

Santé dans le Nord

Rapport sur la géographie et la santé
de la population des deux régions
du Nord de l'Ontario



Qualité des services
de santé Ontario

Améliorons notre système de santé

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

Pour en apprendre *Qualité des services de santé Ontario*, visitez le site Web <http://www.hqontario.ca/>.

ISBN 978-1-4606-9179-3 (Imprimé)

ISBN 978-1-4606-9180-9 (PDF)

Citation suggérée : Qualité des services de santé Ontario. Santé dans le Nord : Rapport sur la géographie et la santé de la population des deux régions du Nord de l'Ontario. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017.

Sur la couverture : Caitlin, près de chez elle à Moose Factory. Voir la page 2 pour son histoire. Nous remercions Caitlin et les autres personnes qui ont partagé leurs expériences avec nous pour ce rapport. (Photo de couverture de Brooke Kruithof)

Table des matières

Principales conclusions définitives	14
Conclusions 1	14
Conclusions 2	15
Conclusions 3	17
Conclusions 4	24
Conclusions 5	26
Conclusions 6	27
Efforts en cours	32
Effort 1	32
Effort 2	34
Effort 3	35
Effort 4	35
Effort 5	36
Effort 6	37
Effort 7	37
Le tableau d'ensemble	41
Remarques sur les méthodes	42
Remerciements	43
Bibliographie	45



Photo de Mae Katt par Jason Spun.
Voir son histoire à la page 19.

Quand on doit se déplacer pour avoir accès aux soins

Wendy reçoit un diagnostic inquiétant pendant qu'elle se trouve loin de chez elle et entreprend une suite épuisante de tests et de traitements dans tous les coins de l'Ontario.

« Le reste de sa famille se trouvait à des kilomètres quand elle a reçu le diagnostic terrible... C'est très bouleversant de ne pas pouvoir être auprès de vos proches quand ils sont confrontés à une telle situation. »

- *Caitlin, qui a aidé à soigner sa mère, Wendy, à Moose Factory*

Wendy s'est effondrée sur le sol en tremblant violemment. On l'a rapidement envoyée à son hôpital local de Moose Factory, une petite ville éloignée qui se trouve sur une île, à l'extrémité sud de la baie James. Victime d'une crise, Wendy, qui est âgée de 53 ans, s'est retrouvée dans le petit hôpital où elle travaillait au service des finances depuis les 30 dernières années, à titre de patiente, cette fois.

L'hôpital local ne disposait pas des installations ni des spécialistes dont Wendy avait besoin pour s'attaquer à la gravité de la crise. Elle a donc été transportée par avion vers un plus gros hôpital, à Kingston, à environ 850 kilomètres.

Loin de chez elle, à Kingston, Wendy a appris la terrible nouvelle qu'elle était atteinte du cancer du poumon. Pire encore, les médecins lui ont dit que les cellules cancéreuses s'étaient propagées au cerveau. Elle était dévastée. Elle a songé à toutes

les années pendant lesquelles elle avait fumé, elle qui avait commencé alors qu'elle était à peine âgée de 12 ans.

Le mari de Wendy a pu l'accompagner à Kingston, mais elle était encore loin du reste de sa famille, de sa communauté et du système de soutien.

« J'ai été reconnaissante envers mon père de l'avoir accompagnée », affirme la fille de Wendy, Caitlin. « Mais le reste de sa famille se trouvait à des kilomètres et des kilomètres lorsqu'elle a reçu le terrible diagnostic. Nous nous sommes précipités à Kingston, mon père assumant les frais de nos déplacements, mais cela était un lourd fardeau financier. C'est troublant de ne pas être en mesure d'être avec vos proches quand ils traversent quelque chose comme cela. »

Le mari de Wendy a récemment reçu un diagnostic de cancer de la thyroïde et ne pouvait donc pas prendre soin d'elle quand elle a reçu son

congé de l'hôpital. Alors, Wendy et deux de ses cinq fils ont emménagé chez la mère de Wendy, à Moose Factory. Caitlin, qui étudie dans la région d'Ottawa, revenait à la maison pour aider lorsqu'elle le pouvait.

Wendy a finalement été transférée dans un autre hôpital de Toronto pour une IRM et de la radiothérapie au cerveau.

« C'était vraiment devenu plus difficile pour elle de voyager », a déclaré Caitlin. « Elle n'était pas en mesure de marcher pour se rendre à ses rendez-vous ni de rester longtemps hors du lit. Nous devons prendre un taxi pour faire un trajet de deux minutes. Au dernier rendez-vous auquel elle s'est présentée, elle nous a demandé : "Est-ce que c'est tout? M'ont-ils tout simplement abandonnée?" Nous n'avions rien à lui répondre. Le médecin ne nous a pas vraiment laissés sur une note positive. »

Après son retour chez elle, à Moose Factory, lorsque ses traitements se sont terminés à Toronto, Wendy a reçu un mot d'un hôpital de Sudbury indiquant que l'on pourrait lui donner des traitements de radiothérapie pour ses poumons. Wendy était admissible à une subvention pour couvrir son transport aérien aller-retour pour Sudbury, mais a décidé de se déplacer en train et

en voiture avec Caitlin. (Il n'y a aucun vol direct de Moose Factory et, avec toutes les correspondances, Wendy estimait qu'utiliser l'avion serait tout simplement trop exigeant et très difficile physiquement.)

« Tout le trajet en automobile a été très difficile pour elle, précise Caitlin. Elle avait des épisodes de crises d'épilepsie qui faisaient peur. Elle n'aurait probablement pas dû être sur la route, mais le vol n'était pas la voie à suivre non plus. »

Les médecins ont d'abord dit à Wendy qu'elle n'aurait que quelques mois à vivre, mais elle a bien réagi aux traitements de radiothérapie et les tumeurs au cerveau et aux poumons ont diminué. Environ six mois plus tard, cependant, elles ont commencé à croître à nouveau, et ni la chimiothérapie ni la radiothérapie n'étaient des options.

« Je ne peux pas faire grand-chose », explique Wendy, sa voix amicale s'interrompant. « Pour l'instant, je ne peux même pas suivre ma pharmacothérapie. Je vais perdre le contact. »

Wendy a reçu des services de soins à domicile pour ses soins palliatifs, mais plus son état se dégradait, plus c'était difficile pour la famille. « Nous étions tous très reconnaissants des soins fournis par

l'équipe de soins à domicile, le personnel de l'hôpital et le personnel paramédical, explique Caitlin. Ma mère a choisi les soins à domicile, et notre famille a fait de son mieux pour répondre à ses besoins et assurer son confort. Il y a vraiment une courbe d'apprentissage à tirer de cette expérience. »

Caitlin, qui étudie à Pembroke pour devenir technicienne en échographie et en radiologie, estime que le système de santé dans le Nord pourrait obtenir un peu plus d'attention. « Au début, quand ma mère a reçu son diagnostic, j'étais en colère, dit-elle. Maman était de plus en plus stressée par sa perte de vision, mais après avoir consulté plusieurs médecins, personne ne l'a aiguillée vers une tomodensitométrie. » Elle espère voir des améliorations dans la prévention de la maladie et les services de diagnostic et de soins palliatifs dans le Nord. « Nous devons trouver une meilleure manière de faire les choses dans les collectivités du Nord. Et plus de personnes ont besoin de se pencher sur la question. »

In memoriam : Wendy est décédée paisiblement à l'hôpital de Moose Factory, peu après la rédaction de cette histoire.

« Nous devons trouver une meilleure manière de faire les choses dans les collectivités du Nord. Plus de personnes ont besoin de se pencher sur la question. »

- *Caitlin*



Photos sur Caitlin ajoutée
par Brooke Kruithof.



La région du RLISS du Nord-Ouest

Couvre une superficie d'environ
460 000 kilomètres carrés,
avec une population totale
de **236 000 personnes** et
une densité de population de
0,6 personne au kilomètre carré.

Source: RLISS du Nord-Ouest

La région du RLISS du Nord-Est

Couvre une superficie d'environ
400 000 kilomètres carrés,
avec une population totale
de **565 000 personnes** et
une densité de population de
1,4 personne au kilomètre carré.

Source: RLISS du Nord-Est

Géographie du nord

Wendy, Caitlin et leur famille ont parcouru des centaines de kilomètres par voie terrestre, maritime et aérienne pour accéder aux services de santé dont Wendy avait besoin. Il montre les défis de la géographie pour les soins de santé dans le nord de l'Ontario.

« Le nord » renvoie au Nord de l'Ontario et, aux fins du présent rapport, couvre les régions des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est et du Nord-Ouest qui s'étendent au nord du Lac Huron à la baie d'Hudson et à la baie James, et de la frontière du Québec à l'est à celle du Manitoba à l'ouest.

Avec une superficie de plus de 860 000 kilomètres carrés, ces deux régions de RLISS combinées couvrent près de 80 % de la masse terrestre de l'Ontario, une superficie supérieure à celle de la France et du Royaume-Uni combinés. Avec une population combinée d'environ 800 000 personnes, soit environ 6% de la population Ontarienne, les régions du Nord-Est et du Nord-Ouest de l'Ontario présentent une densité de population de moins d'une personne par kilomètre carré, comparativement à 4 100 personnes à Toronto.[1]

Données en bref sur



La région du RLISS du Nord-Ouest

- Près de la moitié de la population (**46,0 %**) vit dans un grand centre urbain et le tiers (**34,2 %**) dans une région rurale (les autres vivant dans des centres de population de tailles petite et moyenne), comparativement à l'ensemble de l'Ontario avec **69,3 %** de personnes vivant dans un grand centre urbain et **14,1 %** dans une région rurale.
- Près d'une personne sur cinq (**18,3 %**) dans la région du RLISS du Nord-Ouest s'identifie comme étant autochtone, comparativement à **2,4 %** des Ontariennes et Ontariens[6] (ces résultats du sondage sous-représentent probablement les populations autochtones[7])
- Bien que **2,8 %** des personnes qui déclarent le français comme première langue officielle parlée, un taux légèrement plus faible que le taux de l'Ontario de **3,9 %**, dans certains secteurs de la région du RLISS du Nord-Ouest, le taux est beaucoup plus élevé que la moyenne de l'Ontario,[8] comme certaines régions du district de Thunder Bay, où **13,0 %** des personnes s'identifient comme francophones.[9]



La région du RLISS du Nord-Est

- Presque une personne sur cinq (**19,3 %**) vit dans un grand centre urbain et **30,2 %** dans une région rurale (les autres vivant dans des centres de population de tailles petite et moyenne), comparativement à l'ensemble de l'Ontario avec **69,3 %** de personnes vivant dans un grand centre urbain et **14,1 %** dans une région rurale.
- Plus d'un patient sur dix (**11,0 %**) s'identifie comme étant autochtone, soit plus de quatre fois le taux de **2,4 %** pour l'Ontario[2] (ces résultats du sondage sous-représentent probablement les populations autochtones).[3]
- Plus d'une personne sur cinq (**21,6 %**) déclare le français comme première langue officielle parlée (plus de cinq fois le taux de l'Ontario de **3,9 %**).[4]
- Dans la région de Cochrane, près de la moitié la population (**46,6 %**) s'identifie comme étant francophone.[5]

Les populations dans le Nord

Premières Nations, Métis et Inuits

La constitution canadienne reconnaît les Premières Nations, les Métis et les Inuits comme trois groupes d'identité culturelle distincts, chacun possédant une histoire, un ensemble de traditions et de pratiques culturelles ainsi que des structures de gouvernance uniques.[10] Près d'une personne sur cinq (18,3 %) s'identifie comme étant membre des Premières Nations, des Métis ou des Inuits dans la région du RLISS du Nord-Ouest et plus d'une personne sur dix (11,0 %) dans la région du RLISS du Nord-Est, comparativement à 2,4 % pour l'ensemble de l'Ontario.[11] Ces chiffres sous-estiment probablement les populations réelles de peuples autochtones dans les régions des RLISS du Nord et en Ontario.[12]

Bien que peu de données existent pour fournir une ventilation plus détaillée des populations autochtones dans le Nord, il s'agit, pour la plupart, de Premières Nations ou de Métis. Cette présence des Métis est évidente dans des endroits comme Dryden et Atikokan, où plus de 70 % de la population autochtone locale est constituée de Métis, et dans des villes comme Kenora, Fort Frances, North Bay et Timmins, où la population de Métis représente environ 50 % de la population autochtone locale.[13]

Les Premières Nations, les Métis et les Inuits ont dû faire face à diverses politiques discriminatoires en Ontario (et dans l'ensemble du Canada) qui ont créé

des inégalités qui continuent d'influer sur la santé des populations, y compris les réinstallations forcées, les pensionnats et la stérilisation forcée.[14]

En reconnaissance de cette histoire, la Commission de vérité et réconciliation a publié son rapport final en 2015 afin de créer un dossier historique du passé sombre du pays[15] et de mettre en place 94 appels à l'action qui, s'ils sont abordés, paveront la voie à la réconciliation. Le rapport explique clairement l'héritage continu du colonialisme et ses effets nuisibles sur le bien-être des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Selon la Commission, la réconciliation est un « processus continu visant à établir et à maintenir des relations respectueuses ». De nombreux gouvernements, organismes religieux, établissements d'enseignement et autres organismes répondent aux appels à l'action. L'Ontario travaille avec des partenaires des Premières Nations, des Métis et des Inuits afin de s'attaquer à ces enjeux et d'établir une plus grande égalité dans l'ensemble de la province.[16]

Il y a des différences considérables dans le financement et la prestation des soins de santé offerts aux membres des Premières Nations, des Métis et des Inuits en Ontario, ce qui crée des lacunes dans certaines des données sur la santé utilisées pour calculer les indicateurs de la santé du présent rapport. Cela signifie que les mesures de rendement peuvent ne pas représenter les expériences des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits aussi bien qu'elles le font pour la population générale des régions du Nord.

