



Qualité des soins primaires

Établir une fondation provinciale pour la surveillance et la reddition de comptes continues en Ontario

Qualité des services de santé
Ontario est le conseiller provincial
sur la qualité des soins de santé.
Nous sommes motivés par un
but unique : **une meilleure santé
pour tous les Ontariens.**

ISBN 978-1-4606-6760-6 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-6761-3 (PDF)

Mention suggérée : Qualité des services de santé Ontario. Qualité des soins primaires : Établir une fondation provinciale pour la surveillance et la reddition de comptes continues en Ontario. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2015.

Page de couverture : Madonna, assis dans son appartement à l'ouest de Toronto. Voir page 10 pour son histoire. Nous remercions Madonna et les autres personnes qui partagent avec nous leurs expériences dans le système de santé de l'Ontario. (Photo de couverture par Roger Yip)

Qui nous sommes.

Nous sommes un groupe qui applique une grande rigueur scientifique à ses différents domaines d'expertise. Nous nous efforçons d'atteindre une objectivité complète et de regarder les choses d'un point de vue qui nous permet de voir à la fois la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les fournisseurs et les organisations de soins de santé dans l'ensemble du système, et nous nous impliquons auprès des patients eux-mêmes, afin de contribuer à instaurer des changements importants et durables dans le système de santé complexe de la province.

Ce que nous faisons.

Nous définissons la signification de la qualité en ce qui concerne les soins de santé et nous fournissons des conseils stratégiques afin de permettre l'amélioration de toutes les parties du système. Nous analysons également presque tous les volets des soins de santé de l'Ontario. Cela inclut un examen de la santé générale des Ontariennes et des Ontariens, les interactions entre les différents domaines du système et, surtout, l'expérience des patients. Nous produisons alors des rapports exhaustifs et objectifs fondés sur les données, les faits et la voix des patients des aidants et de ceux qui travaillent tous les jours au sein du système de santé. De plus, nous présentons des recommandations sur la meilleure manière d'améliorer les soins en utilisant les meilleures données probantes. Pour terminer, nous appuyons des améliorations à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre les uns des autres et d'échanger des approches innovantes avec une plus grande facilité.

Pourquoi cela est important.

Nous reconnaissons que nous avons de bonnes raisons d'être fiers de notre système, mais que nous ne sommes pas toujours à notre optimum. Et enfin, certains segments vulnérables de la population ne bénéficient pas d'un niveau d'attention acceptable. Nous souhaitons améliorer constamment la qualité des soins de santé dans cette province, qui que vous soyez et où que vous habitiez. Nous sommes motivés par la volonté d'améliorer le système et par le fait que, sans contredit, il n'y a pas de limite à l'amélioration.

Surveillance du rendement et rapports publics de Qualité des services de santé

Depuis 2006, Qualité des services de santé Ontario crée un meilleur système de santé en faisant rapport sur son rendement. Nos rapports publics non seulement fournissent aux Ontariennes et aux Ontariens les renseignements dont ils ont besoin pour comprendre leur système de santé, mais ils peuvent également mener à des améliorations directes. Parmi nos rapports publics, on peut citer À la hauteur, notre rapport annuel sur le rendement du système de santé, des rapports thématiques qui se plongent dans des sujets précis et des rapports en ligne sur les indicateurs du système de santé.

Le programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est le nom donné à une série de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé dans le but de produire des rapports ciblés sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour suivre les progrès à long terme des mesures prises pour améliorer la transparence et la responsabilisation du système de santé. Les indicateurs encouragent les soins intégrés axés sur les besoins du patient et constituent la base de notre rapport annuel, À la hauteur. Avec le développement de nos rapports sur le rendement du système de santé, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre d'angle pour tous nos rapports publics.

Table des matières

Préface	5		
Résumé	6		
1 Introduction	8		
En quoi consistent les « soins primaires » et quel est leur rôle en matière de santé et de bien-être globaux?	9		
Que sait-on concernant la qualité des soins primaires en Ontario?	9		
Expériences concrètes	12		
2 Accès aux soins primaires en Ontario	15		
Situation générale en Ontario	16		
Dans différentes régions de l'Ontario	17		
Entre les différents groupes de personnes en Ontario	18		
En bref	18		
		3 La prévention, la détection et l'approche axée sur les besoins du patient des services de soins primaires de l'Ontario	19
		Situation générale en Ontario	20
		Dans différentes régions de l'Ontario	22
		Entre les différents groupes de personnes en Ontario	23
		En bref	24
		4 Coordination dans le système de santé	25
		Situation générale en Ontario	27
		Dans différentes régions de l'Ontario	28
		Entre les différents groupes de personnes en Ontario	28
		En bref	28
		5 Le chemin à suivre	29
		Ce que cela signifie pour les patients en Ontario	30
		Travaux en cours pour améliorer les soins primaires en Ontario	30
		Étapes suivantes	31
		Notes relatives aux méthodes	32
		Remerciement	34
		Références	35

Préface

L'Institute of Medicine, renommé à l'échelle mondiale, a noté que : « La seule manière de savoir si la qualité des soins s'améliore est de mesurer le rendement. » [traduction] Les mesures de rendement nous permettent de connaître notre point de départ, de savoir où concentrer nos efforts d'amélioration de la qualité et d'évaluer le changement au fil du temps.

Le rapport *Qualité des soins primaires : Établir une fondation provinciale pour la surveillance et la reddition de comptes continues en Ontario* entame ce processus de mesure de la qualité des soins primaires en Ontario. Il dresse un portrait de trois principaux aspects : l'accès aux fournisseurs de soins primaires, la prestation de services de soins primaires particuliers et la coordination des soins des patients du secteur primaire avec les autres secteurs du système de santé.

Ce rapport est le point d'aboutissement d'un travail mené pendant de nombreuses années par le Comité directeur pour la mesure du rendement des soins primaires, un groupe de partenaires du système dévoués, notamment des patients, ayant de l'expertise et de l'expérience en matière de soins primaires. Le comité a créé un ensemble d'indicateurs des soins primaires et Qualité des services de santé Ontario (QSSO) s'est engagé à surveiller ces indicateurs au fil du temps et à rendre des comptes à cet égard.

Qualité des soins primaires fait état des neuf indicateurs déterminés par le comité et énonce également le niveau d'équité de la qualité des soins primaires pour la population ontarienne en examinant les données relatives à ces neuf indicateurs de différentes façons. Il s'appuie sur les six mesures de rendement des soins primaires qui figurent dans le programme commun d'amélioration de la qualité (un ensemble de plus de 40 indicateurs utilisés par QSSO pour mesurer le rendement de tout le système) et contient des renseignements additionnels au sujet de la qualité des soins primaires en Ontario.

Le présent rapport n'est que le commencement de l'engagement de QSSO à mesurer le rendement des soins primaires. Au moyen de rapports en ligne, QSSO fournira des mises à jour régulières sur l'ensemble des indicateurs des soins primaires compris dans le présent rapport afin d'offrir une surveillance et une reddition de comptes continues sur les soins primaires.

La surveillance et la reddition de comptes sur le rendement du système ne représentent toutefois qu'un seul pas vers l'amélioration de la qualité des soins primaires en Ontario. QSSO vient compléter ses activités de reddition de comptes grâce à ses efforts d'amélioration de la qualité. Pour ne citer que deux exemples : QSSO fournit des rapports personnalisés sur la qualité aux médecins de soins primaires et produit des rapports sur les plans d'amélioration de la qualité annuels

qui formulent les objectifs de qualité de plus de 200 cabinets d'équipes de soins primaires.

À titre de conseiller provincial en matière de qualité des soins de santé, QSSO est résolu à atteindre l'objectif suivant : une meilleure santé pour toutes les Ontariennes et tous les Ontariens. Le travail de QSSO dans le secteur des soins primaires ainsi que le présent rapport thématique fondamental visent à poursuivre cet objectif de manière significative.



Cordialement,

Dr Joshua Tepper
Président et chef de la direction
Qualité des services de santé Ontario

Résumé

Les Ontariennes et les Ontariens dépendent des soins primaires pour leur santé et leur bien-être globaux. Les fournisseurs de soins primaires, qui comprennent les médecins de famille, les praticiens généraux, les infirmières praticiennes et d'autres fournisseurs de soins de santé, constituent souvent le premier point de contact des Ontariens avec le système de santé. Ils prodiguent différents types de soins aux patients, de l'immunisation à l'encouragement des comportements sains en passant par l'évaluation, le diagnostic et plus encore, et ils jouent un rôle de coordination lorsque les patients reçoivent des soins de la part d'autres fournisseurs de soins de santé. Comme leur travail est essentiel pour assurer la santé de leurs patients, il est crucial d'assurer la meilleure qualité possible des soins. Les soins primaires constituent la base du système de santé de l'Ontario.

La surveillance et les rapports sur la qualité des soins primaires en Ontario constituent une première étape importante permettant de s'assurer que notre système de soins primaires est solide et apte à prendre en charge les besoins de tous les Ontariens.

En utilisant un ensemble d'indicateurs fournis par nos partenaires dans le système, *Qualité des soins primaires : Établir une fondation provinciale pour la surveillance et la reddition de comptes continues en Ontario* fournit un aperçu du rendement des soins primaires dans trois domaines clés : l'accès aux fournisseurs de soins primaires, la prestation de services spécifiques de soins primaires et la coordination avec les autres secteurs du système de santé. Nous examinons les données sous différents angles, y compris du point de vue de l'équité afin de déterminer si la qualité des soins primaires est semblable pour tous les Ontariens, quel que soit l'endroit où ils habitent, leur revenu, la langue qu'ils parlent ou le nombre d'années pendant lesquelles ils ont vécu au Canada (et en Ontario).

Qualité des soins primaires indique que dans trois domaines clés, l'endroit où l'on habite importe, tout comme des facteurs tels que le revenu, la langue parlée et le fait d'être un nouvel arrivant au Canada.

La plupart des Ontariens ont un fournisseur de soins, mais moins de la moitié d'entre eux (44,3 %) parviennent à le voir dans les 24 heures lorsqu'ils tombent malades. À l'échelle internationale, il s'agit du pire taux parmi 10 pays de statut social et économique semblable. De plus, moins d'Ontariens qui vivent dans certaines régions du Nord (28,4 %) et rurales (34,6 %) peuvent obtenir un rendez-vous dans les 24 heures en cas de maladie. En outre, environ les trois quarts (77,9 %) des patients en Ontario sont rappelés par leur fournisseur de soins primaires ou un autre employé de leur cabinet en moins de 24 heures, mais si la langue principale parlée à la maison est autre que l'anglais ou le français, ce pourcentage tombe aux deux tiers (67,6 %).

Bien que l'accès aux soins primaires puisse être problématique, certaines améliorations sont tout de même apportées aux services de soins primaires prodigués. Le pourcentage d'Ontariens qui ne subissent pas un test de dépistage du cancer colorectal à temps s'est amélioré au cours des trois dernières années, passant de 46,2 % à 41,5 % en 2013, et le taux de complications liées au diabète a baissé en huit ans, de 6,0 diabétiques sur 100 en 2005-2006 à 4,1 diabétiques sur 100 en 2013-2014. En dépit des améliorations globales réalisées en Ontario, il existe encore des écarts dans les taux observés à différents endroits de la province : par exemple, les personnes qui vivent dans les régions du Nord sont plus susceptibles de ne pas subir leur test de cancer colorectal à temps. Et les Ontariens atteints de diabète qui vivent dans les régions rurales ou dont le revenu est moins élevé sont plus susceptibles d'être victimes de complications liées à leur maladie.

