médicaments coûteux permettent aux sociétés pharmaceutiques de réaliser de plus grands bénéfices que les anciens produits qui sont sur le marché depuis des années et qui peuvent être reproduits par des compagnies pharmaceutiques « sans nom ». C'est ce qui incite les entreprises pharmaceutiques à commercialiser leurs nouveaux produits de manière très ambitieuse et à mettre de côté les anciens médicaments, moins chers, comme les thiazidiques, même si leur action est tout aussi bonne.

Il existe aussi de nombreuses façons d'améliorer les soins, par exemple en renseignant les patients et en coordonnant les messages aux médecins tout en proposant des stratégies propices au changement – changer les règles du régime de médicaments afin que les médecins soient tenus de prescrire des thiazidiques à moins de pouvoir donner une raison valable de ne pas le faire. Les économies alors réalisées par le gouvernement provincial pourraient être consacrées à d'autres besoins liés à la santé.

À vous de jouer!

Si vous suivez un traitement contre l'hypertension et que vous ne prenez pas de thiazidiques, renseignez-vous auprès de votre médecin. À moins que vous ne souffriez d'autres affections, comme de diabète, de coronaropathie, de maladie rénale chronique, ou d'insuffisance cardiaque ou que vous n'ayez subi un accident vasculaire cérébral, ce médicament est peut-être bon pour vous.

Le système de soins de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens.



Par exemple, les problèmes de santé se font plus nombreux avec l'âge. Le vieillissement de la population nécessitera donc davantage de ressources spécialisées – aussi bien des machines que des médecins et du personnel infirmier – si nous voulons fournir de bons soins. Nous avons également besoin de la technologie de l'information pour gérer les soins complexes que nous fournissons en ce XXI^e siècle. Un système de grande qualité nous permettra de planifier et de nous préparer à cela.

2.7 Adéquatement outillé

2.7.1 Vue d'ensemble

Un système de santé performant exige des ressources rassemblées en quantité suffisante et selon des proportions adéquates — tant en ce qui concerne le financement que la main-d'œuvre, le matériel et la technologie de l'information. Personne ne sait exactement quelle somme d'argent il suffit de consacrer aux soins de santé, ou combien de professionnels il faut, ni même quel matériel il convient d'acheter ou à qui il serait le plus utile de le distribuer — mais une chose est certaine : nous sommes très en retard en matière de technologie de l'information. Nous avons besoin de recherches solides pour nous aider à prendre des décisions sur l'ensemble de ces ressources, et nous devons mettre en place des plans qui nous permettront d'en faire une utilisation judicieuse et d'en maximiser les avantages pour la santé des Ontariens et des Ontariennes.

Surveiller la dépense publique, c'est une façon parmi d'autres de surveiller notre investissement dans la santé. Il existe un ensemble de comptes nationaux qui décrivent la manière dont les ressources financières sont utilisées dans les soins de santé – par qui et à quelles fins – ce qui nous permet de comparer les dépenses de l'Ontario à celles des autres provinces. Nous nous sommes fondés sur ces comptes pour comprendre les tendances de la dépense liée aux soins de santé en Ontario.

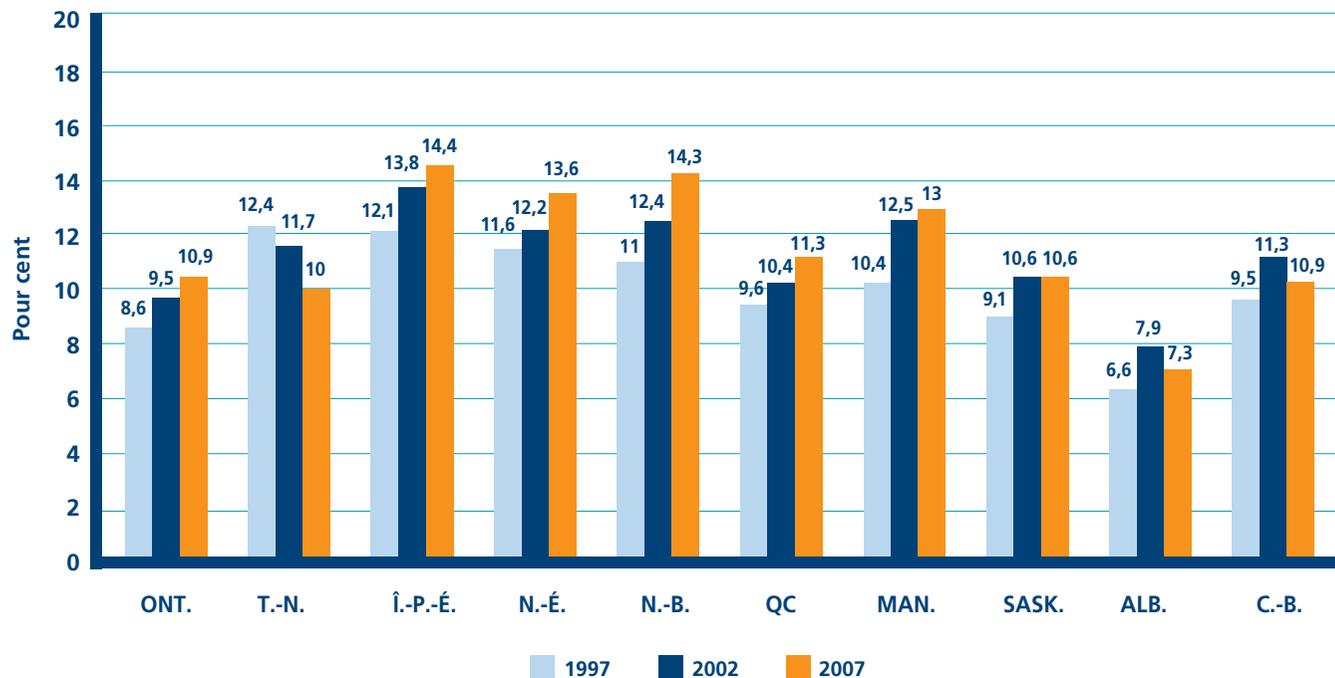
La toile de fond est vaste : le gouvernement provincial finance les hôpitaux, les soins de longue durée, les médecins, les prestations de médicaments pour les aînés et les personnes ayant des besoins particuliers, la médecine familiale, la santé publique et bien d'autres secteurs encore. Ainsi, le gouvernement provincial assume les coûts de fonctionnement du système de santé mais il investit aussi dans les équipements et le personnel nécessaires pour assurer les soins de santé de l'avenir. C'est pourquoi en plus de nous intéresser à la dépense associée aux soins, nous allons aborder :

- la formation des futurs professionnels de la santé;
- et l'investissement dans la gestion de l'information.

2.7.2 La dépense liée aux soins de santé

Calculer en dollars et en cents la somme consacrée aux soins de santé nous révèle quelque chose sur les coûts, mais il existe bien d'autres méthodes pour évaluer la dépense. Nous en avons retenu trois. La première s'appuie sur le pourcentage de la fortune totale qui est consacré aux soins de santé. La fortune totale se mesure par le produit intérieur brut (PIB), lequel représente la valeur de l'ensemble des biens et services produits au pays. Dans notre cas, nous utilisons le produit provincial brut pour voir quel pourcentage de la fortune totale de l'Ontario a été consacré aux soins de santé sur une période donnée, et nous établissons un parallèle avec les autres provinces.

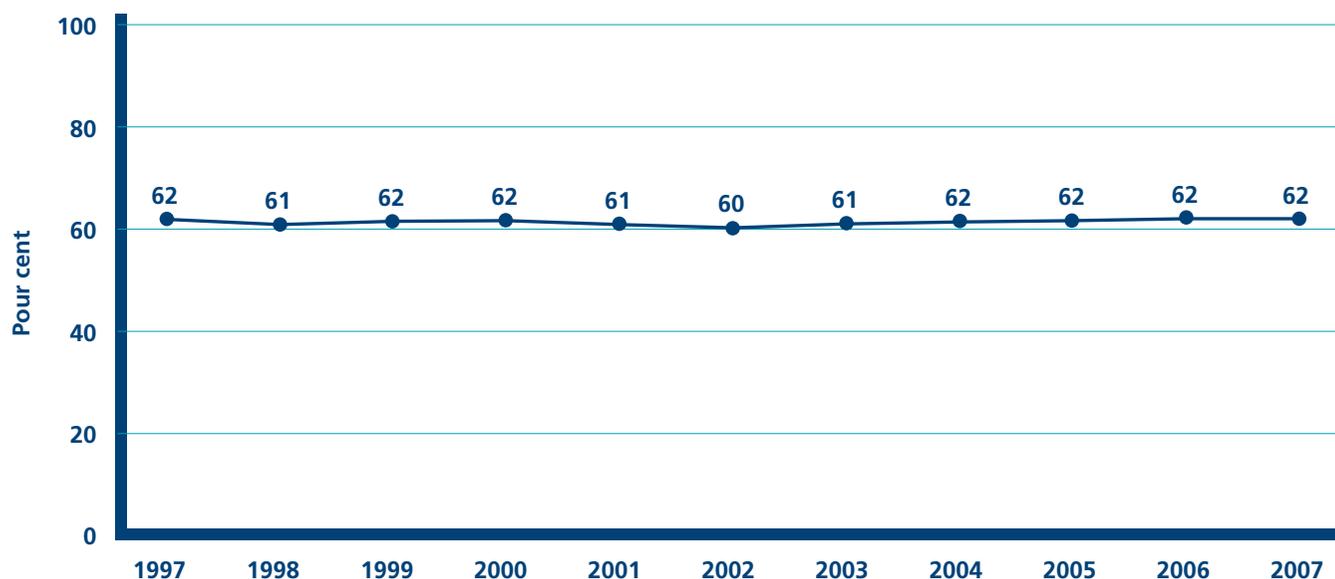
Total des dépenses de santé, en pourcentage du produit intérieur brut, par province, 1997, 2002 et 2007



Nota : Les résultats de 2007 sont fondés sur des prévisions.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2007; Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007.

Pourcentage des dépenses de santé totales financées par le gouvernement de l'Ontario (en dollars constants de 1997), de 1997 à 2007

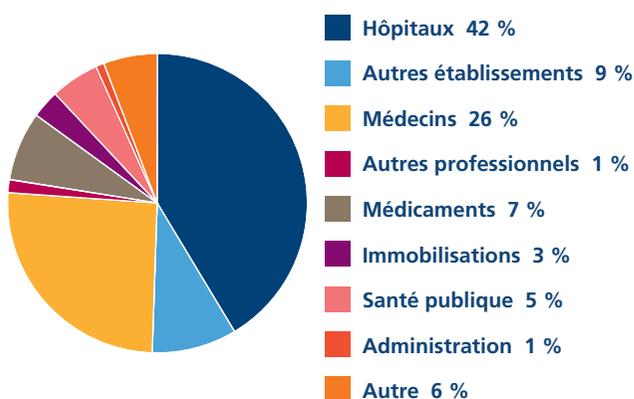


Nota : Les résultats de 2006 et 2007 sont fondés sur des prévisions.

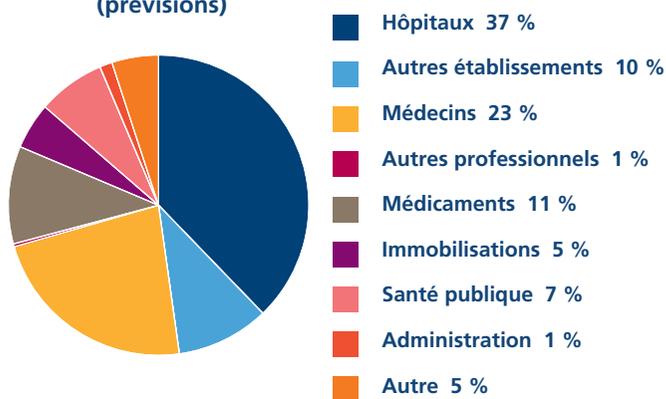
Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2007; Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007.

Répartition, en pourcentage, des dépenses de santé du gouvernement de l'Ontario, par secteur, 1997 et 2007

Destination des dépenses



Destination des dépenses (prévisions)



Nota : Les résultats de 2007 sont fondés sur des prévisions.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2007; Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007.

Ensuite, nous prenons les dépenses totales liées à la santé pour déterminer quelle part de ces dépenses est financée par le gouvernement provincial (beaucoup de choses, comme les soins dentaires et les médicaments pour la plupart des personnes de moins de 65 ans, sont payées par les particuliers et par des compagnies d'assurance). Enfin, nous examinons les dépenses du gouvernement provincial pour savoir quels types de services il achète avec l'argent des contribuables et nous analysons la variation de ces dépenses sur une période donnée.

Au cours de l'exercice se terminant en 2007, le gouvernement de l'Ontario a consacré 35,7 milliards de dollars³² aux soins de santé, soit 2 778 \$ pour chaque Ontarien³³. Ceci représente environ 10,9 pour cent de la fortune totale de la province, une augmentation constante par rapport à 8,6 pour cent en 1997 et 9,5 pour cent en 2002. Les dépenses de l'Ontario sont près de la moyenne nationale. À travers l'histoire, les provinces de l'Est ont consacré une plus grande part de leur fortune à la santé que l'Ontario alors que l'Alberta y a consacré une moins grande part. Au cours de la dernière décennie, la part prise en charge par le gouvernement provincial dans le total des dépenses de santé en Ontario a été d'environ 60 à 62 pour cent.

Sur chaque dollar consacré aux soins de santé, environ 60 cents proviennent du gouvernement provincial, résultat qui n'a pas vraiment changé au cours des 10 dernières années. Les diagrammes à secteurs qui suivent montrent que les hôpitaux, les médecins et les médicaments sont restés les trois premiers secteurs de dépenses de la province au cours des 10 dernières années. Les hôpitaux sont de loin responsables de la majeure partie des dépenses, mais leur part diminue, alors que les dépenses en médicaments augmentent.

Cette différence tient en partie au fait que nous avons modifié notre façon de dispenser les soins. Grâce à de nouveaux procédés tels que les endoprothèses coronaires, qui permettent d'ouvrir des artères obstruées sans pratiquer de pontage aortocoronarien, et la micromanipulation chirurgicale, guidée par de minuscules caméras, les patients n'ont plus besoin de rester à l'hôpital aussi longtemps qu'avant. Il faut savoir aussi qu'un changement dans les politiques — réalisé à la suite de percées médicales et en même temps par souci d'économies — a permis de transférer une plus grande partie des soins dans la collectivité en faisant appel à la famille, d'où certaines fermetures de lits et d'hôpitaux. Mais ce changement, comme nous le précisons dans la section 2.6.4, résulte également de la flambée des prix des médicaments, qui engloutissent chaque année une plus grande part du budget provincial.

Les données montrent que l'Ontario consacre une part toujours plus grande de sa fortune aux soins de santé, ce qui laisse moins de ressources pour les autres secteurs comme l'éducation ou la réfection des routes et des réseaux d'égout. Ce n'est pas le cas dans toutes les provinces, mais un regard plus attentif sur les statistiques nationales nous en révèle les raisons. L'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec et le Manitoba ont tous augmenté la part de leur fortune qu'ils consacrent à la santé. Par contre, la part de la fortune consacrée à la santé est demeurée inchangée en Saskatchewan et elle a diminué dans trois provinces, soit à Terre-Neuve, en Alberta et en Colombie-Britannique. Pourquoi? Parce que ces quatre provinces jouissent d'une économie qui progresse rapidement. Elles ne dépensent pas moins; elles assistent simplement à une croissance globale de leur économie et, donc, les dépenses qu'elles consacrent à la santé représentent forcément un plus petit pourcentage du total.

Ce qui compte vraiment, c'est ce que nous tirons de notre investissement. Est-ce que nos dépenses de santé contribuent à rendre les Ontariens et les Ontariennes en meilleure santé qu'ils ne seraient sinon? Leur état de santé serait-il meilleur encore si nous dépensions davantage? C'est une problématique très complexe, et la société n'a jamais pu déterminer de manière satisfaisante si les dépenses de santé valent leur pesant d'or. Il serait certainement plus facile de prendre les décisions quotidiennes qui s'imposent en matière de gestion si nous savions de manière plus précise si nos services de santé sont rentables. Il est clair, cependant, que nous devons réfléchir au niveau auquel nous pouvons nous permettre de maintenir les dépenses sur le long terme.

2.7.3 L'investissement dans la formation de professionnels de la santé

On entend beaucoup parler de longues attentes dans les soins de santé — que ce soit pour des rendez-vous, des examens ou une chirurgie. Bon nombre de ces retards ont pour cause le même problème : les hôpitaux, et les soins de santé en général, sont à court de personnel. L'installation d'appareils d'IRM dans chaque hôpital n'abrègera pas les temps d'attente pour les services d'IRM s'il n'y a pas de techniciens pour les faire fonctionner ou de radiologistes pour lire les résultats d'examen. Bien que nous ne sachions pas exactement de quels professionnels de la santé nous avons le plus besoin — maintes recherches sont en cours pour nous éclairer sur ce sujet — le gouvernement provincial s'est engagé à augmenter les ressources humaines dans le secteur de la santé.



Dans son Discours du Trône de novembre 2007, le gouvernement a en effet promis d'embaucher un complément de 9 000 infirmières et de travailler pour atteindre un objectif : amener 70 pour cent des infirmières à exercer à plein temps. Il a aussi garanti un emploi aux nouveaux diplômés en soins infirmiers et affirmé qu'il mettrait en place 25 nouvelles cliniques dirigées par du personnel infirmier. De plus, l'Ontario augmente actuellement le nombre de places pour étudiants dans les facultés de médecine et de stages en milieu hospitalier pour les médecins qui nous viennent d'autres pays et qui doivent effectuer un certain volume de travail chez nous pour obtenir un permis d'exercer la profession de médecin au Canada. Le gouvernement provincial entend aussi accroître le nombre d'infirmières praticiennes et de sages-femmes.

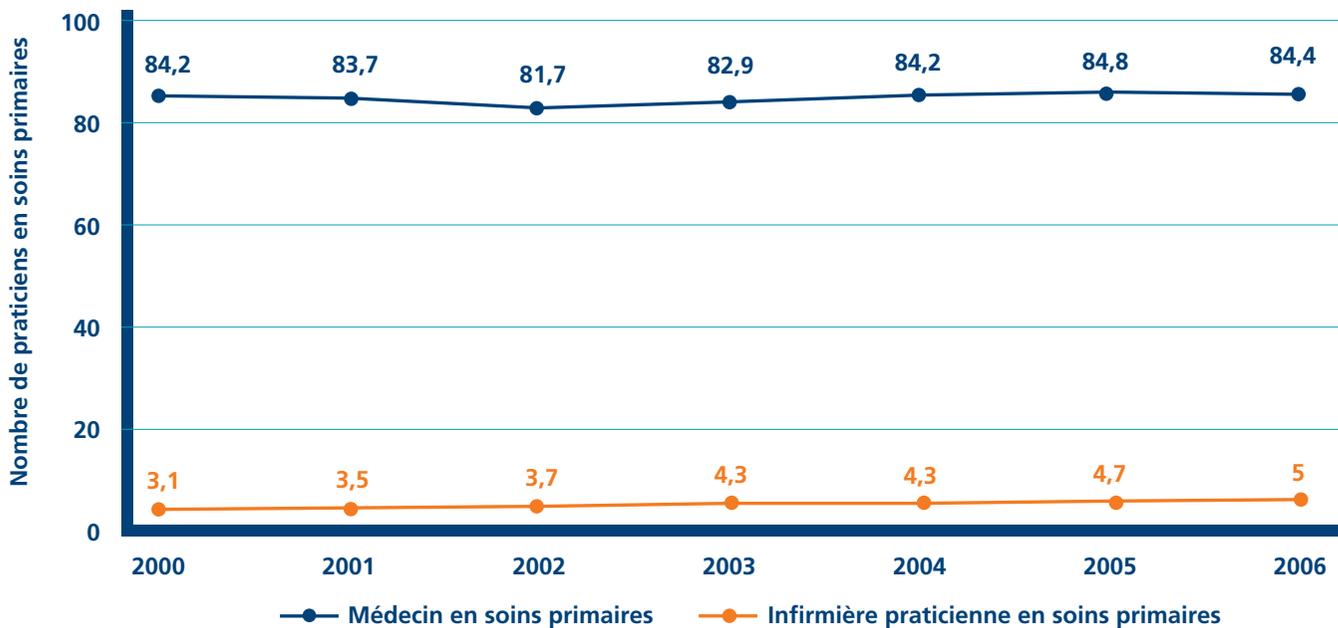
Nombre de places pour étudiants de première année en Ontario, 2005-2006 et 2007-2008

	2005-2006	2007-2008	Augmentation en pourcentage
Médecine			
Étudiants en médecine – premier cycle	780	826	5,9 %
Possibilités de stage et d'évaluation pour les diplômés internationaux en médecine	200	215	7,5 %
Soins infirmiers			
Infirmières autorisées (IA)	3 407	3 515*	3,2 %
Infirmières praticiennes (IP)	100	150	50 %
Autres professions de la santé			
Pharmaciens	240	332	38,3 %
Sages-femmes	60	80	33,3 %

Nota : *Données de 2006-2007.

Sources : Médecine — *Planification des ressources en médecins, Direction des politiques des ressources humaines dans le domaine de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2007*; Infirmières autorisées — *Registered Nurses' Association of Ontario, 2006-2007*; Infirmières praticiennes — *message d'intérêt public, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2007*; Pharmaciens — *Université de Waterloo et Université de Toronto*; Sages-femmes — *message d'intérêt public, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2007*.

Offre de médecins en soins primaires et d'infirmières praticiennes en soins primaires pour 100 000 habitants en Ontario, de 2000 à 2006



Source : Ontario Health System Scorecard, 2007-2008, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Mais ce n'est pas tout d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé. Il nous faut aussi repenser leurs méthodes de travail, afin que toutes leurs compétences soient utilisées pleinement et de manière efficace. Nous devons rendre les carrières en santé plus gratifiantes et donc attrayantes, et créer des lieux de travail sains et intéressants afin de conserver les effectifs.

Dans cette section, nous avons examiné les sommes consacrées à la formation dans diverses professions et à la variation de l'offre en médecins et en infirmières praticiennes sur une période donnée.

Les postes de stagiaires ont affiché une croissance continue. Cette année, on prévoit l'ouverture d'une nouvelle faculté de pharmacologie et l'élargissement des programmes de formation aux professions d'infirmière praticienne et de sage-femme. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tient son engagement — multiplier les possibilités de stage — mais il faudra du temps, bien sûr, avant d'en constater les effets, car la formation de professionnels de la santé est un travail de longue haleine. Pour les étudiants en médecine, il faut six ans entre l'admission à la faculté et l'entrée dans la profession de médecin de famille, et huit ans ou plus pour être reçus spécialistes. Depuis 2000, en Ontario, le nombre de médecins en soins primaires est demeuré stable, à 84 pour 100 000 habitants, alors que le nombre d'infirmières praticiennes a baissé, passant d'un peu plus de trois pour 100 000 habitants à cinq pour 100 000 habitants. Cette croissance a été lente, certes en raison du temps qu'il faut pour terminer une formation, mais aussi parce qu'une

partie des médecins et des infirmières praticiennes choisissent de travailler dans les soins primaires au terme de leurs études.

Planifier les ressources humaines dans le domaine de la santé est une tâche très complexe, en raison des multiples facteurs qui influent sur l'offre et qui sont difficiles à estimer, par exemple : le vieillissement de la population; les changements dans les méthodes de prestation des soins; la mobilité professionnelle, plus courante aujourd'hui qu'autrefois; et le désir de la jeune génération de travailler selon un horaire variable. Il faut des années pour modifier les plans en fonction de ces facteurs, car la formation est elle-même un processus de longue durée.

Malgré ces inconnues, il faut apprendre à établir des objectifs à long terme afin de rassembler des travailleurs de la santé en nombre suffisant et selon des proportions adéquates pour l'avenir. Sans objectifs, nous ne pouvons décider du nombre et des types de professionnels que nous devrions former. Ce qui est tout aussi important, c'est de maintenir au sein de la population active les professionnels dont nous disposons aujourd'hui et, pour cela, il faut entre autres choses veiller à ce que les milieux de travail médicaux soient des lieux sains pour les personnes qui y exercent leur profession. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé travaillera avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée au cours de l'année qui vient pour trouver des moyens d'évaluer les milieux de travail médicaux et de communiquer les renseignements utiles.

Quand *plus* ne suffit plus : l'innovation s'impose

Beaucoup pensent que pour résoudre les problèmes, il suffirait d'avoir plus de ressources humaines dans notre système de santé, mais la problématique est bien plus profonde. Ce qu'il nous faut, c'est équilibrer l'offre et la demande, soit la disponibilité des professionnels de la santé et le volume de services recherchés.

L'Ontario a déjà mis en marche un certain nombre d'initiatives afin d'atteindre ce but, notamment : une agence de marketing et de recrutement (www.ProfessionsSanteOntario.ca) pour attirer les professionnels de la santé; des programmes spéciaux pour accélérer l'embauche des professionnels formés à l'étranger; de nouveaux rôles permettant aux professionnels de la santé d'utiliser toutes leurs compétences; et des investissements dans les lieux de travail pour les rendre sains et sécuritaires. D'ici un an environ, le ministère souhaite avoir en place un modèle de planification qui l'aidera à trouver un juste milieu entre l'offre et la demande.

Lorsque le fossé entre l'offre et la demande crée de graves problèmes, il faut trouver des solutions originales. C'est ce qui s'est produit quand les fermetures de services des urgences ont commencé à se multiplier. Ces services doivent être dotés d'au moins un médecin, 24 heures sur 24. Sans médecin, le service des urgences ferme ses portes. Une question se pose : où trouver rapidement des urgentistes?

Réponse : il faut utiliser les ressources de façon plus judicieuse. En octobre 2006, le gouvernement de l'Ontario a annoncé l'injection de 142,4 millions de dollars dans l'instauration d'un Plan d'action pour les services des urgences. L'une des étapes clés consistait à créer une réserve d'urgentistes compétents et prêts à intervenir dans les hôpitaux qui avaient du mal à combler tous les quarts de travail dans le service des urgences. Les hôpitaux ont dû accepter un processus commun de reconnaissance des titres professionnels, afin que les médecins puissent travailler dans n'importe lequel des hôpitaux désignés qui avaient besoin d'assistance. Le gouvernement a proposé

des mesures d'encouragement aux urgentistes pour les inciter à travailler des quarts supplémentaires en plus de leurs engagements courants.

Ce plan d'action prévoyait également un système d'alerte rapide en cas de pénurie de personnel dans un service d'urgences. Dès octobre 2007, chacun des RLISS de l'Ontario a désigné un responsable chargé de collaborer avec les hôpitaux de sa région et de planifier des solutions novatrices pour résoudre les problèmes dans les services des urgences. Le personnel des RLISS contrôle les hôpitaux chaque semaine pour s'assurer que les services des urgences sont prêts et ouverts au public. Depuis la mise en place du plan d'action, aucun service d'urgences n'a fermé ses portes en raison d'une pénurie de médecins.