Par exemple, le gouvernement fédéral fournit le financement et dirige parfois des services de santé aux populations des Premières Nations vivant dans une réserve par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, y compris l'embauche d'agents d'hygiène du milieu et de personnel infirmier en avant-poste dans des postes infirmiers et des centres de santé, des services de santé publique, ainsi que des programmes de promotion de la santé et de prévention à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Les avantages en matière de santé couvrent un éventail de services, y compris les médicaments d'ordonnance, les soins de la vue, les services dentaires et le transport médical. [17,18] À l'heure actuelle, de tels soutiens fédéraux ne sont pas à la disposition des Métis au Canada. En raison de ces différences de financement, il peut y avoir des obstacles supplémentaires aux soins de santé chez les Métis dans le Nord.

Les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, qui sont financés par la province, offrent des services aux populations des Premières Nations dans les réserves et hors réserve. Les services qu'ils offrent comprennent des soins de santé primaires dans les régions urbaines et à domicile pour les diverses populations autochtones.

Dans le présent rapport, puisque nous n'avons pas plus de données détaillées pour ces populations autochtones à risque, nous sommes incapables de fournir des résultats précis pour les Premières Nations,

les Inuits et les Métis, malgré le besoin de ce type de données. Pour ce faire, nous aurions besoin de mesures de rendement du système de santé conçues pour évaluer l'efficacité des différents services de santé qui visent à améliorer spécifiquement les résultats de santé des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Ces mesures devraient être élaborées du point de vue des Autochtones et avec la rétroaction et la participation directes des diverses Premières Nations et de la Métis Nation of Ontario, afin de combler ces lacunes en matière de données et d'assurer la pertinence et l'utilité des données. Dans l'intervalle, nous avons tenté de représenter les expériences et la santé des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits dans le cadre plus large des expériences communes des personnes qui vivent dans les régions des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest par rapport à l'ensemble de l'Ontario.

Les populations francophones

Les droits juridiques et politiques acquis par les francophones au fil du temps en Ontario sont reconnus dans la Loi sur les services en français. Cette loi garantit le droit d'une personne de recevoir des services, y compris les services de soins de santé, en français de la part des ministères et des organismes du gouvernement de l'Ontario dans 25 régions désignées. Un grand nombre de ces régions désignées sont situées dans le Nord [19] où il y a d'importantes populations francophones dans la région du RLISS du Nord-Est et des populations francophones plus petites, mais importantes, dans

des secteurs de la région du RLISS du Nord-Ouest. Plus d'une personne sur cinq (21,6 %) vivant dans la région du RLISS du Nord-Est déclare le français comme première langue officielle parlée, ce qui est plus de cinq fois le taux de l'Ontario de 3,9 %.[20] Il ya un chevauchement dans les catégorisations de données francophones et Métis, en ce sens que de nombreux Métis se reconnaissent aussi comme francophones et vice versa.

Dans la région du RLISS du Nord-Ouest, 45 % de la population francophone perçoit que son état de santé est très bon ou excellent, comparativement à 62 % de la population générale de francophones en Ontario. [21] La population francophone dans la région du RLISS du Nord-Est est plus susceptible de fumer et de ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes que la population francophone de l'Ontario dans son ensemble.[22]

S'ils ne sentent pas qu'ils ont accès à des services de santé en français, les membres de la population francophone peuvent hésiter à obtenir les soins dont ils ont besoin ou, s'ils reçoivent effectivement des soins, ils pourraient ne pas comprendre les directives du fournisseur de soins de santé anglophone en ce qui a trait à leur traitement.[23] Pour éviter les barrières linguistiques dans le secteur des soins de santé, la population francophone a besoin d'avoir des services médicaux qui lui sont offerts en français, à un niveau comparable aux services qui sont offerts en anglais. Ces services en français doivent également être offerts activement, c'est-à-dire que les mesures sont annoncées et facilement accessibles.

Les francophones demeurent surtout invisibles dans les données. Il est par conséquent difficile de les identifier et de recueillir des renseignements à leur sujet. Parce que les patients francophones ne sont en général pas identifiés et que les données sur l'état de santé de la population francophone sont insuffisantes, il est difficile de fournir un portrait précis de leur santé. Cependant, un examen des études portant sur l'incidence des barrières linguistiques sur les patients indique que les barrières linguistiques peuvent avoir un effet sur l'accès aux soins, la sécurité et la qualité des soins.[24]

Voici un exemple d'une barrière linguistique aux soins, fourni par Diane Quintas, directrice générale du Réseau du mieux-être des francophones du Nord de l'Ontario, une entité de planification des services de santé en français dans le Nord de l'Ontario : Un homme francophone de 90 ans avec une perte auditive importante est allé au service des urgences pour une douleur extrême. Il a été admis à l'hôpital, mais parce que personne ne comprenait le français et parce qu'il a un problème d'audition, il parlait très fort. Les personnes soignantes, qui ne parlaient que l'anglais, ont pensé qu'il était incohérent, qu'il souffrait de délire et peut-être qu'il était agressif parce qu'il parlait fort. Elles pensaient qu'il représentait un danger pour elles et pour lui-même. Il a donc été attaché à son lit. Il a passé une grande partie de la journée seul et sous contention et, lorsque les gens venaient le voir, ils lui parlaient en anglais. Plus tard, il a été déterminé que le problème était un manque de communication découlant du fait que le patient était un francophone et ne comprenait pas du tout l'anglais.

Prenez une respiration

Le long et coûteux trajet de Pierre vers une double greffe de poumons

En tant que francophone, Pierre avait parfois de la difficulté à comprendre ce que les médecins et les infirmiers et infirmières disaient, même si son anglais est bon.

Pierre s'est réveillé après l'intervention sachant qu'il avait une nouvelle paire de poumons à l'intérieur de sa poitrine. Pendant que l'on retirait les tubes de respiration de son œsophage, il n'était pas certain que les nouveaux poumons allaient fonctionner. « Ils me criaient constamment : "Respirez, respirez, respirez!", mais au début, je ne savais pas comment », affirme Pierre, un mécanicien retraité de 71 ans qui vit dans la ville éloignée de Nakina, au Nord-est de Thunder Bay. « Puis, j'ai inspiré, et je n'ai ressenti aucune douleur. »

Il y avait la douleur de l'opération, bien sûr, mais la double greffe pulmonaire de Pierre réalisée dans un hôpital de Toronto n'a causé aucune autre douleur. Au cours des 12 années pendant lesquelles il a été aux prises avec l'emphysème avant l'opération, chaque respiration créait une sensation de brûlure dans ses poumons. C'était un sentiment incroyable, s'est dit Pierre, après tant de déplacements et tellement de dépenses de sa part et de celle de son épouse, Suzanne.

Les nombreux déplacements que Pierre a effectués pour des questions de santé ont commencé en 1996, lorsqu'il a reçu un diagnostic d'emphysème. Suzanne et lui ont fait plusieurs fois l'aller-retour entre Nakina et l'hôpital le plus près, qui se trouve à 60 kilomètres, dans la ville de Geraldton.

« Enfin, en 2001, ma femme en a eu assez et m'a amené à un hôpital de Thunder Bay, ajoute Pierre, et j'y ai passé trois mois pour me rétablir un peu afin d'obtenir une double greffe pulmonaire. »

En tant que francophone, Pierre avait parfois de la difficulté à comprendre ce que les médecins et les infirmiers et infirmières disaient, même si son anglais est bon. Il fut heureux de constater que son spécialiste en maladies pulmonaires à Thunder Bay parlait parfaitement le français, ce qui a facilité considérablement la communication pendant les discussions sur les traitements et les examens.

De plus, même après sa sortie de l'hôpital, Pierre devait rester à proximité pour des examens et des traitements. Sa femme et lui ont donc déménagé leur maison mobile de Nakina dans un parc pour caravanes de Thunder Bay. Son fils est lui aussi déménagé à Thunder Bay pour aider et installer la caravane, car l'affection pulmonaire de Pierre s'aggravait.

Enfin, en 2008, Pierre a appris qu'il pouvait s'inscrire sur la liste d'attente de greffe pulmonaire, mais cela signifiait qu'ils devaient déménager à nouveau, cette fois à Toronto. Ils ont fait leurs

valises et ont pris la route de Thunder Bay vers un appartement qu'ils ont loué à Toronto. Quatre mois et demi plus tard, Pierre subissait la greffe et est demeuré à Toronto quatre mois de plus pour sa convalescence et le suivi.

Entre le loyer, les dépenses de déménagement et les factures de médicaments, Pierre affirme qu'il a dépensé 70 000 \$ de sa poche pour sa greffe.

« Avant d'être inscrit sur la liste d'attente, on vous demande si vous avez suffisamment d'argent, précise Pierre. On vous demande si vous êtes nanti ou non. Vous ne savez pas quoi répondre, mais je leur ai dit que j'avais environ 75 000 \$ ou 85 000 \$, et on m'a dit que cela irait. »

Outre le côté monétaire, l'expérience était différente pour le couple d'une autre manière. « C'était très difficile pour mon épouse, dit Pierre. Je ne pouvais plus marcher et elle devait me pousser partout où j'allais, à tous mes rendez-vous. » Les déplacements étaient un lourd fardeau pour les deux membres du couple. Avant de déménager à Toronto pour subir une transplantation, le couple a fait l'aller-retour entre Thunder Bay et Toronto pour des tests. « J'ai fait le voyage environ cinq ou six fois », affirme Pierre. « Ma femme conduisait. Cela prenait environ 20 heures chaque fois. Vingt heures, lorsque vous êtes malade, c'est vraiment difficile. »

Pierre et Suzanne vivent encore à Thunder Bay afin de rester à proximité du soutien médical qui n'est pas disponible à Nakina. Pierre a l'intention de faire un marchathon en 2017. « Je peux marcher sur quelques kilomètres », dit-il.

Entre le loyer, les dépenses de déménagement et les factures de médicaments, Pierre affirme qu'il a dépensé 70 000 \$ de sa poche pour sa greffe.



Photos sur Pierre ajoutée par Jason Spun.

Consigner les iniquités en matière de santé dans le Nord

Les personnes qui vivent dans le Nord de l'Ontario ont souvent des expériences très différentes de celles des Ontariennes et des Ontariens en général en ce qui concerne leur santé et les services qu'ils reçoivent. Les fournisseurs de soins de santé sont également confrontés à d'énormes enjeux dans la prestation de soins à des personnes réparties sur une si grande superficie à faible densité de population, comparativement au Sud de la province. Un autre défi est de fournir des soins culturellement sûrs aux professionnels de la santé qui sont informés des traumatismes liés aux populations autochtones dans les régions du Nord.

Dans les deux régions de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord de l'Ontario :

- les gens ont des espérances de vie plus courtes que la moyenne en Ontario;
- les gens sont beaucoup plus susceptibles de mourir prématurément (avant l'âge de 75 ans) pour cause de suicide, de maladie cardiaque ou autres;
- les gens sont beaucoup moins susceptibles de déclarer qu'ils peuvent consulter un fournisseur de soins primaires, comme un médecin de famille ou une infirmière ou un infirmier praticien, lorsqu'ils sont malades.

Comment pouvons-nous combler l'écart en matière de santé entre le Nord et le Sud de l'Ontario? Comment pouvons-nous nous rapprocher de l'atteinte de l'équité en matière de santé, l'état dans lequel toutes les personnes qui vivent en Ontario peuvent atteindre leur niveau de santé le plus élevé et recevoir des soins de santé de qualité supérieure qui sont justes et appropriés, peu importe où elles vivent, qui elles sont ou ce qu'elles ont?