La coordination des soins entre les hôpitaux et les soins primaires n'est pas uniforme non plus. Moins du tiers (29,1 %) des Ontariens voient un médecin de soins primaires dans les sept jours qui suivent leur congé de l'hôpital, et moins du quart (22,0 %) des Ontariens qui vivent dans certaines régions bénéficient de cette visite de suivi.

Qualité des soins primaires fournit un point de référence permettant de mesurer la qualité des soins primaires en Ontario. Les indicateurs utilisés représentent un ensemble qui sera surveillé constamment par Qualité des services de santé Ontario dans le cadre de rapports en ligne annuels afin d'améliorer la qualité des soins primaires et la santé globale des Ontariens.



Introduction

En quoi consistent les « soins primaires » et quel est leur rôle en matière de santé et de bien-être globaux?

Les soins primaires constituent la base des soins de santé : ils nous soutiennent pendant toute notre vie, de la naissance à la mort, en fournissant des soins complets qui favorisent la santé et le bien-être et qui préviennent, détectent, traitent et gèrent les maladies. Les soins primaires de qualité sont axés sur les besoins du patient, ce qui signifie que les soins prodigués tiennent compte de la personne et non seulement de la maladie traitée, mettent la personne en relation avec d'autres parties du système, au besoin, et prodiguent des soins continus pour les maladies chroniques.(1-4)

Les soins primaires constituent également la base du système de santé de l'Ontario : il s'agit généralement du premier point de contact avec le système de santé et sert de portail vers d'autres fournisseurs de soins de santé tels que les médecins spécialistes, les infirmières, les travailleurs sociaux et d'autres.(5) Bon nombre de fournisseurs de soins primaires agissent comme principal point de contact au fur et à mesure que les patients parcourent le système, afin de les aider lors des transitions des soins de santé et de coordonner la foule de rendez-vous et de traitements. Les soins primaires sont considérés comme étant un élément clé d'un système de santé solide(5, 6) et sont associés à l'amélioration de la santé globale de la population, ainsi qu'à une distribution plus égale de la santé au sein des populations et à des coûts moins élevés pour les soins de santé. (2, 7)

Un fournisseur de soins primaires est souvent, mais pas toujours, un médecin de famille ou une infirmière praticienne. En Ontario, il existe plus d'une douzaine de façons de recevoir des soins primaires. Cela inclut le médecin de famille qui travaille seul avec sa réceptionniste; les postes de soins infirmiers dans les collectivités rurales et isolées; les pratiques comptant trois médecins de famille ou plus; et bon nombre de modèles d'équipes interprofessionnelles dirigées par des médecins de famille ou des infirmières praticiennes, qui peuvent inclure des infirmières, des diététistes, des pharmaciens, des travailleurs sociaux et autres. Différents modèles de soins primaires en Ontario peuvent servir des groupes de personnes spécifiques, y compris les patients atteints de maladies chroniques, les nouveaux arrivants au Canada (et en Ontario), et les personnes dont le revenu est moins élevé.(8, 9)

Que sait-on concernant la qualité des soins primaires en Ontario?

Les Ontariens reçoivent-ils les meilleurs soins primaires possible? En dépit de l'importance des soins primaires, il n'y a pas eu jusqu'à maintenant des rapports continus et réguliers concernant leur qualité et leur accessibilité en Ontario. La collecte, la mesure et la déclaration de renseignements concernant la qualité des soins primaires constituent la première étape menant à l'amélioration continue.

Dans ce rapport, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) jette les bases du travail continu qu'il effectuera pour surveiller et faire rapport de la qualité des soins primaires en Ontario. En particulier, ce rapport fournit des renseignements sur la qualité des

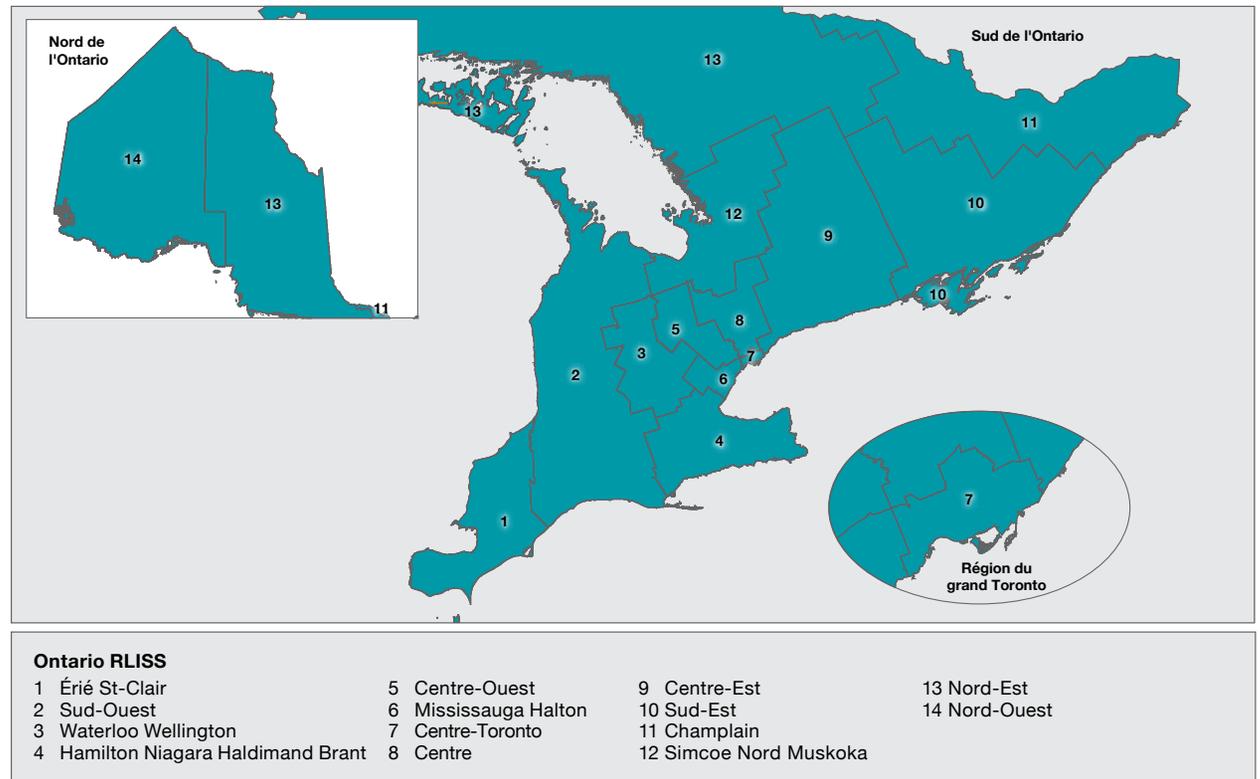
soins primaires dans trois domaines clés, à savoir l'accessibilité, les services spécifiques de soins primaires et la coordination avec les autres secteurs du système de santé, en utilisant les données de l'année la plus récente disponible. Pour déterminer si la qualité des soins primaires est égale pour tous les Ontariens (voir Encadré : Définition du contexte), nous présentons les résultats à l'échelle de la province et les résultats par région sanitaire (voir Encadré : Réseaux locaux d'intégration des services de santé), ainsi que pour différents groupes de personnes, y compris les immigrants et les Ontariens vivant en région rurale. Pour la plupart, les indicateurs que nous présentons ici couvrent une gamme de fournisseurs de soins primaires, à savoir les médecins, les infirmières praticiennes et les infirmières. Quelques indicateurs seulement présentent les activités des médecins qui prodiguent des soins primaires, et dans ces cas nous utilisons le terme « médecin de premier recours ». Dans ce rapport, nous ne mentionnons que les différences de qualité qui sont statistiquement significatives. Pour obtenir tous les résultats, veuillez consulter les rapports sur les soins primaires de QSSO à l'adresse www.hqontario.ca.

Pour comprendre le rendement des soins primaires, nous utilisons des indicateurs sélectionnés en partenariat avec le secteur des soins primaires de l'Ontario, les patients et d'autres organisations du système. (10) Ils ne couvrent pas tous les domaines des soins primaires et ne peuvent pas fournir une image complète du rendement des soins primaires. Toutefois, ils constituent un point de départ important pour la compréhension de la qualité des soins primaires en Ontario.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé

L'Ontario compte 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), basés sur les régions géographiques (voir la figure 1.1). Dans ce rapport, nous utilisons les limites géographiques des RLISS pour comparer le rendement des différentes régions.

Figure 1.1 Carte des réseaux locaux d'intégration des services de santé en Ontario



Définition du contexte

Pour définir le contexte démographique des indicateurs de ce rapport, vous trouverez ci-dessous quelques statistiques tirées du recensement canadien de 2011 :

- L'Ontario compte plus de 13 millions d'habitants, (11)ce qui représente environ 40 % de la population totale du Canada.
- La plupart des Ontariennes et Ontariens (86 %) vivent dans une région urbaine.(12)
- Environ 91 % de la masse terrestre de l'Ontario est couverte par le RLISS du Nord-Ouest (47 %) et le RLISS du Nord-Est (44 %), mais ces RLISS représentent seulement quelque 6 % de la population de la province (environ 2 % pour le RLISS du Nord-Ouest et environ 4 % pour le RLISS du Nord-Est) (13-15)
- Environ 21 % des Ontariens sont des immigrants établis (au Canada depuis au moins 10 ans), tandis qu'environ 8 % sont des immigrants récents (au Canada depuis moins de 10 ans).(16)
- L'anglais est la langue parlée le plus souvent à la maison (81 %), tandis qu'un peu plus de 2 % de la population parle français le plus souvent et 16 % parlent une autre langue le plus souvent.(17)

Expériences concrètes

Bien que ce soit un rapport sur les numéros, derrière tout les données sont des gens qui reçoivent des soins de santé et les gens qui le livrer. Pour les perspectives, nous incluons des histoires de patients et les soins de santé fournisseurs qui connaissent les défis dans Le système de santé de la province et sont souvent de travailler pour l'améliorer. Ces histoires sont basées dans soins primaires, mais les expériences des patients couvrent le système de santé tout entier nous montrant comment primaire des soins est le fondement des soins de santé en Ontario.



Photo par Roger Yip

Madonna : Au cœur de ses soins

Est-ce que les soins axés sur le patient sont une réalité en Ontario? Pour Madonna, ils le sont. C'est ce que démontre sa relation avec son médecin de famille de longue date. Son médecin de famille la traite comme une personne et non comme un ensemble de maladies et de symptômes.

Parfois, elle ne se sent pas assez bien pour quitter son appartement situé dans l'ouest de Toronto afin de se rendre au bureau de son médecin, à l'autre bout de la ville. « Si je l'appelle pour lui dire que j'ai besoin de lui, mais que je ne peux pas me déplacer, il vient me voir. Et je peux toujours le rejoindre par téléphone », dit-elle. « S'il ne répond pas immédiatement, il me rappellera en 10 ou 20 minutes. »

Cette relation est le point d'appui qui l'a soutenue au cours de son cheminement au sein du système de santé, qui a comporté 15 chirurgies au cours des 14 dernières années. Elle compte aussi sur le soutien de son pharmacien. « Ils forment une très bonne équipe. Ils travaillent ensemble. » Ils communiquent entre eux et avec Madonna pour faire un suivi de ses nombreux médicaments (12 ou plus par jour) afin d'éviter les interactions indésirables et d'autres problèmes.