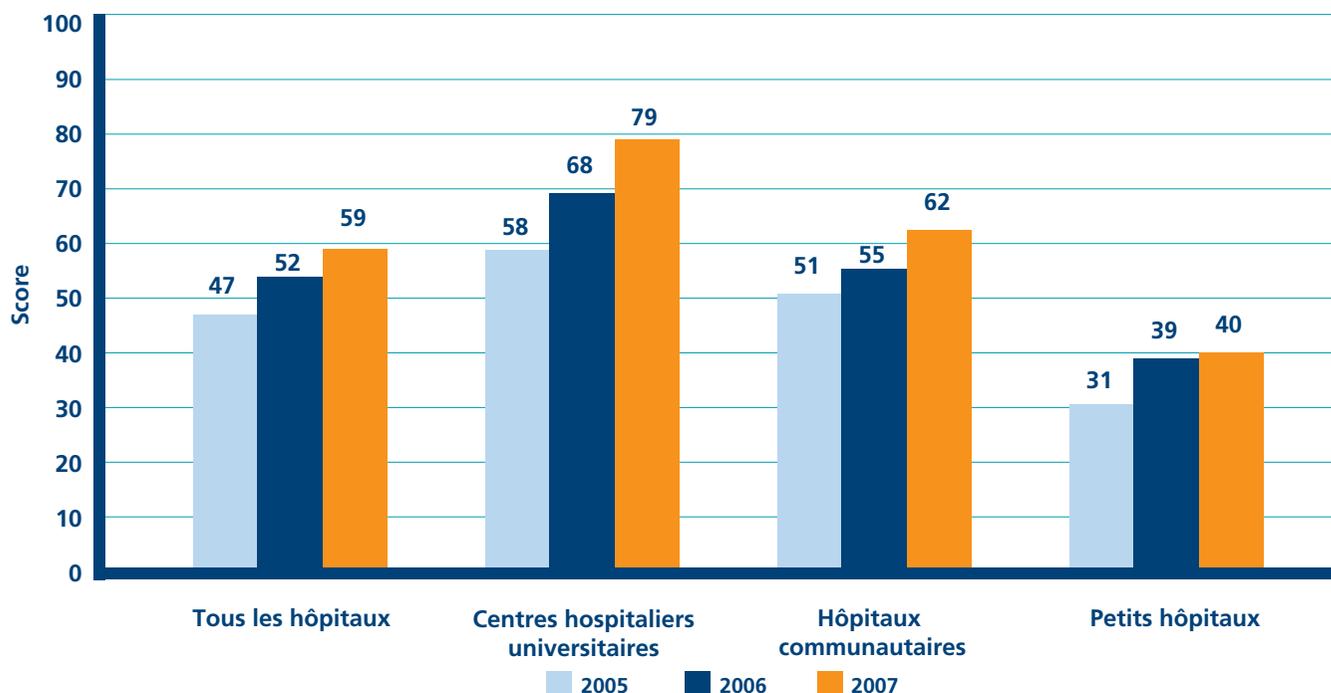
2.7.4 L'utilisation de la technologie de l'information dans les hôpitaux de soins actifs

Nous sommes à l'ère de la technologie de l'information. Beaucoup d'adolescents avec leur téléphone cellulaire en poche ont plus de puissance informatique qu'une entreprise entière ne pouvait rassembler en son sein il y a 25 ans. Pourtant, dans les soins de santé — que la plupart d'entre nous considèrent comme le berceau de la science et de la recherche — la technologie de l'information est trop souvent mal financée, sous-utilisée et sous-estimée. La plupart des médecins de famille continuent aujourd'hui à griffonner des notes sur des bouts de papier et

à les entasser dans les dossiers de leurs patients. Les hôpitaux des grandes villes utilisent le télécopieur pour communiquer les résultats de tests concernant des patients gravement malades. Souvent, les réseaux de santé qui ont adopté la technologie de l'information l'ont fait au hasard, ce qui empêche la communication entre les différents services de la même organisation. Les résultats de tests sont égarés, la surveillance des patients est difficile et on laisse une infinité de détails glisser entre les mailles du système. C'est une situation impossible, mais qui perdure.

En vérité, rien ne sert d'espérer améliorer les soins de santé si nous n'améliorons pas notre façon de communiquer l'information. Les soins de santé en général et les soins hospitaliers en particulier

Score de certains hôpitaux de soins actifs de l'Ontario pour l'utilisation de la technologie de l'information, par type d'hôpital, de 2005 à 2007



Source : Équipe de recherche pour le rapport sur les hôpitaux. *Hospital Report 2005: Acute Care System Integration and Change Technical Summary*; *Hospital Report 2006: Acute Care System Integration and Change Technical Summary*; *Hospital Report 2007: Acute Care System Integration and Change Technical Summary*.

exigent la collecte et la consignation d'immenses quantités de données. Cependant, utiliser ces données de manière efficace est pour nous un défi de taille, car nous ne savons pas mettre à profit les systèmes d'information électroniques modernes. Une bonne utilisation de la technologie de l'information améliorerait la qualité des soins que nous dispensons et contribuerait à la sécurité des patients. Et comment nous classons-nous dans ce domaine? Nous avons du mal. Nous avons vu certains progrès dans les centres hospitaliers universitaires au cours des années visées par cette enquête, mais même dans ces établissements prestigieux, il y a encore un long chemin à parcourir. Quant au déploiement de systèmes informatiques dans les petits hôpitaux, il a atteint un point mort au cours des dernières années.

Nous nous sommes appuyés sur les enquêtes volontaires de certains centres hospitaliers, compilées aux fins du Rapport sur les hôpitaux de l'Ontario, pour évaluer l'utilisation des systèmes d'information électroniques dans un éventail de services différents, notamment des laboratoires, des services d'imagerie diagnostique et des services d'archives médicales. Le rapport demandait aux participants de s'auto évaluer sur une échelle de zéro à 100, zéro signifiant qu'ils n'avaient en place aucun système d'information électronique, et 100 qu'ils avaient des systèmes entièrement fonctionnels dans tous les services évalués.

Un petit nombre d'hôpitaux en Ontario ont réussi, exceptionnellement, à élaborer des systèmes d'information électroniques

complets. Même certains des plus grands hôpitaux n'utilisent pas leurs systèmes informatiques modernes de manière suffisamment efficace pour améliorer les soins qu'ils dispensent. Chaque année, nous retardons le déploiement de la technologie de l'information. Résultat : un plus grand nombre de professionnels de la santé sont formés sans que celle-ci ne joue un rôle essentiel dans les soins qu'ils fournissent. L'inaction aura pour effet de perpétuer le problème et, alors, il deviendra d'autant plus difficile de changer l'utilisation qui est faite de la technologie de l'information dans les soins de santé. Ce diagramme montre que les petits hôpitaux — pilier des soins dans de nombreuses collectivités — sont loin derrière les grands hôpitaux en ce qui concerne l'élaboration de systèmes informatiques. Cela pourrait signifier que les patients dans ces collectivités n'ont pas accès aux meilleurs soins disponibles.

Il serait utile d'avoir des objectifs clairs pour la prestation des soins à l'aide de la technologie de l'information, mais il faut avant tout une meilleure communication, non seulement au sein des établissements mais aussi dans l'ensemble du système de santé. Nous n'avons pas non plus les renseignements nécessaires pour évaluer l'état de la technologie de l'information dans les soins communautaires. Quand bien même, nous ne pouvons ignorer le fait qu'au final, notre incapacité à mettre la technologie de l'information au service des soins de santé met en péril la qualité des soins et la sécurité des patients.

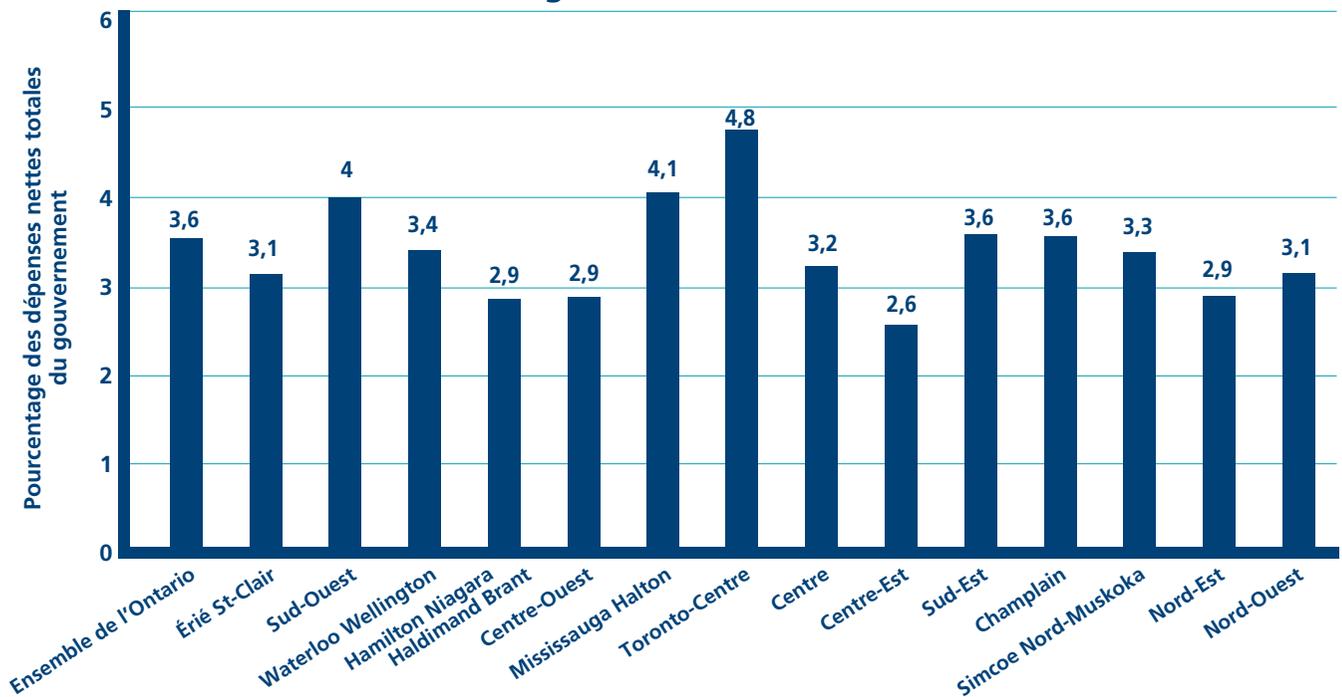
Une approche intelligente en matière de technologie de l'information

La cybersanté est le terme générique qui désigne l'utilisation de la technologie de l'information et des communications pour capturer, stocker, extraire, partager, analyser et gérer les renseignements sur la santé. Elle est jugée cruciale dans l'administration d'un système de santé performant, mais l'Ontario récolte peu de succès dans ce domaine. Les scores moyens les plus élevés parmi les hôpitaux qui ont adopté la cybersanté, selon un sondage mené en 2007 par l'Ontario Hospital Association, sont ceux des hôpitaux du RLISS d'Érié St-Clair, dans le Sud-Ouest de l'Ontario : Bluewater Health, à Sarnia; l'Alliance Chatham-Kent pour la santé; l'Hôpital Mémorial du district de Leamington; l'Hôpital Hôtel-Dieu Grace; et l'Hôpital régional de Windsor. Le concept progressiste à l'origine de la cybersanté a vu le jour en 1999 dans la région, à l'Alliance Chatham-Kent pour la santé. Dès le départ, les plans pour la cybersanté allaient englober toutes les organisations de la région. Cette philosophie qui consistait à implanter « un seul et même système » pour tous permettait au RLISS d'Érié St-Clair de partager les meilleures idées de chaque organisation sur la cybersanté avec les autres, tout en veillant à ce que les patients bénéficient d'une communication harmonieuse entre les systèmes communs.

Les médecins de la région sont si habitués à la technologie et à l'utilisation de la cybersanté dans l'exercice de leur profession qu'ils ne cessent de réclamer de nouveaux outils pour améliorer la qualité et l'efficacité, par exemple l'informatisation des ordonnances destinées à leurs patients.

Le RLISS d'Érié St-Clair a désigné un seul et unique fournisseur de services de cybersanté pour l'ensemble de son réseau et, puisque le coût des logiciels et des systèmes est négocié en fonction de l'ensemble du groupe, ceci permet de réaliser des économies sur les nouvelles acquisitions. Si certaines organisations de santé craignent ainsi de ne plus être maîtres de leurs décisions en matière de technologie de l'information, l'expérience d'Érié St-Clair montre les avantages d'un vaste processus de planification et de collaboration régionales amorcé dans les plus brefs délais, de l'appui des hauts responsables de chaque organisation et, par-dessus tout, de la coopération.

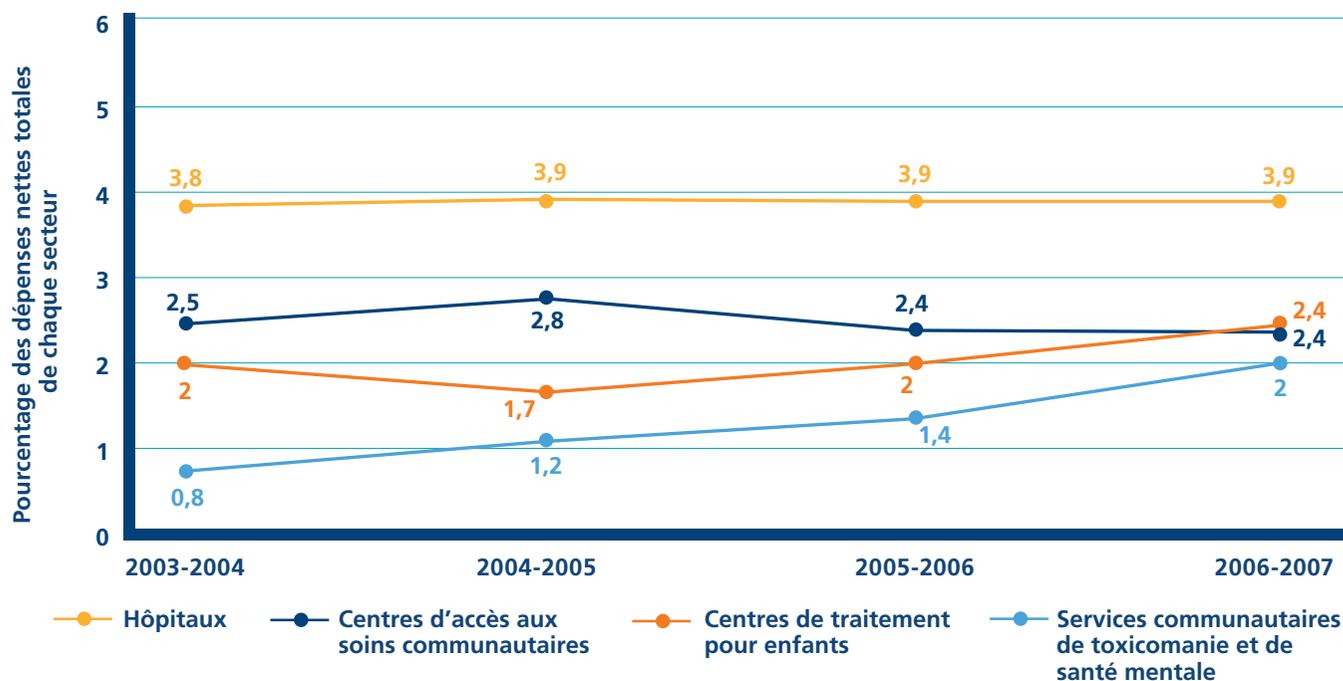
Dépenses en systèmes d'information et en communications, en pourcentage du total des dépenses de santé nettes du gouvernement de l'Ontario, selon le réseau local d'intégration des services de santé, 2006-2007^{II}



Source : Ontario Health System Scorecard 2007/08; ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

^{II} Ceci comprend uniquement les hôpitaux, les centres de traitement pour enfants, les centres d'accès aux soins communautaires et les organismes communautaires de toxicomanie et de santé mentale.

Dépenses nettes en systèmes d'information et en communications, en pourcentage du total des dépenses nettes dans chaque secteur, de 2003-2004 à 2006-2007



Source : Ontario Health System Scorecard 2007-2008; ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

2.7.5 L'investissement dans la gestion de l'information

Si importante qu'elle soit, la technologie de l'information n'est qu'un volet de la cybersanté, ce mot-valise employé pour désigner la technologie et les systèmes nécessaires pour capturer, stocker, extraire, partager et gérer les renseignements sur la santé. Toutes ces données n'ont de valeur que si nous avons la capacité de les classer, de les stocker, d'en déduire des raisonnements et de les interpréter quand nous en avons besoin – autant d'activités connues collectivement sous le terme « gestion de l'information ».

Pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, la gestion de l'information est une priorité. Celui-ci a d'ailleurs mis sur pied une nouvelle division responsable du développement et de la gestion de l'information pour la planification du système de santé. Les hôpitaux et les fournisseurs de soins communautaires tentent eux aussi de prendre cette direction. Cette démarche s'inscrit dans le droit fil de la promesse prise par le Parti libéral de l'Ontario dans le cadre de son programme électoral en 2007 : créer un dossier médical électronique d'ici 2015 et donner aux Ontariens et aux Ontariennes voix au chapitre à l'égard des renseignements qu'il contient. En 2007–2008, le gouvernement de l'Ontario investira une somme supplémentaire de 64 millions de dollars pour promouvoir la cybersanté.

Comme dans la technologie de l'information, cependant, les dépenses et l'attention consacrées à la gestion de l'information

sont inégales d'une organisation à l'autre, et même en leur sein. Le gouvernement provincial encourage la gestion de l'information, mais voici ce que l'Ontario Hospital Association affirmait dans un rapport rendu public au début de l'année : « le contexte financier actuel ne permet pas l'adoption, la collaboration et l'intégration nécessaires à la mise en valeur de la cybersanté ». Ce rapport appelle un financement de fonctionnement pluriannuel, l'octroi de fonds pour l'acquisition de matériel et de logiciels, ainsi qu'un soutien pour l'intégration de différents systèmes et l'incitation à l'innovation³⁴.

Nous n'avons pas de données valables sur les dépenses actuelles ni sur leurs modalités, faute de quoi nous avons examiné les dépenses consacrées à la technologie de l'information et aux communications afin de pouvoir à tout le moins apprécier de manière générale l'engagement de l'Ontario envers l'amélioration des soins de santé et, par ricochet, envers une meilleure utilisation de l'information. Nous avons mesuré les dépenses liées aux systèmes d'information en Ontario en pourcentage des dépenses totales nettes engagées par les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les centres de traitement pour enfants et les organismes communautaires de toxicomanie et de santé mentale.

Nous constatons qu'en Ontario, il n'y a pas d'investissements réguliers dans l'information et sa gestion en Ontario. Les dépenses qui y sont liées n'augmentent pas, ni à l'échelon des RLIS ni selon le secteur – elles n'ont été que de 3,6 pour cent des dépenses de santé pour l'ensemble de l'Ontario en 2006-2007.



Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité.

Par exemple, si vous avez besoin d'une intervention chirurgicale importante, vos soins devraient être organisés de manière à ce que vous passiez en toute quiétude de l'hôpital à la réadaptation et aux soins dont vous aurez besoin après votre retour à la maison.

Les choses n'ont donc pas beaucoup évolué depuis l'an dernier, alors que notre rapport signalait des dépenses de 3,5 pour cent pour chacune des trois années précédentes. Nous faisons alors observer que ces résultats étaient médiocres en comparaison d'un autre secteur largement axé sur l'information – celui des services financiers, qui à cette époque investissait 6,6 pour cent de ses recettes dans la technologie et la gestion de l'information³⁵.

Les résultats ne sont toujours pas impressionnants. Nous ignorons dans quelle mesure l'investissement dans la gestion de l'information améliore les soins et à quel niveau fixer la cible dans cette catégorie de dépenses, mais il est clair que nous devrions chercher plus précisément à savoir, et réaliser l'investissement nécessaire. Des recherches plus poussées nous aideront à comprendre dans quels domaines de la gestion de l'information il convient d'investir, judicieusement bien sûr, pour que le système de santé de l'Ontario puisse offrir des soins de grande qualité.

2.8 Intégré

2.8.1 Vue d'ensemble

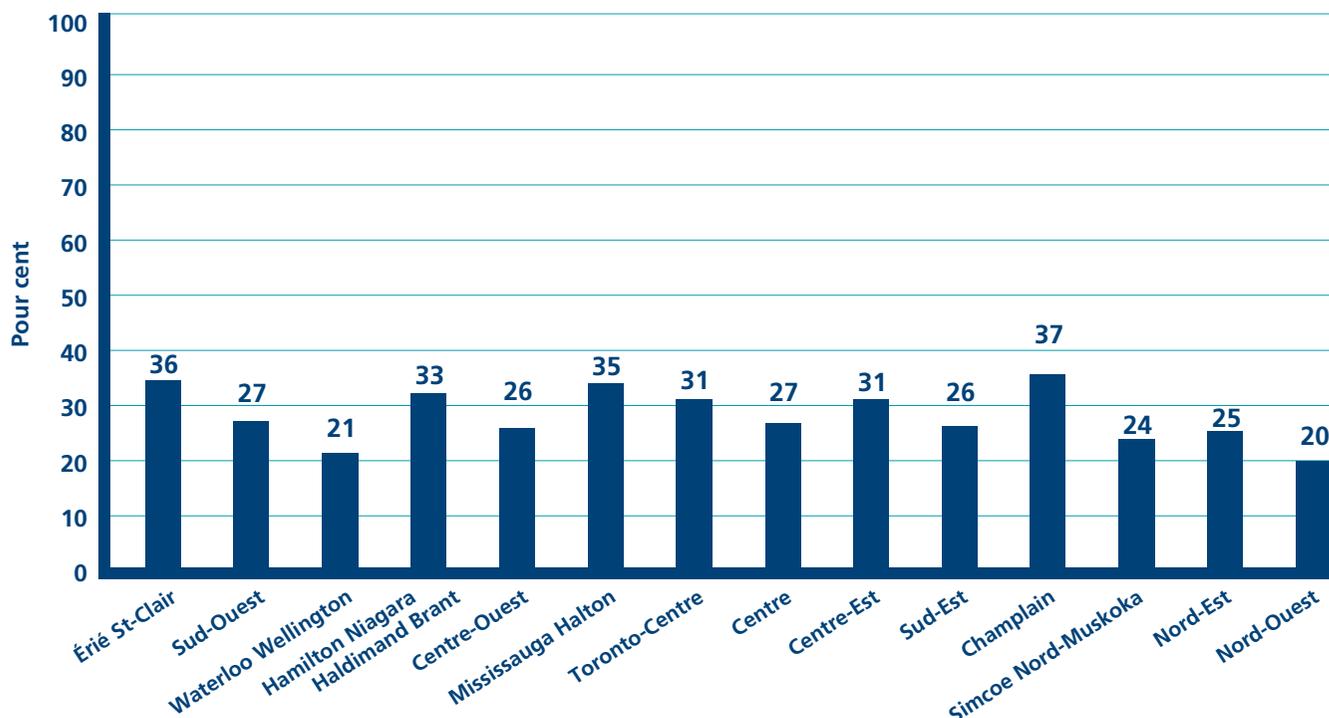
Un système de santé performant comporte obligatoirement des liens efficaces entre toutes ses composantes, afin que les patients puissent passer en toute harmonie d'un service à un autre. De nos jours, les patients ont souvent plusieurs problèmes complexes et besoin de plusieurs types de traitement, nécessitant à la fois des mesures immédiates occasionnelles et une prise en charge suivie pendant des années. Si les services et les secteurs ne sont pas en liaison, de graves problèmes peuvent passer ina-

perçus et certains aspects des soins risquent ainsi d'échapper à notre attention. Comme nous l'avons précisé, la technologie de l'information est cruciale pour l'intégration des soins, mais l'adhésion à une philosophie et à un principe de soins similaires n'est pas à négliger non plus. Les itinéraires que les patients parcourent dans le système sont les points névralgiques où il convient d'améliorer l'intégration et la qualité des soins.

Sur les 10 systèmes de santé provinciaux que compte le Canada, neuf ont créé des régions sanitaires qui supervisent simultanément plusieurs secteurs de la santé — ainsi, par exemple, une administration commune supervise les hôpitaux, les soins de longue durée et les soins à domicile. L'Ontario a récemment emboîté le pas en créant 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les systèmes de santé régionaux et les réseaux locaux de l'Ontario visent à améliorer l'intégration des soins, à tisser des liens entre les différents secteurs, ainsi qu'à assurer une meilleure diffusion de l'information, une planification coordonnée et la prise en charge des patients. Cette supervision par une administration centrale permet d'affecter les ressources aux secteurs qui en ont besoin, et non pas à ceux auxquels elles ont toujours été consacrées.

Il y a de nombreuses façons d'évaluer le degré d'intégration des soins. Action Cancer Ontario mène une enquête auprès des fournisseurs de soins de santé pour déterminer si les services de cancérologie sont bien intégrés. Il est trop tôt pour en interpréter les résultats, mais l'an prochain nous nous pencherons sur cette question avec Action Cancer Ontario, The Change Foundation et les RLISS, et nous réfléchirons aux autres approches que nous pourrions adopter pour mesurer l'intégration des soins en Ontario. Nous chercherons le meilleur moyen de

Pourcentage de patients ayant subi un accident vasculaire cérébral retirés des soins actifs et hospitalisés en réadaptation, par réseau local d'intégration des services de santé, en Ontario, 2005-2006



Source : Institut de recherche en services de santé.

mesurer le succès des efforts déployés par les RLISS. Aux fins du rapport de cette année, nous avons examiné deux aspects de l'intégration des soins :

- l'utilisation des services de réadaptation par les personnes traitées à l'hôpital pour un accident vasculaire cérébral;
- la mesure dans laquelle les patients savent où demander de l'aide lorsqu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital ou du service des urgences.

2.8.2 Proportion de victimes d'AVC bénéficiant de services de réadaptation

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) peuvent causer une faiblesse d'un côté du corps, perturber la parole et diminuer les fonctions cérébrales qui interviennent, par exemple, dans les tâches de planification et de gestion. Si les services de réadaptation sont offerts rapidement après un accident vasculaire cérébral, les patients peuvent recouvrer ces capacités plus facilement. Les soins donnés après un accident vasculaire cérébral, s'ils sont de grande qualité, permettent aux patients de passer sans heurt des soins hospitaliers aux services de réadaptation. Il faut pour cela des liens solides entre les milieux de soins. Nous nous sommes servis des données des hôpitaux de l'Ontario pour identifier les patients qui ont subi un accident vasculaire cérébral, puis nous avons fait un suivi pour savoir s'ils étaient

passés des soins actifs directement à un centre régional de réadaptation. Hélas, peu d'entre eux l'ont fait. En Ontario, en 2005-2006, moins de 30 pour cent des patients sont passés en réadaptation. Dans certains RLISS, les taux dépassaient 35 pour cent, mais dans d'autres ils étaient plus près des 20 pour cent.