L'équité en santé englobe beaucoup plus que les soins

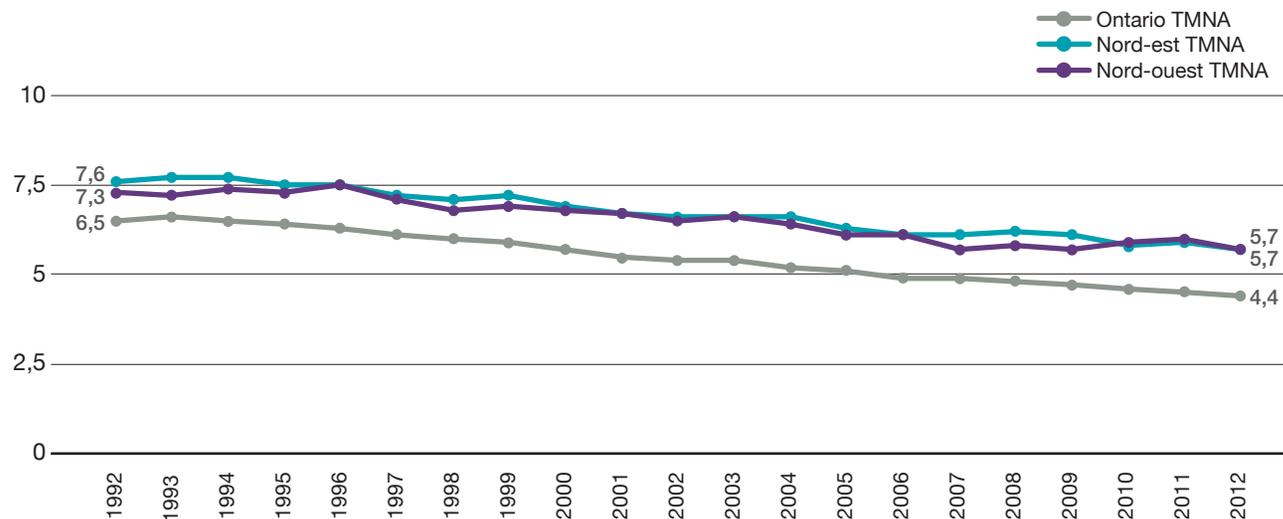
Les déterminants sociaux de la santé – les facteurs comme le revenu, le statut de l'emploi, l'ethnie, le genre, l'état de l'immigration et le milieu rural ou urbain – peuvent avoir une incidence importante sur la santé d'une personne et celle de la population. Pour certaines des mesures de rendement présentées dans le rapport (notamment l'espérance de vie, la mortalité prématurée, les taux de tabagisme et les affections chroniques multiples), les conclusions sont susceptibles d'être influencées par les déterminants sociaux de la santé plus vastes et non pas uniquement par le rendement du système de santé.

Alors que Qualité des services de santé Ontario a mis en évidence dans notre rapport annuel 2016 intitulé *À la hauteur* (qui présente des données sur le rendement du système de santé en Ontario), on constate une variation inacceptable dans la qualité des soins de santé et les résultats de santé par groupe géographique et par groupe de populations, comme celles qui vivent dans le Nord, et nous avons observé qu'il s'agit d'une tendance soutenue au fil des ans.

Dans de nombreuses mesures du rendement, l'Ontario a réalisé globalement des gains importants au cours des dernières années, mais les régions du Nord continuent d'afficher des moyennes largement inférieures à celles de la province. Par exemple, l'écart de mortalité entre les régions du Nord et l'Ontario dans son ensemble s'est élargi au fil du temps. Le taux de mortalité était plus élevé dans toutes les régions en Ontario en 1992, mais l'écart entre le Nord et la moyenne ontarienne était plus petit. L'écart relatif est passé de 12 à 17% en 1992 à 30% en 2012.

Afin de mieux comprendre cette tendance, nous avons décidé de chercher plus loin dans les données – d'aller plus loin que le rapport *À la hauteur* – afin d'obtenir un portrait plus clair du rendement du système de santé de l'Ontario pour les personnes vivant dans les deux régions du Nord de la province. Nous avons également analysé en profondeur certaines des raisons qui sous-tendent les iniquités en matière de santé dans le Nord, et avons tiré parti d'autres points de vue grâce aux témoignages de personnes vivant dans ces régions.

FIGURE 1
Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) pour 1 000 habitants en Ontario, RLISS du Nord-Est et RLISS du Nord-Ouest, 1992-2012



Source des données: la mort de l'Ontario registraire général (ORG-D) fichier, fourni par l'ICES.

Nous reconnaissons que les chiffres moyens pour les mesures de rendement que nous rapportons dans chacune des deux régions RLISS ne racontent pas l'histoire entière. En raison des limites des données disponibles, nous ne pouvons pas présenter une image complète de l'équité en matière de santé dans le Nord. Les questions qui nécessitent d'autres investigations sont les suivantes :

- s'assurer que les mesures de rendement et les points de repère sont les plus appropriés pour orienter la prestation des soins appropriés, au bon moment, par le bon fournisseur pour la réalité de la région du Nord
- s'attaquer aux inégalités dans les régions du Nord, comme le revenu ou les disparités culturelles qui pourraient affecter l'accès à la santé et les résultats
- examiner de plus près les sous-populations au sein de chacune des régions du RLISS pour lesquelles les recherches montrent qu'il y a encore des problèmes de santé plus importants, comme les Premières nations, Métis et les populations francophones [25,26]
- explorer les raisons des inégalités que nous voyons dans les résultats présentés dans ce rapport
- découvrir ce qui limite l'accès des personnes aux soins
- approfondir l'analyse de ce qui se fait pour remédier à ces problèmes

Compte tenu de ces limites, nous reconnaissons que les principales conclusions suivantes ne sont que le début. Il y a beaucoup plus à explorer pour mieux comprendre les disparités entre les groupes au sein de chacune des deux régions nordiques.

Examiner de plus près les sous-populations au sein de chacune des régions du RLISS pour lesquelles les recherches montrent qu'il y a encore des problèmes de santé plus importants, comme les Premières nations et les populations francophones

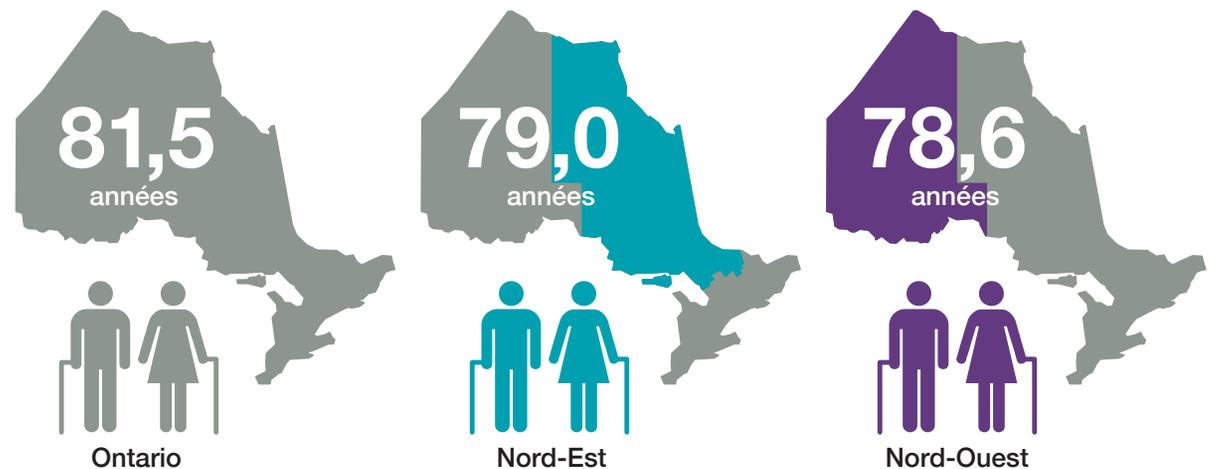
Principales conclusions définitives

1. Les populations qui vivent dans le Nord ont une espérance de vie inférieure à celles de l'Ontario dans son ensemble – soit 2,9 ans de moins que l'Ontario dans la région du RLISS du Nord-Ouest et 2,5 ans de moins dans la région du RLISS du Nord-Est.

L'espérance de vie est plus courte dans le Nord. Les gens qui vivent dans la région du RLISS du Nord-Ouest ont une espérance de vie de 78,6 ans, comparativement à 81,5 ans en Ontario. Pour l'espérance de vie, même une fraction d'une année fait une grande différence dans la santé globale de la population. Aux fins de comparaison, l'espérance de vie en Ontario dans son ensemble n'a pas été aussi basse que 78,6 ans depuis la période de 1995 à 1997.[27]

Les gens qui vivent dans la région du RLISS du Nord-Est ont également une espérance de vie considérablement moins importante par rapport à l'Ontario dans son ensemble, soit 79,0 ans ou 2,5 ans de moins que la moyenne de l'Ontario.

FIGURE 2
Espérance de vie, par région de RLISS, 2007-2009



Source des données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès et Division de la démographie, tableau CANSIM 102-4307.

2. Les populations du Nord sont plus susceptibles de mourir plus jeunes.

Pour obtenir une perspective plus détaillée du rendement du système de santé dans le Nord, nous pouvons examiner les années potentielles de vie perdues, une manière de mesurer les décès prématurés par l'estimation de toutes les années potentielles de vie qui sont perdues lorsque quelqu'un meurt prématurément (dans ce cas, prématurément est considéré comme avant l'âge de 75 ans). Voici quelques exemples de la façon dont les années potentielles de vie perdues sont calculées :

- Si quelqu'un meurt à 25 ans parce qu'il se suicide, ce serait l'équivalent de 50 années potentielles de vie perdues.
- Si quelqu'un meurt à 74 ans en raison d'une maladie du cœur, ce serait l'équivalent d'une année potentielle de vie perdue.

Les années potentielles de vie perdues comprennent les décès causés par les accidents, ainsi que les décès causés par la maladie. Cette mesure du rendement est, en partie, associée à la qualité des soins de santé que les gens reçoivent étant donné que la prévention de la maladie et les efforts de prise en charge peuvent réduire la prévalence des décès prématurés causés par des maladies comme le diabète et les maladies cardiaques. La santé publique et les efforts consentis à l'extérieur du système de santé joueront également un rôle important dans la prévention de la maladie.[28]

Si quelqu'un meurt à **25 ans parce qu'il se suicide**, ce serait l'équivalent de **50 années potentielles de vie perdues**.

Si quelqu'un meurt à **74 ans en raison d'une maladie du cœur**, ce serait l'équivalent d'**une année potentielle de vie perdue**.

FIGURE 3
Années potentielles de vie perdues, en raison de décès potentiellement évitables, par région de RLISS, par 100 000 personnes, 2010 à 2012



Source des données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès et Division de la démographie.. Les résultats sont normalisés selon l'âge.

Les deux régions de RLISS du Nord affichent les taux les plus élevés d'années potentielles de vie perdues des personnes qui meurent prématurément dans la province.[29]

La région du RLISS du Nord-Ouest affiche un nombre d'années potentielles de vie perdues presque deux fois plus élevé que le nombre de l'Ontario dans son ensemble, à cause des décès potentiellement

évitable, avec 6 023 années perdues par 100 000 personnes au cours d'une période de deux ans, comparativement à 3 243 années par 100 000 personnes en Ontario.

La région du RLISS du Nord-Est affiche également un nombre d'années potentielles de vie perdues beaucoup plus élevé que celui de l'Ontario en général, à cause des décès potentiellement évitables, avec 4 763 années par 100 000 personnes.

3. Les populations du Nord sont plus susceptibles de mourir prématurément en raison de suicide, d'une maladie du système circulatoire ou d'une maladie respiratoire.

Nous pouvons examiner plus en profondeur les années potentielles de vie perdues par cause de décès qui sont évitables et qui sont associés, dans une certaine mesure, au rendement du système de santé.[30] Ces mesures de rendement indiquent également des résultats pires dans le Nord.

Le suicide est la principale cause de décès attribuables à des blessures dans le Nord de l'Ontario et près des deux tiers (61 %) des décès par suicide dans la région sont survenus chez des personnes âgées de 20 à 54 ans.[31] Le taux de suicide chez les jeunes autochtones est environ cinq à six fois plus élevé que chez les jeunes dans la population générale.[32] Nous n'avons pas de données propres aux Métis à l'égard du suicide. La crise actuelle du suicide parmi les jeunes est un exemple de l'impact profond qui a frappé les générations à la suite de politiques discriminatoires, comme les pensionnats.[33] Les communautés attirent de plus en plus l'attention sur la situation actuelle des jeunes dans leurs collectivités : Un état d'urgence a été déclaré dans la Première nation d'Attawapiskat sur la baie James en 2016 en raison de la crise du suicide chez les jeunes.[34]

Près des deux tiers (61 %) des décès par suicide dans la région sont survenus chez des personnes âgées de 20 à 54 ans.