En 2006, Madonna a reçu un diagnostic de diabète et elle vit aussi avec d'autres maladies chroniques comme la fibromyalgie, la maladie pulmonaire obstructive chronique (également appelée MPOC), l'emphysème,

l'arthrose et l'apnée du sommeil. Elle vit aussi dans la peur. En 2011, elle a perdu l'usage d'un œil. Cette perte, dit-elle, est « terrifiante ».

Elle décrit ensuite une autre expérience terrifiante : après avoir subi une arthroplastie du genou, elle a contracté une infection qui a entraîné un choc septique – et elle a été refusée à un service des urgences. « Je suis une ancienne toxicomane », dit-elle « mais je ne consomme plus depuis 15 ans. Souvent, les spécialistes et les urgentologues me traitent encore comme si je cherchais à me procurer des médicaments pour consommer. C'est de la stigmatisation. »

Madonna compte sur sa propre force pour surmonter les multiples obstacles à sa santé – « Je ne me laisse pas abattre par la douleur » – elle compte aussi sur le soutien de ses deux filles, de son pharmacien et de ses consultations régulières avec son médecin de famille de longue date.

Madonna n'a pas toujours eu une relation aussi étroite avec son médecin de famille, celle-ci a évolué avec le temps – cette histoire démontre pourquoi la communication est importante et comment elle peut être améliorée. Elle croit que sa santé s'est dégradée parce qu'il y a plusieurs années, son médecin de famille ne lui avait pas expliqué les dangers liés au diabète et ne l'avait pas renseignée sur les changements alimentaires qu'elle devrait apporter. Depuis, elle lui a fait part de ses préoccupations. « Maintenant, nous parlons de tout. J'irais le voir en Colombie-Britannique s'il le fallait. »

Rana : Prendre sa santé en main

Après avoir quitté Dubaï en 2008, Rana a trouvé un médecin de famille seulement quelques mois après son arrivée à Richmond Hill. Quand son nouveau médecin lui a vivement recommandé de passer une mammographie de dépistage du cancer du sein, elle ne l'a pas fait parce qu'elle pensait qu'il serait désagréable de faire radiographier ses seins.

« J'avais entendu des histoires d'horreur », explique Rana, une femme originaire de l'Inde, mais qui réside actuellement à Toronto. Un an plus tard, lorsque Rana a atteint l'âge de 50 ans, son médecin lui a encore conseillé de passer une mammographie. Elle se souvient que son médecin lui a dit : « Non, vous devez y aller pour passer un examen de base. Puis, vous n'aurez plus à vous en inquiéter. »

Rana est donc allée, mais les résultats qu'elle a obtenus ont redoublé ses inquiétudes.

« Les résultats que j'ai reçus ont indiqué que je devais passer une biopsie et dix jours plus tard, j'ai appris que j'avais une tumeur maligne au sein. »

Après que son médecin de famille l'ait dirigée vers les spécialistes appropriés, tout s'est déroulé rapidement et efficacement – biopsie, chirurgie et radiothérapie – et Rana était donc un peu surprise quand son on-

logue lui a dit : « Ne vous en faites pas, je ne vous laisserai pas passer dans les mailles du filet. »

Ce n'est que plus tard, après avoir traversé le pire du traitement de son cancer, qu'elle a découvert ces mailles. Quand elle a commencé à souffrir d'anxiété et de dépression, ce qui n'est pas rare chez les patients atteints d'un cancer, Rana a découvert qu'elle devait défendre ses intérêts et travailler fort pour recevoir les soins dont elle avait besoin dans ce système de soins primaires qui, selon elle, n'est pas toujours efficace.

Lorsqu'elle a parlé de son anxiété et de sa dépression à son médecin, il lui a offert des médicaments. Rana n'a pas aimé cette méthode. Elle a laissé entendre à son médecin de famille qu'un service de consultation pourrait l'aider à combattre son anxiété et sa dépression et elle lui a demandé de l'orienter vers un programme qui offre ce service. Une fois qu'elle a formulé cette suggestion, son médecin de famille l'a dirigé vers un programme.

« Je crois que si je n'avais pas bénéficié de ce service de consultation, je serais en très mauvais état. »

Rana a souvent eu besoin de persévérer pour trouver ces liens au cours de son rétablissement dans le secteur des soins primaires. Elle a dû trouver divers programmes et groupes de soutien pour les personnes atteintes du cancer du sein par elle-même, ou d'au-

tres personnes lui en ont parlé, presque par hasard.

Même si la débrouillardise et la ténacité de Rana l'ont aidée à naviguer dans le système de santé, elle a remarqué que d'autres immigrants d'origine sud-asiatique de sa collectivité ont de la difficulté à régler leurs problèmes de santé en raison des obstacles linguistiques et culturels à la prestation de soins.

« Il faut à la fois être bien informé et un peu proactif, mais en général, c'est plutôt difficile », explique-t-elle en soulignant que souvent, les immigrants se sentent intimidés par un système de santé qu'ils connaissent mal, ou ils ne veulent pas importuner leur médecin en lui parlant de problèmes qui leur semblent mineurs.

Maintenant que Rana a vaincu son cancer, elle cherche une occasion d'aider à faire tomber ces barrières. Elle veut partager ce qu'elle a appris en s'occupant de ses propres problèmes de santé avec des groupes communautaires sud-asiatiques et empêcher les gens de passer entre les mailles du filet.

« Il y a énormément d'aide et de soutien disponible, mais nous n'en sommes pas conscients. »

Brian : Créer un cercle de soins

Il était presque trop tard lorsque Brian a manifesté sa détermination à garder son pied gauche, mais il a rencontré Sandra à la clinique d'une équipe de santé familiale juste à temps.

En septembre 2013, Brian (nom fictif) a rencontré Sandra pour la première fois à la clinique de l'équipe de santé familiale Strathroy, où elle travaillait comme infirmière de triage. Ce jour-là, il est arrivé à la clinique avec une infection sévère au pied gauche, soit le résultat d'un problème ayant fait boule de neige pendant deux ans et demi.

« Brian est atteint de diabète et depuis longtemps, il souffre d'anxiété, de dépression et d'autres troubles de santé mentale », dit Sandra en expliquant qu'il avait mené une vie plutôt solitaire. « Je crois qu'il avait



seulement besoin de quelqu'un pour l'aider à naviguer dans l'ensemble du système au départ. »

Brian est d'abord arrivé à la clinique de l'équipe de santé familiale avec un pied enflé en février 2011. Les tests et les radiographies ont éliminé la possibilité d'un caillot sanguin, mais ont indiqué une malformation osseuse. Un médecin de famille de la clinique l'a donc dirigé vers un chirurgien orthopédique, mais on ne sait pas trop si Brian s'est présenté à ce rendez-vous.

Ce problème n'a pas reçu de soins médicaux supplémentaires jusqu'à ce que Brian retourne à la clinique de l'équipe de santé familiale en janvier 2013, alors que son pied était douloureux et difforme. Au cours des mois suivants, il a consulté divers médecins de la clinique, il a été aiguillé vers des spécialistes et il a reçu des soins à domicile en raison des plaies qui sont apparues sur son pied.

Les médecins lui ont recommandé d'acheter des chaussures de soutien à plusieurs reprises, mais il ne l'a pas fait, même après avoir reçu en mars 2013 un diagnostic de pied de Charcot, une détérioration de la structure du pied chez les personnes ayant des lésions nerveuses importantes, comme celles qui sont atteintes de diabète. Ce problème peut entraîner de graves déformations, souvent accompagnées de plaies.

« Je ne pensais pas avoir besoin de ces chaussures », explique Brian, un homme de 66 ans qui ne s'est jamais trop inquiété de sa santé.

En août 2013, le pied de Brian s'est infecté et le spécialiste des plaies qu'il consultait a insisté pour qu'il se

procure une botte de marche orthopédique faite sur mesure afin de limiter les dommages causés par le pied de Charcot.

Un mois plus tard, lorsque Brian est arrivé à la clinique de l'équipe de santé familiale et qu'il a rencontré pour la première fois Sandra, l'infirmière de triage, il ne portait toujours pas de chaussure spéciale. L'infection était devenue tellement grave que Sandra et un médecin de famille de la clinique ont accéléré l'admission de Brian à l'hôpital. Au départ, les médecins de l'hôpital auquel il est resté pendant 10 jours ont recommandé l'amputation de son pied.

Brian a dit aux médecins qu'il voulait en parler avec Sandra, qui était restée en contact avec lui pendant son séjour à l'hôpital. Il a dit à Sandra qu'il ne voulait pas que son pied soit amputé.

Quand Brian a commencé à réagir aux antibiotiques et que Sandra a expliqué aux médecins de l'hôpital qu'il voulait absolument garder son pied, ils ont accepté un plan de congé qu'elle a aidé à élaborer. Après sa sortie de l'hôpital, elle l'a orienté vers les soins dont il avait besoin, elle a veillé à ce qu'il se procure une botte orthopédique et elle l'a dirigé vers des services de santé mentale communautaires.

Le pied de Brian a commencé à guérir et en février 2014, la plaie s'est finalement refermée. Sandra attribue la détermination de Brian au cercle de soin qui s'est formé autour de lui, qui comprend notamment l'équipe de santé familiale de la clinique qui a aidé à coordonner ses soins, les médecins spécialistes externes ainsi que les services de santé communautaires.



Accès aux soins primaires en Ontario

Photo par Roger Yip

Voici les indicateurs spécifiques que nous présentons dans ce chapitre, qui sont fondés sur des données tirées d'un sondage auprès d'adultes âgés de 16 ans ou plus :

- Pourcentage d'adultes qui ont un fournisseur de soins primaires
- Pourcentage d'adultes qui peuvent toujours ou souvent rejoindre leur fournisseur de soins primaires ou une autre personne du cabinet lorsqu'ils appellent ou dont l'appel est retourné le jour même
- Pourcentage d'adultes qui ont pu consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'ils étaient malades

Pour obtenir des renseignements détaillés sur les indicateurs et les sources de données, veuillez consulter l'annexe technique disponible en ligne.

L'accès aux soins primaires est très important pour la santé de la population. L'accès peut signifier d'avoir un fournisseur régulier de soins primaires, d'obtenir des soins primaires au besoin et d'obtenir les bons soins primaires.(18, 19) Si une personne obtient des soins opportuns de la part de son fournisseur de soins primaires (que cela soit son médecin habituel, une infirmière ou un membre de l'équipe de santé) plutôt que de se rendre à une clinique sans rendez-vous, un service d'urgence ou ailleurs, cela peut l'empêcher de devenir encore plus malade et peut lui procurer une meilleure expérience des services de santé. Un système de soins primaires de qualité peut également réduire la nécessité de visites plus coûteuses au service d'urgence ou à l'hôpital.(2, 20)

Il existe de nombreuses façons de mesurer l'accès. Ici, nous présentons trois indicateurs : si les Ontariens ont un fournisseur de soins primaires qu'ils voient régulièrement; s'ils peuvent obtenir une réponse le jour même lorsqu'ils appellent le cabinet de leur fournisseur de soins primaires; et s'ils peuvent obtenir un rendez-vous avec leur fournisseur habituel de soins primaires lorsqu'ils ont besoin de soins.