L'objectif de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux veut que 60 pour cent des victimes d'AVC passent directement à la réadaptation après les soins actifs (l'objectif n'est pas de 100 pour cent dans la mesure où la réadaptation n'est pas nécessaire pour certaines personnes et qu'à d'autres, elle ne serait pas utile). L'écart entre les RLISS peut être causé par l'emploi d'approches différentes pour gérer les soins aux victimes d'accidents vasculaires cérébraux ou par des niveaux d'intégration différents.

Nous pourrions utiliser ces résultats dans l'avenir comme point de référence pour évaluer dans quelle mesure les RLISS parviennent à intégrer les soins. Dans l'intervalle, nous espérons voir couronnés de succès les efforts déployés dans le cadre de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux pour stimuler les services de réadaptation à travers les programmes implantés dans la collectivité et les centres de soins de longue durée. Cependant, nous devons savoir de manière plus précise quels patients reçoivent des services de réadaptation, lesquels n'en reçoivent pas et pourquoi.

La Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux — minimiser les lésions, maximiser le rétablissement

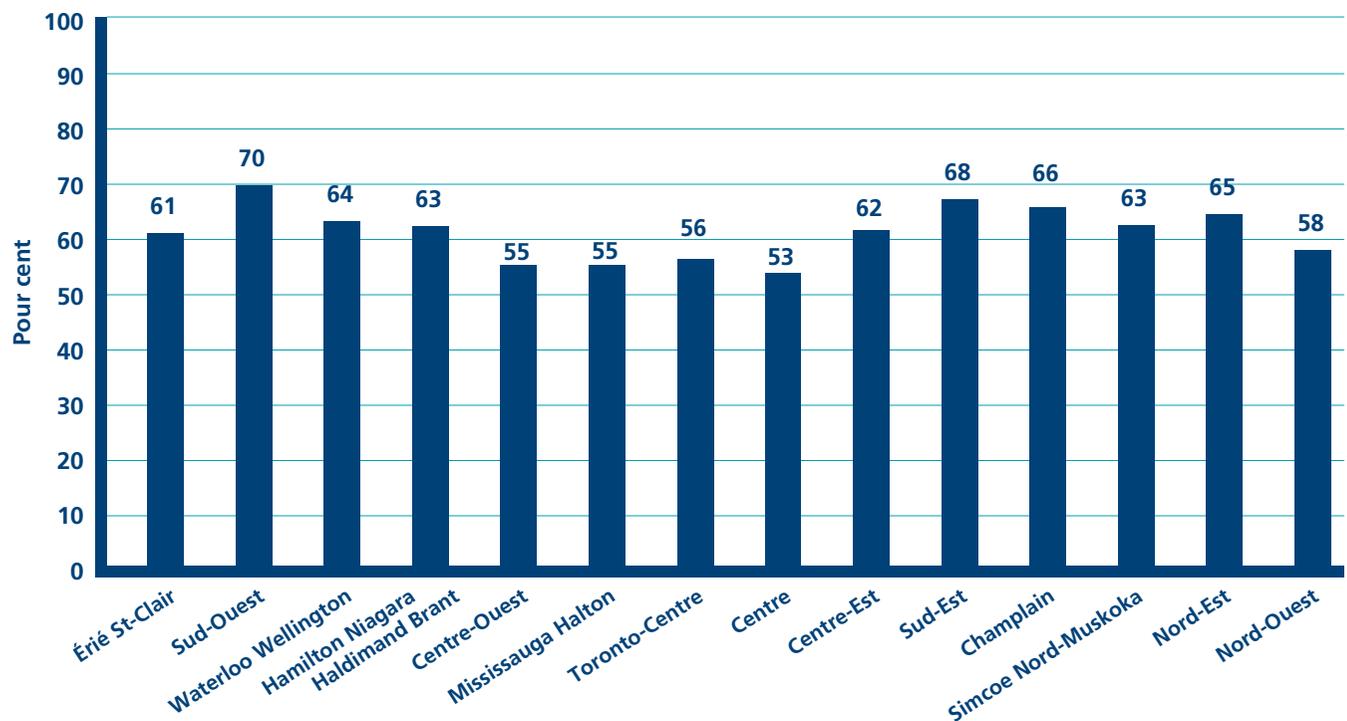
Les accidents vasculaires cérébraux étaient jadis perçus comme un résultat du vieillissement auquel, pour ainsi dire, on ne pouvait rien. Ainsi que les recherches l'indiquent, toutefois, un traitement dans un délai rapide et une prompt réadaptation par la suite peuvent faire une énorme différence dans le rétablissement des patients³⁶. Il est cependant crucial, afin de maximiser les avantages pour les patients, que tous les services impliqués collaborent adéquatement ensemble. C'est précisément pour cela qu'a été élaborée la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux.

La Stratégie veut que les soins aux victimes d'AVC enchaînent les services, depuis la prévention jusqu'au traitement suivant l'AVC, et qu'ils s'unissent en un tout, en fonction des normes les plus élevées et des meilleures données disponibles sur les traitements utiles. La Stratégie met l'accent sur la réadaptation, que ce soit dans des hôpitaux spécialisés en réadaptation, dans le cadre de soins actifs dispensés en milieu hospitalier ou à travers des programmes de consultations externes.

En 2006, des chercheurs ont étudié l'efficacité de la Stratégie³⁷. Ils ont constaté qu'elle avait amélioré l'intégration et la coordination des soins aux patients, le traitement, ainsi que la satisfaction des clients et des fournisseurs de soins. En Ontario, les 11 centres régionaux de traitement des accidents vasculaires cérébraux affirment que leur désignation officielle aide à attirer des neurochirurgiens et des neurologues et à les conserver. Le système de vidéoconférence de TéléAVC permet à ces experts de porter assistance au personnel médical des hôpitaux qui n'ont pas de neurologues.

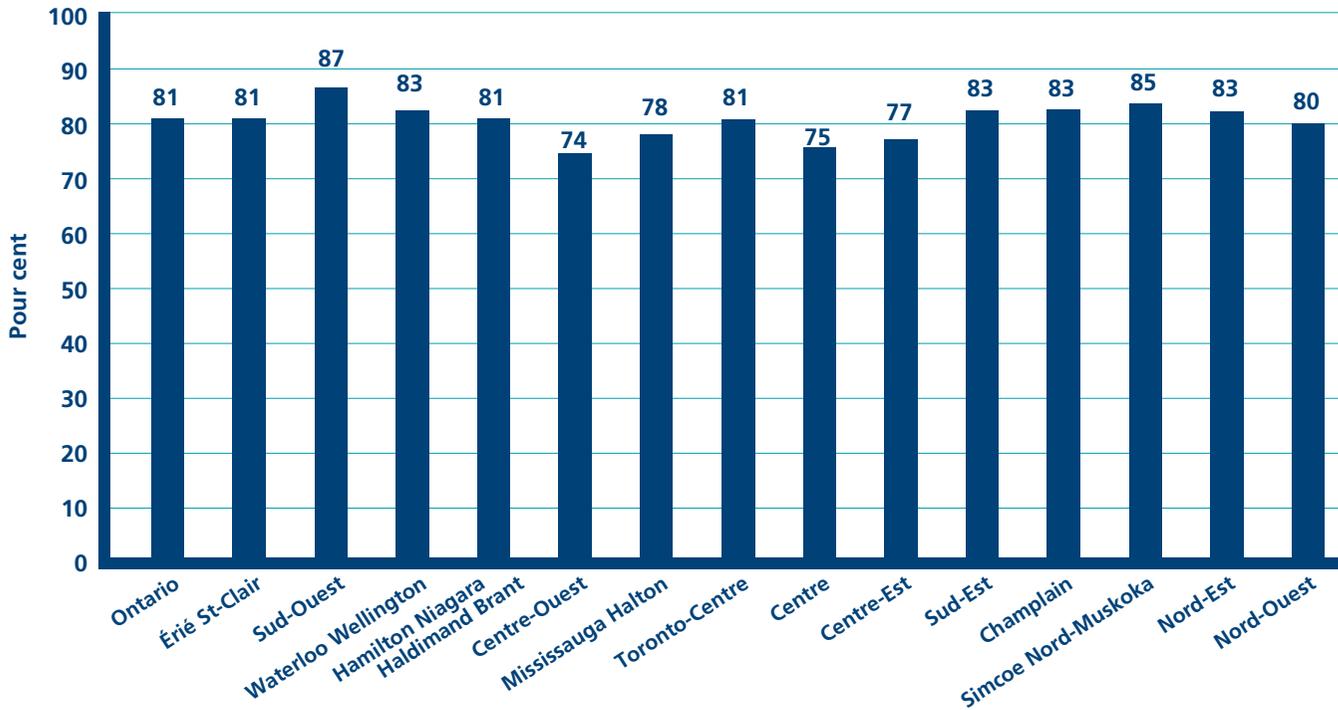
Cependant, l'étude menée par ces chercheurs a également révélé des faiblesses dans plusieurs maillons des soins aux victimes d'AVC, notamment le temps que mettent les fournisseurs de soins à appliquer les nouvelles avancées thérapeutiques, le temps de réaction des services d'urgences dans le traitement des AVC, et la transition des patients entre l'hôpital et la collectivité après leur rétablissement.

Pourcentage de patients sachant à qui s'adresser en quittant le service des urgences, s'ils avaient des questions ou besoin de soins, par réseau local d'intégration des services de santé, en Ontario, 2005-2006



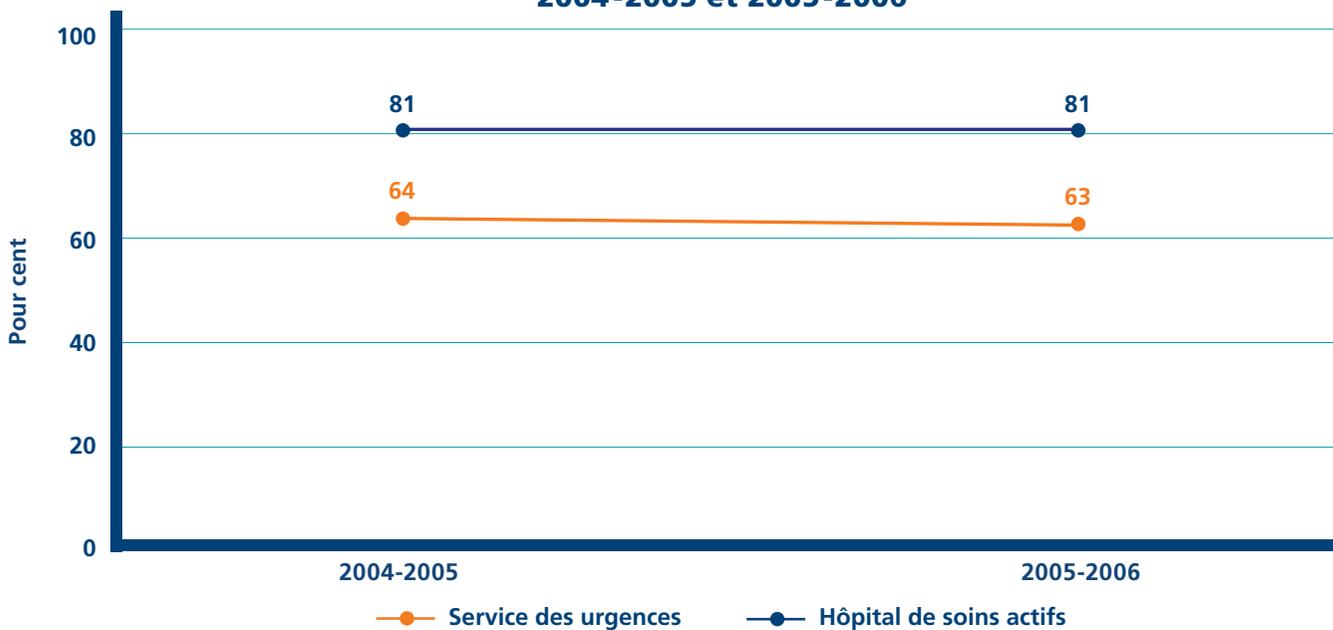
Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Pourcentage de patients hospitalisés sachant à qui s'adresser en quittant les soins actifs s'ils avaient des questions ou besoin de soins, par réseau local d'intégration des services de santé, en Ontario, 2005-2006



Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Pourcentage de patients sachant à qui s'adresser en quittant le service des urgences ou un hôpital de soins actifs s'ils avaient des questions ou besoin de soins, en Ontario, 2004-2005 et 2005-2006



Source : Institut canadien d'information sur la santé.

2.8.3 Les patients savent-ils où obtenir de l'aide à leur sortie du service des urgences ou des soins actifs?

Nous avons tendance à nous concentrer sur la difficulté à être admis à l'hôpital et sur la qualité des soins qui y sont donnés, mais ce qui se passe à la sortie compte aussi. Certaines personnes quittent l'hôpital ou le service des urgences « guéries », leur problème de santé résolu, mais la plupart ont à tout le moins besoin d'un suivi lorsqu'elles réintègrent la collectivité et, souvent, il leur faut un traitement permanent et un soutien assidu. Tous les patients devraient savoir à qui s'adresser s'ils avaient un problème ou besoin d'un suivi médical après leur mise en congé, afin de ne pas être laissés pour compte et de recevoir des soins coordonnés.

Dans ce cas-ci, nous avons de nouveau utilisé des renseignements recueillis auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé, en l'occurrence, des sondages sur l'expérience des patients. Dans ces sondages, les patients devaient préciser s'il leur avait été dit à qui s'adresser pour avoir réponse à leurs questions ou pour trouver de l'aide à leur sortie de l'hôpital ou du service des urgences. Environ quatre patients sur cinq, à

leur sortie de l'hôpital, savaient qui contacter s'ils avaient des questions ou besoin de soins. Le taux était plus faible, d'environ trois sur cinq, parmi ceux qui quittaient le service des urgences. Il y avait certains écarts, d'un RLISS à l'autre, dans la proportion de patients qui savaient avec qui se mettre en rapport, mais les taux n'ont jamais dépassé 87 pour cent pour les patients sortant de l'hôpital et 70 pour cent pour ceux qui quittaient le service des urgences.

Si tous les patients ne savaient pas à qui adresser leurs questions ou leurs préoccupations concernant une visite récente à l'hôpital, la plupart le savaient. C'est un très bon point, car les patients bien renseignés se sentent davantage en confiance et éprouvent plus de satisfaction à l'égard de leurs soins. Cependant, nous ne savons pas combien d'entre eux ont effectivement essayé de joindre un professionnel pour obtenir des soins complémentaires ou des renseignements, s'ils y ont réussi et, le cas échéant, combien de temps ils ont dû attendre pour recevoir les soins ou les réponses souhaités, autant d'éléments qui nous éclaireraient bien davantage sur la mesure dans laquelle nous parvenons à intégrer les soins.



Home at Last! Enfin l'aide qu'il faut pour rentrer chez soi et y rester.

Quand les personnes âgées quittent l'hôpital, elles se sentent ordinairement assez frêles et vulnérables. S'occuper de soi peut être pour elles une tâche accablante. Home at Last! est un programme qui a été conçu pour offrir aux personnes âgées qui vivent seules — ou avec un soignant plus âgé — l'aide et le soutien nécessaires pour rentrer chez elles et s'organiser après un séjour à l'hôpital.

Ce programme a débuté dans les RLISS du Centre-Ouest, de Waterloo Wellington et de Mississauga pour faciliter la transition de l'hôpital au domicile. Tous les hôpitaux qui y participent ont réorganisé leur processus de mise en congé : les patients partent à une heure fixe, le transport vers leur domicile est prêt et un préposé les attend pour les aider à s'installer. Les préposés vont leur chercher les ordonnances et les aliments de base puis restent avec le patient jusqu'à 21 h ou jusqu'à l'arrivée d'un membre de la famille.

Le jour suivant, le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins désigné par le programme Home at Last! fait un suivi auprès du patient et de la famille et organise les services et les soutiens communautaires nécessaires pour permettre au patient de se rétablir tout en restant chez lui — par exemple, on lui livrera des provisions et on s'occupera du transport pour qu'il puisse aller à ses rendez-vous — autant de choses qui permettent de prévenir une réadmission inutile à l'hôpital.

L'évaluation du programme est en voie de réalisation, mais les organisateurs ont déjà constaté quelques problèmes. Ils n'ont pas fait assez pour informer les patients et les services communautaires de l'existence du programme et ils pensent qu'il aurait été sage de faire participer chacun à sa planification. Ils aimeraient élargir le service afin de prolonger le suivi offert pendant la convalescence. D'autres RLISS envisagent d'adopter le programme.

2.9 Centré sur la santé de la population

2.9.1 Vue d'ensemble

Un système de santé performant ne doit pas simplement intervenir quand la maladie frappe. Il doit aussi prévenir la maladie et préserver la santé autant que possible. Il le fait, dans un premier temps, à travers les programmes de santé publique, dont les activités ciblent d'importantes strates de la société, non pas que les personnes.

La vaccination contre les maladies infectieuses en est un exemple. Son grand avantage : dès lors qu'un nombre suffisant d'individus ont été vaccinés, la maladie peine à se propager, et c'est toute la société, et même les personnes qui n'ont pas été vaccinées, qui en bénéficient.

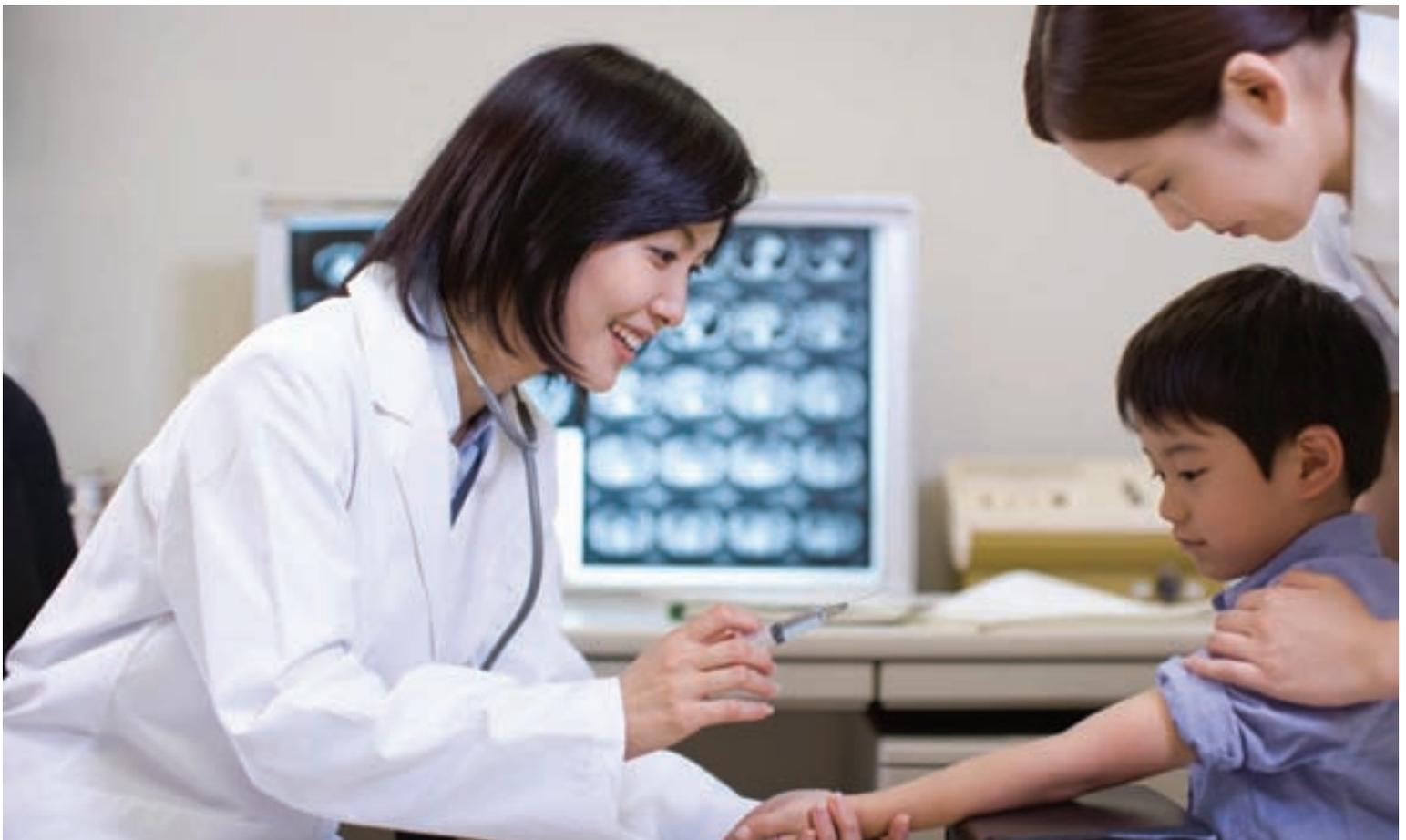
Dans un deuxième temps, il y a les programmes ou les politiques qui permettent de changer au sein de la population les comportements qui posent un risque pour la santé, comme le tabagisme,

les mauvais régimes alimentaires et le manque d'exercice. Ces comportements peuvent entraîner des maladies chroniques allant du diabète à la coronaropathie et au cancer. Souvent, c'est l'alliance de plusieurs stratégies qui donne les meilleurs résultats. Pour qu'un patient cesse de fumer, il faut parfois que le médecin lui parle d'abord des dangers du tabac, mais les chances de réussite augmentent largement grâce aux taxes sur les cigarettes et aux interdictions de fumer dans les lieux publics.

Enfin, il y a les programmes de dépistage, qui permettent de déceler la maladie dès les premiers stades, comme le cancer, afin qu'elle puisse être traitée dans les meilleurs délais et avant qu'elle ne provoque une invalidité ou la mort.

De nombreux facteurs permettant de prévenir la maladie et d'améliorer la santé vont au-delà de ce que le système de santé en soi peut accomplir. Une enfance protégée, l'éducation, la richesse plutôt que la pauvreté, un cercle de soutien social, ainsi qu'un logement et un régime alimentaire adéquats sont autant de choses qui jouent un rôle clé dans la formation d'individus et de collectivités en bonne santé. Ces « déterminants

Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.



sociaux » de la santé ne sont pas ordinairement perçus comme des responsabilités du système de santé. D'autres ministères gouvernementaux sont chargés de questions telles que le logement social, l'éducation et l'emploi. Cependant, le système de santé contribue à faire en sorte que les personnes à risque élevé obtiennent les services de santé préventifs qu'il leur faut. Les travailleurs des services d'aide sociale, par exemple, pourraient encourager vivement les tests de dépistage de maladies ou orienter les clients vers des programmes de santé mentale, ou même vers une clinique pour cesser de fumer ou surmonter d'autres toxicomanies. Une halte-accueil pour mères seules ou pour immigrants pourrait proposer des conseils en nutrition et un aiguillage vers d'autres types de soins.

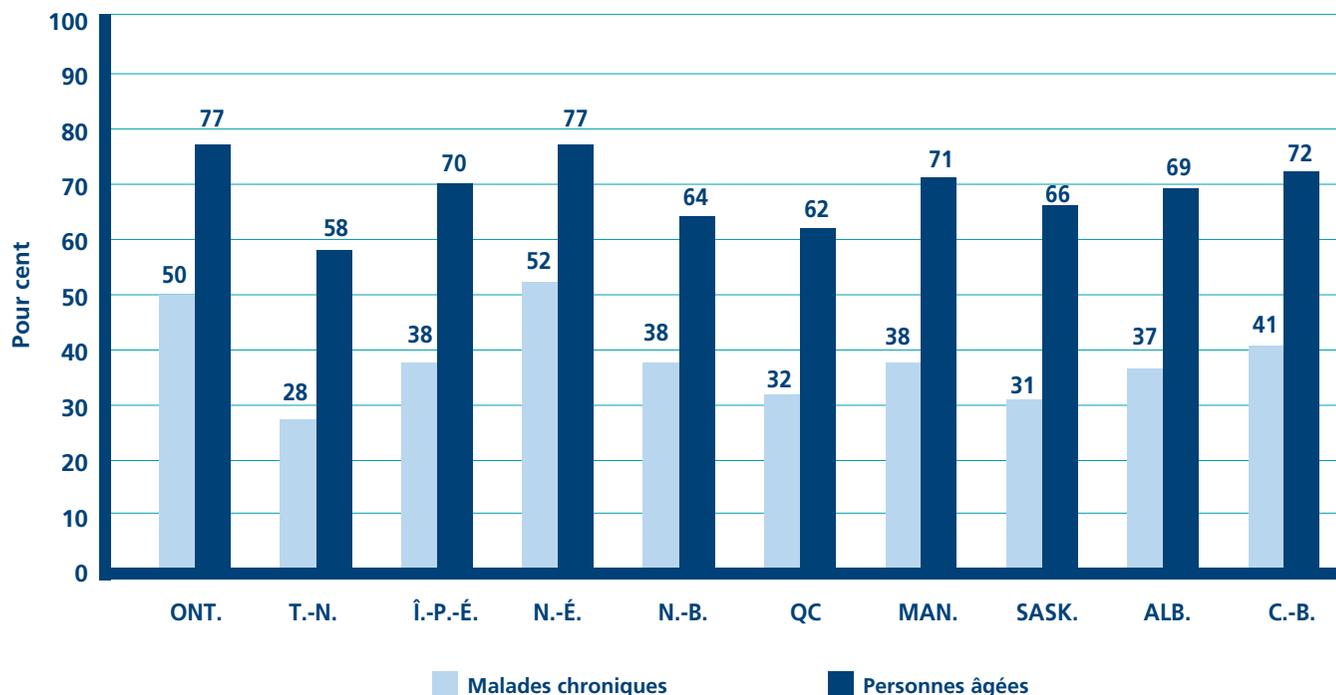
2.9.2 Les programmes de vaccination

La grippe, c'est plus que quelques jours de malaise et de désagréments. Elle peut mettre en danger la vie des personnes souffrant de maladies chroniques et celle des personnes âgées. Nous savons, en nous appuyant sur la recherche, que le vaccin antigrippal peut réduire la quantité de maladies graves et le nombre de décès que la grippe risque de causer chez les personnes âgées et les malades chroniques. Aussi l'Ontario a-t-il lancé son Programme universel de vaccination contre la grippe et classé parmi ses priorités la vaccination des personnes âgées et des individus atteints d'affections chroniques.

Est-ce un succès? Comme il s'agit d'un programme relativement nouveau, il est difficile d'en avoir la certitude. Avec les programmes de vaccination de longue date, comme ceux contre la coqueluche et la poliomyélite, les cas de maladie sont rares, faciles à identifier et toujours signalés, ce qui nous permet de savoir si les programmes sont utiles. Les faibles taux d'incidence des maladies telles que les oreillons et la rougeole montrent bien l'efficacité de nos programmes de vaccination des enfants. Étant donné que la grippe n'est pas toujours correctement diagnostiquée et signalée, nous avons examiné la proportion de personnes vaccinées, en nous fondant sur les taux de vaccination confirmés dans les sondages, et les avons comparés aux chiffres pour l'ensemble du pays. Résultat : l'Ontario est très près de la Nouvelle-Écosse pour la vaccination des personnes âgées et des malades chroniques, et les deux provinces affichent un meilleur bilan que les autres régions du Canada.