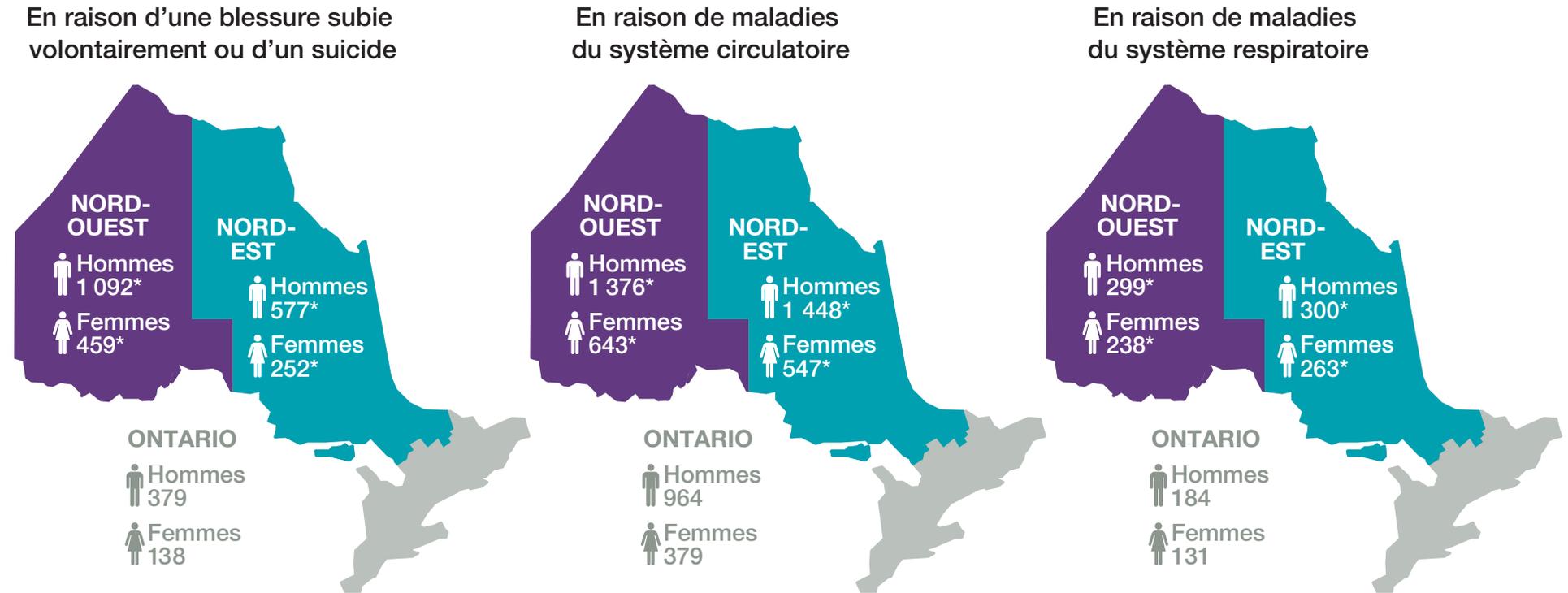
En regardant les années potentielles de vie perdues en raison du suicide dans les deux régions du RLIS du Nord comparativement à celles de l'Ontario, dans la région du RLIS du Nord-Ouest, le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide chez les hommes est presque trois fois plus élevé que celui de l'Ontario, avec 1 092 années potentielles de vie perdues par 100 000 personnes, comparativement à 379 pour l'Ontario. Le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide chez les femmes, bien qu'il soit moins élevé que celui des hommes, est également plus de trois fois plus élevé que celui de l'Ontario en général, avec 459 années potentielles de vie perdues par 100 000 personnes, comparativement à 138 pour l'Ontario.

Dans la région du RLIS du Nord-Est, le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide chez les hommes et les femmes est également beaucoup plus élevé que celui de l'Ontario en général, avec 577 années potentielles de vie perdues par 100 000 hommes, comparativement à 379 pour l'Ontario, et 252 années potentielles de vie perdues par 100 000 femmes, comparativement à 138 pour l'Ontario.

La même tendance se répète pour les années potentielles de vie perdues en raison de maladie du système circulatoire, comme les coronaropathies (crises cardiaques) et les accidents vasculaires cérébraux, et les maladies respiratoires (comme la maladie pulmonaire obstructive chronique, appelée MPOC, et le cancer du poumon). Les taux dans les régions des RLIS du Nord-Est et du Nord-Ouest sont nettement plus élevés que ceux de l'Ontario chez les hommes et les femmes.

FIGURE 4

Années potentielles de vie perdues par 100 000 personnes, par région de RLISS, selon le sexe, 2010 à 2012



Source des données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès et Division de la démographie. Les résultats sont normalisés selon l'âge.

Perspective des Premières nations: Espoir, sens, appartenance et objectif

Mae Katt, membre de la Première Nation de Temagami et infirmière praticienne spécialisée en soins primaires à Thunder Bay, parle de son travail auprès de collectivités éloignées des Premières Nations dans l'ensemble du Nord de l'Ontario et des élèves du secondaire membres des Premières Nations à Thunder Bay.

« Si vous examinez le nombre de personnes qui pleurent la perte de leurs enfants, de leurs frères et sœurs et de leurs parents à cause d'un suicide, comment faites-vous pour saisir cela dans une statistique? »

La géographie et l'accès

« Dans le Nord de l'Ontario, l'un des grands enjeux est l'accès aux soins, à tous les niveaux de soins. L'absence de services dans l'ensemble du Nord fait que les gens doivent parcourir de longues distances. La géographie constitue donc un vrai défi pour les gens. »

Pauvreté

« Je vois beaucoup de pauvreté à l'échelle de la collectivité. Je me déplace dans les régions du Nord depuis 40 ans en travaillant avec les collectivités et le tableau de la pauvreté n'a jamais vraiment changé. On voit toujours des gens aux prises avec le coût élevé des aliments, s'efforçant toujours d'offrir un peu de qualité de vie à leurs enfants et à eux-mêmes. Et il ne s'agit pas uniquement d'articles du commerce, mais de transport aussi. »

Traumatismes

« L'un de mes déchirements les plus importants est que nous n'en faisons pas assez pour nos jeunes. Je travaille dans une école secondaire où je vois le traumatisme qu'ils apportent avec eux à 14, 15 ou 16 ans en raison des choses qui se produisent dans leurs collectivités. Ce que je vois, c'est 25 ans d'une crise de suicides à laquelle aucune politique publique, ni aucun financement ni investissement ne se sont attaqués. Nous avons eu des gens qui ont vécu beaucoup de deuils, beaucoup de pertes et beaucoup de traumatismes. »

« Lorsque nous avons vu les taux de suicide au début des années 1990, j'étais la directrice de la santé pour la Nation Nishnawbe Aski, et nous avons tout fait pour conseiller les deux paliers de gouvernement afin de nous attaquer à la crise. Cette crise a atteint aujourd'hui plus de 500 jeunes. Si vous regardez les chiffres, les statistiques n'en

tiennent pas compte. Si vous examinez le nombre de personnes qui pleurent la perte de leurs enfants, de leurs frères et sœurs et de leurs parents à cause d'un suicide, comment faites-vous pour saisir cela dans une statistique? »

Les collectivités, hier et aujourd'hui

« Dans les collectivités où je voyage, les gens étaient certainement en bien meilleure santé il y a 40 ans. Ils travaillaient beaucoup plus sur leur terre, les gens allaient trapper, pêcher et il y avait beaucoup plus d'esprit communautaire. Alors, quand je compare l'expérience que j'ai vécue dans ces collectivités pendant ma jeunesse, je constate que c'était très différent d'aujourd'hui, après 25 ans de suicides en série. Vous pouvez voir le traumatisme. Vous pouvez voir la douleur et la perte des gens. Le rire, les événements culturels et des cérémonies... il manque tellement de ces choses dans ces collectivités. »

« L'on ne peut pas être fatigué »

« La frustration est quelque chose que nous, fournisseurs de services de santé, apprenons à transformer en un autre type d'émotion. Bien que, pour vous, cela puisse ressembler à de la

frustration, pour moi, cela me fait simplement prolonger un peu mon trajet pour faire le travail politique, le travail clinique pour essayer d'améliorer les choses pour les personnes qui vivent dans le Nord. Je fais cela depuis de nombreuses années, et je peux affirmer que l'on ne peut pas être frustré et que l'on ne peut pas être fatigué. »

Rétablissement

« Je me rends dans le Nord visiter les collectivités rurales et éloignées assez souvent et je travaille avec une équipe mobile pour offrir un traitement au Suboxone (pour traiter la dépendance aux opiacés). En fait, nous observons les collectivités qui se rétablissent d'une dépendance aux opiacés à grande échelle. Nous sommes allés dans des collectivités où il y avait du désespoir, nous avons fourni un traitement dans la collectivité, afin qu'ils n'aient pas à aller ailleurs. Mais quand on observe un rétablissement, c'est tellement positif. On voit des enfants qui redeviennent des membres de la famille, et des enfants qui font du vélo sur la route. C'est tellement clair combien on peut améliorer le bien-être d'une collectivité quand on élimine les inconvénients. Dans ce cas, l'inconvénient, c'était l'oxycodone. Et je crois que les gens utilisaient cette drogue parce qu'ils pleuraient la perte de tous ces enfants qui se sont suicidés. »

« Cheminer ensemble : l'engagement de l'Ontario envers la réconciliation avec les peuples autochtones en réponse à la Commission vérité et réconciliation, cherche à combler les lacunes en offrant plus de services de santé et plus de programmation. Mais je pense que nous avons aussi besoin de la philosophie de l'espoir, de la signification, de l'appartenance et du but, que nous devons apporter à nos communautés. »

Des solutions dirigées par les Autochtones

« Mes années de travail dans ces collectivités autochtones m'ont permis de conclure qu'elles ont une merveilleuse capacité à faire des choses pour elles-mêmes. Ces collectivités n'ont pas toujours les ressources monétaires nécessaires pour réaliser tous leurs projets, mais quand on s'assoit pour parler de la meilleure intervention, elles peuvent concevoir un programme qui fonctionnera pour elles. Elles vont vous montrer qu'il y a une façon différente de faire les choses, et une meilleure façon pour elles de les faire. »

« Dans le Nord de l'Ontario, l'un des grands enjeux est l'accès aux soins, à tous les niveaux de soins. L'absence de services dans l'ensemble du Nord fait que les gens doivent parcourir de longues distances. La géographie constitue donc un vrai défi pour les gens. »



Photo de Mae Katt par Jason Spun.

Point de vue des Métis

« Nous sommes Métis et nous avons déjà été reconnus comme présentant un risque plus élevé pour certains cancers et d'autres choses. Pourquoi est-ce que la communauté médicale n'est pas au courant de cela? Et pourquoi ne sommes-nous pas reconnus, pourquoi est-ce que cela n'est pas reconnu? »

– *Larry, Nord-Est de l'Ontario*

Les voix des Métis

Au cours des cinq dernières années, la Métis Nation of Ontario a recueilli les histoires et les points de vue des Métis qui vivent dans l'ensemble de la province afin de documenter et de régler les problèmes d'accès, de besoins en matière de soins de santé non satisfaits et d'équité, et d'améliorer la santé globale. Ces citations de membres de la communauté Métis vivant dans le Nord mettent en évidence certaines de leurs expériences concernant l'orientation dans le système de santé provincial dans ces régions. (Ces histoires ont été compilées en partenariat avec Action Cancer Ontario et le Partenariat canadien contre le cancer.)

Soucis de transport

« Nous habitons loin des services et le transport est un énorme problème pour nous. Nous n'avons pas le soutien pour le transport médical qui est disponible pour les Premières Nations grâce aux programmes fédéraux. Nous devons compter sur nos amis et les membres de notre famille et sur des conducteurs volontaires de notre collectivité Métis. J'ai connu des membres de la collectivité Métis qui ont raté des traitements et renoncé à recevoir les soins dont ils avaient besoin parce qu'ils ne pouvaient tout simplement pas se rendre. Ils s'en passent. »

– *Marlene, Nord-Ouest de l'Ontario*

Manque de médecins et de fournisseurs de services

« Notre région... est reconnue pour [avoir] une pénurie de médecins. Cela nous a enseigné, du moins à moi-même, que je ne vais pas aller voir mon médecin à moins que je ne sois vraiment, vraiment malade, parce que je ne veux pas enlever le rendez-vous de quelqu'un d'autre. Donc, je reste chez moi. »

– *Suzanne, Nord-Ouest de l'Ontario*

« Si vous êtes assis à l'urgence, vous voulez être vraiment malade, parce que je n'y suis jamais allé quand cet endroit n'était pas plein à craquer de gens qui attendent de voir un médecin. Vous y serez donc très longtemps. Vous n'y allez donc pas. Si vous vous coupez le doigt, je pense peut-être que vous devez apprendre à coudre, à le faire vous-même. »

– *Ray, Nord-Est de l'Ontario*

Besoins en santé des Métis

« Nous sommes Métis et nous avons déjà été reconnus comme présentant un risque plus élevé pour certains cancers et d'autres choses. Pourquoi est-ce que la communauté médicale n'est pas au courant de cela? Et pourquoi ne sommes-nous pas reconnus, pourquoi est-ce que cela n'est pas reconnu? »

– *Larry, Nord-Est de l'Ontario*

« L'un des obstacles que j'ai trouvés à l'hôpital de Sudbury quand j'y étais, était quand j'allais au – je ne me rappelle plus comment il s'appelait, mais c'était le Centre spirituel autochtone – il n'y avait rien de concret pour les Métis. C'est considéré comme une unité destinée aux Autochtones et pourtant c'est toujours, ou cela semble être, plus de personnes des Premières Nations qui y travaillent, en général. »

– Darlene, Nord-Est de l'Ontario

Sécurité et qualité alimentaires

« Les obstacles? Comme, si vous habitez à plus d'une heure de l'épicerie la plus proche. Donc, si vous venez en ville une fois par semaine, une fois toutes les deux semaines, une fois par mois, comme certaines personnes, vous ne pouvez évidemment pas conserver suffisamment d'aliments frais à portée de main à la maison. Ou, c'est trop cher. Alors, leur alimentation en souffre, soit par manque d'argent ou parce qu'ils n'ont pas de façon de se rendre à l'épicerie pour les aliments. Alors ils finissent par devoir vivre de, vous savez, des conserves ou des boîtes. »

– Travailleur de première ligne en ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, Métis Nation of Ontario, Nord-Ouest de l'Ontario

Photo d'une broderie perlée métisse, gracieuseté de la Métis Nation of Ontario.