Situation générale en Ontario

En 2014, la grande majorité (94,0 %) de personnes âgées de 16 ans ou plus indiquent qu'elles ont un fournisseur de soins primaires (figure 2.1).

En 2014, plus des trois quarts (77,9 %) déclaraient que si elles appelaient le cabinet pendant la semaine ouvrable pour poser une question ou présenter une préoccupation de nature médicale, ils recevaient souvent une réponse le jour même ou le lendemain de la part du fournisseur ou d'une autre personne dans le cabinet.(21)

En 2014, moins de la moitié (44,3 %) des Ontariens ont indiqué qu'ils avaient pu voir leur fournisseur le jour même ou le lendemain lorsqu'ils étaient malades. (21) Cela correspond aux chiffres signalés dans les autres provinces canadiennes. Toutefois, si l'on examine d'autres pays au statut socioéconomique

Figure 2.1 Pourcentage d'adultes qui ont un fournisseur de soins primaires en Ontario, 2014



Source des données : SESS 2014, fourni par le MSSLD

semblable, les Ontariens et les Canadiens dans l'ensemble ont un taux d'accès en temps opportun qui compte parmi les moins élevés.(22)

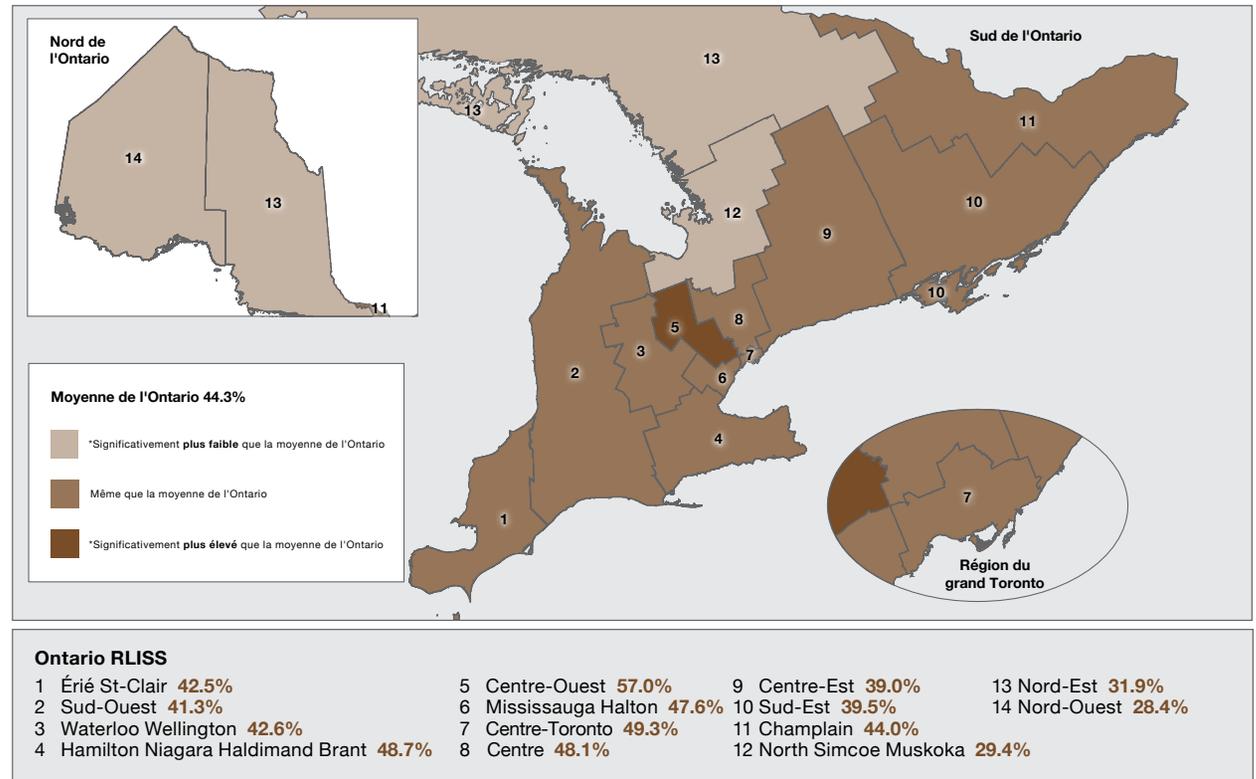
Dans différentes régions de l'Ontario

L'accès aux soins primaires varie dans la province. Comparativement au taux provincial enregistré en 2014 (94,0 %), un pourcentage moins élevé des personnes qui vivent dans les régions couvertes par les RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est indiquent avoir un fournisseur de soins primaires qu'elles voient régulièrement (87,3 % et 88,3 % respectivement).(21) Dans la région du RLISS du Sud-Est, le pourcentage de personnes qui indiquent avoir un fournisseur de soins primaires (97,3 %) (21) est plus élevé que la moyenne provinciale.

Les taux de réponse le jour même à un appel téléphonique sont semblables d'un bout à l'autre de la province, sauf pour deux régions des RLISS dont les taux sont plus élevés (meilleurs) que la moyenne provinciale de 77,9 % : la région du RLISS du Sud-est (85,3 %) et la région du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (84,3 %).(21)

Comparativement au taux provincial (44,3 %), seulement 28,4 % des habitants de la région du RLISS du Nord-Ouest indiquent qu'ils peuvent consulter un fournisseur le jour même ou le lendemain lorsqu'ils sont malades, tandis que 57,0 % des habitants de

Figure 2.2 Pourcentage d'adultes qui ont pu consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain lorsqu'ils étaient malades en Ontario, 2014



Source des données : SESS 2014, fourni par le MSSLD
 *Dénote une différence statistiquement significative.

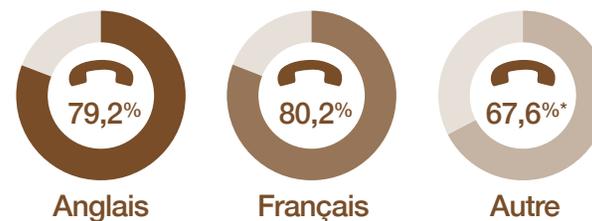
la région du RLISS du Centre-Ouest sont en mesure de le faire (Figure 2.2). D'une autre perspective, un pourcentage moins élevé d'habitants des régions rurales (34,6 %) indiquent être en mesure de consulter un fournisseur le jour même ou le lendemain lorsqu'ils sont malades, comparativement aux régions urbaines (46,0 %).⁽²¹⁾

Entre les différents groupes de personnes en Ontario

En 2014, 85,5 % des immigrants récents (au Canada depuis moins de 10 ans) ont un fournisseur de soins primaires qu'ils consultent régulièrement, comparativement à 95,3 % des immigrants établis (au Canada depuis au moins 10 ans) et 94,4 % des Ontariens nés au Canada. ⁽²¹⁾ Les immigrants établis qui ont un fournisseur sont moins susceptibles que les patients nés au Canada d'obtenir une réponse rapide lorsqu'ils appellent le cabinet (74,0 % de rappels le jour même, par rapport à 79,6 %). ⁽²¹⁾

Les taux de réponse le jour même à l'appel d'un patient sont significativement plus bas (67,6 %) pour les patients qui parlent principalement une langue autre que l'anglais ou le français à la maison, comparativement à ceux qui parlent principalement anglais à la maison (79,2 %). Dans le cas des Ontariens qui parlent le français, le taux de réponse le jour même était de 80,2 % (Figure 2.3).

Figure 2.3 Pourcentage d'adultes qui peuvent toujours ou souvent rejoindre leur fournisseur de soins primaires ou une autre personne du cabinet lorsqu'ils appellent ou dont l'appel est retourné le jour même, en Ontario, 2014



Source des données : SESS 2014, fourni par le MSSLD

*Dénote une différence statistiquement significative par rapport à l'anglais.

En bref

En Ontario, la grande majorité de la population a un fournisseur de soins primaires, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'elle bénéficie d'un accès rapide aux soins primaires. Bon nombre de personnes ne peuvent pas voir leur fournisseur le jour même ou le lendemain lorsqu'elles sont malades, ou parler à quelqu'un le jour même lorsqu'elles appellent le cabinet de leur médecin.

De plus, l'accès n'est pas égal pour tout le monde. Cela dépend en partie du lieu de résidence et d'autres facteurs tels que le statut d'immigrant ou la langue parlée le plus souvent à la maison. Étant donné que l'accès aux soins primaires est avantageux tant pour la personne que pour le système de santé, il demeure un domaine ciblé pour l'amélioration des soins de santé.

La prévention,
la détection et
l'approche axée
sur les besoins
du patient des
services de soins
primaires de
l'Ontario



Photo par Roger Yip

Voici les indicateurs spécifiques que nous présentons dans ce chapitre, qui sont fondés sur des données tirées d'un sondage auprès d'adultes âgés de 16 ans ou plus et de données administratives :

- Pourcentage des adultes qui indiquent que le fournisseur de soins primaires les implique toujours ou souvent dans les décisions concernant leurs soins et leur traitement
- Pourcentage d'adultes qui, au cours de la dernière année, ont fait un bilan de leurs médicaments sur ordonnance avec leur fournisseur de soins primaires
- Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans dont le dépistage du cancer colorectal est en retard
- Taux de complications graves au cours de la dernière année chez les personnes atteintes de diabète

Pour obtenir des renseignements détaillés sur les indicateurs et les sources de données, veuillez consulter l'annexe technique disponible en ligne.

Les soins primaires de qualité devraient mettre l'accent sur les besoins spécifiques de chaque patient. Autrement dit, ils devraient être axés sur les besoins du patient. Les soins axés sur les besoins du patient dépendent de la communication et du respect des valeurs et des préférences des patients. Ils invitent à participer en tant que partenaire dans ses propres soins et les décisions relatives au traitement, ce qui représente une étape clé pour impliquer les patients globalement dans leurs propres soins.(10, 23-25)

Les patients impliqués et motivés se rappellent mieux les renseignements médicaux et ont plus de connaissances et de confiance pour gérer un problème médical ou respecter un plan de traitement. (25, 26) Ils peuvent être plus satisfaits de leurs soins (27) et plus actifs en matière de prévention des maladies, de dépistage et d'activités de promotion de la santé.

La promotion de la bonne santé en prévenant les maladies et en les détectant tôt est un aspect important des soins primaires. (28)

Dans ce chapitre, nous présentons une mesure de l'approche des soins axés sur les besoins des patients : la participation aux décisions relatives à ses propres soins et traitements. Nous examinons également des indicateurs pour trois services préventifs de soins primaires : un bilan régulier des médicaments sur ordonnance

(ce qui est particulièrement important pour les patients qui prennent plusieurs médicaments), le dépistage du cancer colorectal et les soins du diabète.