Les données sur le programme de vaccination antigrippale sont rassurantes. Elles montrent que les taux de vaccination chez les Ontariens et les Ontariennes à risque élevé sont identiques ou supérieurs à ceux recensés dans les autres régions du Canada. Pourtant, il reste une large place pour l'amélioration, particulièrement chez les personnes atteintes de maladies chroniques. De plus, vu que le virus de la grippe change chaque année et que le vaccin doit y être adapté, il peut être difficile de juger de son efficacité. Autrement dit, les taux à eux seuls ne fournissent

Pourcentage de personnes âgées et de malades chroniques vaccinés contre la grippe, par province, 2005



Source : Kwong JC, Rosella LC et Johansen H. Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005. Rapports sur la santé de Statistique Canada. Novembre 2007; 18 (4).

pas suffisamment d'informations. Nous devons, de surcroît, examiner la maladie et la mortalité chez les populations à risque élevé pendant la saison grippale pour évaluer le succès du programme.

2.9.3 Les programmes de dépistage

Le dépistage du cancer permet la détection précoce de la maladie, ce qui accroît les chances de survie. Les lignes directrices ontariennes recommandent que les femmes de 50 à 69 ans subissent un mammogramme (radiographie des seins) tous les deux ans³⁸ pour aider à détecter le cancer du sein au plus tôt et à réduire le nombre de décès. Les tests par recherche de sang occulte dans les selles permettent de dépister le cancer du côlon

chez les deux sexes. Si les résultats montrent la présence de sang dans les selles, un test complémentaire appelé coloscopie est effectué à des fins de diagnostic. L'Ontario offre un programme de mammographie depuis 1990 et un programme de dépistage du cancer colorectal depuis 2007. Ces programmes sont tous deux essentiels dans les efforts que déploie l'Ontario pour réduire le nombre de décès prématurés attribuables au cancer.

Pour constituer notre information sur la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans et les tests par recherche de sang occulte dans les selles chez tous les individus de 50 à 74 ans, nous avons utilisé les données figurant dans les demandes de remboursement soumises au gouvernement, et les données démographiques nous ont permis d'examiner les tendances et la variation des taux d'utilisation de ces deux tests au sein des RLIS.

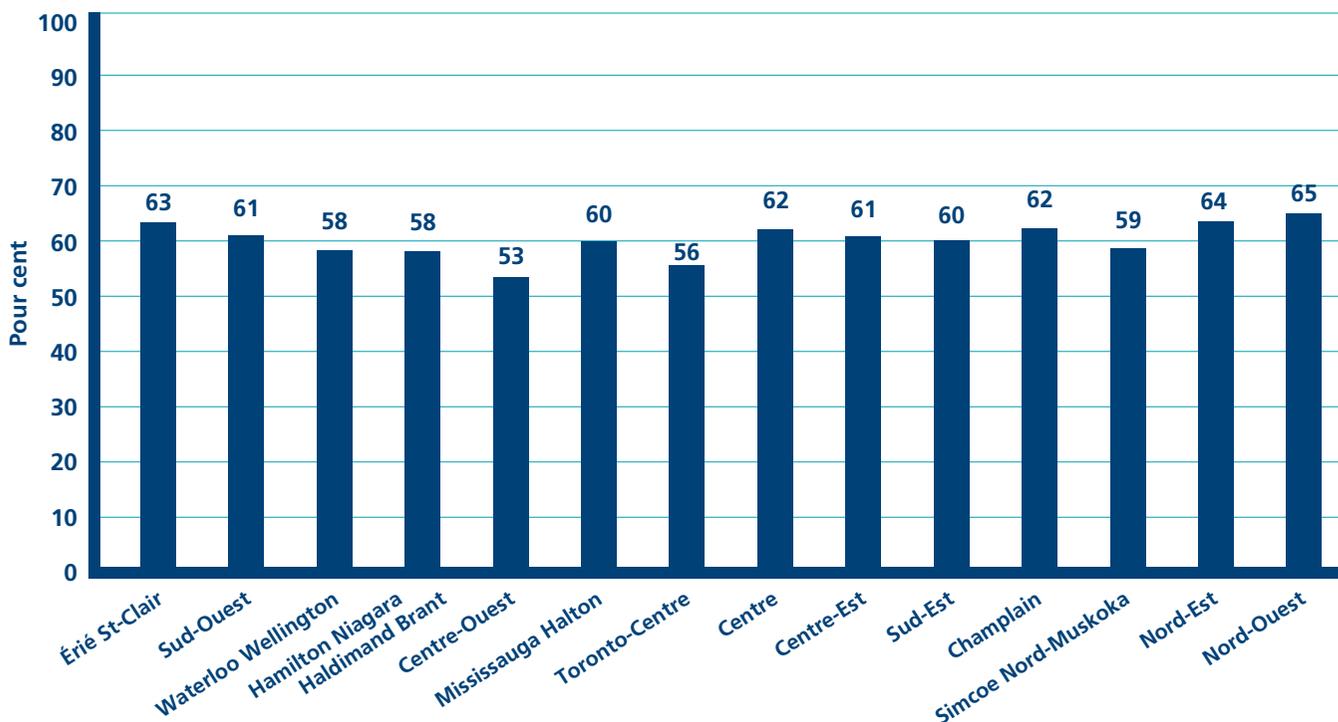
Nous avons constaté qu'au cours de ces deux dernières années, 60 pour cent des femmes du groupe d'âge ciblé avaient subi un mammogramme, avec une variation entre les RLIS allant de 53 pour cent dans les pires cas à 65 pour cent dans les meilleurs cas.

Les données disponibles sur le dépistage par recherche de sang occulte dans les selles montrent qu'environ 13 pour cent du groupe cible (personnes âgées de 50 à 74 ans) ont effectué ce

À vous de jouer!

Si vous êtes une personne âgée ou que vous avez une maladie chronique, faites-vous vacciner contre la grippe. Vous trouverez de plus amples renseignements à l'adresse www.vaccincontrelagrippe.ca.

Pourcentage de femmes admissibles (âgées de 50 à 69 ans) ayant subi un mammogramme en 2004-2005



Source : Indice de qualité du réseau de cancérologie; Action Cancer Ontario, 2007.

test en 2002-2003 et que 17 pour cent l'ont effectué en 2004-2005. Deux années de données ne suffisent pas vraiment pour montrer une augmentation, mais il est intéressant de constater que les taux ont grimpé dans l'ensemble des 14 RLIS. Pourtant, il y a un écart considérable dans les taux observés d'une région à l'autre, le plus faible se situant à huit pour cent et le plus élevé, à 20 pour cent.

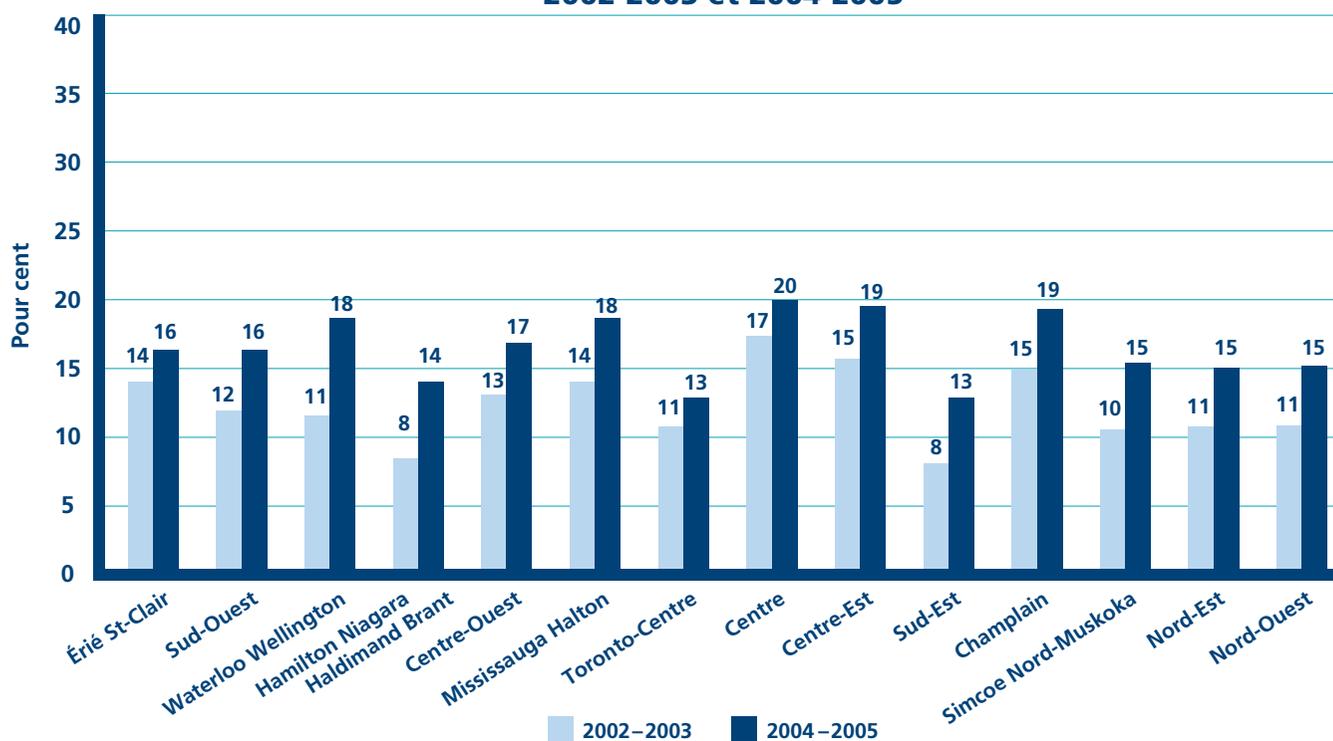
Compte tenu de leur importance dans la réduction de la souffrance et du nombre de décès, il est décourageant de constater une utilisation si peu répandue de ces deux tests de dépistage essentiels. Plus de 10 ans après l'implantation de ce programme coordonné, seules trois femmes environ sur cinq âgées de 50 à 69 ans ont subi un mammogramme. Les services de mammographie actuels ont encore plus de mal à rejoindre les néo-Canadiennes, les femmes qui vivent dans la pauvreté, celles qui n'ont pas de médecin attitré et les Ontariennes autochtones. Il existe un écart régional, mais même le meilleur taux n'était que de 65 pour cent. C'est un taux qui se situe bien en deçà de la cible provinciale de 90 à 95 pour cent fixée pour 2020 et des taux déjà atteints dans d'autres pays. Entre 1997 et 2002, la proportion de femmes admissibles subissant un test de dépistage était de 88 pour cent en Finlande et de 76 pour cent en Grande-Bretagne. Le taux de dépistage chez

les Australiennes était plus faible que le nôtre : 57 pour cent. Action Cancer Ontario s'est donné pour objectif à court terme d'accroître le taux de dépistage de 10 pour cent au cours des trois prochaines années.

Le programme de dépistage par recherche de sang occulte dans les selles est une priorité beaucoup plus récente. Les données de base montrent qu'il nous reste un long chemin à parcourir avant de pouvoir, conformément à notre objectif, soumettre une partie substantielle de la population à des tests de dépistage. Même dans la région affichant le taux le plus élevé, la proportion atteinte n'est que d'environ 20 pour cent et, là encore, ce résultat n'est pas aussi bon que celui d'autres pays. Le taux est de 70 pour cent en Finlande et de 45 pour cent en Australie. Aux États-Unis, le système de santé de la Veterans Administration a soumis 75 pour cent de ses membres à des tests de dépistage de cancer du côlon, pour la majeure partie par recherche de sang dans les selles.

En matière de dépistage par recherche de sang dans les selles, Action Cancer Ontario veut atteindre un taux de 90 à 95 pour cent d'ici 2020 et son objectif provisoire est d'arriver à 40 pour cent en l'espace de trois ans. Les taux vont devoir s'accélérer vraiment si nous voulons atteindre cette cible. Cependant, certaines personnes sautent l'étape de la recherche de sang dans les selles

Pourcentage de personnes admissibles (âgées de 50 à 74 ans) ayant effectué un ou plusieurs tests par recherche de sang occulte dans les selles, 2002-2003 et 2004-2005



Source : Indice de qualité du réseau de cancérologie; Action Cancer Ontario, 2007.

Action Cancer Ontario — Établir des cibles, avec l'espoir de taper dans le mille

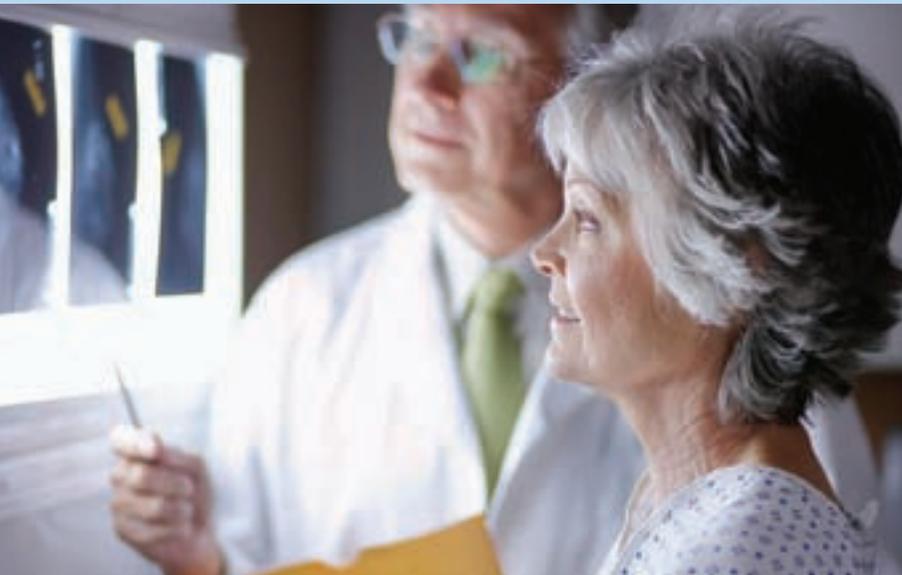
Les organisations de santé établissent des cibles parce que c'est ainsi que les programmes d'amélioration de la qualité sont le plus efficaces. En mesurant les progrès à partir d'un objectif, on arrive à se concentrer sur les mesures à prendre pour réussir à opérer des changements.

Action Cancer Ontario (ACO) se doit d'améliorer sans cesse les services de cancérologie afin que le cancer frappe moins de personnes et que celles qui en sont atteintes reçoivent de meilleurs soins. ACO a établi des objectifs à long terme concernant trois types de cancer — le cancer du sein, le cancer du côlon et le cancer du col de l'utérus, pour lesquels l'organisation souhaite, d'ici 2020, amener 90 à 95 pour cent des populations cibles à subir un test de dépistage. Pour contrôler les progrès, ACO a fixé des objectifs triennaux intérimaires : accroître le dépistage du cancer du sein de 10 pour cent pour le porter à 70 pour cent, le dépistage du cancer colorectal de 23 pour cent pour qu'il atteigne 40 pour cent, et celui du cancer du col de l'utérus de 15 pour cent pour arriver à 85 pour cent. ACO et son partenaire, le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, suivent les progrès réalisés dans le sens des objectifs définis et affichent les résultats sur le site Internet ACO/ CQSO, à www.cancercare.on.ca/qualityindex2007.

ACO a proposé un plan au ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour atteindre les cibles de 2020. Ce plan prévoit notamment l'obtention d'un financement suffisant pour la prise en charge des tests; une collaboration avec les leaders régionaux pour élargir le dépistage dans l'ensemble de la province; et des encouragements aux fournisseurs de soins primaires pour les amener à augmenter les taux de dépistage en leur fixant des cibles et en leur offrant des incitatifs financiers qui les stimuleront à les atteindre. Le plan établi appelle également une plus grande sensibilisation du public, une technologie de l'information structurée de façon à appuyer les fonctions d'une initiative de dépistage provinciale organisée (comme des rappels aux patients à propos de dépistage

et des invitations à un suivi médical).

Le plan confirme le besoin de recueillir des données valables afin d'aider ACO à reconnaître les éléments utiles et les secteurs qui nécessitent une aide supplémentaire pour remplir les objectifs et permettre des interventions visant à rejoindre les groupes difficiles à atteindre. Le ministère de la Santé fournira à ACO les fonds nécessaires à la mise en œuvre du plan.



À vous de jouer!

Si vous faites partie de l'un des groupes cibles, renseignez-vous auprès de votre médecin sur le dépistage du cancer.

et subissent plutôt une coloscopie; ainsi, le taux de dépistage du cancer du côlon pourrait être plus élevé qu'il ne semble.

Nous aimerions savoir pourquoi les taux de mammographie ne dépassent pas la barre des 60 pour cent. Est-ce les patientes qui ne veulent pas subir cet examen, ou est-ce qu'il ne leur est pas proposé? Quoi qu'il en soit, ces hypothèses donnent toutes deux à penser que nous devons sensibiliser davantage les patientes et les médecins. La recherche de sang occulte dans les selles est le

premier volet d'un nouveau programme de dépistage qui est devenu depuis une priorité, d'où notre espoir de voir les taux augmenter. Cela dit, il est capital qu'un dépistage produisant un résultat positif soit suivi d'une coloscopie. Au fur et à mesure que le dépistage par recherche de sang dans les selles prendra de l'ampleur, il sera primordial d'assurer une surveillance afin de savoir si les patients poursuivent avec une coloscopie et dans quelle mesure le public accepte les deux méthodes.



2.9.4 Les facteurs de risque

Certes beaucoup de choses que nous faisons dans la vie nous sont néfastes, mais nous nous intéressons particulièrement à deux facteurs qui augmentent le risque de maladie : le régime alimentaire et l'usage du tabac. Entre les deux, c'est le régime alimentaire qui forme l'enjeu le plus complexe. Les aliments, cela va de soi, sont indispensables pour vivre. Par contre, manger trop peu, faire les mauvais choix, ou manger trop – tout cela peut contribuer à une mauvaise santé.

En nous appuyant sur les données d'une enquête nationale, nous avons examiné le régime alimentaire sous trois angles. Le

premier est la sécurité alimentaire, déterminée selon que l'on estime ou non avoir assez d'aliments pour se nourrir. Nous voulions savoir dans quelle mesure les gens, même dans une province aussi riche que l'Ontario, sont tenaillés par la faim ou la crainte de ne pas avoir assez d'aliments pour leur famille.

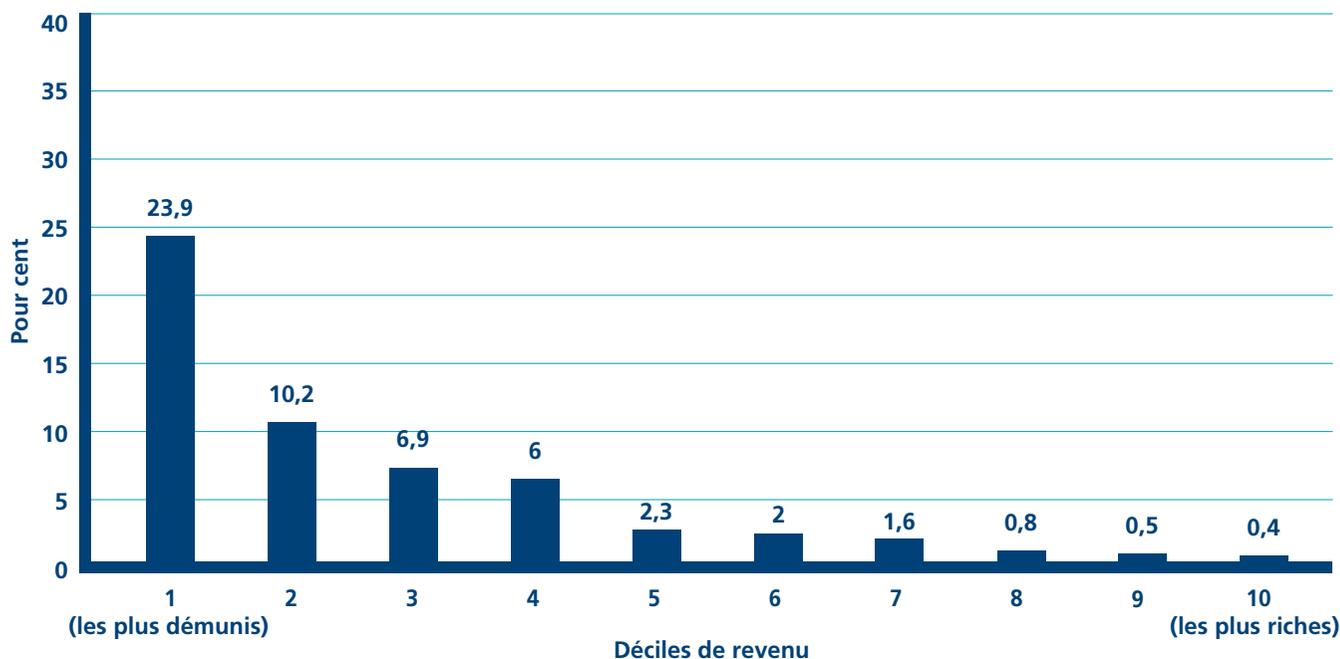
Deuxièmement, nous avons cherché à savoir si les gens mangent les bonnes quantités de fruits et de légumes. Des études ont fait observer qu'une consommation plus grande de fruits et de légumes est liée à des taux moins élevés de cancer³⁹ et de maladies du cœur⁴⁰.

Troisièmement, nous avons examiné l'obésité et les taux d'usage du tabac, non pas au sein de la population en général comme nous l'avions fait l'an dernier, mais uniquement chez les personnes atteintes de maladies cardiaques ou de diabète. L'usage du tabac et l'obésité peuvent exposer ces patients à un risque de complications associées à leur maladie et à une mort prématurée.

Les données de l'enquête montrent que dans les quartiers aux revenus les plus faibles, près d'un Ontarien sur quatre craint de ne pas avoir assez à manger chaque jour ou d'avoir faim. Dans le groupe se situant à l'avant-dernier échelon de l'échelle des revenus, un Ontarien sur 10 a des soucis de sécurité alimentaire.

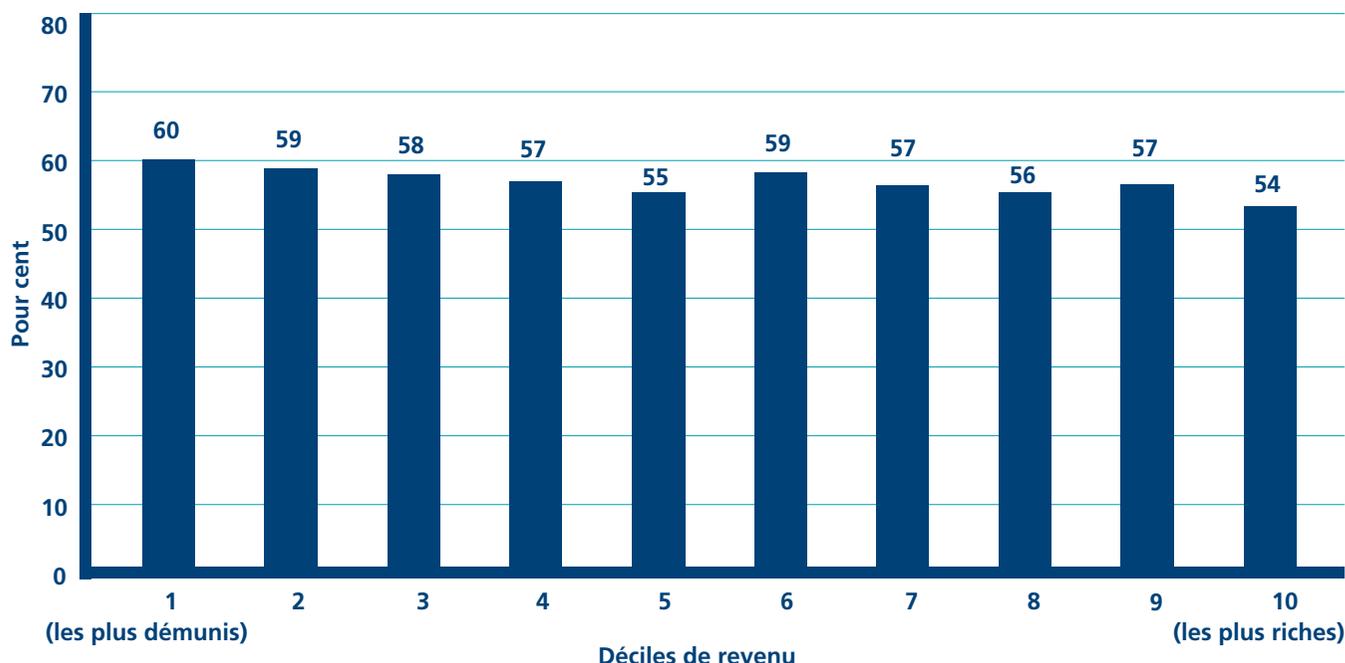
Avoir plus d'argent peut dissiper la crainte d'avoir faim, mais cela ne garantit pas de manger correctement. Six personnes

Pourcentage d'Ontariens affligés par l'insécurité alimentaire, par décile de revenu, 2005



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.

Pourcentage d'Ontariens déclarant ne pas manger assez de fruits et légumes, par décile de revenu, 2005



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.

Des aliments sains pour ceux qui en ont le plus besoin

Le centre de santé communautaire de Barrie encourage la population à manger plus de fruits et de légumes dans le cadre de son programme Good Food Box. Tout membre de la collectivité peut se prévaloir de ce programme pour acheter une boîte de légumes et de fruits frais chaque mois, dans l'un des cinq centres de Barrie, et les personnes âgées qui n'ont pas de moyen de transport peuvent se les faire livrer à domicile. Le programme encourage les parents adolescents, les adultes à revenu marginal et les personnes touchées par le sous-emploi chronique à participer en achetant une boîte. De plus, le programme Good Food Box collabore avec les programmes d'emploi locaux et aide les personnes qui veulent rehausser leurs aptitudes à l'emploi en les invitant à participer à sa mise en œuvre.