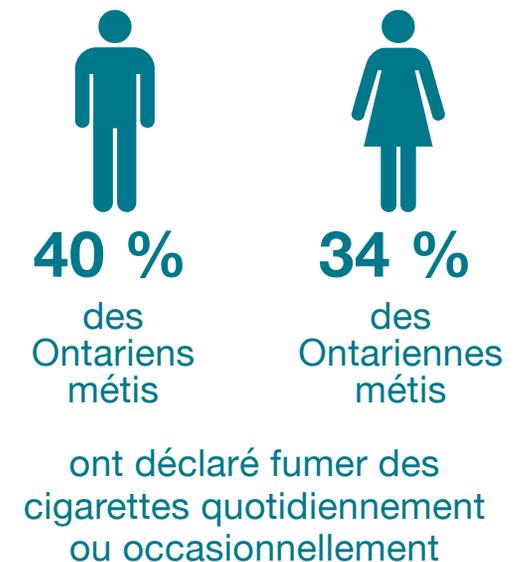


4. Les populations du Nord sont plus susceptibles de fumer, ce qui est lié à des maladies et à une mort précoce.

Nous avons observé que les personnes vivant dans les deux régions de RLISS du Nord sont plus susceptibles de mourir prématurément que les résidents de l'Ontario dans son ensemble. L'une des raisons de ces taux élevés de décès prématurés est probablement les taux de tabagisme plus élevés, qui sont associés au développement de maladies graves et au décès prématuré.[35] Nous n'avons pas de données sur les effets de la fumée secondaire.

Le taux du tabagisme dans les régions de RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest est plus élevé que dans l'Ontario dans son ensemble. En 2014, le taux de tabagisme autodéclaré était de 26,0 % dans la région du RLISS du Nord-Est et de 22,9 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest, comparativement à 17,3 % dans l'ensemble de l'Ontario.

Un rapport sur les facteurs de risque des Métis en Ontario indique que les taux de tabagisme sont plus élevés dans l'ensemble de la population des Métis comparativement aux Ontariennes et Ontariens non autochtones – 40 % des Ontariens métis et 34 % des Ontariennes métis ont déclaré fumer des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement, et ces taux sont encore plus élevés pour les Métis vivant dans le Nord, où le taux de tabagisme combiné des hommes et des femmes est de 43 %.[36]

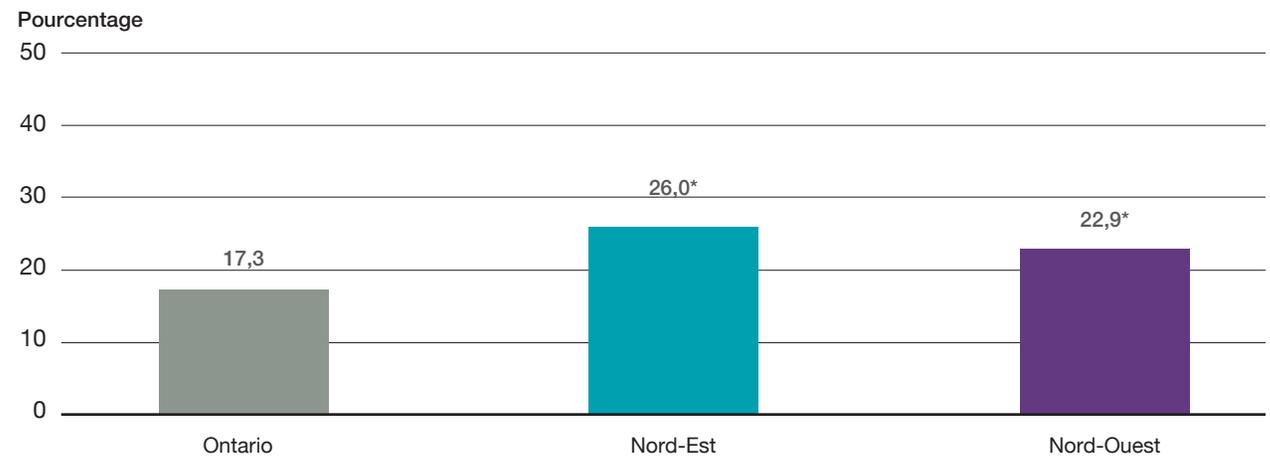


Pour d'autres facteurs de risque, les résultats de santé sont mitigés lorsque l'on compare les régions du RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest à l'Ontario dans son ensemble. Par exemple, dans la région du RLISS du Nord-Est, la consommation insuffisante de fruits et de légumes est considérablement pire que celle de l'Ontario dans son ensemble, alors que le taux d'inactivité physique est légèrement moindre. L'obésité est considérablement pire dans le RLISS du Nord-Ouest (mais pas dans la région du RLISS du Nord-Est) que dans l'Ontario dans son ensemble.[37]

Il est à noter que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (la source de ces données) ne comprend pas les populations vivant sur une réserve et ne comprend pas les taux de tabagisme, de consommation de fruits et de légumes ou d'obésité chez les peuples autochtones vivant sur les réserves. En outre, les tailles de l'échantillon sont trop petites pour répartir les données par population autochtone hors réserve.

FIGURE 5

Pourcentage de la population, personnes âgées de 12 ans ou plus qui ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement, 2014



Source des données : Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences. Les résultats sont ajustés selon l'âge et le sexe.

En 2014, le taux de tabagisme autodéclaré était de **26,0 %** dans la région du RLISS du Nord-Est et de **22,9 %** dans la région du RLISS du Nord-Ouest, comparativement à **17,3 %** dans l'ensemble de l'Ontario.

5. Les populations vivant dans le Nord sont plus susceptibles de déclarer être atteintes de multiples affections chroniques.

Le fait d'être atteint de multiples affections chroniques est associé à une invalidité accrue et à un décès prématuré, ainsi qu'à un taux plus élevé de consultations chez le médecin, à l'utilisation de médicaments sur ordonnance et à la probabilité d'être hospitalisé.[38]

Dans les régions du RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest, un pourcentage de la population plus élevé que dans le rapport global de l'Ontario est atteint de deux affections chroniques ou plus, comme le diabète, l'anxiété, la dépression et la maladie cardiaque, ce qui est associé à un plus grand risque d'être hospitalisé et à un besoin accru de services de santé.

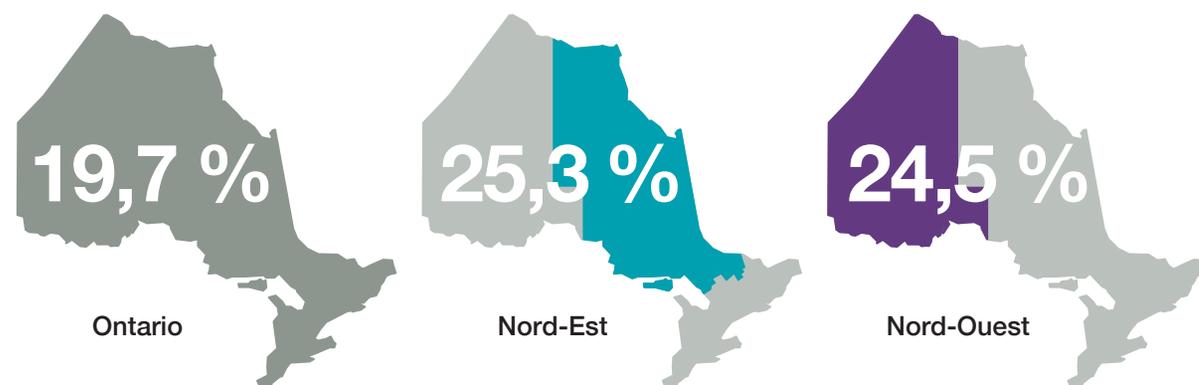
Dans la région du RLISS du Nord-Est, 25,3 % des personnes âgées de 12 ans et plus ont déclaré être

atteintes de deux affections chroniques ou plus, un taux similaire au taux de 24,5 % des personnes vivant dans la région du RLISS du Nord-Ouest, un taux beaucoup plus élevé que le taux de 19,7 % de l'Ontario dans son ensemble.

Les Premières Nations et les Métis en Ontario souffrent disproportionnellement d'une foule d'affections chroniques et ils présentent un risque considérablement supérieur de maladie.[39,40] De plus, les Métis n'ont pas le même niveau d'accès aux soins primaires et spécialisés en Ontario comparativement aux Ontariennes et Ontariens non autochtones, ce qui influe sur leur santé et leur bien-être en général, tout particulièrement pour ceux qui vivent dans le Nord. [41]

FIGURE 6

Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus ayant deux ou plusieurs affections chroniques, 2014



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités (ESCC)

* Les maladies chroniques comprennent: l'anxiété, l'arthrite, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, les maladies cardiaques, l'hypertension et la dépression.

6 Les populations vivant dans le Nord de l'Ontario sont beaucoup moins susceptibles de déclarer être en mesure de consulter un médecin de famille, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, ou un autre fournisseur de soins de santé habituel lorsque nécessaire.

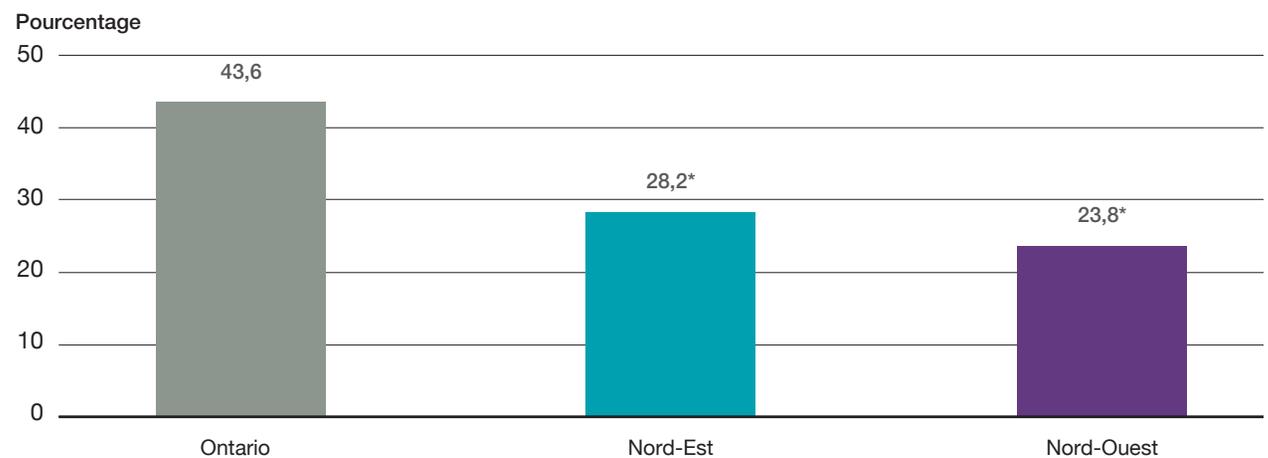
Les populations vivant au Nord de l'Ontario sont moins susceptibles que les Ontariens dans leur ensemble de déclarer avoir un médecin de famille, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, ou un autre fournisseur de soins de santé habituel, soit 89,2 % des personnes vivant dans la région du RLISS du Nord-Est et 83,8 % de celles vivant dans la région du RLISS du Nord-Ouest, comparativement à 93,8 % de la population ontarienne.[42]

Dans la région du RLISS du Nord-Ouest, le pourcentage de personnes âgées de plus de 16 ans ayant déclaré pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'elles sont malades est près de la

moitié du taux de l'Ontario, soit 23,8 %, comparativement à 43,6 % pour l'Ontario dans son ensemble.

Dans la région du RLISS du Nord-Est, 28,2 % des personnes âgées de plus de 16 ans ont déclaré pouvoir consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'elles sont malades. Ce résultat peut refléter une combinaison de géographie et de commodité. Si quelqu'un doit voyager loin pour voir son fournisseur de soins primaires, ils pourraient décider d'aller à une clinique sans rendez-vous à la place, si cette option est plus proche. Ou il pourrait leur prendre plus d'un jour pour y arriver, au moment où ils peuvent voyager au fournisseur de soins primaires.[43]

FIGURE 7
Pourcentage des adultes (âgés de 16 ans ou plus) qui peuvent voir leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils sont malades, en Ontario et par région de RLISS, 2015



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

* Très différent de la valeur de l'Ontario

Les populations des régions de RLISS du Nord sont également moins susceptibles de déclarer pouvoir consulter un spécialiste dans les 30 jours que les Ontariens dans leur ensemble. Environ 30 % des personnes vivant dans les régions du RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest ont déclaré pouvoir consulter un spécialiste dans les 30 jours, en 2014-2015, comparativement à environ 40 % pour l'Ontario dans son ensemble.[44] Beaucoup de spécialistes dans les deux régions du nord sont situés dans les grandes villes, ce qui signifie que les gens finissent souvent par attendre plus longtemps pour les voir.[45]

Médecine familiale dans le Nord-Est de l'Ontario

Le Dr Peter Hutten-Czapski, un médecin de famille qui pratique dans la ville de Haileybury (Temiskaming Shores) près de la frontière du Québec, explique ce que c'est que d'être un patient dans le Nord de l'Ontario.