Tous les trois services préventifs que nous examinons ont le potentiel d'améliorer les résultats en matière de santé, que ce soit en veillant à ce que les patients reçoivent les médicaments sur ordonnance les plus appropriés pour leur problème médical et en prévenant les réactions indésirables aux médicaments, grâce à la détection et au traitement précoces (pour le cancer colorectal) ou en prévenant les complications graves (soins du diabète). Il ne s'agit que de quelques-uns des services de base offerts par les fournisseurs de soins primaires, mais ils sont fournis pour des troubles médicaux qui affectent la santé d'un grand nombre d'Ontariens. (29-33)

Situation générale en Ontario

En 2014, plus de quatre Ontariens sur cinq (86,2 %) âgés de 16 ans ou plus qui ont un fournisseur de soins primaires affirment que le fournisseur les implique toujours ou souvent (dans la mesure où ils le souhaitent) dans les décisions concernant leurs soins et leur traitement.(21)

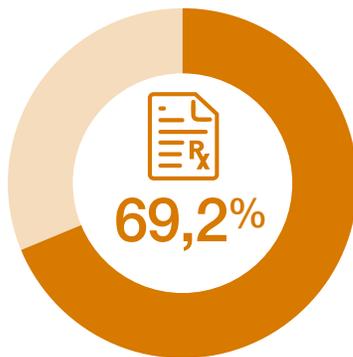
Parmi les Ontariens âgés de 16 ans ou plus qui ont pris au moins un médicament sur ordonnance en 2014, un peu plus des deux tiers (69,2 %) affir-

ment avoir fait un bilan de leurs médicaments avec leur fournisseur de soins primaires au cours de la dernière année (Figure 3.1). Notez, toutefois, que d'autres discussions et bilans des médicaments ont pu avoir lieu, car l'indicateur ne saisit pas les discussions qui ont pu être tenues avec un pharmacien ou que les membres de la famille ont pu avoir au nom du patient avec le fournisseur de soins primaires.

En 2013, 41,5 % des Ontariens âgés de 50 à 74 ans étaient en retard en matière de dépistage du cancer colorectal. Bien que ce taux reste élevé, il s'agit d'une amélioration importante par rapport à trois années auparavant (2010), où 46,2 % des Ontariens étaient en retard.(34)

Une autre amélioration notable est le taux de complications graves du diabète (telles que l'hospitalisation pour la coronaropathie, une défaillance rénale nécessitant la dialyse ou les amputations). Ce taux a chuté de 6,0 diabétiques sur 100 en 2005-2006 à 4,1 diabétiques sur 100 en 2013-2014 (Figure 3.2). Notez que cette mesure ne s'applique qu'aux personnes qui ont reçu un diagnostic clinique de diabète depuis au moins un an.

Figure 3.1 Pourcentage d'adultes qui, au cours de la dernière année, ont fait un bilan de leurs médicaments sur ordonnance avec leur fournisseur de soins primaires en Ontario, 2014



Médicaments revues

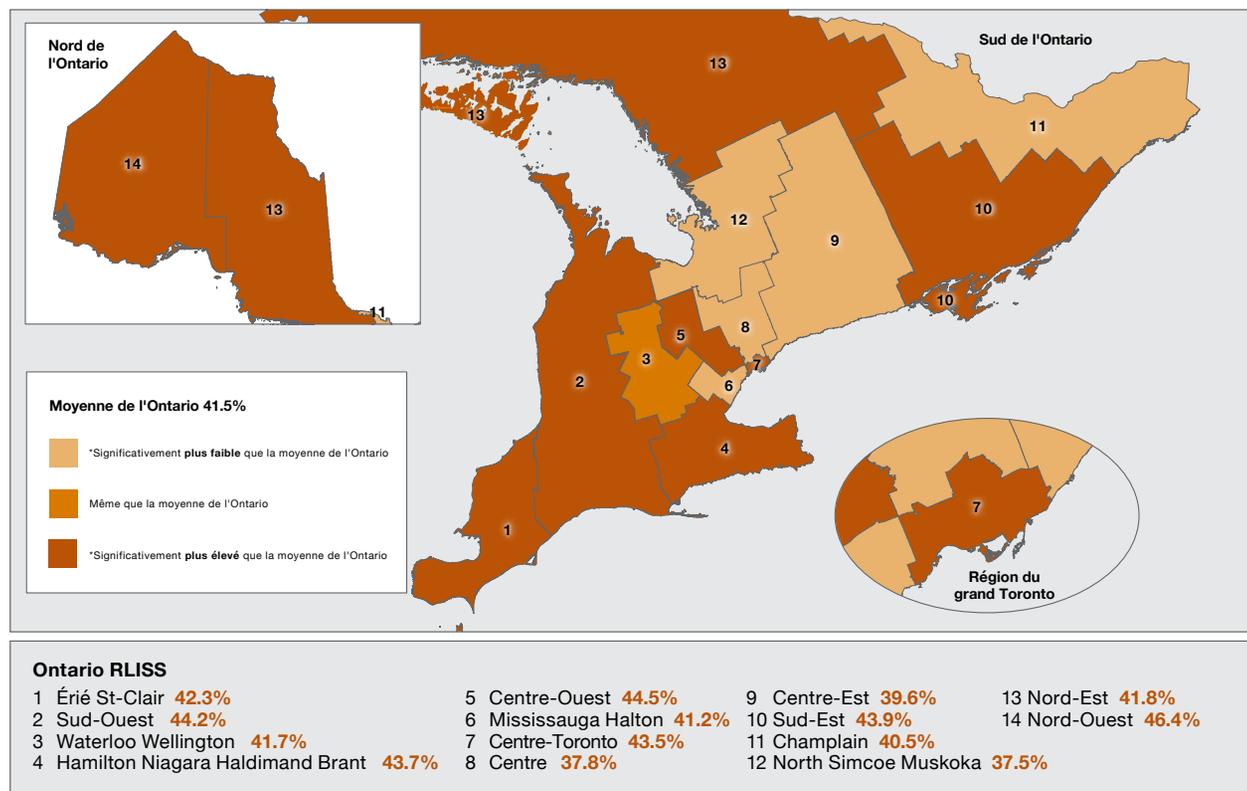
Source des données : SESS 2014, fourni par le MSSLD

Figure 3.2 Taux de complications graves au cours de la dernière année chez les personnes atteintes de diabète en Ontario, 2013-2014



Source des données : BDCP, BDPI, OHIP, ODD, fournis par l'IRSS

Figure 3.3 Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui sont en retard pour le dépistage du cancer colorectal en Ontario, par région de RLISS, en 2013



Source de données : OHIP, LRT, CIRT, OCR, PIMS, BDPI, PCCF+6A, fournis par ACO

*Dénote une différence statistiquement significative.

Dans différentes régions de l'Ontario

En 2014, le taux d'implication des patients dans les décisions concernant les soins et le traitement était semblable dans toute la province (moyenne de 86,2 %), sauf dans la région du RLISS du Sud-Est. Dans cette région, 90,9 % des personnes qui ont un fournisseur de soins primaires disent que celui-ci les implique toujours ou souvent dans les décisions qui concernent leurs soins. (21)

Dans le cadre des soins préventifs, les fournisseurs de soins primaires peuvent jouer un rôle central en parlant à leurs patients du dépistage du cancer colorectal, (35) lorsque les patients sont âgés de 50 à 74 ans ou qui ont des antécédents familiaux de cancer colorectal. Toutefois, les patients admissibles ne subissent pas tous un test de dépistage. Le taux de patients qui étaient en retard pour ce dépistage en 2013 varie d'un RLISS à l'autre, allant de 37,5 % dans la région du RLISS de Simcoe Nord Muskoka à 46,4 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest (Figure 3.3). Le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal était plus élevé dans les régions rurales et très éloignées (45,0 %) et rurales et éloignées (43,1%) que dans les régions urbaines (41,4 %).

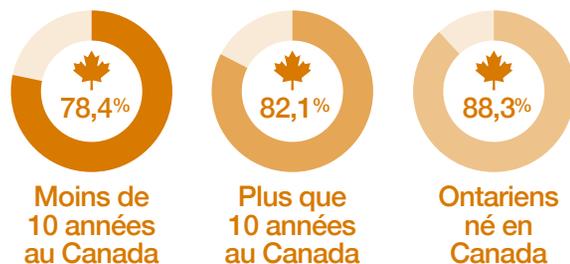
Parmi les Ontariens qui sont atteints de diabète depuis au moins un an, ceux qui vivent dans les régions rurales ont des taux de complications graves plus élevés (4,9 diabétiques sur 100) que ceux qui vivent dans les régions urbaines (4,0 diabétiques sur 100). (36) Le taux de complications graves du diabète en 2013-2014 varie considérablement d'une région à l'autre, allant de 3,2 sur 100 dans la région du RLISS du Centre à 5,4 pour 100 dans la région du RLISS du Nord-Est. (36)

Entre les différents groupes de personnes en Ontario

Presque 90 pour cent (88,3 %) des Ontariens nés au Canada affirment que leur fournisseur les implique toujours ou souvent dans les décisions concernant leurs soins et leur traitement, par rapport à 78,4 % des immigrants récents (au Canada depuis moins de 10 ans) et 82,1 % des immigrants établis (au Canada depuis au moins 10 ans). Figure 3.4 De plus, un pourcentage d'immigrants établis (64,6 %) moins élevé que celui des Ontariens nés au Canada (71,1 %) affirment avoir fait un bilan des médicaments avec leur fournisseur au cours de la dernière année. (21)

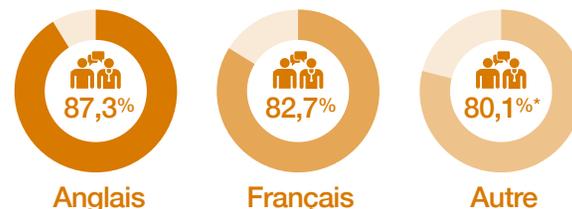
La langue parlée le plus souvent à la maison peut avoir des répercussions sur l'implication du patient dans les décisions qui concernent ses soins et son traitement. Spécifiquement, les Ontariens qui parlent principalement une autre langue à la maison (autre que l'anglais ou le français) ont des taux moins élevés (80,1%) d'implication dans les décisions que ceux qui parlent principalement l'anglais (87,3 %). Plus des quatre cinquièmes (82,7 %) des Ontariens qui parlent français sont impliqués dans les décisions concernant leurs soins (Figure 3.5).

Figure 3.4 Pourcentage des adultes qui indiquent que le fournisseur de soins primaires les implique toujours ou souvent dans les décisions concernant leurs soins et leur traitement, en Ontario, par statut d'immigration, en 2014



Source des données : SESS 2014, fourni par le MSSLD

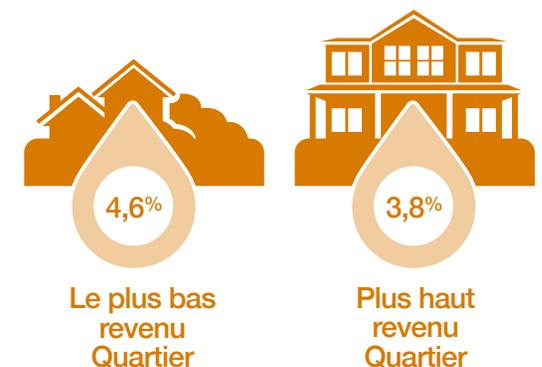
Figure 3.5 Pourcentage des adultes qui indiquent que le fournisseur de soins primaires les implique toujours ou souvent dans les décisions concernant leurs soins et leur traitement, en Ontario, par langue parlée le plus souvent à la maison, en 2014



Source des données : SESS 2014, fourni par le MSSLD

*Dénote une différence statistiquement significative par rapport à l'anglais.