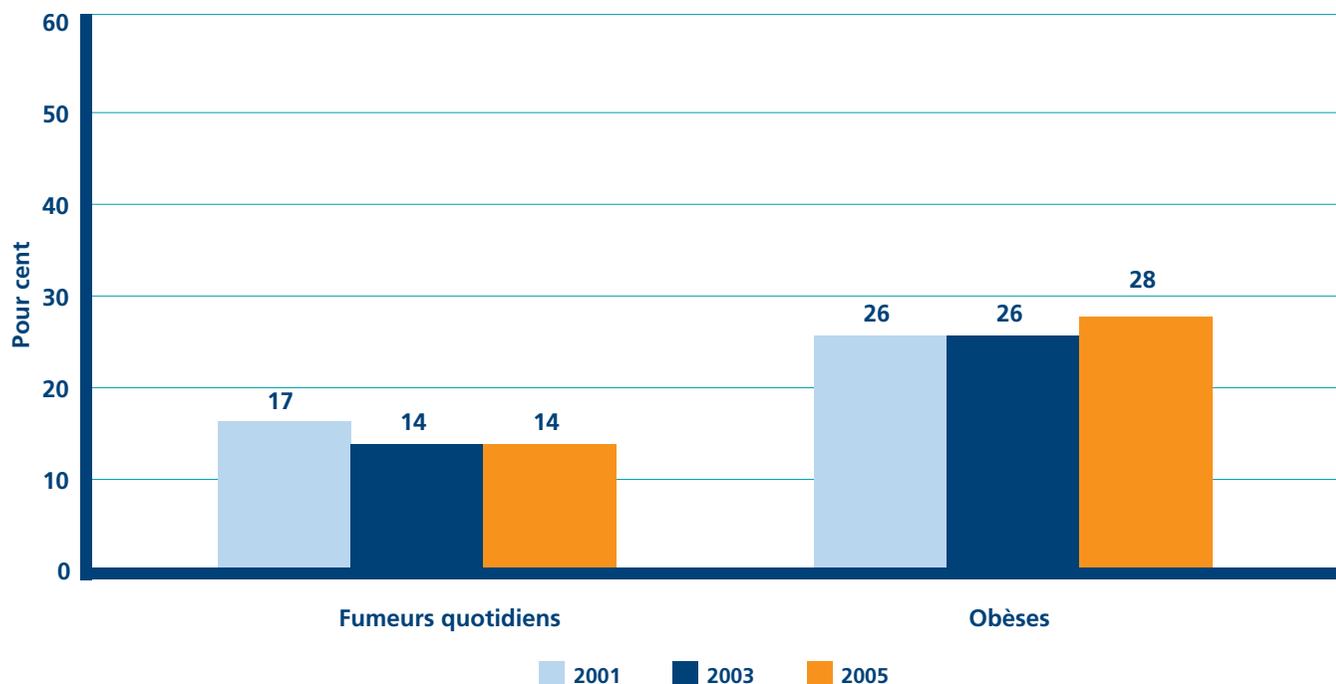


Ce n'est qu'un programme parmi tant d'autres mis sur pied dans la province pour aider les gens à obtenir la nutrition nécessaire à leur bien-être. Le ministère de la Promotion de la santé offre des programmes dans les écoles du Nord de l'Ontario pour offrir des fruits et des légumes aux enfants d'âge scolaire. Le projet pilote de 900 000 \$ organisé à Algoma distribuera à environ 12 000 élèves de l'école élémentaire trois portions de fruits et légumes par semaine jusqu'en juin 2008.

Ce n'est qu'un programme parmi tant d'autres mis sur pied dans la province pour aider les gens à obtenir la nutrition nécessaire à leur bien-être. Le ministère de la Promotion de la santé offre des programmes dans les écoles du Nord de l'Ontario pour offrir des fruits et des légumes aux enfants d'âge scolaire. Le projet pilote de 900 000 \$ organisé à Algoma distribuera à environ 12 000 élèves de l'école élémentaire trois portions de fruits et légumes par semaine jusqu'en juin 2008.

Une recherche menée par Action Cancer Ontario a conclu que les hommes de 18 à 34 ans sont parmi les plus susceptibles de ne pas manger leurs fruits et légumes. En partenariat avec XM Satellite Radio, ainsi qu'avec la division ontarienne de la Société canadienne du cancer et plusieurs réseaux régionaux de prévention et de dépistage du cancer, Action Cancer Ontario a conçu différents messages publicitaires qui seront diffusés à la radio pour inciter les hommes, les femmes et les enfants à consommer plus d'aliments sains.

Pourcentage d'Ontariens atteints d'une maladie du cœur ou de diabète et qui fument tous les jours ou sont obèses, 2001, 2003 et 2005



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005.

sur 10 affirment que leur régime alimentaire ne contient pas la ration recommandée de fruits et légumes, sans égard à leur revenu. Les personnes les plus pauvres ont de la difficulté à se procurer assez d'aliments, mais quand elles y parviennent, elles sont aussi susceptibles que les personnes plus fortunées de manger selon les normes alimentaires recommandées.

Afin de faire ressortir les résultats, nous avons réuni dans un même tableau les données sur l'obésité et l'usage du tabac chez les personnes atteintes de maladies du cœur et de diabète. Presque une personne sur quatre atteintes soit de diabète, soit d'une maladie du cœur est obèse, et près d'une sur six fume tous les jours. Les taux d'usage du tabac ont diminué et les taux d'obésité se sont accrus, mais légèrement dans les deux cas. Dans l'ensemble, cependant, nous constatons que peu de progrès ont été réalisés dans la réduction de la prévalence de ces facteurs de risque chez les patients déjà le plus à risque. L'occasion se présente clairement aux médecins et aux autres fournisseurs de soins primaires qui souhaitent offrir des conseils, des services de counseling et, dans certains cas, une pharmacothérapie pour aider ces patients à améliorer leur mode de vie afin d'accroître leurs chances de vivre plus longtemps et d'une manière plus productive.

Le régime alimentaire, le revenu et l'environnement supposent des enjeux complexes qu'il nous faut mieux comprendre. Seuls certains d'entre eux peuvent être résolus à travers les soins de

santé. Souvent, par exemple, les personnes plus pauvres ont moins librement accès aux sources d'aliments sains et aux installations de conditionnement physique. Dans ces cas de figure, des initiatives communautaires pour améliorer la nutrition et accroître l'exercice pourraient améliorer de beaucoup l'état de santé. En même temps, nous aimerions en savoir plus long sur les raisons pour lesquelles les personnes souffrant d'affections chroniques — dont la plupart reçoivent beaucoup de soins médicaux — tendent quand même à être obèses et à fumer. Y a-t-il des fournisseurs de soins primaires qui s'occupent en priorité des facteurs de risque? Nous allons certainement surveiller les réformes dans les soins primaires et les efforts visant à améliorer la gestion des maladies chroniques, afin de voir si les facteurs de risque se résorbent chez les patients atteints de maladies chroniques.

Nous trouverons peut-être un début de réponse dans le projet POWER (Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report Card), cette étude qui s'intéresse aux premières causes de maladie et de décès chez les Ontariennes, ainsi qu'à leur santé globale, à leur accès aux services de santé et à l'influence qu'exercent sur leur santé d'autres facteurs tels que la pauvreté et l'origine ethnoculturelle. Le bilan de cette étude sera rendu public au printemps de 2008 et formera le premier d'une série. De plus amples renseignements sont affichés dans le site Web de POWER : www.powerstudy.ca.



Maîtriser la maladie clés en mains — apprendre à gérer une maladie chronique

L'autogestion, souvent décrite comme une démarche importante de la vie d'un malade chronique, est un mot d'ordre facile à donner, plus difficile à définir et peu facile à observer. L'autogestion, c'est par définition connaître vos symptômes, savoir ce qu'ils signifient et savoir comment les surmonter. Une variation de glycémie chez un diabétique, par exemple, peut nécessiter un goûter soigneusement choisi, ou une injection d'insuline. Une prise de poids soudaine, si vous souffrez d'insuffisance cardiaque congestive, vous alertera d'un danger et peut-être aussi du besoin d'augmenter votre dose de médicament. Une attention au régime alimentaire et à l'exercice sera bénéfique pour la plupart des maladies chroniques, et le patient est souvent la personne la mieux placée pour assurer l'observation des règles dans les deux cas. Grâce à l'autogestion, les médecins et le personnel infirmier n'ont pas besoin d'être présents 24 heures sur 24 pour surveiller la santé d'un patient — et, surtout, les patients ont en quelque sorte le sentiment de maîtriser leur maladie.

D'un autre côté, pour gérer sa maladie, il faut de l'entraînement et de l'expérience. Il faut à la fois maîtriser les techniques requises et avoir la confiance nécessaire. Dans une petite ville du Nord-Ouest de l'Ontario, l'équipe Santé familiale de la région de Dryden donne aux malades chroniques les clés pour maîtriser leur maladie grâce au programme It's Your Health!

Lorsqu'un malade chronique est orienté vers le programme It's Your Health!, un « capitaine », dans tous les cas une infirmière autorisée, procède à une évaluation médicale. Pendant l'évaluation, les patients se fixent des objectifs de santé personnels et, avec l'aide de leur capitaine, ils déterminent la prochaine étape de leurs soins. Ceci est particulièrement important pour les patients présentant de multiples maladies chroniques. Tout au long du processus, l'équipe et le patient passent en revue les objectifs choisis et en établissent de nouveaux lorsque ce dernier est prêt et motivé à continuer.

Ce programme est divisé en sections : Vivre sainement (promotion de la santé et prévention), Gérer votre santé (gestion et prévention des maladies chroniques) et Votre trousse de santé (soins personnalisés). Vivre sainement sensibilise les clients à tout ce qui contribue à maintenir la santé, notamment : l'exercice; la nutrition; le dépistage des maladies; l'immunisation; la prévention du diabète; l'impact du stress et l'importance de la relaxation; l'usage sécuritaire des médicaments; maintenir un poids sain; cesser de fumer; et des lignes directrices pour prévenir les dangers de l'alcool. Des renseignements pour partir du bon pied sont également offerts aux femmes enceintes et aux nouvelles mères.

La section Gérer votre santé propose des séances de groupe et individuelles. Les patients atteints de différentes maladies, notamment d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, d'asthme, d'un taux de cholestérol élevé, d'hypertension, d'arthrite et de problèmes de santé mentale, se réunissent en groupes pour comprendre leur maladie et apprendre comment vivre une vie saine. La nutrition est un aspect clé de tous les programmes, abordé par des diététistes autorisés sous la forme de services de counseling de groupe et individuel adaptés à certaines maladies.

Dans le cadre du volet Votre trousse de santé, les patients ont des rendez-vous personnels avec divers professionnels de santé membres de l'équipe, selon qu'ils ont besoin d'un soutien ou d'une surveillance supplémentaire.

Les patients sont dirigés vers le programme et évoluent en son sein selon leurs besoins et le plan de soins élaboré dans le cadre de leur évaluation par leur équipe Santé familiale. Jusqu'à présent, les résultats du programme sont positifs et soutiennent le modèle de soins interdisciplinaires. Les patients ont accès à l'information et au soutien nécessaires pour prévenir et gérer les maladies chroniques, et ils peuvent profiter pleinement des avantages que leur offrent les services de soins primaires en santé mentale. Au cours de l'année qui a suivi le démarrage du programme, il y a eu plus de 1 200 rencontres It's Your Health!, dans le cadre de séances de groupe et de rendez-vous personnels.

On a recensé, entre autres, des visites faites par les 542 patients inscrits à un programme de lutte contre l'hypertension offert en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario. Quatre-vingt-quinze pour cent des patients participant au programme sont revenus pour un suivi et continuent à être contrôlés par l'équipe Santé familiale et à évaluer régulièrement leurs objectifs et leur degré de confiance.

Lorsque ce programme aura atteint son dix-huitième mois d'existence (en juillet 2008), son incidence sera évaluée en fonction d'un certain nombre de mesures. Par exemple, pour les patients souffrant d'asthme et de maladies pulmonaires obstructives chroniques, les changements dans le nombre d'examen spirométriques pour évaluer la fonction pulmonaire, ainsi que dans le nombre d'admissions à l'hôpital et dans les services des urgences, seront évalués afin de déterminer l'impact du programme.





2.10 Conclusions

Le système de santé public de l'Ontario est une entreprise gigantesque. Il veille sur plus de 12 millions de personnes dans une province qui s'étend sur un territoire plus vaste que celui de nombreux pays. Il fournit des services allant du simple examen médical pour les tout-petits en bonne santé, à l'intervention chirurgicale d'une importance vitale et d'une complexité qui dépasse presque l'imaginable. Il s'occupe des personnes qui ont des problèmes aigus de courte durée et soutient les malades chroniques en leur fournissant des soins, des années durant. Il emploie des milliers de personnes et a englouti une part du budget provincial se chiffrant à 36 milliards de dollars l'an dernier.

C'est pour l'essentiel un système dont il y a de quoi être fier, mais il n'est pas sans imperfections. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a pour mandat de présenter des rapports sur la qualité du système de santé financé par les deniers publics et d'en favoriser l'amélioration. À cette fin, il faut définir les bons résultats, souligner les lacunes dans les soins et promouvoir les programmes d'amélioration de la qualité à tous les niveaux. Dans ce chapitre, nous présentons une vue d'ensemble des soins de santé dispensés en Ontario au cours de 2007. Dans la mesure où il est impossible de tout passer en revue, nous avons retenu certains exemples, afin de déterminer si les Ontariens et les Ontariennes reçoivent ce qu'ils nous affirment vouloir d'un système de santé performant — un système accessible, efficace, sûr, axé sur le patient, équitable, efficient, adéquatement outillé, intégré, et centré sur la santé de la population.

Nous craignons pour l'accès aux soins primaires — d'une si haute importance — pour la bonne raison qu'ils sont le tremplin vers tous les soins et que leur rôle dans le maintien d'une bonne santé est fondamental. Dans l'enquête du gouvernement de l'Ontario sur laquelle nous nous sommes fondés, une proportion élevée des répondants — 92 pour cent — ont déclaré avoir un médecin de famille. En revanche, bien que cette enquête nous révèle qu'environ la moitié des personnes qui n'ont pas de médecin de famille n'y attachent pas d'importance, nous avons calculé que dans la province, au moins 400 000 personnes à la recherche d'un médecin de famille sont incapables d'en trouver un. Un autre détail, peut-être plus inquiétant, est ressorti de notre recherche. Presque les deux tiers des Ontariens qui ont un médecin en soins primaires ne peuvent obtenir de rendez-vous dans les 48 heures lorsqu'ils en ont besoin.

Les retards dans les soins peuvent aboutir à des problèmes de santé plus graves. Dans d'autres sections de ce chapitre, nous nous intéressons d'une part aux enfants qui doivent se présenter de nouveau au service des urgences après y avoir reçu un traitement pour une crise d'asthme sévère, et d'autre part aux soins dispensés aux malades chroniques. Les soins primaires sont essentiels pour gérer les affections chroniques chez les jeunes et les personnes du troisième âge. Si, en revanche, les patients ne peuvent obtenir des soins au moment voulu dans la collectivité, ils risquent fort de se retrouver à l'hôpital. Pour les enfants asthmatiques, cela signifiera peut-être

la réadmission au service des urgences. Les adultes souffrant de maladies chroniques telles qu'une maladie du cœur ou le diabète sont hospitalisés pour de nombreuses raisons si leur état n'est pas maîtrisé, notamment pour des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. Cette incapacité des soins primaires à répondre aux besoins dans de brefs délais et de manière efficace continue de susciter en nous une profonde inquiétude. Nous n'aurons de cesse de nous concentrer sur le développement de la qualité dans notre réseau de soins primaires en renforçant son rôle dans la gestion des problèmes de santé avant qu'ils ne s'exacerbent.

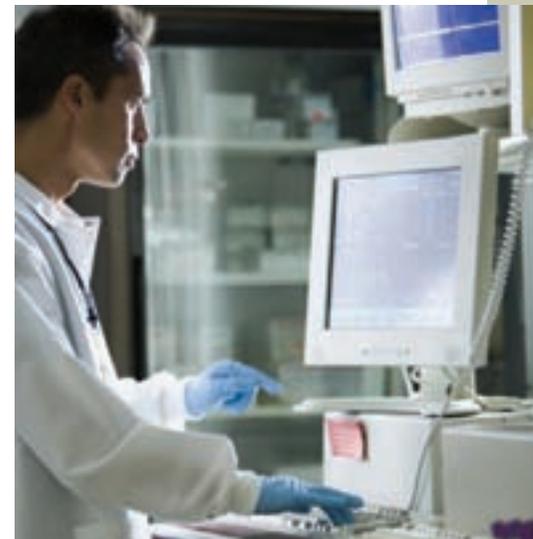
Au cours de nos travaux cette année, nous avons constaté que la plupart des Ontariens et des Ontariennes estiment être bien soignés dans les services de soins actifs, les services des urgences et les cabinets de médecins de famille. C'est une bonne nouvelle. Nous sommes heureux de voir une diminution constante du nombre de décès attribuables à des crises cardiaques et à des accidents vasculaires cérébraux dans le mois qui suit l'admission à l'hôpital. Les organisations et les établissements de soins de santé n'ont ménagé aucun effort pour traiter ces affections conformément aux lignes directrices en vigueur et ils fournissent aux patients les médicaments vitaux dans des délais beaucoup plus brefs qu'auparavant. La différence s'observe dans l'amélioration des taux de survie.

Hélas, certaines mesures que nous utilisons pour évaluer le système de santé semblent montrer que nous n'atteignons pas les normes qui selon les experts correspondent aux meilleurs soins possibles. L'une des mesures signalant un problème est l'utilisation de médicaments figurant sur la « liste Beers », plus fréquente chez les personnes âgées résidant dans la collectivité que chez celles qui sont en foyers de soins de longue durée. Il peut être dangereux de donner ces médicaments à des personnes âgées, principalement parce qu'ils peuvent causer chez elles des étourdissements ou une désorientation qui risquent de provoquer une chute. Ces médicaments sont utilisés trop souvent dans divers milieux, mais le taux diminue plus rapidement dans les soins de longue durée. C'est là un exemple des domaines où nous pourrions faire un usage efficace de la technologie de l'information pour améliorer la qualité. Si nous avons des dossiers médicaux électroniques liés à des systèmes de pharmacie capables d'émettre des mises en garde contre la prescription abusive et les choix de médicaments dangereux pour les personnes âgées, c'est tout un éventail de problèmes qui pourraient être évités, bien que la question subsiste : « Pourquoi ces médicaments sont-ils même utilisés? »

Toute la problématique entourant l'investissement dans la technologie et la gestion de l'information, depuis les dossiers médicaux électroniques jusqu'aux systèmes efficaces de surveillance des données, reste notre préoccupation la plus vive en ce qui concerne le système de santé de l'Ontario. Nous avons fait des pas de géant dans l'utilisation de la vidéoconférence et d'autres techniques de télécommunication pour donner aux patients l'accès aux spécialistes et aux examens qui ne sont pas offerts dans leur région. Les résidents de l'Ontario sont très favorables au réseau Télésanté qui les aide à prendre des décisions sur le type de soins qu'ils doivent rechercher.

Cependant, les organisations de soins de santé en général réussissent mal le passage vers des systèmes d'information électroniques efficaces. Les investissements dans l'ensemble de la province se maintiennent à 3,6 pour cent de la dépense publique totale consacrée à la santé, presque immobiles par rapport au taux de 3,5 pour cent des trois années précédentes, et de loin inférieurs au taux de 6,6 pour cent du revenu que le secteur financier consacre à la technologie et à la gestion de l'information.

Nous ne pouvons espérer continuer à améliorer les soins de santé sans révolutionner notre utilisation de la technologie de l'information. Nous approchons du point où, en matière de soins de santé, l'incapacité à adopter et à utiliser les systèmes d'information tourne au désavantage de segments entiers de la population ontarienne. À moins de vous faire soigner dans les plus grands hôpitaux ou d'avoir un fournisseur de soins primaires très progressiste, vos soins pourraient en pâtir car, en effet, une communication de l'information laissée au hasard fera rater des traitements et un suivi importants. L'absence de systèmes d'information électroniques porte préjudice aux patients et limite la capacité à améliorer la qualité. Cela, nous l'avons précisé dans nos rapports précédents, et nous le maintenons.





3

3.1 Introduction

Les maladies chroniques se répercutent lourdement sur notre société. Elles sont très répandues et, en Ontario, une personne sur trois en est affligée. Chez les personnes de 65 ans et plus, 80 pour cent ont au moins une maladie chronique et, de celles-ci, environ 70 pour cent en supportent plusieurs⁴¹. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 89 pour cent de l'ensemble des décès au Canada sont causés par une maladie chronique⁴². Bien que la souffrance humaine causée par les maladies chroniques soit notre préoccupation numéro un, les recherches de l'OMS établissent à 80 milliards de dollars par an le coût lié au traitement médical des maladies chroniques et à la perte de productivité qu'elles entraînent au Canada⁴³.

Les preuves scientifiques foisonnent en ce qui concerne les types de traitements et la surveillance auxquels devraient être soumises les personnes qui en sont atteintes. Pourtant, dans le monde entier, les systèmes de santé peinent à dispenser à coup sûr les bons soins. Des études menées au Canada et à l'étranger montrent que moins de la moitié des patients atteints de diabète atteignent leurs cibles pour la maîtrise de leur glycémie ou de leur tension artérielle. Nombre d'entre eux ne reçoivent pas les bons médicaments, les expertises appropriées ou les examens médicaux courants. Seule une petite fraction d'individus obtiennent tous les traitements et les contrôles recommandés^{44, 45, 46, 47}. Ainsi qu'il est précisé dans ce chapitre, l'Ontario ne fait pas exception : notre système de santé est incapable de fournir les bons soins au bon moment dans tous les cas. Résultat : de nombreux résidents de l'Ontario souffrent de complications dévastatrices ou meurent inutilement.



Les maladies chroniques sont des maux qui perturbent notre vie pendant des années. Elles comprennent les maladies du cœur, le diabète, l'asthme et l'arthrite. Elles tendent à empirer graduellement au fil du temps et peuvent causer de la douleur, de la souffrance, des complications invalidantes ou une mort prématurée. Bien qu'il n'existe aucun remède permettant de les enrayer complètement, des changements dans le mode de vie, des traitements médicaux et un contrôle rigoureux peuvent réduire le risque d'en être atteint ou ralentir leur progression lorsqu'elles se manifestent.

Lucille Risannen — une lutte acharnée

Toute une vie consacrée à s'occuper de sa famille n'a pas aidé Lucille Risannen à s'occuper d'elle-même. Lucille est une personne âgée autochtone qui vit et travaille à Thunder Bay depuis 55 ans. Elle a élevé sept enfants qui lui ont donné 17 petits-enfants. Aujourd'hui, elle souffre de diabète, d'hypothyroïdie, d'angine, d'arthrite, de cardiopathie, d'obésité et de douleur neuropathique. Elle supporte par surcroît des migraines, un côlon irritable, de l'hypertension, et elle a un stimulateur cardiaque.

Avec autant de problèmes de santé, il n'est pas étonnant qu'elle puisse à peine sortir de chez elle. Elle dit que vivre avec des maladies chroniques et les restrictions que cela comporte, c'est comme « vivre en prison ». Plus rien n'est simple — tout ce qu'elle fait doit être planifié en fonction de ses maladies. La douleur neuropathique qu'elle ressent dans la jambe (et qui est provoquée par la lésion d'un nerf que lui a causée son diabète) est parfois si intense qu'à la fin de la journée elle arrive à peine à marcher.

Lucille dit que ce sont ses problèmes de diabète et d'obésité qui se répercutent le plus lourdement sur elle — sur le plan affectif, physique et social. Hélas, ces deux problèmes sont très répandus chez les siens. Dans le rapport de l'an dernier, nous avons abordé la santé des Autochtones de l'Ontario. De nombreuses recherches montrent que l'état de santé des Autochtones est pire que celui de la majorité des Canadiens. Chez eux, l'incidence du diabète est de trois à cinq fois plus élevée et le taux d'affections cardiaques et de troubles respiratoires est multiplié par deux. Ils sont également plus susceptibles de souffrir d'obésité ou d'obésité ainsi que d'hypertension.

La pauvreté joue un rôle dans ces problèmes de santé. Avec des familles nombreuses à leur charge et le coût des fournitures nécessaires pour gérer le diabète — dont la majeure partie n'est pas payée par l'Assurance-santé — les gens n'ont peut-être pas les moyens de s'occuper correctement d'eux-mêmes. Au cours de sa maladie, il y a eu des moments où Lucille a dû décider si elle allait consacrer son argent au loyer, à ses enfants ou à l'achat de médicaments.

Souvent, les médicaments n'étaient pas sa priorité immédiate. « Je pouvais difficilement me permettre tous les médicaments, et par la suite les seringues puis les bâtonnets réactifs [pour l'estimation de la glycémie]. » Un jour, elle a cessé de prendre ses médicaments. Elle croyait se sentir mieux, mais son médecin l'avait mise en garde : elle risquait de s'évanouir à tout moment, sans prévenir, si elle ne recommençait pas à les prendre.

« Mon docteur m'a dit que je pouvais me sentir bien pour le moment mais que ça n'allait pas durer, alors j'ai recommencé à prendre mes médicaments. J'ai le sentiment d'avoir le choix de les prendre ou non, mais je sais aussi que si je ne les prends pas et que je tombe vraiment malade, ce sera ma faute et je ne veux pas mourir... il y a des gens ici qui ont encore besoin de moi, alors mourir est déjà hors de question. »

Lucille tient bon, avec l'aide de son médecin de famille et d'un spécialiste en médecine interne. Elle dit que tous deux sont à l'écoute et qu'ils lui expliquent bien les choses, mais au fil des années, sa condition d'Autochtone lui a parfois donné le sentiment d'être en position d'infériorité par rapport aux médecins. Elle aimerait voir plus de ressources mises à la disposition des Autochtones qui viennent du Nord se faire soigner dans les villes, qu'on leur propose les activités communautaires et sociales dont ils ont besoin, et une aide pour leurs problèmes médicaux.

Quant à elle, elle aimerait être mieux renseignée sur sa maladie et avoir plus de réponses à ses questions, mais comme elle n'est pas à l'aise en groupe nombreux, elle souhaiterait une approche plus personnelle ou même individuelle.





3.2 Mesurer la qualité dans le traitement des maladies chroniques

Définir la qualité

Dans ce chapitre, nous examinons en profondeur deux maladies chroniques : le diabète et la coronaropathie. Le diabète survient quand l'organisme ne peut utiliser adéquatement le glucose (dans le sang) pour ses besoins en énergie. Le diabète de type 1 se manifeste dans l'enfance ou à l'adolescence par suite de l'incapacité de l'organisme à produire de l'insuline, l'hormone qui transforme le glucose en énergie. Le diabète de type 2 est le résultat de l'incapacité de l'organisme à utiliser adéquatement l'insuline qu'il produit et survient habituellement à l'âge adulte en raison d'un excès de poids. Le diabète est un grave problème de santé car, à la longue, l'accumulation de glucose dans

l'organisme endommage les tissus, ce qui cause la cécité, des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, une insuffisance rénale, des ulcères cutanés et l'amputation du pied.

La coronaropathie est le type de maladie cardiaque le plus courant. Elle est causée par la plaque, une substance adhérente qui forme des dépôts dans les artères du cœur et les rétrécit, et qui peut même bloquer la circulation du sang. Si on la laisse progresser, elle risque d'entraîner des crises cardiaques et la mort.