La médecine familiale est différente dans le Nord

« Parce que nous travaillons dans de nombreux établissements différents et que nous avons différents types de patients ayant différents problèmes de santé, nous sommes vraiment les praticiens les plus généralistes qui soient, au sens traditionnel du terme. Cela me donne beaucoup de satisfaction professionnelle parce que je crois que je me sens plus proche de mes patients, je suis plus en mesure de faire face à leurs besoins personnellement plutôt que de les aiguiller vers un spécialiste. »

Un médecin peut être bien loin

« Il existe de nombreuses difficultés associées à l'accès. L'une de ces difficultés, surtout pour les collectivités les plus éloignées, est qu'il n'y a pas de médecin local et que les résidents doivent se déplacer pour recevoir des soins. Il s'agit d'un lourd fardeau en soi. Si vous êtes dans une collectivité dépourvue d'accès routier, c'est un fardeau très coûteux. »

Plus de risques et plus d'inconvénients

« Si vous examinez l'ensemble de la population de Toronto et la comparez à l'ensemble de la population dans le Nord, vous trouverez que les taux d'obésité et de tabagisme sont plus élevés, que les niveaux de scolarité sont inférieurs, que le statut socioéconomique est plus bas et que l'incidence de maladies et de blessures est plus élevée. En fait presque tout est plus élevé. Je ne peux pas vraiment penser à quelque chose qui ne l'est pas. »

Peu de place pour les patients des régions rurales dans les hôpitaux urbains

« L'un des plus grands défis auxquels nous nous heurtons dans le cadre de la pratique rurale, c'est lorsque nous avons un patient qui a des besoins auxquels nous ne pouvons pas répondre. Nous passons en second quand nous téléphonons dans un hôpital de Toronto. On nous dit : "Nous n'avons pas de lit et la salle des urgences est pleine. Téléphonnez ailleurs pour recevoir l'aide dont vous avez besoin." C'est très frustrant quand vous devez vous battre pendant longtemps et régulièrement pour enfin trouver quelqu'un qui sera en mesure de prendre soin du patient. »

Les besoins en soins actifs prennent le dessus sur les soins préventifs

« Les priorités des médecins du Nord sont fondées sur les patients qui ont des états pathologiques de gravité élevée. C'est donc ce que nous allons faire, parce que nous devons le faire. Mais cela signifie que certaines des mesures plus discrétionnaires, plus préventives, sont négligées. »

L'avantage du Nord

« Dans la grande majorité des cas, quand mes patients sont admis à l'hôpital, je m'en occupe personnellement. Je sais donc exactement ce qui ne va pas pour eux. Et bien que nous ayons moins de services disponibles, nous avons également de très bonnes relations avec les personnes qui les offrent et je pense que le patient tire parti de ce genre de soins personnalisés. »

Se battre pour l'équité

« En raison de l'isolement et des enjeux liés à la faible densité de population, nous ne serons jamais vraiment en mesure d'avoir le même accès aux soins – particulièrement aux services des spécialistes – et le système sera donc différent. C'est tout simplement impossible. Mais on peut se rapprocher d'un système équitable dès maintenant, et c'est ce qui compte. »



Photo de D^r Hutten-Czapski
par Kate Hood.

Où allons-nous ensuite?

Les données du présent rapport mettent en évidence plusieurs domaines clés pour lesquels les personnes des deux régions de RLISS du Nord de l'Ontario ont une moins bonne santé et un moins bon accès aux soins. La géographie, la langue et d'autres facteurs systémiques signifient que nous devons examiner les données différemment pour obtenir un portrait plus complet de la santé dans le Nord. Le terme rural dans le Nord signifie souvent aucune route d'accès direct, de longs hivers enneigés et des services de santé et d'autres services situés à des centaines de kilomètres.

En outre, les déterminants sociaux de la santé – les facteurs qui vont au-delà des soins de santé et qui touchent le système social et le système d'éducation plus vastes – jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes d'un piètre état de santé. Bien qu'il soit difficile de les mesurer, ces déterminants doivent être pris en compte dans tous les efforts visant à améliorer l'accès aux services et les résultats de santé dans le Nord.

Alors, qu'est-ce qui est accompli pour s'attaquer à ces enjeux? Certaines démarches propres à chaque région et à chaque population semblent faire une différence quant à l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes des régions les plus éloignées. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples des nombreux efforts qui sont en cours afin d'améliorer la santé des personnes dans les deux régions des RLISS du Nord. La liste est loin d'être exhaustive, mais elle

offre un premier regard sur certaines démarches visant à réduire les inégalités dans les régions du Nord de l'Ontario. Bon nombre des efforts qui suivent représentent des exemples de partenaires collaborant afin d'améliorer l'accès et les résultats dans le Nord.

Toutefois, étant donné les différences frappantes dans l'accès aux services de santé et les résultats en matière de santé mis en lumière par le présent rapport, il est clair qu'il y a encore beaucoup à faire pour atteindre l'équité en matière de santé dans le Nord de la province.



Voici certains des efforts en cours pour améliorer l'équité en matière de santé pour la population du Nord :

1 ■ **Les centres de santé et les équipes interprofessionnelles hiérarchisent l'équité en matière de santé en adaptant les services et programmes afin de répondre aux besoins variés des collectivités qu'ils desservent.**

Les soins primaires sont différents dans le Nord. La plupart des fournisseurs offrent des services médicaux à l'extérieur de locaux de cliniques. Étant donné l'offre limitée de soins spécialisés dans les collectivités du Nord, les fournisseurs de soins primaires offrent des soins plus globaux, de la pédiatrie à la gériatrie, en passant par la santé des femmes, les interventions mineures, les soins de longue durée, les soins hospitaliers et les soins de santé mentale.

Les patients dans le Nord de l'Ontario ont également une langue, une culture et des pratiques sociales distinctes et ils ont souvent un profil de santé présentant un risque plus élevé. Les fournisseurs de soins primaires dans le Nord exercent souvent sans le soutien d'une équipe de professionnels qui peuvent prendre en charge les besoins complexes des patients. Il existe, toutefois, un mouvement pour combler cette lacune reposant sur la collaboration interprofessionnelle afin d'offrir des soins dans un modèle qui respecte les déterminants sociaux et culturels au cœur de la santé dans le Nord.

Dans les régions des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest, les organismes de soins primaires dirigés par la collectivité hiérarchisent la réponse aux besoins des populations qui ont traditionnellement fait face à

des obstacles pour accéder aux services dont elles ont besoin. Par exemple, six des dix centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones de l'Ontario sont situés dans le Nord. Ces organismes dirigés par les collectivités fournissent une gamme de services de santé destinés aux collectivités des Premières Nations du Nord de l'Ontario, dans les réserves et hors réserve. Les centres offrent la guérison traditionnelle, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, les soins de santé maternels et infantiles, les services de consultation en matière de dépendances, les soins de santé mentale ainsi que d'autres programmes visant à améliorer la santé des collectivités des Premières Nations.[46] Ils reflètent les pratiques culturelles et traditionnelles comme fondement de la santé et des soins de santé des populations des Premières Nations. En outre, le Centre de santé communautaire de Misiway à Timmins met l'accent sur le service des peuples des Premières Nations, et certains autres centres de santé communautaire dans les régions du Nord donnent priorité à leurs besoins.

La Métis Nation of Ontario offre une gamme de programmes, de services de santé et de soutien fondés sur la culture pour les Métis et d'autres populations autochtones dans le Nord, grâce à des

centres de services à Kenora, Fort Frances, Dryden, Atikokan, Geraldton, Thunder Bay, Timmins, Cochrane, Sudbury et North Bay. Les programmes mettent l'accent sur la prévention, la promotion de la santé, la prise en compte des déterminants de la santé, le soutien du bien-être familial des Métis, l'aide en matière de logement, le transport médical, le soutien à domicile et le bien-être communautaire.

Il existe également sept centres de santé communautaire au sein des deux régions des RLISS du Nord, dont cinq offrent des services en français. Ces centres offrent des services de soins primaires, de promotion de la santé, de soutien social et des interventions non cliniques qui s'attaquent aux déterminants de la santé.

Les équipes de soins interprofessionnelles – au sein desquelles deux professionnels ou plus collaborent pour fournir des soins – dans les régions des RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest améliorent l'accès pour les personnes vivant dans des collectivités éloignées, rurales et du Nord. Celles-ci comprennent les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les équipes de santé familiale.

Six des dix centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones de l'Ontario sont situés dans le Nord.



2. La télémédecine et les soins critiques virtuels aident les personnes à prendre en charge la coronaropathie ou l'insuffisance cardiaque.

Le Réseau Télémédecine Ontario offre aux patients du Nord de l'Ontario une manière d'éviter les déplacements sur de longues distances pour consulter des spécialistes et d'autres fournisseurs, dont un grand nombre sont installés dans les grands centres urbains comme Thunder Bay, ou même ailleurs en Ontario, à l'extérieur des régions de RLISS du Nord.

Lancé en 2014, le programme de soins critiques virtuels du RLISS du Nord-Est met à profit le logiciel du Réseau ontarien de télémédecine pour gérer les soins aux patients gravement malades dans les hôpitaux locaux. Au moyen de la technologie de vidéoconférence bidirectionnelle et des dossiers médicaux électroniques, le programme prend en charge les soins des patients gravement malades dans les hôpitaux locaux. Il peut empêcher les patients d'avoir à changer d'hôpital, ce qui leur permet de rester à proximité de leur famille et de leurs amis.[47]

Le RLISS du Nord-Ouest a lancé en 2015 un programme semblable intitulé Réponse régionale aux soins essentiels, qui relie 11 services d'urgence communautaires et des unités de soins intensifs aux médecins, aux infirmières et aux inhalothérapeutes qualifiés en soins intensifs au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay.[48]

Le Réseau Télémédecine Ontario travaille de concert avec les collectivités des Premières Nations dans le Nord afin d'offrir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, de prise en charge du diabète, de soins primaires, de chirurgie buccale et

d'oncologie. Les services de santé culturellement compétents sont gérés et régis par les Premières Nations dans les collectivités éloignées et dépourvues d'accès routier.

La Métis Nation of Ontario offre un accès limité aux services de télémédecine en santé mentale pour les Métis et les autres clients autochtones dans le Nord (et aussi ailleurs en Ontario) qui éprouvent des difficultés à accéder aux services psychiatriques requis et aux autres formes de soutien. Ce programme, qui est un partenariat avec l'Université Queen et Providence, est offert dans plus de 30 collectivités de la province au moyen du Réseau Télémédecine Ontario.

L'Accueil francophone de Thunder Bay, grâce à un financement de projets de Santé Canada, a mis sur pied un programme de services d'interprétation par l'entremise du Réseau Télémédecine Ontario. Ce service permet aux patients francophones de la région RLISS du Nord-Ouest de recevoir des services professionnels d'un interprète, par l'intermédiaire du Réseau Télémédecine Ontario pendant les rendez-vous médicaux. L'objectif est d'améliorer l'accès aux services de soins de santé en français pour les francophones vivant dans les collectivités rurales et isolées de la région RLISS du Nord-Ouest. L'Accueil francophone a récemment reçu un financement de base du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour continuer à offrir ce service à une plus grande échelle.

3. Les services mobiles prodiguent des soins aux patients où ils sont.

Il existe plusieurs unités de santé mobiles qui se déplacent dans l'ensemble des régions du Nord de l'Ontario. Une fourgonnette pour la mammographie, pour les examens de la vue et d'autres unités mobiles pour les suivis du diabète et de la maladie pulmonaire obstructive chronique cherchent toutes à rejoindre les gens des régions rurales qui n'ont pas un accès facile aux services de santé spécialisés. Ce type de service pourrait être l'une des raisons pour lesquelles les deux régions de RLISS du Nord ont de meilleurs taux d'examens de la vue pour les personnes atteintes de diabète que la moyenne ontarienne.[49] Une équipe interprofessionnelles de soins primaires avec les centres de santé communautaire a mis au point des services mobiles pour offrir un meilleur accès aux soins primaires.[50]

Les deux régions de RLISS du Nord ont de meilleurs taux d'examens de la vue pour les personnes atteintes de diabète que la moyenne ontarienne.

4. Un programme de subventions pour frais de transport aide les patients à se rendre jusqu'aux soins dont ils ont besoin.

Un programme de subventions pour frais de transport aide les patients à se rendre jusqu'aux soins dont ils ont besoin.

Le Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales a été mis en œuvre afin de reconnaître les difficultés associées à l'accès aux services de soins de santé dans le Nord de l'Ontario. Le programme aide les personnes vivant dans le Nord à payer les frais de transport qu'ils engagent pour se rendre aux spécialistes médicaux ou aux

établissements de soins de santé médicale pour subir des interventions, des services qui ne sont pas offerts dans les collectivités locales dans un rayon de 100 kilomètres de leur collectivité.