Figure 3.6 Taux de complications graves au cours de la dernière année chez les personnes atteintes de diabète en Ontario, par quintile de revenu du quartier, 2013-2014



Source des données : BDCP, BDPI, OHIP, ODD, fournis par l'IRSS

En 2013, dans les régions urbaines, le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal baissait au fur et à mesure que le revenu du quartier augmentait, de 49,7 % dans les quartiers urbains au plus faible revenu à 34,9 % dans les quartiers urbains au revenu plus élevé. (34) Les taux de complications graves du diabète étaient plus élevés (4,6 %) dans les quartiers au plus faible revenu que dans les quartiers au revenu plus élevé (3,8 %). Figure 3.6

En bref

Il est plus facile à certains Ontariens qu'à d'autres d'accéder aux soins primaires axés sur les besoins du patient et aux soins préventifs. Les résultats pour les quatre mesures décrites dans le présent chapitre indiquent cette inégalité, l'emplacement, le statut d'immigration et la langue étant les facteurs les plus communs.

Les patients qui sont activement impliqués dans des interactions en tête à tête avec leur fournisseur de soins primaires sont plus susceptibles globalement de participer à leurs propres soins. En fin de compte, les avantages vont au-delà de la personne et aident à favoriser une approche plus axée sur les besoins du patient et potentiellement une population plus saine. (23) La plupart des Ontariennes et des Ontariens indiquent qu'ils sont impliqués dans les décisions concernant leurs soins et qu'ils ont fait un bilan des médicaments au cours de la dernière année, mais les taux sont moins élevés chez les immigrants qui sont au Canada depuis moins d'une décennie. De plus, la langue parlée le plus souvent par les patients peut affecter le degré de leur implication dans les décisions relatives à leurs soins. Il est encourageant que

le taux global de complications graves du diabète et le pourcentage de personnes qui sont en retard pour leur dépistage du cancer colorectal soient tous deux à la baisse. Toutefois, les taux pour ces deux mesures sont pires pour les Ontariens qui vivent dans les quartiers au plus faible revenu que pour ceux qui vivent dans les quartiers au revenu le plus élevé. Des améliorations supplémentaires s'avèrent nécessaires, mais la réduction globale de ces taux constitue une étape importante pour la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le cadre des soins primaires.



Coordination dans le système de santé

Les indicateurs spécifiques que nous présentons dans ce chapitre, en utilisant des données administratives, sont les suivants :

- les taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours du congé de l'hôpital pour certains problèmes médicaux courants;
- les taux de suivi auprès d'un médecin de premier recours dans les sept jours du congé de l'hôpital pour certains problèmes médicaux.
- certaines conditions comprennent: la pneumonie, l'insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique, troubles gastro-intestinaux, accident vasculaire cérébral, le diabète et les maladies cardiaques (hors crise cardiaque)

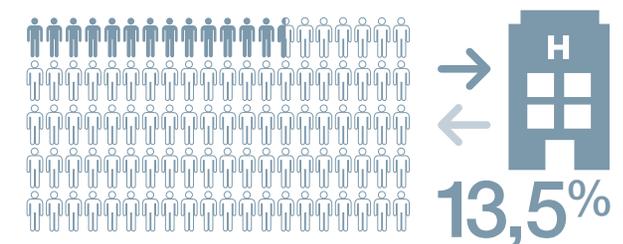
Pour obtenir des renseignements détaillés sur les indicateurs et les sources de données, veuillez consulter l'annexe technique disponible en ligne.

Certains patients ont besoin de services provenant de multiples parties du système de santé. L'idéal est qu'un service soit lié de façon transparente à un autre service ou fournisseur; que les patients aient confiance qu'on prend soin d'eux et qu'ils sont appuyés, quel que soit l'endroit où leurs soins sont prodigués; qu'ils soient renseignés sur ce qui se passe avec leurs soins; et qu'ils comprennent l'étape suivante sur leur parcours de soins. Par exemple, les patients qui sortent de l'hôpital ont besoin d'un suivi en temps opportun. Des lacunes en matière de communication ou de coordination peuvent les empêcher de recevoir les soins dont ils ont besoin au moment où ils sont les plus vulnérables. (37) Il est important que les fournisseurs reçoivent de l'information concernant l'hospitalisation afin de pouvoir soutenir le rétablissement des patients à leur sortie de l'hôpital. La transparence des soins est souvent le résultat d'efforts coopératifs et coordonnés de la part des patients, des membres de la famille et des fournisseurs de soins.

Dans ce chapitre, nous présentons deux mesures qui contribuent à évaluer la coordination des soins primaires avec les soins hospitaliers et d'autres domaines du système de santé, à savoir les taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours et les taux de visites de suivi auprès d'un médecin de premier recours dans les sept jours.

La réadmission (c.-à-d. une nouvelle hospitalisation) dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital peut indiquer des problèmes relatifs à la qualité des soins reçus par le patient pendant son hospitalisation, ou encore à des occasions ratées en matière de coordination avec les soins primaires ou d'autres parties du système après l'hospitalisation. Les soins de suivi après le congé de l'hôpital constituent un élément important de la coordination des soins qui peut contribuer à réduire les réadmissions pour certains problèmes médicaux. (38-40) Une visite de suivi auprès d'un médecin de premier recours permet au patient de poser des questions ou de soulever des préoccupations, et permet au médecin de voir l'évolution de la situation.

Figure 4.1 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 14 jours du congé de l'hôpital pour certains problèmes médicaux courants, en Ontario, 2013-2014



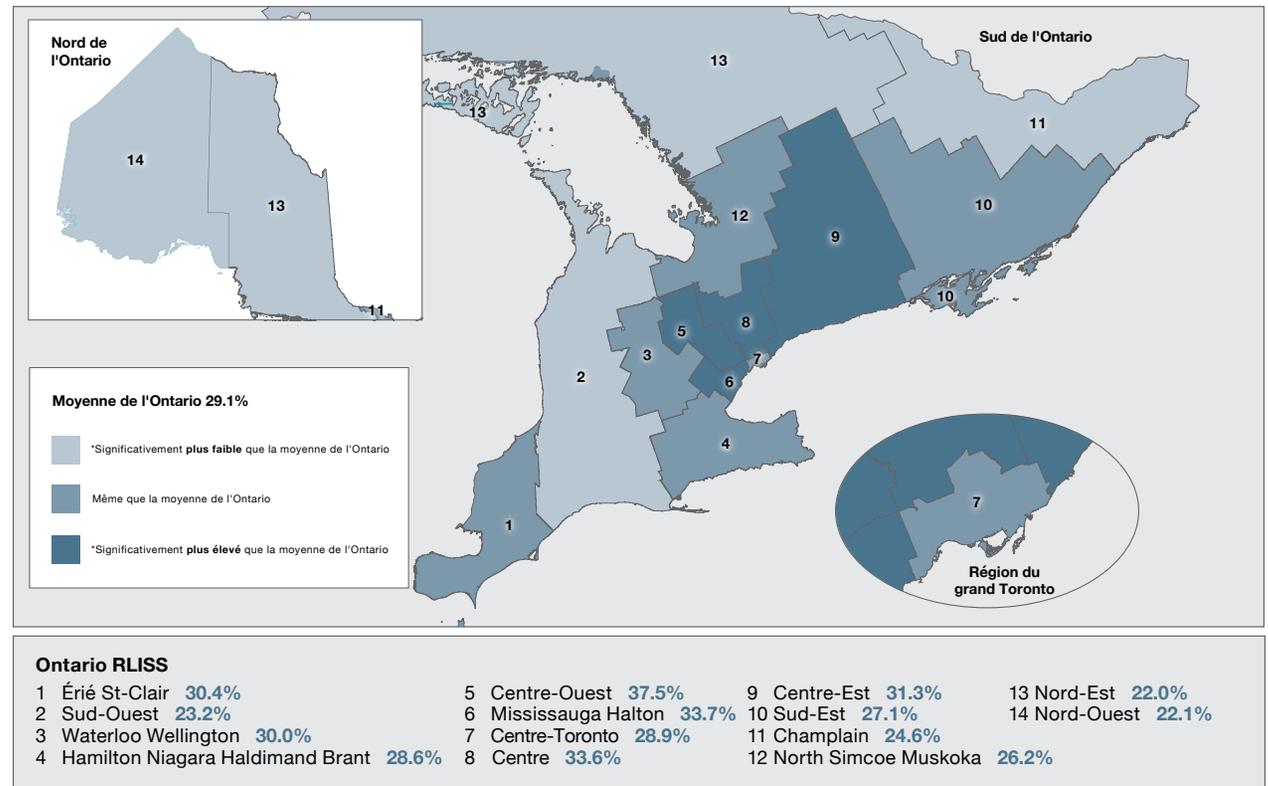
Source des données : BDCP, BDPI, OHIP, fournis par l'IRSS

Situation générale en Ontario

Le taux de réadmissions à l'hôpital après 30 jours a augmenté, passant de 12,0 % en 2009-2010 à 13,5 % en 2013-2014. Figure 4.1 Il est important de noter que de nombreux experts estiment que les réadmissions sont inévitables. (41) Toutefois, des écarts dans les taux de réadmission peuvent indiquer des différences relatives à la qualité des soins reçus à l'hôpital ou à la coordination des soins de suivi (tels que les soins primaires) après que les patients reçoivent leur congé de l'hôpital.

En 2013-2014, moins du tiers (29,1 %) des personnes hospitalisées pour certains problèmes médicaux ont obtenu une visite de suivi auprès d'un médecin de premier recours dans les sept jours de leur congé de l'hôpital. (42) Il est important de noter que cet indicateur ne concerne que les patients atteints de certains troubles médicaux et exclut toute visite de suivi avec d'autres fournisseurs de soins, que ce soit en soins primaires (p. ex., une infirmière) ou dans un autre secteur du système (p. ex., un spécialiste).

Figure 4.2 Taux de suivi auprès d'un médecin de premier recours dans les sept jours qui suivent le congé de l'hôpital pour certains problèmes médicaux, en Ontario, par région de RLISS, en 2013-2014



Source de données : OHIP, BDCP, CAPE, CPDB, BDPI, BDMI, fournis par l'IRSS
 *Dénote une différence statistiquement significative.

Dans différentes régions de l'Ontario

En ce qui concerne les réadmissions après 30 jours en 2013-2014, presque tous les taux dans les régions des RLISS sont comparables à la moyenne provinciale de 13,5 %, sauf la région du RLISS Nord-Est. Son taux de 16,2 % est significativement plus élevé (pire) que la moyenne provinciale.(43)

En ce qui concerne le suivi après sept jours auprès d'un médecin de premier recours après le congé de l'hôpital, les personnes qui habitent dans les régions des RLISS du nord avaient des taux moins élevés (pires) que la moyenne provinciale de 29,1 % en 2013-2014. Spécifiquement, la région du RLISS du Nord-Est présentait le taux le moins élevé (22,0 %), tandis que la région du RLISS du Centre-Ouest avait le taux le plus élevé (37,5 %) (Figure 4.2).