Dans les deux cas, un régime sain, de l'exercice régulier, une perte de poids et l'abstention de fumer aideront à prévenir la maladie ou à ralentir sa progression. De bons soins médicaux tels qu'une surveillance adéquate et des médicaments appropriés aident aussi à prévenir les complications graves associées à ces affections. Le tableau suivant présente certains indicateurs de soins de bonne qualité vers lesquels nous devrions tendre, ainsi qu'une brève explication pour chaque indicateur.



Jim Kitts — tenir bon en suivant les bons conseils

Jim Kitts est un ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale. À 83 ans, il habite le village de Temagami, où il s'est établi à la fin de la guerre. Dans ce village qui compte un peu moins de 1 000 habitants, tout le monde le connaît : il a siégé au premier conseil municipal ainsi qu'au conseil scolaire et il a été actif au sein de la Légion royale canadienne. Il n'y a pas d'hôpital à Temagami. Si vous cherchez des soins dans ce petit village, vous aurez vraiment du fil à retordre. Heureusement, Jim a reçu une aide qui lui a permis de trouver des soins tout à fait convenables.

Les problèmes de santé de Jim ont commencé en 1982, lorsque après des années de douleur persistante à la poitrine, il a finalement été diagnostiqué d'une coronaropathie si grave qu'il a dû subir un pontage. Ce n'est qu'à ce moment-là que Jim a appris qu'il avait déjà eu deux crises cardiaques, lui qui avait tout mis sur le compte de l'épuisement.

Sept ans plus tard, les choses ont recommencé. La veille du Premier de l'an 1989, il a eu une autre crise cardiaque et l'ambulance volontaire de Temagami a parcouru plus de 60 kilomètres pour le transporter à l'hôpital de New Liskeard, où il a passé cinq jours aux soins intensifs. Jim dit qu'il a eu de la chance. Il a par la suite été renvoyé à Sudbury, le centre hospitalier le plus proche, pour un autre pontage.

Jim estime que c'est à son médecin de famille qu'il doit son rétablissement après sa chirurgie du cœur. Les cardiologues et les autres spécialistes, dans la ville lointaine de Sudbury, n'étaient pas là pour le guider pendant sa réadaptation. « Depuis ma première crise cardiaque, j'ai pris l'habitude de voir mon médecin de famille une fois par mois, explique-t-il. Je lui décrivais mes symptômes et lui, il me gardait sur les rails et m'encourageait à préparer tout un programme d'exercice. J'avais des exercices pour les bras et les jambes, et je marchais autant que je pouvais. » De plus, Jim — qui travaillait derrière un bureau — aimait les corvées exigeantes comme couper du bois et le corder quand il était à son chalet.

Le docteur l'a également aidé par d'autres moyens à vivre une vie plus saine. Jim raconte qu'au cours de sa vie il avait fumé par intermittence. Il avait cessé maintes fois, mais tous les hommes avec qui il travaillait fumaient pendant la pause-café, et Jim fumait aussi en discutant un peu. Il a fumé une cigarette, confie-t-il, juste avant de monter sur la civière qui l'a emmené vers la salle d'opération le jour de son pontage. Depuis, il a cessé pour de bon.

Il n'avait pas beaucoup songé à un régime alimentaire sain avant que son épouse Aliette ne devienne diabétique, 10 ans avant de succomber à un cancer. Quand Aliette a été diagnostiquée, ils ont suivi ensemble un programme d'éducation, à Sudbury, pour apprendre comment observer un régime sain, mesurer les taux de glycémie et vivre une vie équilibrée; Jim faisait souvent la cuisine pour eux.

Quand la santé d'Aliette s'est détériorée, par contre, Jim a constaté qu'il mangeait plus souvent au restaurant, et il a pris du poids. Récemment, il a perdu 11 kilos en surveillant ses portions. Il ne manque pas de prendre ses

cinq rations quotidiennes de fruits et légumes et il fait régulièrement une visite au poste d'ambulance, où il fait prendre sa tension artérielle. Celle-ci est consignée sur une fiche afin que son médecin puisse y jeter un coup d'œil lors de sa visite mensuelle. Si elle paraît un peu élevée, Jim la fait prendre une seconde fois et appelle son docteur au besoin. En fait, Jim a élaboré lui-même son programme de surveillance de maladie chronique.

Pour le moment, Jim est très autonome. Il peut encore conduire une voiture et tenir maison avec un peu d'aide d'un service local d'entretien ménager, ainsi que le soutien d'organisations communautaires offrant des repas livrés à domicile et un service de transport qui emmène les personnes âgées à leurs rendez-vous médicaux dans les grandes villes. Surtout, il profite de la vie et dit qu'il n'est pas encore prêt à partir.

« Je sens que j'ai vieilli beaucoup depuis deux ans mais je n'ai pas à me plaindre. J'aimerais vivre encore un peu. Je profite de chaque journée. J'aime rire un peu tous les jours. Tous les clubs dont je fais partie, toutes les activités auxquelles je participe — tout le monde le sait : si je ne ris pas, ce n'est pas pour moi. »

Indicateurs de diabète	Raison de leur importance
Deux tests HbA1c effectués au cours de la dernière année	Le test HbA1c mesure le taux moyen de glycémie au cours des trois derniers mois. Une surveillance étroite peut aider à déceler tôt une hyperglycémie chez un patient afin de pouvoir lui proposer un médicament et un mode de vie qui lui permettront de réduire son taux de glycémie.
Traitement à l'inhibiteur ECA ou au BRA discuté avec le patient	Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) aident à réduire la tension artérielle et les lésions rénales résultant du diabète. Les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine (BRA) servent à traiter les personnes qui ne supportent pas les inhibiteurs ECA.
Examen des pieds effectué au cours des deux dernières années	Un examen régulier des pieds peut permettre de déceler tôt des problèmes de peau que l'on peut empêcher de progresser et d'aboutir à des ulcères du pied et à son amputation s'ils sont maîtrisés à temps.
Tests de dépistage des troubles oculaires effectués au cours des deux dernières années	Des tests de dépistage réguliers peuvent permettre de déceler, derrière l'œil, les lésions rétinienne causées par le diabète. Si elles sont prises à temps, ces lésions peuvent être traitées au laser avant qu'elles ne s'étendent.
HbA1c < 7 %	Il a été démontré qu'en maintenant le taux d'HbA1c (moyenne glycémique sur trois mois) sous ce niveau, on réduit le risque d'affections rénales et oculaires.
Tension artérielle < 130/80	Il a été démontré qu'en maintenant la tension artérielle à un niveau très bas, on réduit le risque de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, d'anévrisme, d'insuffisance cardiaque, d'affection rénale et de décès.

Indicateurs de coronaropathie	Raison de leur importance
Traitement à la statine discuté avec le patient ^{III}	Les statines réduisent le cholestérol, en grande partie responsable de l'accumulation de plaque dans les artères. Elles aident à prévenir les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les décès.
Traitement à l'AAS (aspirine) discuté avec le patient ^{III}	L'AAS (acide acétylsalicylique) prévient la formation de caillots de sang. Les caillots contribuent également à la formation de la plaque. L'AAS aide à prévenir les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les décès.
Traitement aux bêtabloquants discuté avec le patient ^{III}	Les bêtabloquants aident à réduire l'effort exigé du cœur ainsi que la tension artérielle. Ils aident à prévenir les crises cardiaques et les décès.
Tension artérielle < 140/90	Il a été démontré qu'en maintenant la tension artérielle sous ce niveau, on réduit le risque d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque, d'anévrisme, d'insuffisance cardiaque, d'affection rénale et de décès.

^{III} Aux fins de cette étude, si une pharmacothérapie avait été discutée avec le patient, on jugeait que les soins étaient bons, que le patient prenne le médicament ou non. Dans certains cas, les patients ne peuvent prendre un médicament, soit parce qu'il provoque une réaction allergique ou des effets secondaires, soit en raison de son interaction avec un autre médicament.

Origine des données

Nous nous sommes appuyés sur les données d'une étude intitulée *Comparaison de modèles de soins primaires en Ontario*, menée par le Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires d'Ottawa, pour estimer les pourcentages dans chacun de ces indicateurs. Les chercheurs du Centre Lamont ont examiné manuellement les dossiers d'un échantillon de 4 108 Ontariens suivis dans 137 services de soins primaires pour savoir s'ils obtenaient les soins appropriés. À peu près un huitième des patients inclus dans cet échantillon souffraient de diabète ou de coronaropathie. Les services de soins primaires ont été recrutés sur une base volontaire aux fins de l'étude et se répartissaient sur l'ensemble du territoire ontarien, sauf les régions du Nord qui pour des raisons pratiques ont été exclues de l'étude. La collecte des données a été réalisée d'un seul coup à un moment précis (en 2006), et nous ne sommes donc pas à même de savoir si les soins s'améliorent ou se dégradent. L'Ontario doit de toute urgence acquérir la capacité de procéder régulièrement à la collecte et à la communication de ce type de données s'il veut assurer une bonne gestion du système. Si ce type de données est collecté de nouveau dans l'avenir, les résultats initiaux pourraient être utilisés comme point de référence pour juger si les soins se sont améliorés.

3.3 L'Ontario parvient-il à gérer les maladies chroniques?

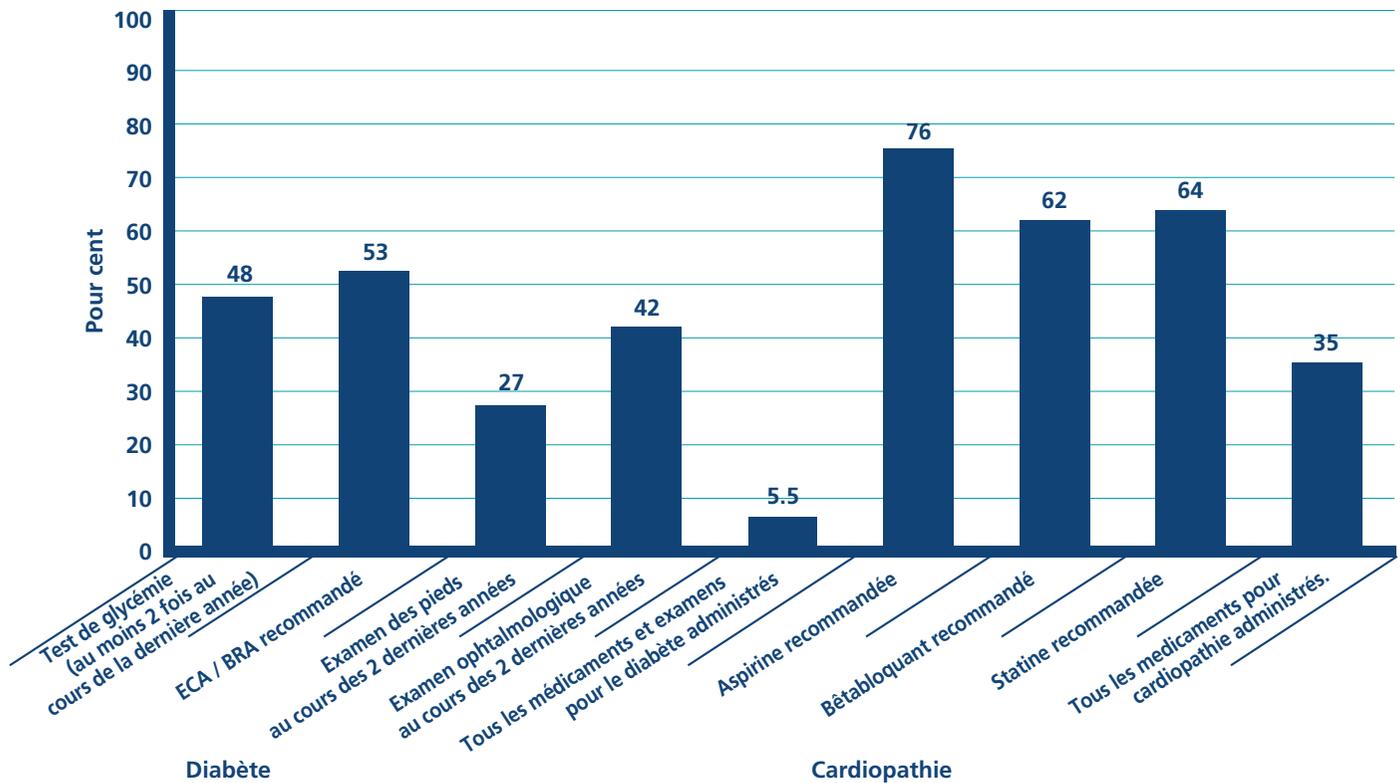
Gestion globale du diabète et de la coronaropathie

Dans l'ensemble, le système de santé de l'Ontario parvient mal à gérer les maladies chroniques. Moins de la moitié des personnes atteintes de diabète maîtrisent leur glycémie. La plupart ne subissent pas assez souvent d'exams des pieds, de la vue ou de contrôles périodiques de leur glycémie. Près de la moitié n'obtiennent pas l'inhibiteur ECA ou le médicament BRA recommandé et seuls six pour cent des patients diabétiques reçoivent à la fois tous les traitements souhaitables.

Les résultats pour la coronaropathie sont légèrement meilleurs que pour le diabète, mais il reste encore beaucoup à faire. Les trois quarts des patients se sont vu recommander de l'aspirine. Un peu moins des deux tiers des patients se sont vu recommander des bêtabloquants et une proportion semblable s'est vu recommander des statines. En principe, chacun de ces trois traitements devrait à tout le moins être envisagé pour tous les patients souffrant de coronaropathie. La trithérapie n'est envisagée que pour le tiers des patients.

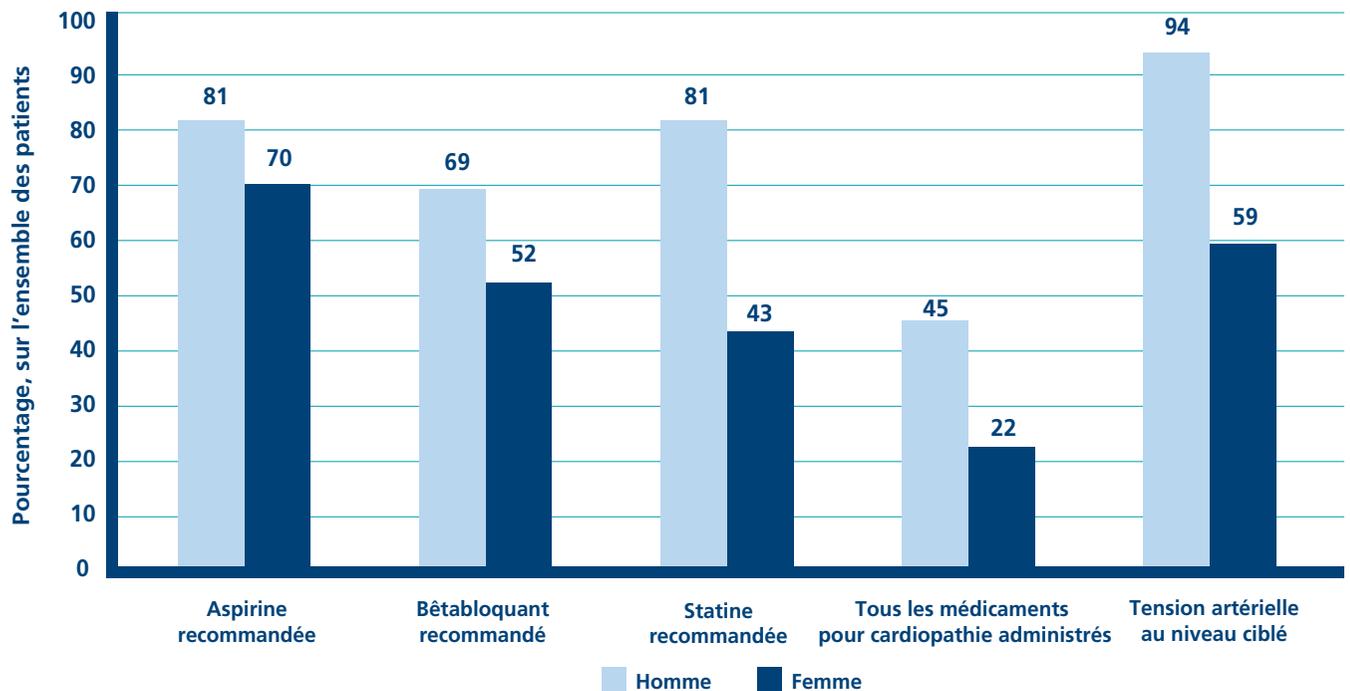


Pourcentage de patients souffrant de diabète et de maladies du cœur recevant les médicaments et examens recommandés en Ontario



Source : Étude intitulée *Comparaison de modèles de soins primaires en Ontario*; Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires, 2007.

Comparaison des soins aux hommes et aux femmes souffrant de cardiopathie en Ontario



Source : Étude intitulée *Comparaison de modèles de soins primaires en Ontario*; Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires, 2007.

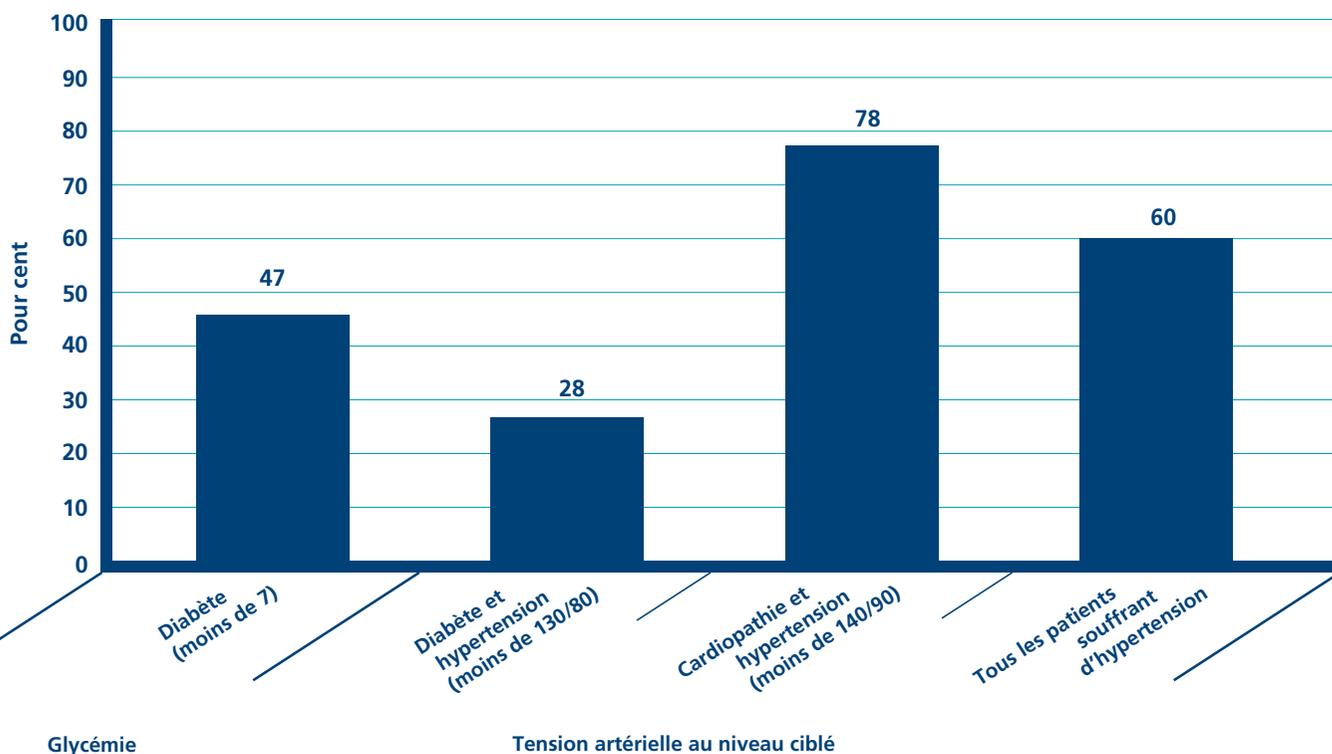
Différences dans la qualité des soins, selon le sexe

Il n'y a pas eu de différences significatives dans la qualité des soins entre les sexes chez les diabétiques. Cependant, pour ce qui concerne la coronaropathie, les femmes étaient beaucoup moins susceptibles que les hommes de se voir recommander les bons médicaments, ou de parvenir à maîtriser leur tension artérielle conformément à leurs objectifs (voir le tableau suivant). Ce traitement inégal est particulièrement troublant puisque que nous savons déjà que les femmes ne reçoivent pas le même niveau de soins lorsqu'elles sont hospitalisées pour un infarctus aigu du myocarde ou pour d'autres troubles cardiaques. Selon une étude menée récemment en Ontario, les femmes sont plus susceptibles de mourir à la suite d'un événement critique et moins susceptibles d'être admises aux soins intensifs ou de recevoir certains traitements essentiels au maintien des fonctions vitales, bien qu'elles soient plus nombreuses à être admises à l'hôpital⁴⁸.

Qualité des soins aux personnes souffrant d'hypertension, « celle qui tue en silence »

L'hypertension artérielle frappe de plein fouet environ 20 pour cent de l'ensemble de la population, et 22 pour cent des personnes ayant participé à cette étude. La plupart — 60 pour cent — des personnes diagnostiquées d'hypertension au cours des deux années précédentes avaient une tension artérielle qui entraînait dans la fourchette recommandée et 78 pour cent des patients souffrant de coronaropathie avaient une tension artérielle qui se situait dans la zone ciblée. Les patients souffrant de diabète et d'hypertension ne se portent pas aussi bien — seuls 28 pour cent d'entre eux étaient dans la fourchette ciblée.

Pourcentage de patients diagnostiqués pour le diabète, la cardiopathie et l'hypertension atteignant les cibles recommandées en Ontario



Ontario; Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires, 2007.



3.4 Notre manière d'organiser les soins fait-elle une différence pour les patients?

Les différents modèles de soins en Ontario

Nous ne cherchions pas uniquement à savoir si nous nous occupions bien des personnes atteintes de maladies chroniques — nous voulions savoir qui le faisait le mieux, et pourquoi. À cette fin, nous avons comparé quatre modèles différents de services de soins primaires, pour savoir si certains se distinguaient en fournissant de meilleurs soins, ou si certaines approches qu'ils utilisaient semblaient exercer l'action voulue sur les patients. Au moment de l'étude, il y avait quatre grands types de services de soins primaires en Ontario : les traditionnels cabinets de médecins facturant des honoraires à l'acte, les réseaux Santé familiale, les centres de santé communautaire et les organisations de services de santé. (Un cinquième modèle — celui des équipes Santé familiale — était en cours d'aménagement pendant nos travaux et n'a donc pas pu être évalué. Dans la province, il existe 150 équipes de ce type, et leur stade de développement varie.)

L'Ontario met actuellement à l'essai différentes méthodes de financement pour les soins primaires afin de vérifier la théorie selon laquelle des modèles de rémunération différents encouragent des modèles de soins différents. De nombreux experts pensent que le versement d'honoraires à l'acte aux médecins encourage le traitement des problèmes urgents, plutôt que la prévention et la gestion des maladies chroniques, et les dissuade de travailler en équipe avec d'autres types de professionnels de la santé, comme les infirmières praticiennes, les pharmaciens ou les thérapeutes.

En vertu des trois autres modèles que nous avons étudiés, les médecins sont rémunérés différemment; les méthodes employées sont faites pour encourager le travail d'équipe, offrir un plus large éventail de soins et, non pas tant soigner les maux, mais préserver la santé. Dans les organisations de services de santé, les médecins touchent des honoraires « de capitation », c'est-à-dire qu'ils sont principalement rémunérés en fonction d'un nombre basique de patients qui se sont inscrits chez eux. Au sein des réseaux Santé familiale, les médecins sont payés par capitation et touchent en plus une prime pour les patients qui ne sont pas sur leur liste, de même que des primes de rendement (pour taux élevés de vaccination, par exemple). Enfin, les



Colborne — des efforts concertés pour donner aux patients les soins qu'il faut

Le Colborne Family Medical Centre de London s'occupe des familles, des étudiants et des personnes âgées depuis 1981. Ce service compte cinq médecins de famille à temps partiel, deux infirmières et deux réceptionnistes. Pourquoi le Colborne Family Medical Centre est-il devenu un projet d'équipe, d'une manière qui transcende le partage du loyer?

Peut-être parce que celles qui y travaillent (que des femmes) partagent les mêmes valeurs et une approche similaire des soins à dispenser aux patients, particulièrement aux malades chroniques. Et puis, elles aiment fêter leurs anniversaires ensemble.

« Pour bien travailler en équipe, chaque membre doit être solidaire de l'autre, donner et recevoir l'information, et savoir qu'il donnera le meilleur de lui-même pour le patient », affirme l'infirmière auxiliaire autorisée Barbara Smith.

Les cinq femmes médecins du centre Colborne sont rémunérées selon la méthode traditionnelle des honoraires à l'acte, et chacune a sa propre clientèle. Selon un principe moins traditionnel, elles se partagent les services de l'infirmière Smith et de sa collègue infirmière autorisée, qui exerce à temps partiel, ainsi que ceux de deux réceptionnistes, qui tiennent également un rôle actif dans l'équipe puisque c'est à elles, par exemple, de décider si le patient verra une infirmière ou un médecin.

En ce qui concerne les soins aux patients, les infirmières sont en tant que membres de l'équipe celles qui se chargent de la plupart des contrôles de routine. Si un patient vient passer un examen médical régulier, l'une des infirmières a déjà noté son poids et sa tension artérielle. Si un patient diabétique a rendez-vous et qu'un test glycémique est nécessaire, c'est l'infirmière qui s'en occupe. Tous les nouveaux renseignements sont consignés au dossier avant que la consultation proprement dite ne commence. M^{me} Smith et sa collègue font également tous les appels téléphoniques aux patients, que ce soit pour leur communiquer les résultats de leurs tests ou des changements dans les médicaments qu'ils doivent prendre. Elles répondent aux appels téléphoniques des patients, leur obtiennent des réponses auprès des médecins et les leur communiquent.

Par contre, elles travaillent aussi en solo. Si M^{me} Smith voit une patiente qui souffre d'hypertension dans la salle d'attente, elle prend sa tension artérielle même si au départ elle était venue pour autre chose. « Si je ne les ai pas vus depuis un certain temps, je les attrape et je leur dis « Puisque vous êtes là, laissez-moi vous examiner ».

centres de santé communautaire sont dirigés par des conseils locaux qui décident non seulement quel type de professionnels de santé embaucher, mais quels services complémentaires ils doivent offrir, ceux-ci pouvant aller de cours de langue à des services de défense des droits au logement. Tous, y compris les médecins, reçoivent un salaire.