Le programme aide aussi à payer les frais de transport pour un compagnon de voyage par patient. En outre, le programme prévoit une aide financière pour les frais de transport déboursés par les patients francophones pour aller consulter des médecins spécialistes francophones si les patients francophones ne peuvent pas s'exprimer en anglais.

5. Les services linguistiques permettent aux médecins, aux infirmières et infirmiers praticiens, et aux autres fournisseurs de soins de santé de communiquer efficacement avec les patients qui parlent d'autres langues.

L'anglais n'est pas la langue maternelle de nombreuses personnes du Nord de l'Ontario. Dans la région du RLISS du Nord-Est, plus d'une personne sur cinq s'identifie comme étant francophone. Ces personnes peuvent hésiter à obtenir les soins dont elles ont besoin si elles ne pensent pas pouvoir avoir accès à des services de santé en français. La population de francophones dans le région du RLISS du Nord-Ouest est plus petite, mais l'accès aux services en français y est aussi plus restreint, la situation est également vraie dans le région du RLISS du Nord-Ouest. Bien que ce ne soit aucunement un substitut pour des services linguistiques appropriés, la technologie peut parfois diminuer les barrières linguistiques. Un organisme communautaire qui offre des services d'interprétation pour les clients dans la région du RLISS du Nord-Ouest, l'Accueil

francophone Thunder Bay, a créé une solution à court terme pour répondre aux besoins de la population francophone dans sa région. Le document intitulé *Interpretation Guide for Health Care Professionals* fournit des équivalents français aux termes et expressions médicaux couramment utilisés dans divers contextes médicaux. Récemment, une application mobile dynamique appelée *MED INTERPRET* a été créée pour accéder au contenu du guide d'interprétation.

D'autres applications ou services offrent également des services linguistiques pour les populations autochtones et les immigrants récents. Dans la région du RLISS du Nord-Ouest, le Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout offre un programme pour les trois principales langues Anishinaabe.

Dans la région du RLISS du Nord-Est, plus d'une personne sur cinq s'identifie comme étant francophone. La population de francophones dans le région du RLISS du Nord-Ouest est plus petite.

6. Un programme pour les personnes âgées du Nord de l'Ontario offre le soutien à la personne dont elles ont besoin lorsqu'elles retournent à la maison après une consultation à l'hôpital.

Le programme d'aide prioritaire pour le transfert au domicile PATH (Priority Assistance to Transition Home) présent dans plusieurs collectivités, comme dans la région de Temiskaming (au nord de Sudbury et de North Bay), est un bon exemple d'un programme qui aide les patients âgés de plus de 55 ans à effectuer une transition harmonieuse après un séjour à l'hôpital. Le partenariat entre la Croix-Rouge canadienne et le groupe de soutien à domicile Temiskaming s'assure

qu'un préposé aux services de soutien à la personne retourne au domicile du patient avec lui après qu'il ait reçu son congé. Il les installe en réalisant des tâches quotidiennes comme le lavage, aller chercher des médicaments et faire l'épicerie.

7. Les programmes d'éducation et de formation destinés aux professionnels des soins de santé gardent les talents locaux dans les régions du Nord.

Fondée en 2005, l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) recrute des candidats du Nord de l'Ontario qui pratiquent dans leurs communautés d'origine. Environ 150 médecins de famille formés à l'EMNO ont pratiqué dans les régions nordiques, occupant près de 180 000 personnes. Lisez notre histoire sur EMNO à la page suivante.

Environ **150** médecins de famille formés à la EMNO exercent dans les régions du Nord, où ils desservent près de **180 000** personnes.

Soins de santé pour les personnes dans le Nord, par des personnes dans le Nord

Comment l'École de médecine du Nord de l'Ontario a changé le visage de l'éducation des soins de santé dans la province.

« On peut affirmer que le programme de cours entre dans la pièce. Si le premier patient est un enfant, on parle de pédiatrie. Si le suivant est une femme enceinte, on parle d'obstétrique. »

– *Dr Roger Strasser, doyen de l'École de médecine du Nord de l'Ontario*

Pourquoi avoir ouvert une école de médecine dans le Nord de l'Ontario, loin de l'abondance des principaux hôpitaux d'enseignement, des meilleurs médecins et des technologies de pointe de santé auxquels ont accès les étudiants du Sud de la province?

Pour l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), la réponse se trouve dans les étudiants. En 2016, 61 % des diplômés formés comme médecins de famille qui ont effectué une partie de leur formation médicale à l'EMNO pratiquaient au Nord de l'Ontario et 94 % de ceux qui ont effectué à la fois leurs études de premier cycle et des cycles supérieurs à l'EMNO y pratiquaient aussi.

Depuis le jour de son ouverture en 2005, affirme le doyen de l'EMNO, le Dr Roger Strasser, l'objectif de l'école a été de produire des médecins formés

à la pratique dans le Nord qui resteraient dans le Nord, où il y a eu une pénurie chronique de médecins pendant de nombreuses années.

« L'École a ce que nous décrivons comme un mandat de responsabilisation sociale, explique le Dr Strasser. Le fait de répondre aux besoins en santé des collectivités du Nord de l'Ontario en tentant d'améliorer la santé des populations constitue un engagement. »

Le processus d'admission de l'école favorise ouvertement les postulants du Nord de l'Ontario et des régions rurales et éloignées situées ailleurs au Canada, ainsi que les francophones et les Autochtones, dans le but de refléter véritablement les collectivités qu'elle dessert. Les médecins de ces collectivités sont également plus susceptibles de rester pour y exercer leur profession. Parmi les

étudiants en première année admis en 2016, 92 % ont grandi dans le Nord de l'Ontario et 8 % provenaient de régions éloignées ou rurales du reste du Canada. Dans l'ensemble, 40 % provenaient de régions rurales ou éloignées, 22 % étaient francophones et 13 % étaient des Autochtones.

Bien que l'école soit basée dans deux universités, Lakehead à Thunder Bay et Laurentienne à Sudbury, le modèle de cours de l'EMNO est axé sur tout le Nord de l'Ontario. Les étudiants vivent dans les réserves, dans les collectivités rurales et dans les petites collectivités urbaines pour bénéficier d'une immersion culturelle pendant la formation médicale et tous les placements médicaux et les stages sont effectués en milieux de médecine familiale. « On peut affirmer que le programme de cours entre dans la pièce, affirme le Dr Strasser. Si le premier patient est un enfant, on parle de pédiatrie. Si le suivant est une femme enceinte, on parle d'obstétrique. Et le patient suivant pourrait avoir un problème chirurgical. »

L'École repose largement sur les communications électroniques pour relier ses étudiants et son personnel dans l'ensemble du Nord. Elle dispose d'un important service de bibliothèque numérique qui fournit un accès aux mêmes ressources et renseignements éducatifs disponibles dans un hôpital d'enseignement situé dans une grande ville.

Les collectivités où les étudiants sont formés ont chacune un groupe de l'EMNO composé de représentants locaux. « C'est comme un comité directeur pour l'École dans la collectivité, explique le Dr Strasser. C'est le mécanisme par lequel la collectivité constitue une partie de l'École et l'École constitue une partie de la communauté. »

L'EMNO travaille également en partenariat avec d'autres établissements pour offrir de la formation aux professionnels de la santé, comme les physiothérapeutes, les adjoints aux médecins, les diététiciens et les orthophonistes, qui souvent travaillent de concert avec les étudiants en médecine et les résidents de l'EMNO. Cela contribue à promouvoir les pratiques interdisciplinaires et les différents modèles de soins qui sont bien établis pour répondre aux besoins des collectivités du Nord. « Il est très important d'apprendre en équipe, pour ensuite offrir des soins de santé en tant que membre d'une équipe, fait remarquer le Dr Strasser. C'est ainsi que l'on voit le rôle de l'ensemble de l'équipe de santé comme étant essentiel. »

Avec environ 150 médecins de famille formés à l'EMNO qui exercent maintenant leur profession dans les régions du Nord de la province, l'École semble être en voie d'atteindre son objectif principal. Mais pour le Dr Strasser, cela ne signifie pas que le travail est terminé. « Il existe de nombreux enjeux et défis, ainsi que des possibilités d'amélioration de la santé des personnes vivant dans le Nord de l'Ontario. Nous nous penchons donc là-dessus. »

« L'École a ce que nous décrivons comme un mandat de responsabilisation sociale, explique le Dr Strasser. Le fait de répondre aux besoins en santé des collectivités du Nord de l'Ontario en tentant d'améliorer la santé des populations constitue un engagement. »



Photo de Dr Strasser
courtoisie de l'EMNO.

Le tableau d'ensemble

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a également élaboré un cadre de soins de santé dans les collectivités rurales et du Nord, qui a mené un comité d'experts à formuler une série de recommandations visant à améliorer les soins de santé des personnes vivant dans les régions du Nord de la province.[51] En outre, Qualité des services de santé Ontario a préparé un plan d'équité en matière de santé qui décrit le rôle de notre organisme pour mettre l'équité en matière de santé à l'avant-plan et pour aider à inspirer l'action.

De plus, une nouvelle collaboration entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé de la province et Qualité des services de santé Ontario, appelée la table ronde régionale sur la qualité, rassemble les dirigeants du système de santé dans chaque région de la province. Le groupe des représentants de chaque région de RLISS se réunit pour discuter des problèmes locaux de qualité de la santé et partager les résultats des innovations afin d'accélérer le déploiement des nouvelles pratiques exemplaires.

Il est essentiel que tous les partenaires qui participent à cet effort pour apporter une plus grande équité et un meilleur accès aux services et au soutien en matière de santé dans le Nord consultent les personnes qui sont plus à risque d'être touchées par les inégalités au sein des RLISS et dans l'ensemble de la province. Cela est particulièrement vrai pour les Premières Nations et la Métis Nation.

Pour remédier convenablement à l'équité en matière de santé dans les deux régions des réseaux locaux d'intégration des services de santé du Nord, la province devra s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé : le logement, l'insécurité alimentaire et financière, le manque de possibilités d'emploi et d'autres barrières sociales et culturelles connues qui aggravent la situation des personnes qui sont confrontées aux problèmes d'inégalité en raison de la géographie et de l'éloignement des services. Cela nécessitera un engagement et une étroite collaboration entre tous les secteurs – y compris

les partenaires des Premières Nations, des Métis et des Inuits – qui jouent un rôle dans les déterminants sociaux de la santé, comme la santé publique, la justice et l'éducation.

L'objectif commun de toutes les initiatives se rapporte aux données que nous présentons dans le présent rapport : le niveau de santé le plus élevé et les soins de santé de qualité qui soient équitables et appropriés pour tous en Ontario, où qu'ils vivent, qui ils sont ou quels qu'ils soient.



Photo courtoisie de l'EMNO.

Notes sur les méthodes

Les notes sur les méthodes fournissent une brève description des méthodes utilisées dans le présent rapport. Pour obtenir une description détaillée, veuillez consulter l'annexe technique sur le site Web de QSSO.

Sélection des indicateurs

Le présent rapport inclut des indicateurs provenant principalement du programme commun d'amélioration de la qualité qui servent à mettre en évidence les iniquités dans les résultats de santé et l'accès aux services de soins de santé entre les résidents des régions des RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est comparativement à l'Ontario dans son ensemble.

Sources des données

Les données présentées dans le présent rapport ont été fournies par divers fournisseurs de données, notamment l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

Pour l'analyse, nous avons utilisé des données d'enquête et des données administratives provenant des bases de données ci-dessous.

- Échantillon du Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé de 2015
- Échantillons de l'Ontario de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2014
- Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès
- Fichier des décès du Registraire général de l'état civil de l'Ontario

Analyse

Pour permettre des comparaisons appropriées et justes des résultats, certains indicateurs ont été rajustés pour l'âge ou le sexe en fonction du recensement de la population canadienne de 2011. Le recensement de la population canadienne de 1991 a été utilisé pour calculer les taux de mortalité normalisés selon l'âge.

Les données d'enquête ont été pondérées afin de tenir compte des caractéristiques du modèle de l'enquête et de la population de l'Ontario. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les indicateurs qui ont été rajustés ou pondérés et la méthodologie utilisée, veuillez consulter le modèle pour les indicateurs donnés dans l'annexe technique.

Test d'hypothèse

L'importance statistique a été déterminée en comparant les intervalles de confiance de 95 % pour les valeurs pour le RLISS du Nord-Est ou le RLISS du Nord-Ouest à celle de l'Ontario. On dit qu'une valeur est très différente de l'autre si les intervalles de confiance pour les deux valeurs ne se chevauchent pas. Le rapport indique une augmentation/diminution ou un résultat plus élevé/faible seulement lorsque les résultats sont très différents du taux de l'Ontario en se fondant sur cette méthode d'essai. Pour les indicateurs qui utilisent des données à l'échelle de la population, aucune vérification d'hypothèse n'a été effectuée puisque cela ne s'applique pas.