De plus, les personnes qui habitent des régions rurales ont des taux de suivi après sept jours moins élevés (pires) que ceux des régions urbaines, soit 24,9 % par rapport à 29,7 % (Figure 4.3).

Entre les différents groupes de personnes en Ontario

Les personnes qui vivent dans les quartiers au plus faible revenu ont des taux de réadmission à l'hôpital après 30 jours plus élevés (pires) que celles qui vivent

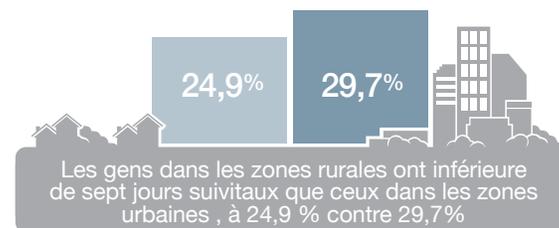
dans les quartiers au revenu le plus élevé (15,0 % par rapport à 11,6 %) (Figure 4.4). Ce lien avec le statut socioéconomique correspond aux résultats obtenus pour d'autres indicateurs dans le présent rapport.

En bref

La transition entre l'hôpital et le domicile est un moment où les patients sont particulièrement vulnérables. Un suivi précoce auprès d'un médecin de premier recours ou d'une infirmière praticienne est important pour la surveillance et la coordination, et également pour s'assurer que les patients comprennent ce qui s'est passé à l'hôpital et ce qui devrait se passer par la suite.

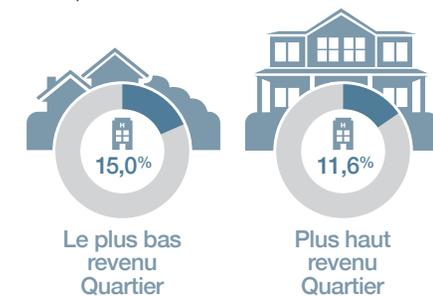
Globalement, en Ontario, la coordination des soins après le congé de l'hôpital a besoin d'amélioration et les soins fournis ne sont pas égaux pour tous. Par exemple, les patients vivant dans les collectivités rurales et du nord sont moins susceptibles de voir un médecin de premier recours dans les sept jours qui suivent leur congé de l'hôpital et les Ontariens dont le revenu est peu élevé sont plus susceptibles d'être hospitalisés de nouveau. Les résultats pour les deux indicateurs sont semblables aux résultats provenant d'autres études. Ils mettent en évidence le besoin pour des soins plus équitables et une meilleure coordination entre les secteurs du système de santé, y compris les soins primaires. (44, 45)

Figure 4.3 Taux de suivi auprès d'un médecin de premier recours dans les sept jours qui suivent le congé de l'hôpital pour certains problèmes médicaux, en Ontario, par établissement de soins, en 2013-2014



Source de données : OHIP, BDCP, CPDB, BDPI, BDMI, fournis par l'IRSS

Figure 4.4 Taux de réadmission à l'hôpital dans les 14 jours du congé de l'hôpital pour certains problèmes médicaux courants, en Ontario, par quintile du revenu du quartier, 2013-2014



Source des données : BDCP, BDPI, OHIP, fournis par l'IRSS



Le chemin à suivre

Les Ontariens n'ont pas tous un accès aux soins primaires en temps opportun, ils ne reçoivent pas tous des soins optimaux et ils ne bénéficient pas tous de soins bien coordonnés à leur départ de l'hôpital. La plupart indiquent qu'ils ont un fournisseur de soins primaires, mais plus de la moitié d'entre eux ne peuvent pas obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain lorsqu'ils tombent malades. Parmi les mesures incluses dans le présent rapport, des améliorations ont été observées dans le dépistage et la détection précoce partout dans la province. Toutefois, les résultats pour toutes les mesures contenaient des différences entre les groupes de personnes et les emplacements. Cela signifie que certaines populations de l'Ontario ne reçoivent pas des soins primaires de la meilleure qualité. De plus, il y a encore du pain sur la planche pour mieux lier les soins primaires avec les autres soins reçus par les patients, particulièrement lorsqu'ils reçoivent leur congé de l'hôpital.

Ce que cela signifie pour les patients en Ontario

Ce premier rapport fournit un aperçu de l'état actuel des soins primaires en Ontario, selon certains indicateurs ayant été identifiés comme étant clés pour la surveillance du rendement des soins primaires. Il illustre les endroits où des améliorations peuvent être apportées en matière d'accès, de prévention des maladies, de gestion des maladies chroniques et de coordination des soins.

Travaux en cours pour améliorer les soins primaires en Ontario

Les fournisseurs de soins primaires, ainsi que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et les organisations et associations de soins primaires, se lancent dans une gamme d'activités visant à améliorer les soins primaires en Ontario.

Les équipes de pratique des soins primaires atteignent des objectifs annuels en matière d'amélioration de la qualité et décrivent leurs activités d'amélioration par l'entremise de plans d'amélioration de la qualité. Ils exécutent ces plans dans le cadre de leurs re-

sponsabilités envers le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (Cela est semblable aux secteurs des hôpitaux, des soins de longue durée et des soins à domicile.) QSSO fournit les outils et les ressources nécessaires pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'amélioration de la qualité et identifie annuellement les priorités relatives à l'amélioration pour chaque secteur, y compris les soins primaires.

Une façon de soutenir l'amélioration de la qualité consiste à permettre aux fournisseurs de comparer leurs résultats relatifs aux indicateurs de qualité à ceux d'autres fournisseurs. QSSO peut fournir aux médecins de premier recours un Rapport sur les pratiques de soins primaires. Tous les médecins qui s'abonnent reçoivent tous les trimestres des données confidentielles qui comparent les résultats de leur pratique au rendement régional et provincial sur 18 indicateurs de qualité, dont plusieurs chevauchent le présent rapport. Le Rapport sur les pratiques inclut également des conseils en matière d'amélioration.

Pour améliorer la qualité des soins, il est important de comprendre le point de vue des patients. QSSO a élaboré une enquête sur l'expérience des patients

avec les soins primaires, en collaboration avec des partenaires du secteur des soins primaires. Elle sert de ressource fondée sur les données probantes qui aide les fournisseurs de soins primaires à comprendre les expériences de leurs patients et à élaborer des initiatives ciblées d'amélioration de la qualité.

Pour obtenir la liste complète des initiatives d'amélioration de la qualité de QSSO dans le domaine des soins primaires, rendez-vous à l'adresse www.hqontario.ca.

D'autres organisations jouent également des rôles importants en matière d'amélioration des soins primaires. On peut citer notamment l'Association of Family Health Teams of Ontario, l'Association des centres de santé de l'Ontario, la Nurse Practitioners Association of Ontario, l'Ontario College of Family Physicians, l'Ontario Medical Association et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

De nombreuses activités (trop nombreuses pour être énumérées ici) visant à améliorer les soins primaires sont en cours dans la province, mais une stratégie plus coordonnée est requise pour étendre la portée et l'adoption des initiatives d'amélioration de la qualité. Un exemple d'initiative à grande échelle qui inclut

une stratégie coordonnée est l'introduction des maillons santé. Les maillons santé sont conçus pour appuyer les patients qui souffrent de plusieurs maladies chroniques en mettant en relation les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de services sociaux entre les secteurs. Les fournisseurs de soins primaires ont souvent joué un rôle de leadership au sein des équipes de maillons santé, en mettant en relation les soins primaires avec les soins à domicile ou d'autres services communautaires pour coordonner de façon meilleure et plus rapide les soins pour les patients dont les besoins sont élevés. Les maillons santé ont tendance à cibler des populations choisies, y compris celles qui sont mises en évidence dans le présent rapport (p. ex., faible revenu, nouveaux immigrants) et d'autres (tels que les Autochtones et les Premières Nations) afin d'aborder leurs besoins spécifiques en matière de soins de santé afin de surmonter les inégalités en matière de santé.

Étapes suivantes

Le présent rapport contribue à jeter les bases de la surveillance continue de la qualité des soins primaires en Ontario. Il fournit des renseignements importants concernant la qualité des soins primaires pour toutes

les Ontariennes et tous les Ontariens, en faisant rapport sur un ensemble clés de mesures du rendement et en présentant les données non seulement au niveau provincial et régional, mais également en fonction de différentes caractéristiques de la population. QSSO lance également des rapports en ligne sur les indicateurs inclus dans le présent rapport; ces données seront mises à jour tous les ans. Nous examinerons également les indicateurs de temps à autre afin de vérifier s'ils sont toujours pertinents pour la surveillance des soins primaires, et de nouveaux indicateurs pourraient être ajoutés au fur et à mesure de leur développement.

Nous continuons à travailler pour réaliser une stratégie plus coordonnée en matière de soins primaires, afin de mettre en relation la mesure du rendement avec l'amélioration de la qualité pour que les soins primaires soient meilleurs pour tous les Ontariens, parce qu'un système de soins primaires de qualité supérieure signifie une meilleure santé pour tous.

Notes relatives aux méthodes

Vous trouverez ci-dessous une brève description des méthodes utilisées dans le présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter l'annexe technique disponible sur notre site Web (www.hqontario.ca).

Sélection des indicateurs

QSSO collabore avec des organisations à l'échelle provinciale qui représentent les patients, les cliniciens de soins primaires, les détenteurs de données, les chercheurs, les gestionnaires et les décideurs. Cette collaboration a permis l'élaboration d'un cadre de mesure du rendement des soins primaires (MRSP) permettant de mesurer le rendement et d'en faire rapport. (10) Grâce à un processus d'établissement des priorités, un sous-ensemble de mesures (12 indicateurs de base) a alors été sélectionné au niveau du système (communautaire, régional, provincial) afin de fournir des perspectives sur le système des soins primaires en Ontario. Ce rapport se penche sur neuf de ces 12 indicateurs, en fonction de l'accès aux données par QSSO au moment de la rédaction et de l'harmonisation avec les rapports en ligne de QSSO sur les indicateurs de soins primaires.

Sources de données

Les résultats relatifs aux indicateurs présentés dans ce rapport ont été fournis à QSSO par différents fournisseurs de données, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et Action Cancer Ontario (ACO).

Des données tirées d'enquêtes et des données administratives ont été utilisées pour l'analyse. Ces premières comprennent les données tirées du Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé 2014 (SESS) mis en œuvre par le MSSLD, un sondage téléphonique auprès d'adultes âgés de 16 ans ou plus.

Voici la liste des principales sources de données administratives utilisées :

- Outil de reporting intérimaire coloscopie (CIRT)
- Base de données sur les congés des patients (ICIS-BDCP)
- Base de données de l'historique des réclamations – réclamations au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO)
- Laboratory Reporting Tool (LRT)
- Base de données des médecins de l'IRSS (BDMI)
- Conversion des codes postaux fichier Version 6A (FCCP + 6A)
- Registre du cancer de l'Ontario (OCR)
- Base de données des personnes inscrites (BDPI)
- Base de données sur le diabète de l'Ontario (ODD)

Pour obtenir une liste complète des sources de données relativement à chaque indicateur, veuillez consulter l'annexe technique.