Ces quatre modèles se distinguent toutefois par d'autres caractéristiques que les modes de rémunération. Les centres de santé communautaire ont été conçus pour servir les groupes qui ont des difficultés d'accès aux soins. Ainsi, une proportion plus

élevée de leur clientèle regroupe des personnes à faible revenu ou qui ne parlent pas anglais à la maison (voir le tableau suivant). Tous les centres de santé sont des services de groupe, accordent des consultations plus longues, emploient un plus grand nombre d'infirmières et d'infirmières praticiennes, et ils ont le plus petit nombre de patients par médecin. Les médecins qui sont rémunérés à l'acte ont le plus petit nombre de non-médecins au sein de leur équipe et le plus faible taux d'utilisation du dossier médical électronique. Les organisations de services de santé ont le plus grand nombre de patients par médecin.

Connaître vos patients assez bien pour savoir qu'ils ne sont pas venus faire prendre leur tension artérielle depuis un moment, c'est indispensable dans un service axé sur le patient — et c'est d'ailleurs l'un des principes que défendent tous les membres de l'équipe du centre Colborne.

Dans un service axé sur le patient, pour s'occuper de quelqu'un qui est atteint d'une maladie chronique, il ne faut pas se contenter de traiter les symptômes. Pour fournir de bons soins, il faut connaître le patient, sa famille, son environnement et les difficultés auxquelles il fait face pour gérer sa maladie. Cependant, les professionnels du centre Colborne croient aussi que pour élaborer un plan conjoint de soins de longue durée, il faut d'abord accepter la réalité d'une maladie chronique et s'approprier l'auto traitement.

Cela dit, Colborne adresse ses patients diabétiques nouvellement diagnostiqués au Lawson Diabetes Centre, qui offre des programmes d'éducation d'un jour aux patients adultes et à leurs familles. Au centre Lawson, les patients commencent par apprendre à gérer les soins liés au diabète et comment prendre en charge la gestion de leur maladie.

Les médecins du centre Colborne utilisent les tableaux séquentiels provinciaux du diabète pour suivre les résultats d'examens et les traitements des patients. Ainsi, les patients reviennent systématiquement tous les trois mois pour les examens et le contrôle nécessaires, et les médecins, pour leur part, peuvent se tenir au fait des plus récentes lignes directrices et être guidés dans l'élaboration des plans de soins personnalisés qu'ils préparent pour chaque patient.

Des tableaux de facteurs de risque sont utilisés pour expliquer aux patients pourquoi ils doivent modifier leurs habitudes alimentaires et leur conception de l'exercice. De nombreux médecins ont donné des « devoirs » à leurs patients pour les encourager à visiter des sites Web ou à participer à des programmes d'exercice.

« Je suis un grand défenseur de l'exercice, affirme le D^r Pearl Langer. Je parle d'exercice en toute connaissance de cause et de manière très précise; je donne toujours des encouragements et je n'abandonne jamais. Il faut connaître le patient, savoir ce qui peut l'arrêter, connaître ses circonstances, et promouvoir le changement. Je prescris l'exercice comme remède. Commencez par 20 minutes à raison de trois séances par semaine, puis augmentez la dose. Il faut travailler avec le patient pour surmonter les obstacles qui l'empêchent de réussir. »

À l'occasion, les patients qui ont beaucoup de mal à maîtriser leur diabète sont renvoyés au centre Lawson pour une séance de recyclage, mais le soutien dont ils ont besoin leur vient en majeure partie des médecins et des infirmières du centre Colborne. Le déploiement du dossier médical électronique devrait permettre une gestion plus efficace des maladies chroniques. Il était prévu pour avril, en commençant par le passage à l'organisation électronique des rendez-vous, suivie des dossiers médicaux électroniques proprement dits.

Principales différences dans les caractéristiques des modèles de soins : comparaison entre les centres de santé communautaire et trois autres modèles de soins primaires

	Centre de santé communautaire	Honoraires à l'acte	Réseau santé familiale	Organisation de services de santé
Pourcentage de patients ayant un revenu inférieur à 35 000 \$	51	26	30	33
Pourcentage de patients ne parlant pas anglais à la maison	17	7	3	1
Pourcentage ayant un médecin de famille exerçant en solo	0	26	37	38
Pourcentage de services dotés d'une infirmière praticienne	100	9	37	19
Nombre moyen d'infirmières praticiennes par service	2,5	0,1	0,3	0,2
Nombre de patients par médecin	1 300	1 800	1 400	2 000
Temps prévu pour une visite de routine (en minutes)	25	13	13	14
Pourcentage de services utilisant le dossier médical électronique	29	14	57	44
Nombre d'autres professionnels de santé ^{IV} pour 1 médecin	1,8	0,3	0,64	0,75

Source : Étude intitulée *Comparaison de modèles de soins primaires en Ontario*; Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires, 2007.

Différences dans la qualité, selon le modèle de soins

Dans l'ensemble, les soins aux personnes atteintes de diabète et de coronaropathie étaient de meilleure qualité dans les centres de santé communautaire, où les patients reçoivent presque les trois quarts des médicaments et des tests de contrôle recommandés, alors que les trois autres modèles ont fourni entre 55 et 59 pour cent des médicaments et des tests recommandés^V. Les soins sont particulièrement de meilleure qualité pour le diabète. En effet, 30 pour cent des patients traités pour le diabète dans des centres de santé communautaire ont reçu tous les soins recommandés, comparativement à quatre pour cent seulement des patients suivis par des professionnels touchant des honoraires à l'acte.

Bien que les centres de santé communautaire fournissent dans une bien plus large mesure les soins recommandés, leurs patients ne sont pas plus susceptibles de maîtriser leur glycémie (selon les tests HbA1c) que les patients de tout autre type de service. Pourquoi? D'abord, les patients des centres de santé communautaire sont plus susceptibles d'être pauvres ou confrontés à un obstacle linguistique ou culturel qui gêne l'accès aux soins. Il est

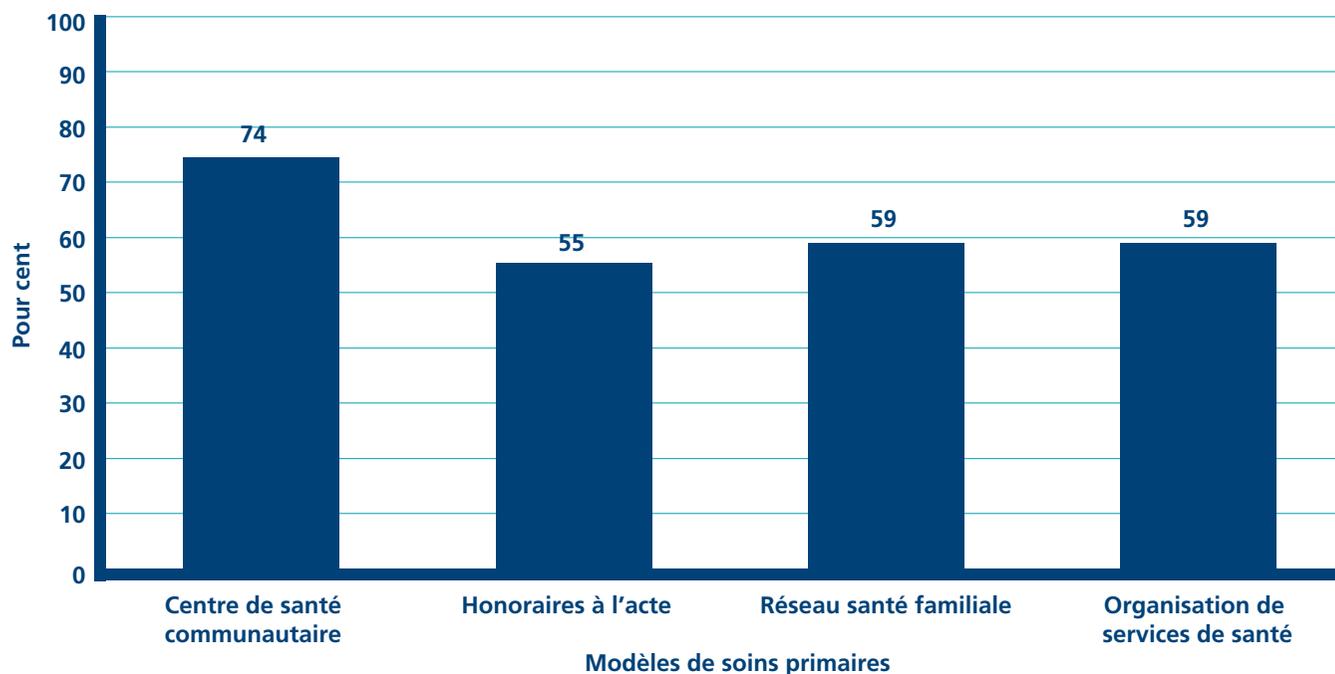
donc possible qu'ils ne puissent suivre les recommandations concernant un meilleur régime alimentaire ou l'exercice, ou qu'ils ne puissent s'offrir des médicaments. Si tel est le cas, les centres de santé communautaire pourraient en fait avoir de très bons résultats, des résultats aussi bons même que les services qui ont des patients plus nombreux et plus instruits et qui sont davantage en mesure de s'occuper d'eux-mêmes.



^{IV} Podologues, pharmaciens, infirmières et infirmières praticiennes.

^V Le nombre total de médicaments et d'examen recommandés a été calculé en multipliant le nombre total de patients diabétiques visés par l'étude, par le nombre de médicaments et d'examen que chaque patient aurait dû recevoir. La même opération a été effectuée pour les patients atteints de coronaropathie. Ces résultats ont ensuite été comparés au nombre réel de médicaments et d'examen que ces mêmes patients ont reçus.

Pourcentage de médicaments et tests recommandés fournis aux patients atteints de diabète et de coronaropathie en Ontario, par modèle de soins



Nota : Données rajustées selon l'âge et le sexe.

Source : Étude intitulée *Comparaison de modèles de soins primaires en Ontario*; Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires, 2007.

Différences dans la qualité, selon les caractéristiques du modèle de soins

Nous avons employé une technique statistique appelée « analyse de régression » pour vérifier si d'éventuels facteurs liés à l'organisation des soins semblent influencer la qualité. Nous avons testé plusieurs facteurs possibles, notamment la taille du service, la composition de l'équipe et l'utilisation de la technologie de l'information. En suivant cette méthode, nous avons constaté que la présence d'une infirmière praticienne au sein du service est le plus important facteur associé à la qualité supérieure des soins; dans les services qui sont dotés d'infirmières praticiennes, la capacité à fournir aux patients les médicaments, les tests et les examens appropriés est de 10 pour cent plus élevée que dans les services qui n'en ont pas. Les résultats de recherches nous révèlent également que les infirmières praticiennes ont tendance à concentrer leurs efforts sur le soutien à donner aux malades chroniques, par exemple des renseignements sur la santé et des conseils sur le régime alimentaire, l'exercice et l'usage du tabac⁴⁹.

Fait intéressant, nous avons constaté que les services qui utilisent le dossier médical électronique n'ont pas un score plus élevé pour la qualité. En théorie, le dossier médical électronique peut aider les professionnels à suivre leurs patients de plus près, à créer des rappels pour un test ou à leur indiquer quels

médicaments il faut commander. Pour implanter des systèmes informatisés dans un bureau et développer l'expertise nécessaire pour en faire une utilisation efficace, il faut du temps et de l'argent. Une chose est possible : de nombreuses caractéristiques du dossier médical électronique capables de rehausser les soins aux malades chroniques ne sont pas utilisées.

Comment les centres de santé communautaire parviennent-ils mieux à gérer les maladies chroniques alors qu'ils desservent une population plus difficile à soigner? En partie parce qu'ils investissent davantage de ressources par patient : ils ont moins de patients par médecin et davantage d'autres types de travailleurs de la santé collaborant avec chaque médecin de famille. Naturellement, les centres de santé communautaire consacrent des sommes plus élevées à la prestation de soins aux malades chroniques que ne le font les autres modèles de soins. C'est peut-être le prix à payer pour servir les membres les plus vulnérables de notre société.

Il faudra quand même poursuivre les recherches afin de savoir ce qui formerait un noyau de fournisseurs suffisamment nombreux et constitué selon des proportions adéquates pour le reste de la population ontarienne. Enfin, on ne saurait contempler le scénario d'un œil complaisant : même dans les centres de santé communautaire, seuls 30 pour cent des patients diabétiques se sont vu offrir les quatre interventions recommandées.

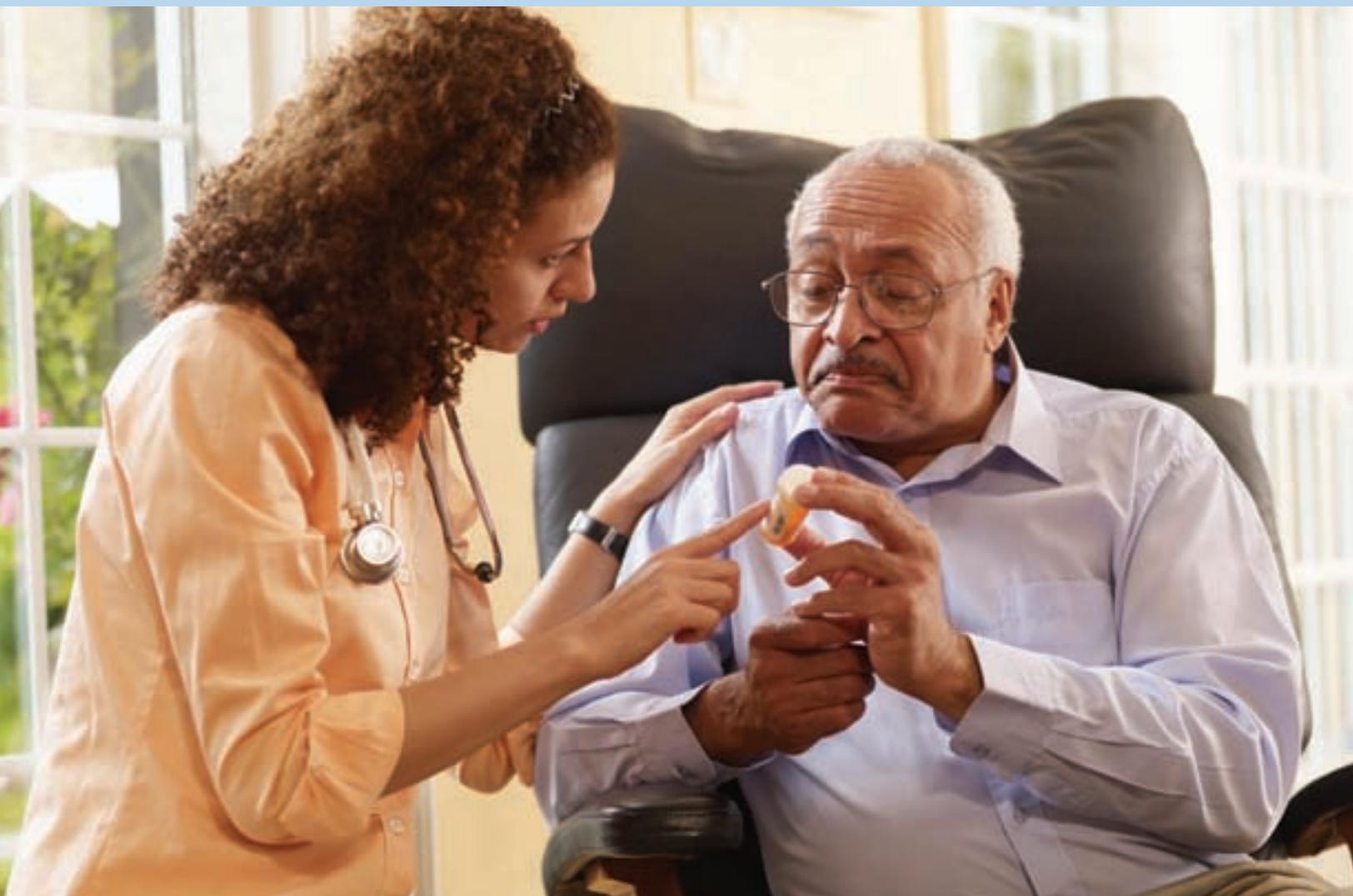
York Community Services — regard élargi sur les catalyseurs de la santé

C'est tout à fait logique. Toutes sortes d'individus différents aux problèmes variés — tantôt d'ordre médical, tantôt non — requièrent de nombreux types de soins différents, et une multitude de fournisseurs de soins différents. Les services communautaires de York (YCS), ont débuté à Toronto il y a 35 ans et essaient, depuis, de répondre à ces besoins. Outre les soins de santé primaires, YCS fournit entre autres des services d'aide juridique et de logement. Il collabore avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale pour offrir un programme de santé mentale. Des services de travail social, de logement et même des services dentaires sont également disponibles sur place.

Nous avons observé YCS parce que c'est un centre de santé communautaire, le modèle de soins primaires qui selon nos recherches fournit les meilleurs soins pour les maladies chroniques. Dans les centres de santé communautaire, les patients atteints de maladies chroniques obtiennent presque 75 pour cent des médicaments et des tests de contrôle recommandés (en comparaison de 55 à 59 pour cent dans les trois autres modèles).

Le personnel des centres de santé communautaire réunit des médecins et des infirmières praticiennes — et nos recherches montrent que la présence d'une infirmière praticienne au sein d'un service est le plus important facteur associé à des soins de meilleure qualité. Dans les services qui sont dotés d'infirmières praticiennes, la capacité à fournir aux patients les médicaments, les tests et les examens appropriés est de 10 pour cent plus élevée que dans les services qui n'en ont pas.

Comme nous l'avons vu, YCS ne se concentre pas uniquement sur les soins de santé. Ses activités partent du principe qu'une diversité de facteurs, dont le logement, l'emploi, les relations sociales, le revenu, ainsi que la biologie, le sexe et la race — que nous appellerons déterminants de la santé — sont autant d'éléments qui conditionnent l'état de santé des personnes. Quand la population est vulnérable, comme celle que dessert YCS, il n'est pas rare de devoir combler de nombreux types de besoins pour assurer le bien-être d'une personne.



Les services de YCS sont axés sur les nouveaux-arrivants en Ontario, pour la plupart originaires d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, des Caraïbes, de l'Afrique orientale et de l'Asie du Sud-Est. Ils servent aussi d'importantes communautés italienne et portugaise, et ils ont en leur sein des employés dont le rôle est de fournir un soutien aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale dans la collectivité. Grâce au personnel dont il dispose pour aider les gens à surmonter toutes les difficultés du quotidien — difficultés attribuables à leur pauvreté, à leur condition de nouveaux-arrivants ou d'« étrangers » en quelque sorte — le centre YCS essaie d'améliorer dans l'ensemble la santé de la population qu'il dessert.

Ce que YCS accomplit en tant que centre de santé communautaire, c'est à son équipe qu'il le doit : trois médecins à temps plein et, à compter d'avril, quatre infirmières praticiennes. Le centre est également doté d'assistants de laboratoire chargés des tests, et de deux podologues. En plus, le centre emploie cinq travailleurs sociaux, trois responsables de la promotion de la santé et des administrateurs financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Steven Harrison, directeur général du centre, explique que les patients ne sont pas jumelés à un binôme médecin-infirmière praticienne. Ils sont pris en charge par le personnel qui saura le mieux répondre à leurs besoins. L'un des médecins, par exemple, consacre le plus clair de son temps à se renseigner sur la maladie mentale et à la traiter. Cependant, si l'un de ses patients était par surcroît diabétique, il consulterait une infirmière praticienne compétente dans ce domaine, et un patient ayant des problèmes cardiaques verrait une infirmière différente. La proportion de soignants peut changer au fil du temps.

Une fois par mois, pendant trois heures, tous les membres de l'équipe — y compris les responsables des autres services offerts par YCS, comme l'aide juridique et le logement — tient sa réunion de gestion de cas, au cours de laquelle le cas de chaque patient est passé en revue. Pour beaucoup, il n'y a rien de nouveau à signaler; pour certains, c'est l'occasion de faire la relation entre un problème de santé et un souci récent au niveau de l'emploi ou du logement ou avec la justice.

M. Harrison affirme que les réunions de gestion de cas permettent aux « cinq pour cent qui seraient laissés pour compte » d'obtenir des soins mieux organisés. « En règle générale, si tous les pans de votre vie personnelle s'écroulaient, la dernière chose que vous feriez serait bien d'aller voir un médecin pour lui parler d'un problème de santé ». Cependant, puisque YCS a un système électronique d'organisation de rendez-vous qui est accessible à tous (contrairement au dossier médical électronique, que seuls les fournisseurs de soins peuvent consulter), les travailleurs sociaux et les fournisseurs de soins de santé peuvent concentrer tous les rendez-vous sur un seul jour, coordonner le suivi et veiller à ce que le client reçoive, en plus, un repas chaud.

Les programmes offerts par YCS sont aussi diversifiés que la population qu'il dessert. Ce sont des programmes de groupe et ils portent des noms tels que Baby Talk, Diabetic Education et English as a Second Language. Le centre propose des cours en espagnol sur l'art d'être parents, un cours de cuisine communautaire sur l'art de cuisiner des repas sains et économiques, un groupe de soutien vietnamien et un programme pour aider les itinérants à trouver un logement permanent. Tous ont le même objectif que les soins de santé primaires offerts par YCS : donner aux clients tous les moyens nécessaires pour leur permettre de vivre une vie saine.

L'atout du centre, selon M. Harrison, c'est le « lien solide entre nos services de counseling et de santé. Nous employons l'approche holistique de notre mieux. Pour accomplir son devoir, un centre de santé communautaire se doit de proposer des services qui s'appliquent à la population spécifique qu'il dessert. »



3.5 La dépense pour améliorer la gestion des maladies chroniques : justifiée ou non?

En termes de souffrance et de pertes de vies, les maladies chroniques sont un lourd fardeau pour les Canadiens. Santé Canada, voulant estimer les dommages que les maladies chroniques représentent pour l'économie, a calculé les coûts associés au diabète, aux maladies cardiovasculaires et aux problèmes de santé mentale. En additionnant les prévisions des dépenses de santé et les « coûts indirects » tels que les pertes de productivité, le ministère a conclu que les coûts annuels pour le Canada atteignent 9,9 milliards de dollars pour le diabète, 20,6 milliards de dollars pour les maladies cardiovasculaires, et 34 milliards de dollars pour les problèmes de santé mentale. Compte tenu de la part que représente la population de l'Ontario dans la population du Canada, nous pouvons présumer qu'environ 40 pour cent des coûts s'appliquent à notre province et que ces trois catégories de maladies réunies coûtent aux Ontariens et aux Ontariennes plus de 25 milliards de dollars par an.

C'est un chiffre stupéfiant et, comme le montrent les données, beaucoup plus élevé qu'il n'est nécessaire. Nous ne parvenons pas suffisamment bien à nous occuper des personnes qui souffrent de maladies chroniques. Environ la moitié seulement des traitements éprouvés cliniquement et recommandés par les experts sont administrés. Si les patients ne bénéficient que de la moitié des soins qu'ils devraient recevoir, ceci entraîne for-

cément des complications douloureuses, parfois mortelles, qui souvent pourraient être évitées. Les complications du diabète et de la coronaropathie sont notamment les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les amputations et les décès prématurés. Leur impact sur la vie des patients mis à part, ces complications coûtent très cher à traiter et, de plus, elles minent la productivité de l'économie.

Pour assurer des soins de qualité aux malades chroniques, il faut de l'argent, cela va sans dire. Nous voulons démontrer que l'investissement en vaut la peine. Pour justifier l'amélioration de la qualité dans la gestion des maladies chroniques, nous avons estimé le nombre de complications qui pourraient être évitées grâce au recours judicieux à six interventions recommandées pour les patients atteints de diabète, de coronaropathie ou de ces deux maladies (voir le Tableau 1).

Les détails de la méthodologie employée sont affichés dans notre site Web mais, en bref : nous avons calculé le nombre de patients qui souffrent de ces affections et estimé le pourcentage recevant des soins adéquats, en nous fondant sur les données présentées dans la section précédente. Ensuite, nous avons estimé une cible raisonnable pour la proportion de patients qui devraient subir ces interventions, d'après des conseils d'experts ou les meilleurs résultats rapportés dans le monde. (Les cibles sont habituellement inférieures à 100, compte tenu du fait que chaque intervention ne fonctionnera pas nécessairement dans tous les cas.)

Le Tableau 1 montre le nombre de patients en Ontario qui, selon nos calculs, devraient subir une intervention mais ne la

Tableau 1. Complications liées au diabète et à la coronaropathie et qu'il est possible de prévenir.

Intervention	Types de patients nécessitant l'intervention	Nombre d'Ontariens atteints (colonne 2)	Pourcentage estimatif de patients subissant l'intervention	Pourcentage réalisable	Nombre d'Ontariens recevant des soins non optimaux
Bêtabloquant	Coronaropathie ou diabète	385 000	63 %	85 %	88 000
IECA / BRA	Coronaropathie ou diabète	1 034 000	55 %	75 à 85 %*	243 000
AAS (aspirine)	Coronaropathie ou diabète	1 034 000	62 %	90 %	301 000
Statine	Coronaropathie ou diabète	1 034 000	48 %	70 %	231 000
Contrôle adéquat de la tension artérielle	Coronaropathie ou diabète	1 034 000	52 %	75 %	234 000
Contrôle adéquat de la glycémie	Diabète	802 000	47 %	70 %	185 000

IECA — inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

BRA — bloqueur du récepteur de l'angiotensine

AAS — acide acétylsalicylique

* 85 pour cent pour la coronaropathie; 75 pour cent pour le diabète seulement

Tableau 2. Nombre de complications prévenues en atteignant les cibles en matière de traitement.

	Crises cardiaques	Pontages aorto-coronariens	Angioplasties à ballonnet	Accidents vasculaires cérébraux	Amputations	Décès qui pourraient être évités
Bêtabloquant	797					952
IECA / BRA	1 168	560	560	730		876
AAS (aspirine)	522			119		176
Statine	2 401	87	77	2 253		4 270
Contrôle adéquat de la tension artérielle	1 501			1 065	203	1 132
Contrôle adéquat de la glycémie	1 693				166	538
Total pour l'Ontario	8 083	647	636	4 167	369	7 944

subissent pas. À partir de là, nous avons consulté la littérature scientifique, qui nous indique le nombre de complications qui pourraient être évitées, en moyenne, pour chaque patient traité adéquatement. Cela nous permet d'estimer les complications qui peuvent être évitées (Tableau 2).

Les résultats donnent matière à réflexion. Si nous pouvions améliorer, même un tant soit peu, le volume de soins éprouvés cliniquement — déjà connus pour leur efficacité et recommandés par les experts — nous pourrions épargner aux gens un lourd fardeau de souffrances. En un an, en Ontario seulement, nous pourrions éviter 8 000 crises cardiaques et 4 000 accidents vasculaires cérébraux. Il y aurait 369 amputations en moins et, en prévenant les décès qu'il est possible d'éviter, nous sauverions pratiquement 8 000 vies humaines chaque année. Nous pourrions également éviter des centaines de chirurgies cardiaques — plus de 1 200 pontages et angioplasties à ballonnet (qui délogent les dépôts de plaque dans les vaisseaux sanguins).