Limites

Certaines limites de l'analyse doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Certaines des limites sont propres à la source de données, à l'indicateur et à la méthodologie utilisée pour calculer le résultat. Les limites principales de ce rapport comprennent les suivantes :

- Les résultats obtenus dans le présent rapport sont associatifs. Des liens causaux ne peuvent pas être établis en se fondant sur les analyses utilisées dans le présent rapport.
- Bien qu'un grand nombre des résultats présentés dans le présent rapport soient rajustés en fonction de l'âge et du sexe, d'autres facteurs qui pourraient changer les résultats ne sont pas pris en compte.
- L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes exclut des sous-populations particulières, notamment les personnes vivant sur la réserve. Par conséquent, les indicateurs fondés sur les données provenant de ce sondage ne représentent pas l'expérience des populations autochtones sur la réserve.
- Les résultats de l'indicateur pour l'Ontario n'excluent pas les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest. Par conséquent, une analyse des résultats de l'indicateur qui compare les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest au reste de l'Ontario peut présenter un écart encore plus grand que ce qui est présenté dans le présent rapport.

Pour obtenir plus de renseignements sur les limites propres à chaque indicateur, veuillez consulter les modèles pour les indicateurs donnés dans l'annexe technique en ligne.

Remerciements

Direction

Dr Joshua Tepper

Président et Chef de la direction

Dr Irfan Dhalla

Vice-président, Élaboration des preuves, normes et financement

Lee Fairclough

Vice-présidente, Amélioration de la Qualité

Mark Fam

Vice-président, Affaires Générales

Anna Greenberg

Vice-président, Performance du système de santé

Jennie Pickard

Directrice, Partenariats stratégiques

Michelle Rossi

Directrice, Politiques et stratégie

Jennifer Schipper

Chef, Communications et participation des patients

Dr Jeffrey Turnbull

Chef, Qualité Clinique

Les biographies sont affichées à l'adresse:
www.hqontario.ca/nous/gouvernance

Conseil d'administration

Andreas Laupacis

Président

Marie E. Fortier

Vice-présidente

Bernard Leduc

Tom Closson

Jeremy Grimshaw

Shelly Jamieson

Stewart Kennedy

Julie Maciura

Angela Morin

James Morrisey

Rick Vanderlee

Tazim Virani

Les biographies sont affichées à l'adresse:
www.hqontario.ca/nous/gouvernance

Rédaction de rapport

Qualité des services de santé Ontario remercie les patients et les fournisseurs qui ont partagé leur histoires personnelles: Caitlin et Wendy, Pierre, Mae, Marlene, Suzanne, Ray, Larry, Darlene, Peter et Roger.

L'élaboration du présent rapport a été dirigée par une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé Ontario composée notamment de Michael Beckett, Susan Brien, Naushaba Degani, Gail Dobell, Ryan Alexander Emond, Louise Grenier, Michal Kapral, Ryan Monte, Binil Tahlan, et Marianne Takacs.

Qualité de services de santé Ontario tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à ce rapport, y compris celles qui faisaient partie du Comité consultatif, ainsi que d'autres personnes qui ont examiné le projet ou qui ont contribué à différentes étapes du développement: Dr. Roger Boyer II, John Dabous, Dr. Reena Dhatt, Alain Gauthier, David Henry, Dr. Jon Johnsen, Carmen Jones, Mae Katt, Laura Kokocinski, Jennifer Osesky, Louise Paquette, Diane Quintas, Matthew Resmini, Storm Russell, Larry Spence, Penny Sutcliffe, Terry Tiliczek, Jennifer Walker, Pamela Williamson, Calvin Young, Alexander Yurkiewich, Adrianna Tetley, Sara Wolfe et Gertie Mai Muise.

Merci aussi à la Dre Laura Rosella, qui a fourni les données figurant à la figure 1. Le Dr Rosella est appuyé par une Subvention du programme de la Fondation de la recherche en santé des instituts du Canada [FDN-148456] et par une Chaire de recherche du Canada en analyse de la santé de la population.

Notes: Certains des indicateurs dans ce rapport ont été dérivée en utilisant des ensembles de données administratives sur la santé de l'Ontario. étaient liés Ces ensembles de données à l'aide unique, codé identificateurs et analysé à l'ICES.

ICES est financé par une subvention annuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les opinions, les résultats et les conclusions rapportés dans ce document sont ceux des auteurs et sont indépendants des sources de financement. Aucune recommandation de l'Institut des sciences évaluatrices cliniques ou du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario n'est prévue.

En outre, une partie de ce matériel sont basées sur des données et des informations compilées et fournies par l'ICIS. Cependant, les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées ici sont celles de l'auteur, et pas nécessairement celles de l'ICIS.

Bibliographie

1. Statistics Canada. 2012. *Focus on Geography Series, 2011 Census*. Statistics Canada Catalogue no. 98-310-XWE2011004. Ottawa, Ontario. Analytical products, 2011 Census. Last updated October 24, 2012.
2. Statistics Canada, National Household Survey, 2011. Statistics Canada 2013. (Note: the survey on which this data is based uses the term “Aboriginal.”)
3. Smylie J, Firestone M. Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for Indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, vol. 31, no. 1, pp. 67-87, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716822/>.
4. Statistics Canada, 2012. North East Ontario (Code 3513) and North West Ontario (Code 3516) Census Profile. 2011 Census. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-XWL. Ottawa. Released October 26, 2012.
5. North East LHIN Cochrane Sub-Region. The Queen’s Printer, 2014. Available from: <http://www.nelhin.on.ca/subregions/cochrane.aspx>.
6. This number differs from the number used by the North West LHIN, as their estimate is derived through linkage with the Indian Registration System (IRS). As we were unable to get a similar estimate for the North East LHIN region, we used the estimate available through Statistics Canada for comparability purposes.
7. Smylie J, Firestone M. Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for Indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, vol. 31, no. 1, pp. 67-87, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716822/>.
8. North West LHIN, Population Health Profile (2014). Available from: <http://www.northwestlhin.on.ca/~media/sites/nw/publications/2015%2002%2017%20Population%20Report%202014%20English.pdf?la=en>.
9. Statistics Canada. 2011 Census.
10. Constitution Acts, 1867 to 1982.
11. Statistics Canada, National Household Survey, 2011. Statistics Canada 2013.
12. Smylie J, Firestone M. Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for Indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, vol. 31, no. 1, pp. 67-87, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716822/>.
13. Statistics Canada, 2006 Census.
14. Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Honoring the Truth, Reconciling the Future. Library and Archives Canada, 2015.
15. Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Honoring the Truth, Reconciling the Future. Public Domain. Library and Archives Canada, 2015.
16. The Journey Together: Ontario’s Commitment to Reconciliation with Indigenous Peoples, 2016
17. First Nations and Inuit Health Strategic Plan: A shared path to improved health, Health Canada, 2012
18. First Ministers’ Meeting: Ten Year Plan, Health Canada, 2004.

19. Government of Ontario. Government services in French. Find a designated area. Available from: <https://www.ontario.ca/page/government-services-french>.
20. Statistics Canada, 2012. North East Ontario (Code 3513) and North West Ontario (Code 3516) Census Profile. 2011 Census. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-XWL. Ottawa. Released October 26, 2012.
21. MOHLTC, Integrated Health Service Plan 2013-2016 Common Environmental Scan: A Review of Selected Information about Ontario's Local Health Integration Networks, September 2012.
22. Second Report on Health of Francophones in Ontario, Public Health Research, Education and Development Program, Institut franco-ontarien, 2005.
23. Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities. Report to the Federal Minister of Health: Towards a New Leadership for the Improvement of Health Services in French. Ottawa, February 2007. Available online at: http://www.hcsc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hpb-dgps/pdf/olcdb-baclo/cccfsm/2007-cccfs/2007-cccfs-eng.pdf (page consulted in March 2009).
24. Bowen S., 2015. The impact of language barriers on patient safety and quality of care. Société Santé en français.
25. Chiefs of Ontario. Diabetes prevalence in First Nations communities by NIHB region. Available from: <http://health.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/Diabetes%20in%20First%20Nations%20-%20maps%20-%202015-02-02%20-%20region%20only.pdf>.
26. Ministry of Health and Long-Term Care. Integrated Health Service Plan 2013-2016 Common Environmental Scan: A Review of Selected Information about Ontario's Local Health Integration Networks, September 2012.
27. Statistics Canada. Table 102-0512 - Life expectancy, at birth and at age 65, by sex, Canada, provinces and territories, annual (years), CANSIM (database). (Accessed: September 15, 2016).
28. Nolte E, Bain C, McKee M. Chapter 2.1: Population health. In: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, eds. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. 2009.
29. Health Quality Ontario. Measuring Up 2016: A yearly report on how Ontario's health system is performing, Toronto: Supplemental Tables.
30. Canadian Institute for Health Information. Avoidable Deaths. Indicator Library – detailed view. Available at: <http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Avoidable+Deaths>.
31. The Ontario Regional Injury Data Report & the Media Northern Region, Ontario Injury Prevention Resource Centre. Available from: http://www.oninjuryresources.ca/downloads/publications/ORIDR__Media_Northern.pdf.
32. Health Canada. Acting on what we know: Preventing youth suicide in First Nations, 2010. Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_suicide/prev_youth-jeunes/index-eng.php.
33. Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Honoring the Truth, Reconciling the Future. Public Domain. Library and Archives Canada, 2015.
34. News Release: Nishnawbe Aski First Nation. Attawapiskat Suicide Crisis a National Tragedy, April 11, 2016. Available from: <http://www.nan.on.ca/upload/documents/comms-2016-04-11-attawapiskat.pdf>.

35. Manuel DG, Perez R, Bennett C, Rosella L, Taljaard M, et al. Seven more years: the impact of smoking, alcohol, diet, physical activity and stress on health and life expectancy in Ontario. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2014.
36. Métis Nation of Ontario and Cancer Care Ontario. Cancer in the Métis people of Ontario: Risk Factors and Screening Behaviours. Ottawa, 2015, p.22. Available from: http://www.metisnation.org/media/646709/corrected_metis%20report_25nov2015.pdf.
37. Canadian Community Health Survey (CCHS), 2014, provided by the Institute for Clinical Evaluative Sciences.
38. Pefoyo AJK, Bronskill SE, Gruneir A, Calzavara A, Thavorn K, Petrosyan Y, Maxwell CJ, Bai Y, Wodchis WP. The increasing burden and complexity of multimorbidity. BMC Public Health 2015;15:415. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1733-2>.
39. Canadian Community Health Survey, 2007.
40. Metis Nation of Ontario Chronic Disease Surveillance Program; Knowledge translation Reports, March, 2012. Available from: http://www.metisnation.org/media/229111/chronic_diseases_en%20_screen.pdf.
41. Métis Nation of Ontario in collaboration with the Institute for Clinical Evaluative Sciences. Diabetes in the Métis Nation of Ontario, March 2012. Available from: <http://www.metisnation.org/media/229156/219%20final%20diabetes%20lay%20en.pdf>
42. Health Care Experience Survey, 2015, provided by the Ministry of Health and Long-Term Care.
43. Dhatt, Dr. Reena. Clinical quality lead for North East LHIN. (2016, December 21). Comments re: Measuring Up 2016 indicators. Health Quality Ontario internal meeting.
44. Health Care Experience Survey (HCES), 2015.
45. Dhatt, Dr. Reena. Clinical quality lead for North East LHIN. (2016, December 21). Comments re: Measuring Up 2016 indicators. Health Quality Ontario internal meeting.
46. Canadian Association of Community Health Centres. Our Health, Our Future, Ontario's Aboriginal Health Access Centres. Available from: <http://www.cachc.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/03/AHACs-Our-Health-Our-Future-2010-Report.pdf>.
47. Ontario Telemedicine Network Hub. Available from: <https://otnhub.ca/emergency-services/>.
48. North West Local Health Integration Network. Enhancing Regional Critical Care Response, LHIN Minute, June 11, 2015.
49. In Ontario, 67.2% of people aged 20 and older with diabetes received an eye exam within the recommended two-year period in 2013/14, compared to 71.5% in the North East LHIN region and 69.4% in the North West LHIN region. Source: Ontario Health Insurance Plan Database and the Ontario Diabetes Database, provided by the Institute for Clinical Evaluative Sciences.
50. Talbot W, Ktytor B, and Jean A. 2015. Population Health and Canada's Health System. Canadian Institute for Health Information.
51. Ministry of Health and Long-Term Care. Rural and Northern Health Care Framework/Plan: Report Recommendations. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/recommendations_rural_northern_EN.pdf.

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

Qui sommes-nous?

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

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario, notamment l'examen de la santé générale de la population ontarienne, la capacité de

certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

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

Rapports sur la performance du système

Depuis 2006, Qualité des services de santé Ontario améliore le système de santé en produisant un rapport sur son rendement. Non seulement nos rapports publics fournissent à la population ontarienne les renseignements

dont elle a besoin pour comprendre son système de santé, mais ils entraînent aussi des améliorations directes. Nos rapports publics comprennent : *À la hauteur*, notre rapport annuel sur le rendement du système de santé, des rapports thématiques qui approfondissent des sujets ciblés et des rapports en ligne sur des indicateurs du système de santé.

Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour concentrer ses efforts d'amélioration et pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs promeuvent des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement de notre rapport annuel intitulé *À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics. Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

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

Tél: 416-323-6868
Sans frais: 1-866-623-6868
Courriel: info@hqontario.ca
www.hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017