Analyse

Pour permettre d'effectuer des comparaisons appropriées et justes du rendement des soins primaires, certains indicateurs ont été corrigés en fonction de l'âge et du sexe selon la population du recensement canadien de 1991. Il s'agit de la norme de population spécifiée par Statistique Canada.(46) La population du recensement canadien de 2011 a été utilisée comme population standard pour le calcul de taux normalisés en fonction de l'âge pour obtenir le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui sont en retard pour le dépistage du cancer colorectal. (47) En ce qui concerne l'indicateur des complications du diabète, le taux normalisé est ajusté en fonction de l'âge, du sexe et du temps écoulé depuis le diagnostic, en utilisant la population de cas prévalents de diabète en Ontario le 1er avril 2013. Les données tirées de l'enquête ont été pondérées pour refléter les caractéristiques de conception de l'enquête et la population de l'Ontario. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les indicateurs ayant été corrigés, les indicateurs pondérés et la méthodologie utilisée, veuillez consulter les modèles des indicateurs individuels dans l'annexe technique disponible en ligne.

Les analyses du revenu fournies par Action Cancer Ontario pour le calcul du pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui sont en retard pour le dépistage du cancer colorectal sont fondées uniquement sur les résidents des régions urbaines.(47) À l'opposé, les analyses du revenu pour d'autres indicateurs comprennent les résidents des régions rurales et des régions urbaines de l'Ontario. Les analyses des régions rurales et des régions urbaines fournies par Action Cancer Ontario pour le pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans en retard pour le dépistage du cancer colorectal sont fondées sur quatre catégories (région rurale très éloignée, région rurale éloignée, région rurale et région urbaine). À l'opposé, les analyses des régions rurales et des régions urbaines pour les autres indicateurs sont fondées sur seulement deux catégories (région rurale et région urbaine).(47)

Tests d'hypothèse

Les intervalles de confiance autour de chaque résultat ont été calculés au niveau de confiance de 95 %. Les intervalles de confiance ont été utilisés pour comparer les résultats par date, région, zone rurale ou urbaine, revenu du quartier, langue principalement parlée à la maison et statut d'immigration. Le rapport indique une hausse/baisse ou un résultat plus élevé/moins élevé uniquement lorsque les intervalles de confiance de 95 % des résultats ne se chevauchent pas (c.-à-d. lorsque les différences entre les résultats sont statistiquement significatives).

Limitations

Certaines limitations de l'analyse devraient être prises en considération lors de l'interprétation des résultats. Certaines de ces limitations concernent spécifiquement la source de données, l'indicateur et la méthodologie utilisée pour le calculer. Pour obtenir des renseignements sur les limitations spécifiques aux indicateurs, veuillez consulter les modèles des indicateurs individuels disponibles en ligne dans l'annexe technique.

Remerciement

Qualité des services de santé Ontario Équipe de direction

Joshua Tepper

président et chef de la direction

Jennifer Schipper

chef, communications et participation des patients

Jeffrey Turnbull

chef, qualité clinique

John Yip

vice-président, affaires générales

Anna Greenberg

vice-présidente, rendement du système de santé

Irfan Dhalla

vice-président, équipe d'analyses des données et des normes

Lee Fairclough

vice-présidente, amélioration de la qualité

Les biographies sont disponibles à

<http://www.hqontario.ca/nous/équipe-de-direction>

Rédaction du rapport

Une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé a dirigé la rédaction du rapport. Cette équipe se composait de Symron Bansal, Susan Brien, Naushaba Degani, Gail Dobell, Mark Dobrow, Ryan Emond, Sharon Gushue, Wissam Haj-Ali, Isra Khalil, Jonathan Lam, Eseeri Mabira, Sue MacLeod, Ivana McVety, Jennifer Riley, Marianne Takacs et Naira Yeritsyan.

Qualité des services de santé Ontario reconnaît et remercie le groupe d'examineurs : Rebecca Anas, Mario Elia, Cathy Faulds, Rick Glazier, Angie Heydon, Darren Larsen, Janet Morse, Carol Mulder et Michelle Rey.

Les organisations suivantes ont fourni des critiques ou des données pour le rapport : Action Cancer Ontario, l'Institut de recherche en services de santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

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

Qualité des services de santé Ontario remercie les partenaires qui ont participé au comité consultatif de mesure du rendement des soins primaires : l'Association of Family Health Teams of Ontario, l'Association des centres de santé de l'Ontario, l'Institut de recherche Bruyère,

L'Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, l'Initiative C-CHANGE, cyberSanté Ontario, l'Institut de recherche en services de santé, l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, l'Ontario College of Family Physicians, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Ontario Medical Association, OntarioMD et le personnel de multiples directions et divisions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée : la Direction de l'analytique en matière de santé, la Direction de la qualité des services de santé, la Direction des soins primaires, la Ontario Patient Relations Association, Patients Canada (anciennement la Patients' Association of Canada), l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est.

Qualité des services de santé Ontario remercie également Brian Hutchison pour ses contributions au comité consultatif de mesure du rendement des soins primaires.

Références

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR. 1978:6-12.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Millbank Quarterly*. 2005;83 (3):457-502.
3. Lamarche PS, Beaulieu M-D, Pineault R, Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Haggerty J. Choices for change: the path for restructuring primary health care services in Canada. Report submitted to the Canadian Health Services Research Foundation; 2003.
4. Hogg W, Dahrouge S, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon L, et al. Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Medicine*. 2009;3(3):e165.
5. Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*. 2012:1-22.
6. Starfield B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity & Society*. 2009;33(1-2):56-73.
7. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*. 2003;38(3):831-65.
8. Glazier RH, Zagorski B, Rayner J. Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/09 to 2009/10. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2012.
9. Health Force Ontario. Family Practice Models 2013. Available from: http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Physicians/Training_%7C_Practising_in_Ontario/Physician_Roles/Family_Practice_Models.
10. Health Quality Ontario. A primary care performance measurement framework for Ontario - report of the Steering Committee for the Ontario Primary Care Performance Measurement Initiative: phase one. 2014.
11. Ontario Ministry of Finance. Census Highlights: Factsheet 1. Population counts: Canada, Ontario and regions 2011. Available from: <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/demographics/census/cenhi11-1.html>.
12. Statistics Canada. 2011 Census of the population. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo62g-eng.htm>
13. Ontario Local Health Integration Network. North West LHIN About our LHIN 2014. Available from: <http://nwlhin.on.ca/AboutOurLHIN.aspx>.
14. Statistics Canada. Table 109-5345 - Estimates of population (2011 Census and administrative data), by age group and sex for July 1st, Canada, provinces, territories, health regions (2014 boundaries) and peer groups, annual (number), CANSIM (database) 2014. Available from: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&id=1095335>.
15. Ontario Local Health Integration Network. North East LHIN About our LHIN 2014 2014. Available from: <http://www.nelhin.on.ca/aboutus.aspx>.
16. Statistics Canada. National Household Survey, Statistics Canada Catalogue no 99-010-X2011027. 2011.
17. Ontario Ministry of Finance. Census Highlights: Factsheet 6. Mother tongue and language 2011. Available from: <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/demographics/census/cenhi11-6.html>.

18. Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. What do people think is important about primary health-care? *Healthcare Policy*. 2008;3(3):89.
19. Muggah E, Hogg W, Dahrouge S, Russell G, Kristjansson E, Muldoon L, et al. Patient-reported access to primary care in Ontario Effect of organizational characteristics. *Canadian Family Physician*. 2014;60(1):e24-e31.
20. Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affiliation. Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affiliation (CAEPNE-NA) Joint Position Statement on Emergency Department Overcrowding. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2001;3(2):82-4.
21. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Health Care Experience Survey. 2014.
22. Health Quality Ontario. Measuring Up: A yearly report on how Ontario's health system is performing. 2014.
23. Health Council of Canada. How engaged are Canadians in their primary care? Results from the 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. 2011:1-36.
24. Mulder C, Glazier R, Southey G. What if we could measure how comprehensive and patient-centered primary care is? Poster presented at the North American Primary Care Research Group 2015.
25. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? *Health Systems and Policy Analysis*. 2008:1-26.
26. Parsons S, Winterbottom A, Cross P, Redding D. The quality of patient engagement and involvement in primary care. *The Kings Fund*. 2010:1-100
27. Rickert J. Patient-centered care: what it means and how to get here 2012. Available from: <http://healthaffairs.org/blog/2012/01/24/patient-centered-care-what-it-means-and-how-to-get-there/>.
28. Ontario Medical Association. Priorities for building an integrated primary care system in Ontario. Toronto, ON: Ontario Medical Association; 2013. 1-22 p.
29. Cancer Care Ontario. Cancer Statistics. Deaths for cancers by sex, Ontario 2014 [updated June 3, 2014; cited 2015 May 7]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=8630#two-tab>.
30. Public Health Agency of Canada. Diabetes in Canada: Facts and Figures from a Public Health Perspective. Ottawa, ON 2011.
31. The Institute for Safe Medication Practices and Health Quality Ontario. Ontario Primary Care Medication Reconciliation Guide. 2015:1-66.
32. Cancer Care Ontario. Cancer System Overview 2015 [updated Mon, May 25, 2015]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=8615>.
33. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2013;37(Suppl 1):S1-S212.
34. Rabeneck L, Tinmouth JM, Paszat LF, Baxter NN, Marrett LD, Ruco A, et al. Ontario's ColonCancerCheck: Results from Canada's first province-wide colorectal cancer screening program. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2014;23(3):508-15.

35. Cancer Care Ontario. Ontario Health Insurance Plan, Laboratory Reporting Tool, Colonoscopy Interim Reporting Tool, Ontario Cancer Registry, Registered Persons Database. Postal Code Conversion File version 6A. 2010-2013.
36. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*. 2006;166(17):1822-8.
37. McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Kaul P, Ezekowitz J, van Walraven C. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *Canadian Medical Association Journal*. 2013;185(14):E681-E9.
38. Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *Journal of the American Medical Association*. 2010;303(17):1716-22.
39. Hess CN, Shah BR, Peng SA, Thomas L, Roe MT, Peterson ED. Association of early physician follow-up and 30-day readmission after non-ST-segment-elevation myocardial infarction among older patients. *Circulation*. 2013;128(11):1206-13.
40. van Walraven C, Jennings A, Taljaard M, Dhalla I, English S, Mulpuru S, et al. Incidence of potentially avoidable urgent readmissions and their relation to all-cause urgent readmissions. *Canadian Medical Association Journal*. 2011:1-6.
41. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Discharge Abstract Database, Registered Persons Database, Ontario Health Insurance Plan, 2013/14.
42. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Discharge Abstract Database, Registered Persons Database, Ontario Health Insurance Plan, 2013/14.
43. Canadian Institute for Health Information. Physician follow-up after hospital discharge: progress in meeting best practices. 2015:1-24.
44. Canadian Institute for Health Information. All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department. 2012:1-64.
45. Statistics Canada. Deaths 1991-1999: Definitions (Archived Content). Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0211x/1999/4067936-eng.htm>.
46. Cancer Quality Council of Ontario. Technical Information: Colorectal Cancer Screening Percentage Overdue for Screening: Technical Specifications. Available from: <http://www.csqi.on.ca/cms/One.aspx?portalId=327483&pageId=335155>.

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, 2015