Ces résultats peuvent être améliorés. Bien d'autres provinces investissent des sommes colossales dans l'amélioration de la qualité des soins primaires. La Saskatchewan, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont toutes établi, à l'intention des fournisseurs de soins primaires, des « collaborations informatives » visant à faire avancer les choses dans le domaine des maladies chroniques. Les équipes qui prennent part à une collaboration informative travaillent à un objectif commun d'amélioration de la qualité et se réunissent régulièrement (généralement quatre fois par an) afin d'échanger sur les méthodes suivies pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires. La Colombie-Britannique a été la première à introduire cette méthodologie pour accélérer l'adoption de pratiques exemplaires dans des établissements multiples. Différents domaines d'amélioration ont été abordés, notamment le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, la prévention, la dépression et les maladies rénales chroniques⁵⁰. La collaboration informative de la Saskatchewan s'est concentrée sur la coronaropathie, le diabète et l'amélioration de l'accès aux soins⁵¹ en utilisant les techniques d'accès préalable évoquées dans la section 2.1.2. En Alberta, la mise en œuvre de l'accès préalable est une véritable réussite dans de nombreux établissements, particulièrement dans la région sanitaire Chinook, et l'actuelle initiative AIM (Access Improvement Measures) vise à déployer l'amélioration de l'accès et des soins cliniques sur l'ensemble de la province⁵². La Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont des registres de maladies chroniques pour les patients qui souffrent d'un grand nombre d'affections chroniques différentes.

Le danger dans la présentation de ce type de données sur un tableau et les calculs de ce genre, c'est qu'ils peuvent minimiser la souffrance masquée par ces chiffres. Les complications de ces maladies font du tort aux individus et à leurs familles, dont la vie est souvent bouleversée à tout jamais. Elles causent également du tort au reste d'entre nous — les ressources financières, humaines et autres ressources des soins de santé qui servent à soigner des complications que l'on peut éviter, tout cela nous coûte de l'argent à tous et peut empêcher les Ontariens et les Ontariennes



d'obtenir les soins dont ils ont besoin. Dans le Discours du Trône qu'il prononçait le 29 novembre 2007, le gouvernement provincial faisait remarquer qu'un plus grand nombre d'Ontariens et d'Ontariennes souffraient du diabète et promettait de mettre en œuvre « une nouvelle stratégie exhaustive de lutte contre le diabète ». Au moment de la rédaction du présent rapport, nous sommes toujours dans l'attente de cette stratégie.

Pour terminer, nous tenons à souligner qu'il y a de nombreuses raisons pour lesquelles les Ontariens et les Ontariennes ne reçoivent pas en totalité les soins qu'ils devraient recevoir; ce n'est pas qu'une question de médecins submergés de travail et incapables de suffire à la demande, bien qu'évidemment ceci fournisse un début de réponse. Ainsi que nous l'affirmons, il est possible d'améliorer les soins aux malades chroniques en repensant le mode de prestation des soins, en encourageant le travail d'équipe, en effectuant des contrôles réguliers et en assurant aux patients un accès rapide aux soins — mais, redisons-le, nous ne parviendrons pas à bien gérer les soins sans faire une utilisation efficace de la technologie de l'information. Ces deux

conditions cumulées, il deviendra infiniment plus facile d'aider les patients à gérer eux-mêmes leur maladie.

Il y a aussi d'autres enjeux. Sans systèmes informatiques performants, il est impossible de donner aux fournisseurs de soins primaires les renseignements qu'il leur faut sur les méthodes qui réussissent et celles qui n'ont aucun avenir, ou de mesurer les progrès individuels des médecins ou des organisations par rapport aux cibles à atteindre, et aussi sur le plan de l'amélioration de la santé. Il nous faut de meilleures données pour analyser différents types de soins et comprendre pourquoi ils varient selon l'endroit ou pourquoi ils produisent des résultats différents.

Souvent, les mesures et les politiques qui feraient une différence dans la santé globale de la population ontarienne ne reçoivent pas le financement ou l'engagement politique qu'elles méritent. Parfois aussi, les mesures et les politiques qui s'imposent débordent le cadre du système de santé et concernent des facteurs tels que le revenu, l'éducation et l'environnement. Tout cela doit être pris en considération pour créer un système de santé performant et capable de fournir des soins de première qualité.

Ashley Thomson — seule pour gérer ses soins

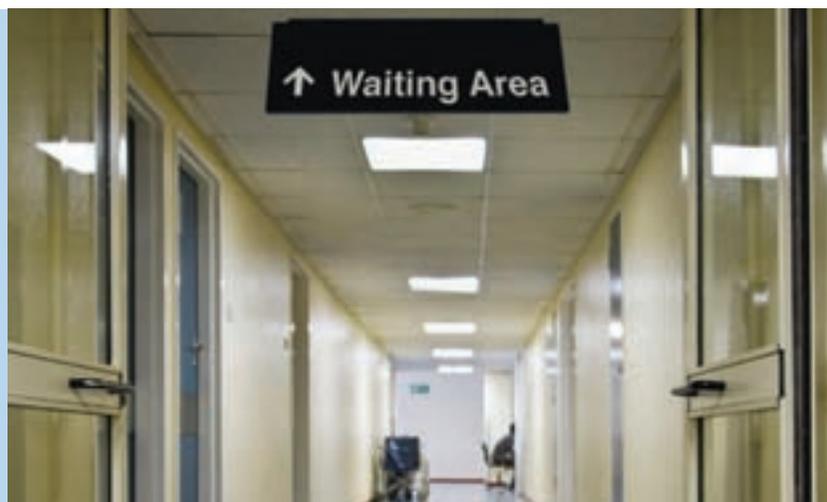
Le diabète, ce n'est jamais facile, mais quand vous avez grandi avec cette maladie, qu'elle fait partie de votre vie depuis l'enfance, tous les tests, toutes les piqûres, les décisions concernant les aliments et l'exercice, tout cela vous vient un peu plus naturellement. À 24 ans, Ashley Thomson est certainement habituée à gérer sa maladie — mais pour réussir à le faire sans être épaulée par un médecin de famille, depuis qu'elle s'est installée à Pembroke l'an dernier, il lui faut quand même lutter.

Fort heureusement, le diabète d'Ashley est très stable. Les médicaments, les cibles et les restrictions alimentaires qui ont été établis pour elle lorsqu'elle a été diagnostiquée sont essentiellement demeurés les mêmes. Comme dit Ashley, les diabétiques de longue date savent ce qu'ils ont à faire.

« Quand j'étais dans le Sud de l'Ontario, et que je me suis installée dans le Nord par la suite, j'ai passé beaucoup de temps avec des diététistes et des infirmières praticiennes qui m'ont fixé des cibles. En tant que bénévole pour l'Association canadienne du diabète, en plus, je suis plutôt bien renseignée. Vous trouverez toute l'information dont vous avez besoin si vous avez suffisamment d'initiative. »

Deux aïeuls d'Ashley sont morts du diabète et le cas de sa mère a été à la limite toute sa vie; il n'est donc pas très étonnant que la fillette ait été diagnostiquée à l'âge de 12 ans. Comme sa mère avait toujours surveillé le régime alimentaire de la famille et limité les sucreries, les changements dans le mode de vie d'Ashley n'ont pas été si profonds. Après son diagnostic, Ashley a appris comment analyser son sang et se donner de l'insuline, puis elle a repris ses activités normales — la natation, les sorties organisées par l'école, une vie d'adolescente, quoi.

Les choses n'ont pas été faciles — elle n'était pas la seule élève à souffrir de diabète, mais il fallait qu'elle se donne des injections chaque fois qu'elle mangeait, et cela en soi la distinguait des autres. Les adolescents ont



horreur de cela, mais Ashley essayait de ne pas occulter sa maladie pour que son entourage comprenne mieux. « Les gens continuent à avoir des préjugés vis-à-vis de ceux qui ont besoin d'injections pour soigner leur maladie », affirme-t-elle.

Bien sûr, elle n'a pas toujours été une patiente modèle. Quand elle a quitté la maison pour aller à l'université à 19 ans, elle s'est rebellée. C'était la première fois qu'elle quittait le domicile familial, sans supervision parentale, et dans son cercle d'amis, personne n'avait de diabète — et elle, elle n'en voulait pas non plus.

« Je n'ai jamais cessé de prendre mon insuline, mais je ne faisais pas mes analyses de sang, j'ai été deux ans sans me faire examiner les yeux, j'allais dans des soirées et je buvais de l'alcool. » Ce comportement exposait Ashley à un risque élevé de complications et après deux ans, elle s'est arrêtée. « J'en avais assez de me sentir mal tout le temps, explique-t-elle. Quand ma glycémie est élevée, je suis la personne la plus méchante que vous ayez jamais rencontrée, je suis toujours fatiguée et je deviens grincheuse. »

De nouveau sur les rails, Ashley avait repris suffisamment de mieux au terme de ses études universitaires pour partir un an dans les Territoires du Nord-Ouest, où elle a cherché longtemps avant de trouver des médecins pour l'aider à se soigner. Mais quand elle est rentrée en Ontario pour un emploi de journaliste et reporter pour une station de radiodiffusion de Pembroke, elle s'est heurtée à un problème. Elle ne trouvait pas de médecin de famille.

Aussitôt arrivée à Pembroke, Ashley s'est dirigée vers la clinique sans rendez-vous de l'endroit pour chercher les ordonnances de médicaments qu'il lui fallait, mais la clinique était fermée, alors elle s'est rendue à l'urgence. Elle a attendu trois heures pour avoir ses ordonnances — et elle ne s'est pas sentie bien accueillie. Le docteur lui a dit qu'elle aurait dû trouver un médecin de famille pour gérer ses soins.

Il y a une grave pénurie de médecins de famille à Pembroke et dans les environs. La plupart des amis diabétiques d'Ashley vont se faire soigner à Ottawa, un trajet de 90 minutes par la route. Elle voulait trouver quelqu'un à proximité, mais elle a eu beau implorer les bureaux des médecins de Pembroke et faire des appels dans toutes les villes des alentours, rien à faire : personne ne voulait la prendre en charge.

Un jour, après sept heures et demie d'attente à l'urgence de Pembroke pour faire renouveler ses ordonnances, elle a flanché et a fondu en larmes. Cette fois, le médecin qui était de garde est intervenu en sa faveur. Il a appelé un autre médecin de famille, lui-même diabétique, qui était en congé pour le week-end, et l'a convaincu de prendre Ashley comme patiente.

« J'avais appelé son bureau plus d'une fois, mais chaque fois je n'avais jamais que la réceptionniste au bout du fil. Je lui disais 'Écoutez, j'ai un diabète insulino-dépendant, je ne suis pas de ces hypocondriaques qui se croient toujours malades, je suis jeune et je ne veux pas avoir de complications, ne m'ignorez pas', mais c'est précisément ce qui se passait, on m'ignorait. »

Ashley a vécu une expérience pénible qui l'a poussée au plus creux de la vague avant qu'elle puisse obtenir de l'aide. Heureusement, elle a pu s'en sortir. Elle continue à gérer ses soins elle-même, rassurée d'avoir du soutien.



NOTES

4

- ¹ Ontario Hospital Association. Incentives for Transformation: e-Health as a Strategic Health System Priority. Toronto. Janvier 2008. Trouvé à : [http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/resources/Ehealth/\\$file/1961_OHA_Incentives+for+Transformation_eHealth_Final.pdf](http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/resources/Ehealth/$file/1961_OHA_Incentives+for+Transformation_eHealth_Final.pdf). Consulté le 27 février 2008.
- ² Programme électoral du Parti libéral de l'Ontario, 6 septembre 2007.
- ³ Gilmour H et Park J. « Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées ». Supplément aux rapports sur la santé. 2005 : supp. 1 : 21-31. Trouvé à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/2005000/pdf/82-003-SIF20050007443.pdf>. Consulté le 2 novembre 2006.
- ⁴ Organisation mondiale de la Santé. Des Soins Novateurs pour les Affections Chroniques : Éléments Constitutifs. Genève, 2002.
- ⁵ Organisation mondiale de la Santé. Primary Health Care: A Framework for Future Strategic Directions. 2003.
- ⁶ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. 2006 Physician Resources in Ontario : Small triumphs, big challenges. Trouvé à : http://cpso.on.ca/Publications/2006_Physician_Survey_Report.pdf. Consulté le 6 février 2008.
- ⁷ Conseil canadien de la santé. Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada. Trouvé à : http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=214&Itemid=10. Consulté le 6 février 2008.
- ⁸ Wright CJ, Chambers GK et Robens-Paradise Y. « Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery ». Canadian Medical Association Journal. 2002; 167(5) : 461-6.
- ⁹ Car J et Sheikh A. « Email consultations in health care : 1-scope and effectiveness ». British Medical Journal 2004a; 329 : 435-438.
- ¹⁰ Houston TK, Sands DZ, Jenckes MW et Ford DE. « Experiences of Patients Who Were Early Adopters of Electronic Communication With Their Physician: Satisfaction, Benefits, and Concerns ». American Journal of Management Care. 2004; 10(9) : 601-608.
- ¹¹ Car J et Sheikh A. « Email consultations in health care : 1-scope and effectiveness ». British Medical Journal 2004a; 329 : 435-438.
- ¹² Brooks R et Menachemi N. « Physicians' Use of Email With Patients: Factors Influencing Electronic Communication and Adherence to Best Practices ». Journal of Medical Internet Research. 2006; 8 (1) : e2. Trouvé à : www.jmir.org/2006/1/e2.
- ¹³ Guttman et coll. « Effectiveness of Emergency Department Asthma Management Strategies on Return Visits in Children: A Population-Based Study ». Pediatrics. 2007; 120 : e1402-e1410.
- ¹⁴ Guttman et coll. « Effectiveness of Emergency Department Asthma Management Strategies on Return Visits in Children: A Population-Based Study ». Pediatrics. 2007; 120 : e1402-e1410.
- ¹⁵ Picard A. « Simple checklists may keep kids out of ER ». Globe and Mail. 4 décembre 2007.
- ¹⁶ Fialova D et coll. « Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe ». JAMA. 2005; 293 : 1348-1358.

-
- ¹⁷ Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller W, Maclean J et Beers MH. «Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults». *Archives of Internal Medicine*. 2003; 163, 22 : 2716-2724. Trouvé à : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/163/22/2716>.
- ¹⁸ Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL et Freeman TR. *Patient-Centred Medicine: Transforming the Clinical Method (Second Edition)*. (2003) Abingdon, R.-U. : Radcliffe Publishing.
- ¹⁹ Stanton, M. W. «Expanding Patient-Centred Care To Empower Patients and Assist Providers». *AHRQ Research in Action*, n° 5. Mai 2002. Trouvé à : <http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf>. Consulté le 7 février 2008.
- ²⁰ Schoen C, Osborn R, Doty M, et coll. «Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries». *Health Affairs*. 2007; 26 (6) : w717-734.
- ²¹ Dunsmuir RA, Allan DB et Davidson LA. «Increased incidence of primary total hip replacement in rural communities». *British Medical Journal*. 1996; 313 (7069) :1370.
- ²² Visuri T et Honkanen R. «The role of socio-economic status and place of residence in total hip replacement». *Scand J Soc Med*. 1982; 10 (3) : 95-9.
- ²³ Eberhardt MS, Ingram DD, Makuc DM, et coll. «Urban and Rural Health Chartbook». *Health, United States (2001)*. Hyattsville, MD : National Center for Health Statistics.
- ²⁴ Desmeules M, Pong RW, Lagace C, Heng D, Manuel D, Pitblado R, Bollman R, Guernsey J, Kazanjian A et Koren I. Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé (2006). Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- ²⁵ Schein OD, Katz J, Bass EB, Tielsch JM, Lubomski LH, Feldman MA, Petty BG et Steinberg EP. «The Value of Routine Preoperative Medical Testing Before Cataract Surgery». *New England Journal of Medicine*. 2000; 342 (3) : 168-75.
- ²⁶ Imasogie N, Wong DT, Luk K et Chung F. «Elimination of routine testing in patients undergoing cataract surgery allows substantial savings in laboratory costs. A brief report». *Canadian Journal of Anesthesia*. 2003; 50 (3) : 246-8.
- ²⁷ Bryson G, Wyand A et Bragg P. «Preoperative testing is inconsistent with published guidelines and rarely changes management». *Canadian Journal of Anesthesia*. 2006; 53 : 236-241.
- ²⁸ Finegan B, Rashiq S, McAlister F, et coll. «Selective ordering of preoperative investigations by anesthesiologists reduces the number and cost of tests». *Canadian Journal of Anesthesia*. 2005; 52 : 575-580.
- ²⁹ MacPherson R, Reeve S, Stewart T, et coll. «Effective strategy to guide pathology test ordering in surgical patients». *New Zealand Journal of Surgery*. 2005; 75(3) : 138-143.
- ³⁰ Guidelines Advisory Committee. Hypertension: Pharmacologic Management, note no 241. Trouvé à : www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=241&Topic_ID=30. Consulté le 25 février 2008.
- ³¹ Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Rapport de 2007 sur le système de santé de l'Ontario, section 4.3. Trouvé à : <http://www.ohqc.ca/fr/yearlyreport.php>.
- ³² Ministère des Finances, Rapport annuel et états financiers consolidés, «Charges de 2006-2007». Trouvé à : http://www.fin.gov.on.ca/french/budget/paccts/2007/07_ar.html. Consulté le 12 février 2008.
- ³³ Statistique Canada, octobre 2007, Budget des dépenses de la province de l'Ontario.
- ³⁴ Ontario Hospital Association. Incentives for Transformation: e-Health as a Strategic Health System Priority (2008). Trouvé à : [http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/resources/Ehealth/\\$file/1961_OHA_Incentives+for+Transformation_eHealth_Final.pdf](http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/resources/Ehealth/$file/1961_OHA_Incentives+for+Transformation_eHealth_Final.pdf).
- ³⁵ Pederson L et Leonard K. «Measuring Information Technology Investment Among Canadian Academic Health Sciences Centres». *Electronic Healthcare*. 2005; 3 (3) : 94-102.

-
- ³⁶ Lewis M, Trypuc J, Lindsay P et coll. «Has Ontario's Stroke System Really Made a Difference?» *Healthcare Quarterly*. 2006; 9 (4) : 50-59.
- ³⁷ Lewis M, Trypuc J, Lindsay P et coll. «Has Ontario's Stroke System Really Made a Difference?» *Healthcare Quarterly*. 2006; 9 (4) : 50-59.
- ³⁸ Action Cancer Ontario, Breast Cancer, Screening and Mammography. Trouvé à : www.cancercare.on.ca/index_breastScreeningandMammography.htm. Consulté le 25 février 2008.
- ³⁹ Riboli E et Norat T. «Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk». *American Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 78(3 supp.) : 559S-569S.
- ⁴⁰ Joshipura KJ, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, et coll. «The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease». *Ann Intern Med*. 2001; 134(12) : 1106-14.
- ⁴¹ Gilmour H et Park J. «Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées». Supplément aux rapports sur la santé. 2005; (supp. 1) : 21-31. Trouvé à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/2005000/pdf/82-003-SIF20050007443.pdf>. Consulté le 2 novembre 2006.
- ⁴² Organisation mondiale de la Santé. Des Soins Novateurs pour les Affections Chroniques : Éléments Constitutifs. Genève, 2002.
- ⁴³ Organisation mondiale de la Santé. Des Soins Novateurs pour les Affections Chroniques : Éléments Constitutifs. Genève, 2003.
- ⁴⁴ Crosson JC, Ohman-Strickland PA, Hahn KA, et coll. «Electronic Medical Records and Diabetes Quality of Care: Results from a Sample of Family Medicine Practices». *Ann Fam Med*. 2007; 5 : 209-215.
- ⁴⁵ Harris MF et Zwar NA. «Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice». *The Medical Journal of Australia*. 2007; 187 : 104-107.
- ⁴⁶ McGlynn EA, et coll. «The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States». *New England Journal of Medicine*. 2003; 348 (26) : 2635-45.
- ⁴⁷ Health Quality Council, Saskatchewan's Chronic Disease Management Collaborative — Turning the Tide on Chronic Disease: Progress Report. Trouvé à : www.hqc.sk.ca/download.jsp?K39AONVKHoqLVXivCoM+KzBIzBf0QfLQkUwK4QBZaJvelmpnmFRWog==.
- ⁴⁸ Fowler RA, Sabur N, Li P, et coll. «Sex- and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care». *Canadian Medical Association Journal*. 2007; 177 : 1513-1519.
- ⁴⁹ Lin SX, Gebbie KM, Fullilove RE et Arons RR. «Do nurse practitioners make a difference in provision of health counseling in hospital outpatient departments?» *Journal of The American Academy Of Nurse Practitioners*. 2004; 16 : 462-466.
- ⁵⁰ Vancouver Island Health Authority. Collaboratives Program for Service Integration, trouvé à : http://www.viha.ca/phc_cdm/phc_cdm_prog/cpsi.htm; et Health Heart Society of British Columbia — Congestive Heart Failure Collaborative, trouvé à : <http://www.heartbc.ca/pro/collaboratives/chf/chfindex.htm>.
- ⁵¹ Health Quality Council, Saskatchewan's Chronic Disease Management Collaborative — Turning the Tide on Chronic Disease: Progress Report. Trouvé à : www.hqc.sk.ca/download.jsp?K39AONVKHoqLVXivCoM+KzBIzBf0QfLQkUwK4QBZaJvelmpnmFRWog==.
- ⁵² Primary Care Initiative, Alberta Access Improvement Measures. Trouvé à : <http://www.primarycareinitiative.ab.ca/content.asp?id=246>.

REMERCIEMENTS

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé tient à remercier les nombreuses personnes dont le travail a contribué à la préparation de ce rapport, et notamment :

- Les personnes qui vivent avec des maladies chroniques et qui ont accepté d'être interviewées pour notre rapport sur la gestion des maladies chroniques en Ontario : Jean Billard, Rose Brown, Jim Kitts, Marcel Pepin, Lucille Risannen, Ashley Thompson.
- Les chercheurs qui ont mené les études approfondies sur lesquelles le rapport est basé : Geoff Anderson, chercheur principal, et son équipe de l'Institut de recherche en services de santé; William Hogg et Sharon Johnston, co-chercheurs principaux; Simone Dahrouge et l'équipe du Centre de recherche C.T. Lamont en soins de santé primaires — Institut de recherche Élisabeth-Bruyère.
- Peter Austin, de l'Institut de recherche en services de santé, qui nous a fourni des conseils statistiques sur la méthodologie de la recherche.
- Jane Coutts, qui a joué un rôle instrumental dans la coordination et la rédaction du rapport.
- Le Conseil consultatif sur la mesure du rendement, qui nous a conseillés sur tous les aspects de la recherche et de l'analyse quantitatives : Arlene Bierman (présidente), Sten Ardal (observateur), Helen Angus, Cathy Fooks, Alan Forster, Gillian Hawker, Nizar Ladak, Cameron Mustard, Janice Owen, Raymond Pong, Walter Rosser, Mike Sharratt, Kaveh Shojania, Sam Shortt, Eugene Wen et Kue Young.
- Les dirigeants et le personnel des organismes suivants qui ont fourni des renseignements pour les études de cas : Bluewater Health, CANES Home Support Services, Action Cancer Ontario, l'Alliance Chatham-Kent pour la santé, Colborne Family Medical Centre, l'équipe Santé familiale de la région de Dryden, le Réseau local d'intégration des services de santé d'Érié St-Clair, le Partenariat de services de santé de Sault Ste. Marie, la Fondation des maladies du cœur, le centre de santé communautaire Lawrence Heights, l'Hôpital Memorial du district de Leamington, Links2Care, l'Ontario Hospital Association, le centre de santé William Osler, le centre de santé communautaire de Rexdale, le Quality Health Network, la campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, York Community Services, et le Réseau universitaire de santé.
- Le Fonds du Commonwealth pour son enquête de 2007 intitulée *General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries* et parrainée par Harris Interactive. Le financement de l'échantillon canadien a été fourni par le Conseil canadien de la santé, et l'échantillon néerlandais a été financé aux Pays-Bas par le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, ainsi que par le centre de recherche sur la qualité des soins (WOK), Université Radboud de Nimègue. Le financement de l'échantillon allemand provient de l'institut allemand pour la qualité et l'efficacité dans les soins de santé.
- Les divisions et les directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui ont déployé des efforts considérables et qui nous ont volontiers fourni les renseignements, les commentaires et les conseils que nous demandions.
- Notre chef de la direction générale et le personnel du Conseil, sans qui ce rapport n'aurait pas vu le jour.

MEMBRES DU CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

Conseil d'administration

Raymond V. Hession (Ottawa)	<i>Président du Conseil</i>
Victoria Grant (Stouffville)	<i>Vice-présidente du Conseil</i>
Laura Talbot-Allan (Kingston)	<i>Présidente du Comité des opérations et de la vérification</i>
Raymond Lafleur (Hearst)	<i>Vice-président du Comité des opérations et de la vérification</i>
Shaun Devine (Waterloo)	<i>Membre du Comité des opérations et de la vérification</i>
Zulfikarali Kassamali (Toronto)	<i>Membre du Comité des opérations et de la vérification</i>
Paul Genest (Ottawa)	<i>Président du Comité des communications</i>
D^{re} Janice Owen (London)	<i>Vice-présidente du Comité des communications</i>
D^{re} Arlene Bierman (Toronto)	<i>Membre du Comité des communications</i>
Lyn McLeod (Thunder Bay)	<i>Membre du Comité des communications et représentante provinciale au Conseil canadien de la santé</i>

Administration

D^r Ben Chan	<i>Chef de la direction générale</i>
Angie Heydon	<i>Directrice générale</i>

Les notices biographiques des membres du Conseil sont affichées à www.ohqc.ca/fr/ourpeople.php.

Mandat

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a pour mandat, en vertu de la Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé, de surveiller le système de santé financé par les deniers publics de la province et de faire part de son rendement au public, y compris en ce qui concerne l'accès aux services de santé publique, les ressources humaines en santé, l'état de santé de la population et les résultats du système de santé. Le COQSS favorise également l'amélioration constante de la qualité des services de santé.

Les spécifications techniques de tous les graphiques dans ce rapport se trouvent sur notre site web à www.ohqc.ca/fr/index.asp.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

1075, rue Bay, bureau 601
Toronto (Ontario) M5S 2B1

Téléphone : 416 323-6868
Sans frais : 1 866 623-6868
Télécopieur : 416 323-9261
Courriel : ohqc@ohqc.ca

www.ohqc.ca



Ontario

Ontario Health Quality Council
Conseil ontarien de la qualité
des services de santé

ISSN 1911-0023 (Imprimé)
ISBN 978-1-4249-6336-2 (Imprimé, éd. 2008)

ISSN 1911-0031 (En ligne)
ISBN 978-1-4249-6337-9 (HTML, éd. 2008)

ISSN 1911-0031 (En ligne)
ISBN 978-1-4249-6338-6 (PDF, éd. 2008)